КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Восемнадцатый доклад

Выпущено издательством "Медицина" по поручению Министерства здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик, которому ВОЗ вверила выпуск данного издания на русском языке.
Всемирная организация здравоохранения, 1972

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются положения протокола № 2 Всемирной конвенции об охране авторских прав. Тем не менее правительственные органы, научные или профессиональные общества могут перепечатывать данные, делать выдержки или воспроизводить иллюстрации из них без специального на то разрешения Всемирной организации здравоохранения.

Заявления о разрешении на перепечатку или перевод публикаций ВОЗ in toto следует направлять в Отдел публикаций и переводов Всемирной организации здравоохранения, Женева, Швейцария. Всемирная организация здравоохранения охотно удовлетворяет такие просьбы.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнение Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны или территории, ее правительстве или о ее государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами.
СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение .......................................................... 5
2. Деятельность международных органов, занимающихся
проблемой лекарственной зависимости .................... 6
  2.1 Всемирная организация здравоохранения .............. 6
  2.2 Организация Объединенных Наций ....................... 6
  2.3 Международный совет по контролю над наркотически-
      ми средствами .............................................. 8
  2.4 Экономическая комиссия для Европы ................. 8
  2.5 Европейский совет ......................................... 8
  2.6 Международный совет по борьбе с алкоголизмом и
      наркоманией .............................................. 9
  2.7 Необходимость координации в региональном и гло-
      бальном масштабах ....................................... 9
3. Принципы решения проблем лекарственной зависимости .... 10
  3.1 Общие соображения ....................................... 10
  3.2 Методы лечения ............................................ 18
  3.3 Некоторые специфические соображения ................. 24
  3.4 Различные подходы к профилактике .................... 40
4. Международный контроль за отдельными лекарственными
   средствами .................................................. 49
Приложение 1. Избранная библиография по «britанскому
   подходу» ..................................................... 52
Приложение 2. Избранная библиография по поддерживаю-
   щей терапии метадоном .................................. 53
Приложение 3. Список лекарственных средств, подлежащих
   международному контролю в качестве наркотиков .... 54
КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Члены Комитета:

Д-р D. S. Bell, главный психиатр, исследовательский отдел по психиатрии, больница Каллам Парк, Розелл, Новый Южный Уэльс, Австралия
Д-р H. Brill, директор Государственной больницы Пилигрима, Уэст-Брентвуд, штат Нью-Йорк, США
Д-р R. H. Connell, руководитель отделения клинических исследований и лечения лекарственной зависимости, Королевская больница Бетлем и Модсли, Лондон, Англия (докладчик)
Д-р N. B. Eddy, консультант по наркотикам, Национальные институты здравоохранения, Ветесда, штат Мэриленд, США (заместитель председателя)
Д-р K. Evang, генеральный директор служб здравоохранения, Директорат здравоохранения, Осло, Норвегия (председатель)
Д-р L.-M. Gunne, руководитель центра психиатрических исследований, больница Уллефаркен, Упсалла, Швеция
Д-р J. J. C. Jacob, руководитель, служба фармакологии и токсикологии, Пастеровский институт, Париж, Франция
Д-р T. A. Lambo, проректор Университета и профессор кафедры психиатрии, Набаданский университет, Нигерия
Д-р K. Pengstrilong, заместитель помощника министра здравоохранения, Бангкок, Таиланд
Д-р O. Vinaf, руководитель отдела психофармакологии, Научно-исследовательский институт психиатрии, Прага, Чехословакия

Представители других организаций:

Организация Объединенных Наций:
Д-р J. Bayer, отдел наркотических средств, ООН, Женева, Швейцария
Д-р O. J. Braenden, руководитель научно-технической секции, отдел наркотических средств, ООН, Женева, Швейцария
Г-н V. Kusevic, директор отдела наркотических средств, ООН, Женева, Швейцария

Международный совет по контролю над наркотическими средствами
Г-н J. Dittt, секретарь МСКНС, Женева, Швейцария
Г-н L. Manueco-Jenkin, специалист по социальным вопросам, МСКНС, Женева, Швейцария

Международный совет по борьбе с алкоголизмом и наркоманией
Г-н A. Tongue, директор-распорядитель, МСБАН, Лозанна, Швейцария

Секретариат:
Д-р D. C. Cameron, главный медицинский специалист, отдел лекарственной зависимости, ВОЗ, Женева, Швейцария (секретарь)
Д-р J. Griffith Edwards, секция научных исследований в области наркомании, Институт психиатрии, Лондон, Англия (консультант)
Д-р H. Halbach, директор, отдел фармакологии и токсикологии, ВОЗ, Женева, Швейцария
Д-р J. H. Jaffe, альбукт-профессор кафедры психиатрии, Чикагский университет, штат Иллинойс, США (консультант)
КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ
ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Восемнадцатый доклад

1. ВВЕДЕНИЕ

Совещание Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной за-
висимости проходило в Женеве 25—31 августа 1970 г.
Д-р L. Bernard, помощник Генерального директора, от
имени Генерального директора объявил совещание открытым
и приветствовал членов Комитета, а также представителей
Генерального секретаря ООН, Международного совета по
контролю над наркотическими средствами и Международного
совета по борьбе с алкоголизмом и наркоманией. Д-р Bernard
отметил, что правительства и международные организации
уделяли большое внимание идентификации лекарственных
средств, вызывающих зависимость, а также контролю за их
производством и распределением. Однако, несмотря на при-
менявшиеся меры контроля, незаконная торговля наркотиками
продолжает существовать благодаря спросу на эти сред-
ства со стороны «экспериментаторов» (т. е. лиц, желающих
испытать на себе действие наркотиков), лиц, прибегающих к
наркотикам нерегулярно, а также лиц, страдающих лекарст-
венной зависимостью. До тех пор пока спрос на вызывающие
зависимость лекарственные средства не будет значительно
уменьшен, нельзя рассчитывать, что меры по ограничению их
доступности могут дать желаемый эффект. Сокращения же
спроса можно добиться лишь за счет применения профилак-
tических мер, направленных на то, чтобы уменьшить интерес
к наркотическим средствам у потенциальных потребителей
наркотиков, а также за счет эффективного лечения и реаби-
литации лиц, страдающих лекарственной зависимостью.
Двадцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохране-
nия подчеркнула настоятельную необходимость улучшить
деятельность в этих областях. Поэтому вполне закономерно,
что настоящему Комитету предлагается произвести оценку
современных подходов к решению проблем лечения, реабили-
tации и профилактики лекарственной зависимости, а также
выработать рекомендации относительно усовершенствования
существующих и разработки новых методов.

1 Офиц. док. ВОЗ, 1971, 184, (резолюция WHA23.42).
2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОБЛЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

2.1 Всемирная организация здравоохранения

Будучи информирован о резолюции, принятой XXIII сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения 1, рекомендовавшей государствам-членам, в частности, «поощрять осуществление программ профилактики, лечения, реабилитации и исследований в этой области» и предлагавшей Генеральному директору «развивать на международной основе средства сбора информации и обмена данными о частоте и распространенности случаев возникновения лекарственной зависимости и о сопутствующих факторах, которые зависят от человека и окружающей его среды», Комитет с удовлетворением узнал, что в 1971 г. будут организованы Международные курсы подготовки персонала национальных программ, посвященных проблемам алкоголизма и лекарственной зависимости. Уже подготовленный в связи с этими курсами План национальных опросов окажет ценную помощь странам при разработке усовершенствованных программ профилактики, лечения и реабилитации.

2.2 Организация Объединенных Наций

Комитет с удовлетворением отметил, что Экономический и Социальный совет ООН, действуя согласно рекомендации 2 Комиссии по наркотическим средствам, а) утвердил решение о созыве в начале 1971 г. полномочных конференции для принятия Протокола о психотропных средствах и б) рекомендовал правительствам уделять особое внимание вопросу о возможно более раннем принятии дополнительных мер для обеспечения контроля на национальном и международном уровнях за психотропными средствами и профилактики злоупотребления ими 3.

Учитывая предыдущие замечания и рекомендации Комитетов экспертов ВОЗ 4, Всемирной ассамблеи здравоохранения

---

1 Офиц. док. ВОЗ, 1971, 184 (резолюция WHA23.42).
4 Wid Hlth Org. techn. Rep. Ser., 1952, No. 57 (section 8); 1954, No. 76 (section 8); 1957, No. 116 (section 10); 1964, No. 273 (section 7); 1965,
ния 1 и других международных организаций 2 относительно контроля и злоупотребления некоторыми психотропными средствами, в отношении которых не применяется надлежащий режим национального и международного контроля, Комитет выразил надежду, что действенные меры международного контроля за такими средствами будут введены в самое ближайшее время.

Комитет рассмотрел в общих чертах положения статей 1—19 Пересмотренного проекта Протокола о психотропных лекарственных средствах, изложенные в докладе первой специальной сессии Комиссии по наркотическим средствам 3. Комитет вновь подтвердил рекомендации, содержащиеся в семнадцатом докладе Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости 4 относительно: а) целесообразности рассмотрения вопроса об употреблении каких-либо определяющих слов, например «вызывающий зависимость», в тех случаях, когда речь идет о психотропных средствах, подлежащих контролю согласно Протоколу, и б) целесообразности выбора такой формулировки пункта 3 статьи 6 Протокола, чтобы было ясно, что при утверждении исследовательских проектов учитывались лишь их задачи, безопасность потребителей лекарственных средств и соображения, связанные с необходимостью ограничивать число новых вызывающих зависимость средств, причем процедура не должна предусматривать детальное изучение плана исследований. Соображения, обусловившие рекомендации, приведенные в семнадцатом докладе, сохраняют значение и в настоящее время. Комитет отметил, что в отличие от Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. пункты 4 и 5 статьи 2 Пересмотренного проекта Протокола о психотропных средствах дадут Комиссии возможность утверждать в отношении того или иного средства режим контроля, который не был рекомендован ВОЗ. Комитет высказал мнение, что: а) степень опасности для здоровья

---

1 Офиц. док. ВОЗ, 1966, 143 (резолюция WHA18.47); 1967, 160 (резолюция WHA20.42 и WHA20.43); 1968, 168 (резолюция WHA21.42); 1970, 164 (резолюция WHA23.42).
4 Серия техн. докл. ВОЗ, 1971, № 437 (раздел 3).
населения, связанной с использованием какого-либо психотропного средства, и б) его ценность для медицинской практики должны оценивать и определять в первую очередь медики; то же самое следует сказать и о принятии решений относительно необходимости введения контроля за тем или иным средством и режима такого контроля. Комитет с удовлетворением отметил, что пункт 1 статьи 18 Протокола («Меры наказания») предусматривает альтернативные меры лечения и реабилитации наркоманов. Это представляет собой усовершенствование по сравнению с аналогичными положениями, содержащимися в пункте 1 статьи 36 Единой конвенции.

2.3 Международный совет по контролю над наркотическими средствами

Комитет с удовлетворением узнал, что Международный совет по контролю над наркотическими средствами, не ограничиваясь выполнением официально закрепленных за ним обязанностей по международному контролю за определенными средствами, постепенно проявляет все больший интерес к вопросам профилактики злоупотребления лекарственными препаратами, а также к вопросам лечения и реабилитации лиц, страдающих лекарственной зависимостью.

2.4 Экономическая комиссия для Европы

Комитет был информирован о продолжающейся деятельности Рабочей группы по безопасности на дорогах (Экономическая комиссия для Европы), которая занимается проблемой «пригодности водителей автотранспорта»; Комитет одобрил рекомендацию Группы ввести положение, согласно которому бывшие алкоголики, которые были лишены водительских прав, могут вновь получить права, если вместе с просьбой о возобновлении прав на вождение они представляют квалифицированное медицинское заключение. Такое положение является свидетельством успехов в области реабилитации алкоголиков.

2.5 Европейский совет

Члены Комитета с интересом узнали, что четыре комитета Европейского совета в настоящее время активно занимаются изучением различных аспектов проблем, связанных с немедицинским использованием вызывающих зависимость препаратов. Эта деятельность имеет целью разработку способов: a) получения необходимой дополнительной информации о ха-
рakterе использования наркотиков, б) усовершенствования служб профилактики, лечения и реабилитации наркоманов и в) разработки и разумной координации политики по социальным вопросам, а также по другим вопросам, касающимся борьбы с распространением лекарственной зависимости в одном из основных районов мира.

2.6 Международный совет по борьбе с алкоголизмом и наркоманией

Комитет был информирован о том, что принцип комбинированного подхода к проблемам борьбы с зависимостью от алкоголя и наркотиков, рекомендованный Комитетом экспертов ВОЗ по охране психического здоровья в четырнадцатом докладе, в настоящее время принят или изучается большинством добровольных национальных организаций, занимающихся борьбой с алкоголизмом. Однако сравнительно немногие из учреждений, занимающихся вопросами борьбы с зависимостью других типов, обращаются в своей деятельности к проблемам борьбы с алкоголизмом. В прошедшем году Международный совет по борьбе с алкоголизмом и наркоманией в сотрудничестве со своими филиалами организовал три международные конференции, способствовавшие более глубокому пониманию комбинированного подхода и облегчившие связь и координацию деятельности различных профессиональных и других организаций, занимающихся проблемами алкоголизма и наркомании.

2.7 Необходимость координации в региональном и глобальном масштабах

Комитет вновь подтвердил мнение, высказанное в семнадцатом докладе, Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости, о том, что «необходимо использовать все возможные средства, чтобы постоянно развивать сотрудничество между тремя упомянутыми выше международными органами, занимающимися проблемами лекарственной зависимости». Тем не менее Комитет с удовлетворением отметил, что работа международных организаций регионального уровня приобретает все более важное значение, и подчеркнул необходимость сохранять тесную связь с ними и координировать совместную деятельность.

Комитет считает желательным проводить на национальном и международных уровнях общую политику в отношении

2 *Серия техн. докл. ВОЗ*, 1971, № 437 (раздел 2.8).
контроля за производством и распределением некоторых вызывающих зависимость лекарственных средств.
Однако, как подчеркнул Комитет, при определении политики, имеющей целью, с одной стороны, создать условия для того, чтобы свести до минимума возможность злоупотребления наркотиками для потенциальных потребителей, и с другой — содействовать разработке эффективных методов лечения, а также реабилитации наркоманов, нецелесообразно стремиться найти единый для всех стран подход. При попытках повысить эффективность программ в упомянутых областях важно в числе прочих факторов полностью учитывать социально-экономические условия и культурные традиции, обусловливающие отношение к наркотикам в данном районе. Эти факторы значительно различаются в зависимости от района. Однако в тех случаях, когда страны, относящиеся к одному району, имеют совершенно одинаковые социально-экономические условия, культурные традиции и представления, важно наладить обмен информацией и попытаться координировать деятельность в области профилактики и лечения лекарственной зависимости, чтобы эта деятельность была по возможности единообразной. Такой подход поможет также избежать нежелательного дублирования.

3. ПРИНЦИПЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

3.1 Общие соображения

Лекарственную зависимость определяют как «физическое состояние, а также состояние психики, возникающее в результате взаимодействия организма и лекарственного средства и характеризующееся поведенческими и другими реакциями, которые всегда включают настоящую потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного лекарственного средства, для того чтобы испытать его действие на психику, а иногда для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства».

Устав ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Лица, страдающие зависимостью от перечисляемых ниже лекарственных средств, не могут считаться здоровыми согласно это-

---

2 Основными типами вызывающих зависимость лекарственных средств являются следующие: вещества типа морфина (например, опиум, морфин,
ВОСЕМНАДЦАТЫЙ ДОКЛАД

му определению и для восстановления здоровья и социально-
го статуса нуждаются в помощи соответствующих служб.

Проблема лекарственной зависимости имеет ряд взаимо-
действующих аспектов, связанных с тем, что вызывающие за-
висимость вещества употребляются во всех странах мира са-
мыми различными способами лицами с различными индиви-
дуальными и культурно-социальными характеристиками. Эти
характеристики в различных районах могут иметь общие чер-
ты, но ни в одном случае они не бывают идентичными; малоле-
воно, что комплекс проблем в каком-либо одном районе
может оставаться постоянным.

В прошлом преобладала такая практика злоупотребления
вызывающими зависимость средствами, когда каждый данный
индивид ум прямо или косвенно применял один какой-нибудь наркотик; в некото-
ых районах это мог быть морфий или героин, в других —
кокаин или алкоголь и в более редких случаях какой-либо
другой наркотик. В некоторых очень обширных районах пред-
почтение по-прежнему отдаётся опиуму, но отмечается расту-
щая тенденция употреблять героин. Однако в большинстве
районов сложилась практика употребления нескольких наркоти-
ков, как одновременно, так и последовательно один за други-
м. Во результате труднее стало распознавать, какого типа
зависимость страдает тот или иной индивидуум. Даже в тех
случаях, когда преобладает зависимость одного какого-либо
типа, тот факт, что данное лицо использует и другие наркоти-
ки, затрудняет лечение; кроме того, это лицо может страдать
зависимостью более чем от одного лекарственного средства.

Для решения проблем, связанных с лекарственной за-
висимостью, принимаются самые различные меры на националь-
ном и других уровнях. Часто оказывается, что эти меры на-
правлены на достижение совершенно противоположных целей.
Примером может служить отношение к проблеме алкоголизма
во многих странах.

Средства, получаемые за счет налогов, которыми обла-
дается продажа алкогольных напитков, используются для фи-
нансирования общегосударственных расходов, а значительная

героин и другие производные морфина; синтетические соединения с мор-
финоходобным действием, такие, как пентазин, метадон, дексморо-
нид); вещества типа барбитуратов (например, пентобарбитал, сукобар-
битал, мепробамат, хлордиазепоксид, глютетимила); вещества типа алько-
голь (обладают значительной перекрестной толерантностью по отноше-
нию к веществам типа барбитуратов); вещества типа кокайна; вещества
типа каннабиса (марихуана); вещества типа амфетаминов (например амфе-
тамин, метамфетамин, фенметралип, метилфенилд); вещества типа кай-
тагалтагозы (например, лигерид, псилоцибин, мескалин); Wide Hith
Org. (tech.), Rep. Ser., 1964, No. 273 (Annex 1); Eddy, N., Halbach, H.,
Bisell, H. a. Seevers, M., Drug dependence: its Significance and Characte-
часть населения зарабатывает на жизнь, участвуя в их производстве. Налогообложение используется как средство извлечения государственных доходов, или как средство сокращения торговли алкогольными напитками, или одновременно для этой и другой цели, однако, поскольку сокращение торговли влечет за собой уменьшение государственных доходов, государство часто неохотно идет на повышение налога. Нежелание прибегать к мерам, могущим вызвать неблагоприятный политический резонанс, также может повлиять на решение этого вопроса. Коммерческая реклама может превозносить достоинства алкогольных напитков, в то время как плакаты службы санитарного просвещения предостерегают от опасности, связанной с их употреблением. Тот или иной проступок, обусловленный злоупотреблением алкоголем, может в одном случае иметь результатом тюремное заключение, а в другом — госпитализацию алкоголика, в зависимости от отношения к нему как к больному или как к правонарушителю.

Этот комплекс мер, принимаемых на национальном и других уровнях, представляет собой динамическую систему, отдельные компоненты которой находятся в сложном взаимодействии. Изменения в какой-либо одной сфере обусловливают соответствующие перемены в других; изменение общей ситуации также оказывает влияние на всю систему. Самые различные меры в основном, хотя и не исключительно, направлены на достижение одной из следующих целей: лечение, в том числе реабилитация страдающих лекарственной зависимостью лиц; профилактика такой зависимости, предполагающая как ограничение интереса к употреблению вызывающих зависимость средств, так и ограничение их производства и распределения; получение выгод — как государственными учреждениями, так и частными лицами, как допустимой с точки зрения закона, так и незаконной.

Поскольку реакции на национальном или местном уровне представляют собой динамическую систему, подверженную быстрым изменениям, важно предусмотреть возможность ее постоянного изучения.

Это неизбежно ставит следующие вопросы.
1. Кому будет поручена ответственность за проведение этой работы?
2. Каковы явные и подразумеваемые цели (без сомнения, многочисленные) принимаемых мер?
3. В чьи обязанности входит определение характера этих мер?
4. В какой мере данная реакция обусловлена традициями, какие факторы действовали, помимо традиционных, и что следует отнести за счет сложившегося отношения?
5. Имеются ли данные, позволяющие произвести оценку эффективности принятых мер?

Реакцию со стороны общества на проблемы, связанные с лекарственной зависимостью, нельзя рассматривать лишь с точки зрения технических и экономических показателей. Общая система ценностей и свойственные данному обществу стремления, а также распространенные среди его членов представления и эмоциональные оценки, как обоснованные, так и необоснованные, касающиеся бесконтрольного применения вызывающих зависимость средств, — все это потенциальные детерминанты реакций на ситуации, возникающие в связи с такими средствами.

Способность общества создать рациональную, целостную и эффективную систему мер для борьбы с зависимостью от алкоголя и других средств поэтому во многом зависит от интеллектуального климата, так же как и от технических и экономических ресурсов; следовательно, то, в какой мере распространенные в этом обществе представления правильны и адекватны, является вопросом первостепенной важности. Поэтому необходимо изучать основные современные гипотезы и представления относительно причин лекарственной зависимости, целей лечения и реабилитации наркоманов, наиболее важных методов лечения, целей и методов профилактики, а также относительной эффективности различных методов для достижения поставленных целей.

Ниже приводится краткое описание основных проблем и тенденций в области борьбы с лекарственной зависимостью; это описание ни в коем случае не следует считать детальным рассмотрением всех возможных методов лечения (в том числе методов реабилитации) наркоманов.

3.1.1 Этиологические факторы лекарственной зависимости

Перечислялось много факторов, которые, как предполагают, играют роль как в возникновении и сохранении привычки к приему наркотиков, так и в отказе от этой привычки. Не удалось выявить одной какой-либо причины, которая обусловливалась бы эти явления. Для правильного представления о природе лекарственной зависимости необходимо иметь данные о фармакологическом взаимодействии между лекарственным средством и организмом человека, а также между организмом человека и окружающей средой. Если учесть фармакологические и личностные факторы, а также факторы среды, то можно следующим образом сформулировать некоторые из
многочисленных гипотез, объясняющих причину развития лекарственной зависимости определенных типов.

1) Такая лекарственная зависимость может быть проявлением скрытого расстройства эмоциональной сферы, при котором индивидуум стремится получить мимолетное удовольствие вопреки возможности неблагоприятных последствий в будущем и ценой отказа от чувства ответственности, свойственного взрослому человеку.

2) Лекарственная зависимость может быть проявлением преступного или асоциального поведения, когда имеет место погоня за удовольствиями вопреки общественным традициям, так что для некоторых это прежде всего моральная проблема.

3) Развитие лекарственной зависимости может быть результатом попытки самолечения а) у лиц страдающих расстройством психики непатологической природы, например, таким, какое наблюдается в период полового созревания или как реакция на социальный стресс, как следствие разочарования, крушения надежд и т. д., а также более серьезными расстройствами, сопровождающимися депрессией, хроническим состоянием тревоги и страха, или другими психическими заболеваниями; б) для облегчения физического состояния, если человек страдает, например, от голода, хронической усталости, тяжелой болезни; в) в надежде, что то или иное вызывающее зависимость средство обладает особым свойством предупреждать развитие болезни или увеличивать половинную потенцию.

4) Тем или иным веществом начинают злоупотреблять, считая это средством завоевания популярности среди членов определенной социальной группировки, особенно для тех, кто страдает от чувства своей «социальной неполноценности».

5) Лекарственная зависимость может быть проявлением хронического или обратимого нарушения метаболизма, которое провоцируется постоянным употреблением высоких доз наркотика.

6) Злоупотребление вызывающими зависимость средствами может быть одним из проявлений протеста против господствующих представлений, касающихся чувственных удовольствий, традиций, успеха и социального статуса.

7) Даже при отсутствии предсуществовавшей психопатологии лекарственная зависимость может быть результатом

---

приобретения сложного комплекса механически и физиологически обусловленных рефлексов, а потому может считаться приобретаемой формой поведения.

8) Даже при отсутствии скрытой психопатологии лекарственная зависимость может быть результатом злоупотребления каким-либо вызывающим зависимость средством (например, алкоголем) под давлением социально-культурных условий.

9) Любой из перечисленных факторов может играть роль в развитии лекарственной зависимости у того или иного индивидуума.

Начальный момент развития лекарственной зависимости в каждом отдельном случае может быть связан с каким-либо критическим моментом в жизни или с действием провоцирующего фактора. Поскольку такой провоцирующий фактор является лишь последним звеном в цепи многих других стрессовых энзогенных факторов, ему не следует придавать большее значение, чем всем остальным. Однако в силу того, что благодаря его действию реализуется «саморазрушительный» потенциал данной личности, обусловленный серьезной исходной психопатологией, этот фактор должен учитываться при лечении наркоманов и уходе за ними, а также в профилактике лекарственной зависимости. Таким провоцирующим фактором может быть: а) разрыв или разлука с лицом, от которого данный индивидуум эмоционально зависим; б) приобретение статуса взрослого человека, налагающего на индивидуума более высокую ответственность, например в связи с поступлением на работу, вступлением в брак, появлением ребенка и т. д.; в) серьезные жизненные затруднения или болезнь. Такие стрессовые ситуации также провоцируют и различные психические и психосоматические расстройства; совершенно очевидно, что они не могут привести к развитию лекарственной зависимости, если данный индивидуум не имеет доступа к наркотикам в тот момент, когда стрессовая ситуация возникает. Сам большой может отрицать значение этих провоцирующих факторов, считая, что в развитии у него лекарственной зависимости виноваты те, от кого он получил наркотик, в том числе лечащий его врач. Многие методы, которые, по-видимому, с некоторым успехом применялись в отношении лиц, страдающих лекарственной зависимостью, были по существу направлены на нейтрализацию действия провоцирующих факторов (обеспечение моральной поддержки со стороны одного какого-либо лица или группы лиц, помощь в период изменения статуса, когда индивидуум приобретает более сложные обязанности «взрослого человека», или в попытках избежать такого перехода). 4—1533
3.1.2 Цели профилактики и лечения

Когда речь идет о лекарственной зависимости, основные цели как профилактики, так и лечения (включая реабилитацию) в большинстве случаев одинаковы и часто повторяют друг друга. Однако эти цели часто формулируют по-разному.

Цель | Возможная формулировка
---|---
1 | Создать такие условия, чтобы неразрешенные к применению вызывающие зависимость средства были недоступны для возможного потребления и не распространялись по законным или незаконным каналам;
2 | Лечение: избегать назначения таких средств в неправданно больших количествах (это несколько более ограниченная, хотя и важная, цель безотносительно от возможности нелегального распространения);
| Профилактика: сократить интерес к вызывающим зависимость средствам, а также спрос на них;
3 | Лечение: добиться полного отказа от наркотика; сократить количество принимаемого наркотика и частоту приемов, хотя в целом постоянное употребление этого наркотика может считаться недопустимым с точки зрения общества; сократить употребление наркотика до приемлемого с точки зрения общества уровня;
| Профилактика: свести до минимума личное неустройство, антисоциальное поведение и экономические потери, являющиеся следствием или связанные со злоупотреблением вызывающими зависимость средствами; полностью ликвидировать психопатологические симптомы или любое другое патологическое состояние, которое может обусловить развитие привычки к приему наркотиков, — например, добиться полного выздоровления в случае какой-либо болезни; прекратить или задержать раз-
вить болезни, которая может привести к развитию лекарственной зависимости; помочь больному преодолеть, по возможности более успешно, инвалидизирующие последствия болезни, предупредить медицинские осложнения; облегчить состояние больного, когда ему невозможно помочь другими средствами, например в случаях неустранимой боли;

Профилактика: свести до минимума возможность того, что то или иное лицо начнет принимать определенные вызывающие зависимость лекарственные средства, будучи в неведении относительно их общего действия и возможных последствий их приема;

Лечение: прописывать вызывающие зависимость средства лишь таким образом, чтобы свести до минимума возможность развития зависимости.

Комитет считает, что лица, ответственные за планирование и осуществление профилактических и лечебных мероприятий, должны четко формулировать краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели этих мероприятий, приводя обоснование каждого из основных этапов программы. Важно также, чтобы эти лица располагали техническими и экономическими возможностями для осуществления промежуточных и особенно краткосрочных целей. Строить программы без учета таких возможностей значит заранее обрекать их на неудачу, рискуя вызвать сомнения в возможности их осуществления и всякого рода задержки.

3.1.3 Оценка

Необходимость организации постоянной, объективной и систематической оценки программ профилактики и лечения лекарственной зависимости признается всеми. Для такой оценки применяются эпидемиологические, лабораторные и клинические методы. В прошлом оценка проводилась неудовлетворительно, отчасти потому, что программы учреждались в экстренном порядке, отчасти же из-за трудностей, связанных с необходимостью учитывать большое число самых разнообразных социальных и психических переменных, а также из-за того, что в практических условиях трудно организовать постоянный контакт со страдающими зависимостью лицами на протяжении длительного времени.

Отсутствие критериев для количественной оценки результатов лечения служит серьезным препятствием для прогресса
в этой области, где необходимо сравнивать результаты применения самых различных методов, сопоставляя каждый из этих методов с другими с учетом патогенеза различных форм лекарственной зависимости. Не менее важно определить специфические показания и противопоказания к применению каждого отдельного метода.

Для адекватной оценки необходимо точно формулировать цели программы, классифицировать случаи, чтобы можно было подразделить их на группы для последующего сравнения результатов лечения, и использовать стандартизованные методы сбора данных. Для оценки результатов лечения требуются данные о состоянии психики больных, о частоте случаев преступного поведения и обращения к наркотикам, а также обо всех других факторах, имеющих отношение к социальной и экономической адаптации.

Эта оценка не может обеспечить такую же точность, какую дают многие лабораторные методы, поскольку часто невозможно бывает полностью учесть все социальные и психические переменные, которые могут повлиять на исход того или иного мероприятия. Тем не менее уже проделанная работа свидетельствует о том, что, несмотря на все трудности, можно получить весьма ценные данные. Вполне возможно, что будущие оценочные исследования помогут разрешить некоторые спорные вопросы, касающиеся лечения лекарственной зависимости. Такого рода данные будут особенно полезны при разработке принципов дальнейшего развития служб профилактики и лечения лекарственной зависимости.

Комитет поэтому настоятельно рекомендует во всех возможных случаях оказывать поддержку проведению оценки программ.

3.2 Методы лечения
3.2.1 Общие положения

На протяжении нескольких последних десятилетий разработка методов лечения и реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами, шла быстрыми темпами. Современные концепции лечения, применяемые во всех странах независимо от уровня развития специализированных служб, касаются не только ведения больных с такими заболеваниями, как депрессивные психозы, неврозы и шизофрения, но и таких часто встречающихся ситуаций, когда бывает необходимо изменить условия жизни больного.

Во многих случаях необходимы меры для воздействия на семью больного, изменения бытовых и социальных условий, а также для сообщения ему иных профессиональных навыков.
ВОСЕМНАДЦАТЫЙ ДОКЛАД

Для этого в некоторых странах использовались такие меры, как организация обозрений и профилакториев и целостный подход к проблемам лечения зависимости, требующий применения методов психиатрии, терапии, психологии, социальной помощи, санитарного просвещения, трудотерапии, профессиональной перориентации, социологии и т. д.

В сфере стационарного лечения усовершенствованы и вновь разработаны как методы индивидуальной терапии (например, использование психотропных средств и метода индивидуальной психотерапии), так и различные формы групповой терапии. В условиях больницы группа может объединять больных, находящихся в одной палате, или всех больных, проходящих лечение в данной больнице.

Одним из компонентов «терапевтической среды» являются взаимоотношения между больными и персоналом: больные могут не только непосредственно выполнять некоторые практические обязанности, но и участвовать в принятии решений.

Эти общие принципы применяют к лечению лекарственной зависимости, но они относятся и к лечению других психических расстройств. Комитет отметил, что упомянутые выше методы часто используются для лечения и общего ведения страдающих зависимостью больных, как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара.

В последние годы стало ясно, что невозможно разделять концепцию лечения и концепцию реабилитации, будь то в применении к общей психиатрии или в применении к лечению лекарственной зависимости, и таким образом термин «лече-нне», как он употребляется в настоящем докладе, включает и реабилитацию. Не следует, однако, считать, что реабилитацей должен обязательно заниматься лишь медицинский персонал. В этой работе должны участвовать и другие специалисты и учреждения.

Общие цели лечения обсуждаются в одном из предыдущих разделов доклада (раздел 3.1.2), а также в разделе, посвященном специфическим методам лечения лиц, страдающих лекарственной зависимостью (раздел 3.3). Для достоверной оценки эффективности лечения необходимо четко сформулировать цели лечебных мероприятий. Оптимальных результатов, т. е. полного воздержания от приема наркотиков, приобщения к общественно полезному труду с регулярным заработком, удовлетворительной социальной реадаптации и эмоциональной стабильности, удается добиться лишь в редких случаях, хотя во многих странах для достижения этих целей расходуется много труда и финансовых средств. В последнее время были сформулированы промежуточные цели: упор делается не на достижении полного воздержания от наркотика,
а на обеспечении стабильного экономического статуса, участии в общественно полезном труде, социальной адаптации бывших наркоманов и снижении преступности.

Стратегия лечения, которой следуют в каждом отдельном случае лекарственной зависимости, строится с учетом четырех отдельных групп факторов:
1) данных всесторонней оценки особенностей личности больного;
2) теоретической или гипотетической концепции о природе данного расстройства, которой придерживается лечебное учреждение;
3) краткосрочных и долгосрочных целей лечения, определяемых этим учреждением;
4) наличия альтернативных методов лечения, доступных лицам, которые принимают решение о выборе того или иного метода лечения.

Учитывая множественность причин, обусловливающих лекарственную зависимость, очевидно, что перечисленные выше факторы тесно взаимосвязаны и что к организации лечения, как амбулаторного, так и стационарного, должны привлекаться самые разнообразные государственные и другие службы, в том числе службы здравоохранения, просвещения, судебно-полицейские органы, службы социального обеспечения и профессионального обучения; все эти службы должны обеспечить средства для лечения лиц, страдающих лекарственной зависимостью.

3.2.2 Оценка потребностей (для постановки диагноза)

Термин «диагноз» в настоящем докладе используется в широком смысле и обозначает обобщенное заключение относительно состояния больного в момент обследования, а также относительно различных эндогенных и экзогенных факторов, действие которых (как в прошлом, так и в настоящее время) обусловило развитие лекарственной зависимости.

Важно определить, какие именно наркотики употребляет данное лицо, в каких количествах, в течение какого времени и по какой схеме. Поскольку в некоторых случаях больной не может или не желает сообщать такую информацию, желательно также опросить членов семьи и друзей больного, а также получить сведения о нем из соответствующих официальных источников. Иногда в помощь диагностике можно использовать данные химического анализа проб выдыхаемого воздуха, крови или мочи.

Никогда, однако, нельзя считать, что наличие или отсутствие в этих пробах следов того или иного наркотика, обна-
руженное с помощью лабораторных методов, указывает на факт лекарственной зависимости в степени, требующей медицинского вмешательства. Определить наличие лекарственной зависимости того или иного типа и оценить степень ее тяжести можно только с помощью клинических методов, основываясь на данных анализа, физического обследования и наблюдений. Следует учитывать и возможные осложнения и заболевания (например, недостаточность питания, инфекций, цирроз печени, травмы и т. д.), которые часто сопутствуют различным формам лекарственной зависимости (этот вопрос обсуждается ниже).

У лиц, ранее не страдавших эмоциональной неустойчивостью, лекарственная зависимость иногда развивается в результате резкого изменения социальных условий или в ответ на стрессы, возникающие в неблагоприятные периоды жизни, если эти лица имеют свободный доступ к наркотикам. Однако, как отмечается в большинстве стран, у лиц, страдающих лекарственной зависимостью, обнаруживается самая разная психическая патология, которая предшествовала развитию лекарственной зависимости. Оценка такой патологии — важная часть диагностической работы. Отсутствие внимания к таким синдромам неблагоприятно отражается на результатах лечения лекарственной зависимости.

Необходимо также принимать во внимание роль среды как фактора, обусловливающего возникновение и сохранение лекарственной зависимости, а также возможность использовать семейное окружение и вспомогательные общественные учреждения в помощи лечению. При выборе метода лечения следует учитывать и то, имеет ли больной возможность получать наркотик, не пользуясь официально разрешенными каналами. Таким образом, для определения потребности при выборе лечения в каждом отдельном случае необходимо областать весьма широкими знаниями и опытом.

3.2.3 Осложнения

Злоупотребление вызывающими зависимость средствами создает проблемы не только для индивидуума и общества; очень часто оно приводит к серьезным заболеваниям, имеющим совершенно самостоятельное значение. Приводимые ниже описания подобных осложнений не носят исчерпывающего характера: они приводятся лишь с целью иллюстрации целого ряда проблем, с которыми приходится сталкиваться лечебными учреждениям. Составители доклада считали излишним излагать методы их лечения, которые подробно описаны в специальной литературе.
1. Острая интоксикация и другие подобные осложнения

При самостоятельном введении лекарственных средств, особенно в случаях внутреннего введения, острая интоксикация и передозировка — весьма частые явления. У лиц, страдающих лекарственной зависимостью, острая интоксикация чрезмерно высокими дозами наркотиков или веществ типа алкоголя/барбитуратов может характеризоваться состоянием комы и выраженным угнетением респираторной функции. В случае интоксикации наркотиками респираторная функция восстанавливается после введения антагонистов соответствующих наркотиков, однако часто приходится прибегать к более привычным методам реанимации, применяемым при интоксикации веществами типа алкоголя/барбитуратов. При меньшей степени интоксикации веществами типа алкоголя/барбитуратов может отмечаться потеря самоконтrolла, и для того, чтобы предупредить возможность несчастных случаев, необходимы специальные службы для временной изоляции лиц с такой интоксикацией («вытрезвители»). Таким образом, виды лечения могут варьироваться от методов неотложной нейрохирургической помощи и специфических методов помощи при общирных ожогах до методов ликвидации застойных явлений и лечения аспирационной пневмонии, сопровождающей кому.

Стимулирующие средства, такие, как кокаин, амфетамины и другие подобные вещества, могут вызывать состояние тревоги и беспокойства, резкое психомоторное возбуждение и в некоторых случаях лихорадку. Наиболее часто встречающиеся осложнения обусловлены повторным приемом этих препаратов в течение нескольких дней или недель и представляют собой различные по степени тяжести расстройства психики, начиная от слабо выраженных параноидных симптомов и кончая типичными интоксикационными психозами с явлением бреда, галлюцинациями, сумеречностью сознания. Этот синдром аналогичен параноидной шизофрении и требует такого же лечения, как и это заболевание.

Острая интоксикация веществами типа каннабиса также может вызывать состояния, характеризующиеся ощущением панического страха, параноидными эпизодами, бредом и иногда галлюцинациями.

Реакция на вещества типа ЛСД — мескалина — психопатологические варьируют от острых эпизодических состояний беспокойства, слутанности сознания, панического страха, параноидного бреда и бреда величия, возникающих непосредственно вслед за приемом препарата, до психотических реакций и симптомов депрессии, сохраняющихся в течение нескольких недель после приема. Вредное действие этих средств может
проявляться и при приеме малых доз. Для оказания помощи лицам с перечисленными симптомами используются те же методы и оборудование, что и для экстренной помощи в случае других психических расстройств.

2. Другие осложнения

К числу других осложнений злоупотребления лекарственными средствами относится недостаточность питания в результате: а) потери аппетита, обусловленной приемом вызывающего зависимость средства (например, при злоупотреблении амфетамином), б) замещения калорий, потребляемых с пищей, калориями, содержащимися в вызывающем зависимость веществе (например, при некоторых формах алкоголизма), и в) использования имеющихся средств на приобретение наркотика, а не продуктов питания.

К этой группе осложнений относятся также цирроз, расстройства нервной деятельности, миотония, миокардиопатия, а также осложнения, возникающие как результат саморазрушительного или антиобщественного поведения, характерного для периода действия данного вещества. Примерами последних могут служить автомобильные катастрофы и травмы, полученные в драках в состоянии опьянения или в состоянии спутанного сознания под действием амфетаминов, алкоголя и других вызывающих зависимость средств.

Какова бы ни была фармакологическая природа данного препарата, злоупотребляющие им лица, которые не соблюдают правила антисептики при его введении, подвергаются бактериальным инфекциям, как локальным, возникающим в месте введения, так и системным (например, сепсисом, эндокардит, абсцессами легких). В связи с широко распространенной практикой пользования общими шприцами и иглами часто встречается вирусный гепатит и иногда малярия.

Парентеральное введение веществ, предназначенных только для орального приема, может вызвать и другие осложнения. В случае повторного введения таких средств могут возникать осложнения, обусловленные реакциями тканей, например, на раздражающие вещества, содержащиеся в препарате для орального приема. Примерами таких осложнений служат стерильные абсцессы, склерозирование вен, гангрена конечностей и воспалительные реакции в легких, почках и других органах.

Разнообразие этих осложнений говорит о необходимости служба всесторонней помощи, способных справиться с самыми различными психическими и соматическими реакциями; при этом следует рассматривать лечение этих осложнений в об-5–1533
щем контексте долгосрочного лечения каждого данного индивидуума, страдающего лекарственной зависимостью. Необходимо также наладить координацию и сотрудничество между различными специализированными учреждениями, занимающимися лечением лекарственной зависимости; сотрудничающие в этих учреждениях терапевты, хирурги и психиатры должны работать в тесном контакте друг с другом.

3.3 Некоторые специфические соображения

3.3.1 Лишение привычного токсичного вещества

В прошлом считали, что для обеспечения эффективности лечения зависимости от героина и других веществ типа морфина необходимо как можно раньше лишать больного привычного для него наркотика, хотя при этом признавалось, что наличие сопутствующего заболевания, например какой-либо инфекции, гепатита или недостаточности питания, требует, чтобы эта мера проводилась постепенно. К сожалению, некоторые даже считали, что все лечение зависимости и ограничивается лишением больного наркотика; этого взгляда придерживались и в отношении лечения зависимости от алкоголя, барбитуратов и других веществ. Позднее концепция раннего изъятия наркотика, особенно морфино-гипнотических, была поставлена под сомнение; вместо этого предлагалось прибегать к методу изъятия наркотика лишь после того, как будут изучены другие факторы, такие, как социальные условия, в которых живет больной, его профессиональный статус и мотивация злоупотребления наркотиком. Комитет считает, что в тех случаях, когда избирают этот путь, следует добиваться стабилизации и в подходящих случаях постепенного снижения принимаемой больным дозы вызывающего зависимость средства.

Комитет высказал убеждение, что лишение большого наркотика представляет собой лишь один аспект общей программы лечения и что в тех случаях, когда это обосновано клиническими наблюдениями, применение этой меры можно отсрочить.

Внезапное изъятие вызывающего зависимость средства типа барбитуратов или алкоголя может повлечь за собой тяжелые последствия, например спровоцировать психоз, эпилептическое состояние и сердечно-сосудистую недостаточность. Поскольку эти состояния могут привести к смертельному исходу, проводить эту меру следует с большой осторожностью, убедившись перед этим в возможности обеспечить больному в случае необходимости экстренную медицинскую помощь.
В целом, однако, нет оснований откладывать изъятие вызывающего зависимость средства, особенно в тех случаях, когда неумеренное злоупотребление им привело к полному расстройству функций организма.

Изъятие стимуляторов сопровождается лишь немногими и незначительными соматическими реакциями. Психологическая реакция включает депрессию, которая может быть достаточно глубокой и привести к попытке самоубийства. Одна из специфических форм депрессии проявляется апатией, аnergией и требует специального лечения. Аналогичные синдромы наблюдаются и после изъятия других вызывающих зависимость средств.

Учитывая вышеперечисленное, рекомендуется осуществлять изъятие вызывающих зависимость средств определенных типов лишь в условиях стационара.

Комитет подчеркивает тот факт, что страдающие лекарственной зависимостью лица не возвращаются к норме немедленно после лишения их привычного токсичного вещества. Напротив, на этой стадии необходимо дальнейшее продолжительное лечение, часто весьма интенсивное; кроме того, необходимо наладить последующее наблюдение за ними, обеспечив возможность необходимых консультаций.

3.3.2 Поддерживающее лечение

Как отмечалось выше (раздел 3.1.2), согласно традиции, медицина всегда стремилась определить различные цели лечения, начиная от полного выздоровления и кончая замедлением развития болезни, облегчением симптомов, предупреждением осложнений и облегчением страданий больного в тех случаях, когда ему нельзя помочь другими средствами. Таким образом, нет ничего неожиданного в концепции оказания паллиативной помощи больному, которому невозможно предложить способ лечения, который привел бы к полному выздоровлению.

Синдром зависимости от вещества типа морфина, барбитуроватов и других типов обладает некоторыми особенностями, свойственными хроническому, рецидивирующему заболеванию. Что касается зависимости морфинного типа, то идеальная цель — полное выздоровление — достигается лишь в очень небольшом проценте случаев и обычно только ценой продолжительных, истинно героических усилий. Учитывая это, Комитет считает целесообразным избрать промежуточную цель лечения лиц, страдающих зависимостью морфинного типа.

5*
Была изучена концепция использования поддерживающих доз\(^1\) вызвавшего зависимость средства, например героина или заменяющего его средства того же типа, например метадона, с целью установить, можно ли добиться облегчения патологических симптомов, обусловленных привычным приемом препарата, не обеспечив полного выздоровления.

Общей основой всех методов поддерживающей терапии в случае лекарственной зависимости является то, что борьба с неблагоприятными последствиями синдрома зависимости поручается учреждениям здравоохранения. Эта деятельность получила различное теоретическое обоснование и осуществляется с использованием различных методов.

а) «Британский подход»

До недавнего времени зависимость от лекарственных средств типа морфина и кокаина не имела широкого распространения в Великобритании, где на конец 1962 г. Министерством внутренних дел было зарегистрировано менее 300 случаев такой зависимости. Применявшаяся в отношении этих веществ система контроля, которую часто ошибочно именуют «британской системой» и целью которой была профилактика зависимости этого типа, обеспечивала удовлетворительный контроль за наркотиками морфинового и кокаинового типов в условиях, когда спрос на них был небольшим. Однако, когда (как и в других странах) среди населения младших возрастных групп получило распространение увлечение наркотиками, эта система контроля оказалась недостаточной. В период между 1964 и 1967 г. число зарегистрированных привычных потребителей героина и кокаина, составлявшее менее 500, увеличилось до 1500. Стало очевидно, что необходимо искать другой подход к решению этой проблемы.

Результаты обследования, проведенного Межведомственным комитетом Министерства внутренних дел, показали, что небольшая группа врачей прописывает героин в чрезмерно больших количествах и что это обстоятельство имело решающее значение в возникновении ситуации, когда этот наркотик стал доступен для его привычных потребителей\(^2\).

«Британский подход», который основывается, в частности, на недавно введенном в действие законодательстве, исходит из потребности индивидуума в соответствующем лечении, с

---


\(^2\) Interdepartmental Committee on Drug Addiction (1965) Drug addiction: the second report... London, HMSO.
одной стороны, и из потребности общества в целом оставаться здоровым — с другой. Основные положения и цели этого нового подхода следующие:

1) в рамках службы здравоохранения организованы специализированные подразделения для лечения (как амбулаторного, так и стационарного) лиц, страдающих лекарственной зависимостью;

2) больные, испытывающие потребность в вызывающих зависимость лекарственных средствах, могут посещать эти учреждения один раз в 2 недели, еженедельно или чаще, если врач считет это нужным, для получения лечения и контроля за используемыми дозами; таким образом уменьшается опасность передозировки и обеспечивается регулярный контакт врача и больного, что создает психологическую предпосылку для отказа от приема вызывающего зависимость средства;

3) центральные службы социальной помощи и местные власти обеспечивают другие необходимые виды помощи;

4) за счет предоставления возможности получить вызывающее зависимость средство в контролируемых условиях делается попытка уменьшить стремление приобрести его незаконным путем;

5) осуществляется контроль за деятельностью врачей путем запрещения прописывать героин и кокаин страдающим зависимостью лицам, если это не требуется для лечения какого-либо органического заболевания;

6) прописывать героин и кокаин страдающим зависимостью лицам могут только те врачи, которые имеют специальное разрешение Министерства внутренних дел;

7) обо всех случаях зависимости от героина, кокаина и некоторых других лекарственных средств диагностировавший такую зависимость врач должен сообщать главному медицинскому специалисту Министерства внутренних дел; это необходимо для того, чтобы держать потребление наркотиков под постоянным контролем, а также для того, чтобы больные, посещающие один какой-либо центр, не могли получать наркотики в других центрах; и

8) проводятся меры, имеющие целью уменьшение потребности в нелегальных источниках получения наркотиков, чтобы таким образом не допустить создания преступной организации, которая поставляла бы эти средства.

Рациональная основа такого подхода не будет понята, если не учесть того, что: а) героин используется в Великобритании с лечебными целями и б) проведенное обследование не
дает оснований допускать возможность существования в стране преступной организации, занимающейся распространением наркотиков этого типа, так как эти средства производятся и распределяются с официального разрешения властей и обычно попадают в руки страдающих зависимостью лиц от больных, получающих их по рецепту врача.

Со времени введения новой системы случаи зависимости от героина стали встречаться значительно реже. Однако лишь небольшой процент привычных потребителей героина полностью отказывается от попыток получать его нелегальным путем; многие по-прежнему стремятся приобрести героин (который теперь имеется в продаже лишь в очень редких случаях) не только в тех центрах, которые они посещают; аресты за преступления, связанные с употреблением наркотиков, и другие преступления — довольно частое явление; очень велико число случаев осложнений, возникающих в результате пользования нестерильными шприцами; высока смертность. Кроме того, увеличивается число лиц, у которых развилась зависимость от метадона, причем многие из них никогда не злоупотребляли героином. За метадоном еще не наложен такой контроль, который осуществляется в отношении героина. Эти обстоятельства, а также значительное распространение злоупотребления одновременно несколькими вызывающими зависимость средствами послужили основанием для разработки нового Закона о злоупотреблении наркотиками, который предусматривает расширение контроля за распространением наркотиков и деятельностью врачей. Этот закон в настоящее время рассматривается парламентом.

Этот новый подход к решению чрезвычайно острым проблем борьбы с лекарственной зависимостью нашел практическое воплощение в Великобритании с ее специфическими социальными условиями, особенностями организации медицинского обслуживания и некоторыми национальными особенностями, которые в настоящее время вряд ли существуют в какой-либо другой стране.

б) Поддерживающая терапия метадоном

Схема поддерживающей терапии метадоном в течение ряда лет использовалась для лечения зависимости морфинового типа на специально отобранных группах, причем удавалось достичь поставленных целей, т. е. уменьшения преступности, сокращения нелегального распространения наркотиков, улучшения социальной и профессиональной адаптации. Применялся, однако, целый ряд методов, которые весьма приблизительно определяли как поддерживающую терапию метадоном,
почему желательно дать точную формулировку концепции такого лечения. Некоторые аспекты этой программы получили четкое оформление, многие же другие все еще находятся на стадии разработки.

Метод поддерживающей терапии метадоном заключается в том, что больной в течение продолжительного времени ежедневно принимает внутрь метадон под соответствующим медицинским контролем, причем дозировка определяется таким образом, чтобы: 

а) предупредить развитие симптомов абсцентности, 

б) частично или полностью ликвидировать у больного стремление принимать наркотики морфинного типа и в) выработать достаточно устойчивую толерантность и перекрестную толерантность, чтобы притупить или подавить действие этих агентов на организм больного.

Было установлено следующее.

1) Относительной и устойчивой толерантности и перекрестной толерантности, о которой говорилось в пункте с, можно добиться без развития явных неблагоприятных симптомов.

2) Некоторые, хотя и не все лица, страдающие зависимостью морфинного типа, хорошо переносят режим содержания на метадоне и, очевидно, воздерживаются от какой бы то ни было преступной деятельности, так как у них вырабатываются более правильные социальные и трудовые навыки.

По некоторым вопросам еще не имеется достаточного количества данных, и для их решения настоятельно необходимо провести научные исследования. К числу этих вопросов относятся следующие.

1) Индивидуальная характеристика лиц, которые страдают зависимостью морфинного типа и которые соглашаются следовать режиму поддерживающей терапии метадоном в той иной форме; значение, которое имеют такие факторы, как возраст больного, его социальный статус, продолжительность периода, в течение которого данное лицо страдало лекарственной зависимостью, а также значение одновременного употребления нескольких вызывающих зависимость средств.

2) Основные критерии, которым должен удовлетворять больной, желающий подвергнуться поддерживающей терапии метадоном.

3) Наличие тенденции продолжать прием вызвавшего зависимость средства или обращаться к другим средствам, воздействие которых не контролируется приемом метадона.

4) Сохранение асоциального и/или преступного поведения в период поддерживающего лечения метадоном.
5) Оптимальные дозы метадона, получаемые больными в различных программах.

6) Альтернативные агенты, которые могут употребляться вместо метадона.

7) Надежность собранных данных.

8) Влияние различных элементов программ поддерживающей терапии метадоном (например, действие метадона как такового, консультативная помощь больным, поддержка со стороны сослуживцев и друзей, деятельность служб социальной помощи, групповая терапия) на результаты лечения.

9) Возможно ли добиться физической и социальной реабилитации в степени, которая допускала бы прекращение приема метадона? Если это возможно, то в каких условиях это можно делать? Если же нет, то следует ли считать, что, однажды начав принимать метадон, больной должен продолжать делать это всю жизнь, если он стремится к социальной адаптации?

Поскольку содержание на метадоне по существу означает сохранение зависимости морфинного типа, считалось, что разрешать данному лицу прием метадона по той или иной программе можно только в тех случаях, когда твердо установлено, что это лицо в этот момент страдает выраженной лекарственной зависимостью. Если это не так и индивидуум в результате пребывания в закрытом учреждении или благодаря какой-либо другой причине в данный момент не страдает такой зависимостью, то, как обычно считали, ему нужно дать возможность продолжать обходиться без наркотика, даже если прежде он страдал зависимостью, подвергался лечению по этому поводу и вновь возвращался к приему вызвавшего зависимость агента, и даже вопреки возможности того, что он снова возобновит прием этого агента. В последнее время, однако, стали допускать, что в некоторых случаях заключенные или освобождаемые условно лица, до заключения страдавшие лекарственной зависимостью с высокой вероятностью рецидива, могут быть привлечены к участию в программе поддерживающей терапии метадоном на экспериментальной основе; это поможет установить, в какой мере содержание на метадоне предупреждает возможность возобновления злоупотребления наркотиком, получаемым незаконным путем, а также возможность возвращения к связанным с этим асоциальным формам поведения. Во всех же других случаях, пока не будут получены результаты более подробных исследований, следует воздерживаться от использования метода поддерживающей терапии метадоном.
Поскольку программа поддерживающей терапии метадоном требует сотрудничества различных специалистов, она должна осуществляться на базе стационарного медицинского учреждения,ющего оказывать всю необходимую помощь больным. Таким образом, этот метод не может применяться отдельными практикующими врачами, так как они не в состоянии обеспечить весь комплекс обслуживания и не могут организовать необходимое наблюдение за поведением больных.

Замечания

Невозможно провести сколько-нибудь надежное сравнение результатов применения «британского подхода» к контролируемому использованию героина и системы поддерживающей терапии метадоном, так как существуют многочисленные различия между подвергающимися такому лечению контингентами населения, а также различия, например, в культурных и социальных условиях, организации медицинского обслуживания и законодательства. Совершенно очевидно, что оба эти метода имеют свои недостатки, и ни один из них не претендует на то, что он может обеспечить одинаково эффективное лечение во всех случаях. Одним из преимуществ программы содержания на метадоне является то, что в этом случае исключается самостоятельное внутреннее введение препаратов, и таким образом сводится до минимума число случаев осложнений в результате использования нестерильных шприцов. Другое ее преимущество связано с тем, что метадон при правильном его применении не вызывает острых субъективных реакций. Обе системы преследуют одну и ту же цель: предупредить или ограничить возможность получения наркотиков незаконным путем. При использовании метадона больному не разрешается принимать это средство вне стен лечебного центра, пока у него не вырабатываются правильные социальные установки и пока в повторных пробах мочи (в течение нескольких недель) не будут полностью отсутствовать следы неописанных врачом наркотиков. Британская система требует, чтобы больной ежедневно (за исключением субботы и воскресенья) являлся в аптеку для получения дневной дозы героина.

Для лиц, страдающих зависимостью от веществ других типов, методы лечения поддерживающими дозами пока не разрабатывались, хотя некоторые врачи в отдельных случаях назначали больным постоянные дозы барбитуратов или небольшие дозы амфетаминов при условии, что состояние этих больных во всех других отношениях оставалось нормальным.
В настоящее время нет данных, подтверждающих возможность широкого использования метода лечения поддерживающими дозами веществ этих типов.

Комитет отметил, однако, что существующая в ряде стран практика свободного прописывания вызывающих зависимость средств привела к увеличению числа случаев лекарственной зависимости. Ни в коем случае нельзя применять каких-либо методов лечения поддерживающими дозами вызывающих зависимость средств без строгого контроля и наблюдения за больными со стороны медицинского персонала.

Комитет считает, что необходимо проявлять большую осторожность в вопросе о назначении поддерживающих доз лицам, спорадически принимающим наркотики, а также молодым людям, которые лишь недавно начали злоупотреблять ими.

Комитет отметил, что в очень небольшом числе стран отдельным лицам, которые долгое время злоупотребляли опиум, предоставляется возможность получать его через государственные учреждения. Комитет выразил надежду, что можно получить информацию относительно влияния этой меры на распространенность злоупотребления веществами типа морфина и другими вызывающими зависимость средствами в этих странах. Как и в случае двух описанных выше программ, цель такого подхода заключается в «ограничении распространения злоупотребления наркотиками» и «сокращении нелегальной торговли наркотиками».

3.3.3 Антагонисты

Метод использования специфических антагонистов веществ типа морфина для лечения лиц, зависимых от этих веществ1, был разработан сравнительно недавно. Эти антагонисты провоцируют симптомы абstinенции у лиц, страдающих лекарственной зависимостью. С другой стороны, у лиц, не имеющих физической зависимости от морфиноподобных веществ, антагонисты блокируют тяжелые реакции, которые обычно возникают у таких лиц в ответ на введение веществ этого типа.

При регулярном приеме антагонистов можно предупредить развитие зависимости и уменьшить опасность передозировки.

Циклозапин, специфический антагонист препаратов опия, был подвергнут клиническому испытанию на больных, страдающих зависимостью от героина. Он эффективен при оральн...
ном применении, но может вызывать неприятные субъективные ощущения, и его антагонистическое действие сохраняется лишь около 24 часов. Следовательно, если больной пропустит прием даже одной дозы, у него могут возникнуть тяжелые симптомы, характерные для абстиненции при зависимости морфинного типа.

Другой антагонист препаратов опия, налоксон, не вызывает неблагоприятных субъективных реакций, но для достижения эффективного антагонистического действия необходимо принять per os очень большое количество этого дорогостоящего препарата; налоксон сохраняет свое антагонистическое действие менее чем 24 часа.

В настоящее время разрабатываются формы этих препаратов, пригодные для имплантации, чтобы их антагонистическое действие сохранялось в течение нескольких недель после каждого отдельного введения.

Число лиц, подвергавшихся лечению этими препаратами, невелико, и ни одна из опубликованных работ не содержит оценки результатов в сопоставлении с контрольными группами. Применять антагонисты намного труднее, чем метадон, и больные менее охотно соглашаются на это. Как говорилось выше, сначала проводится отнятие наркотика — мера, на которую многие больные, страдающие зависимостью от героина, соглашаются далеко не охотно; при этом потребность в приеме наркотика может быть ликвидирована не полностью.

Тем не менее применение антагонистов имеет ряд потенциальных преимуществ. Поскольку они не вызывают развития зависимости морфина, их можно вводить лицам, которые принимали наркотики ради любопытства и у которых еще не возникла зависимость. Введение антагонистов может помочь положить конец такому экспериментированню. Кроме того, можно без труда лишить больного такого препарата, не рискуя вызвать у него стремление во что бы то ни стало получить его. К отнятию препарата можно прибегнуть, когда есть уверенность в том, что больной (независимо от того, применял он ранее наркотик регулярно или спорадически) не возобновит прием привычного токсичного вещества. Таким образом, он будет избавлен от необходимости постоянно принимать какое-либо лекарственное средство.

Некоторые клиницисты, работающие с веществами морфинного типа, считают, что антагонисты могут сыграть важную роль в лечении некоторых больных, особенно в тех случаях, когда эти больные употребляют вещества типа морфина, но еще не страдают зависимостью от них, или в тех случаях, когда по ряду причин нельзя избрать другую форму лечения. Маловероятно, однако, что имеющиеся сейчас антаго-
гонисты будут применяться более широко и что интерес к ним сохранится до того времени, когда появятся препараты с более продолжительным действием.

Недавно было проведено исследование, имевшее целью определение свойств веществ, обладающих ингибитирующим эффектом по отношению к действию амфетаминов. Работа пока находится на начальной стадии, и еще нет данных, которые позволяют бы предположить, что такие вещества могут получить практическое применение при лечении зависимости от веществ типа амфетамина.

3.3.4 Самоуправляющиеся общины

Выше упоминалось об использовании метода коллективной терапии в психиатрии (см. раздел 3.2.1). Различные модификации этого метода использовались в самых различных ситуациях, в том числе в школах, университетах, в местах заключения и других закрытых учреждениях, где делались попытки воздействовать на индивида, чтобы заставить его отказаться от неприемлемых с точки зрения общества форм поведения.

Все эти методы нашли применение в самоуправляющихся общинах для страдающих лекарственной зависимостью лиц, приспособивших их к своим целям. В 1958 г. в Калифорнии была основана первая такая община. Позднее были созданы общины Дейтон Виллдж, Феникс Хаузиз и многие другие.

Как очевидно, все эти программы исходят из предположения, что злоупотребление вызывающими зависимость средствами — проявление скрытого расстройства личности или эмоциональной нервости, а потому ставят своей основной целью перестройку характера.

Вновь поступающим членам общины сначала поручают лишь черную работу, но им дается возможность постепенно выдвинуться и занять более высокое положение, на них возлагается повышенная ответственность, и они получают определенные привилегии. Прием наркотиков и физическое насилие исключаются.

Такая организационная структура дает общине возможность закреплять навыки нормального поведения, как только появляются его первые признаки. Большинство общин также разработало меры наказания за отступление от норм поведения, вплоть до исключения провинившегося из общины. Обязательной считается также форма отношений, когда каждый член коллектива проявляет готовность откровенно высказывать свое мнение и, часто не стесняясь в выражениях, изобличать неправильные поступки любого другого члена общины.
В то же время взаимоотношения в общине отличаются чуткостью и заботливостью, которые редко можно наблюдать где-либо в другом месте.

Существует большое разнообразие в способах практического осуществления этой идеи; неодноковые также размеры общин и условия, в которых живут их члены. Постоянный штат сотрудников (администраторы, обслуживающий персонал, медицинские работники) включает бывших наркоманов, которые сами прошли через такие общины. В одних случаях наложено сотрудничество со специалистами — психиатрами, врачами других специальностей, психологами и работниками служб социальной помощи; в других же случаях руководители общин категорически возражают против привлечения специалистов, считая, что только те, кто сам в прошлом употреблял наркотики, могут правильно понять существо проблемы и действительно помочь членам общины в борьбе с лекарственной зависимостью.

По мере накопления данных стало очевидно, что большинство подобных общин, существующих в США, не пользуется большой популярностью. Согласно подсчетам, около 60% лиц, устанавливающих контакт с ними (а таких лиц очень немного), становятся членами этих общин, и только половина или даже одна треть этого числа остается в общине более чем на несколько месяцев, остальные же покидают общину, не спрашивая согласия ее членов. Неизвестно, возобновляют ли лица, покинувшие общины, прием наркотиков, однако всеобщее мнение склоняется к тому, что они продолжают злоупотреблять наркотиками. Если же и удаётся добиться стойких положительных результатов, то они имеют место не более чем у одной трети из общего числа лиц, которые приходят в общину.

Не установлено, удаётся ли таким общинам положительно воздействовать на структуру личности их членов. Во всяком случае, другие методы лечения расстройств личности также не приносят большого успеха. Большинство бывших наркоманов — «выпускников» таких общин сами становятся штатными сотрудниками тех же общин или других учреждений, применяющих аналогичные методы. Хотя в случаях зависимости морфийного типа можно обратиться к фармакологическим методам лечения, этого нельзя сказать о зависимости от лекарственных средств типа барбитуратов и амфетамина. Кроме того, даже если считать, что единственное достижение таких общин — обеспечение условий, в которых их члены могут нормально жить и работать, то и в этом случае общины приносят пользу обществу, так как они отвечают большую часть своих членов от нелегального употребления
наркотиков, преступной деятельности и других форм асоциального поведения. Опыт таких общин также показывает, что лица, в прошлом страдавшие лекарственной зависимостью, могут сосуществовать в упорядоченном, рационально построенном коллективе.

Можно спорить о том, возможно ли применить этот подход в условиях многих других стран, помимо США и Канады. В некоторых странах социальные и культурные традиции исключают возможность вмешательства в дела семьи или использования той или иной формы группового лечения, в то время как в других странах сам факт существования лекарственной зависимости у индивидуума не может служить мотивацией для обращения за помощью.

Тем не менее Комитет считает, что следует поощрять дальнейшие эксперименты в этом направлении, и одновременно подчеркивает, что необходимо предпринять научную оценку полученных результатов, которая до сих пор не проводилась.

3.3.5 Принцип принуждения

Концепция принуждения в применении к общественному здравоохранению не является совершенно новой. Во всем мире твердо установился принцип принудительного лечения или содержания в карантине лиц, страдающих некоторыми инфекционными болезнями или находящихся в контакте с такой инфекцией.

Принудительное лечение в области психиатрии также является общепризнанным принципом, хотя этот вопрос по-прежнему вызывает много споров; в частности, нет единого мнения относительно того, насколько широко оно должно использоваться и существует ли действительная потребность в его применении. Принудительное лечение (с содержанием в закрытом учреждении или вне его) может быть также оправдано в тех случаях, когда больной, подлежащий обязательному лечению, находится в тяжелом состоянии и не может правильно судить о необходимости такого лечения.

В принципе принуждение в связи с лекарственной зависимостью может быть использовано для достижения трех самостоятельных целей:

1) для обеспечения ухода и лечения, когда данный индивидуум отказывается от лечения или когда он предпочитает другую форму лечения;

2) для введения в действие принципа карантина путем объявления данного индивидуума носителем заразного начала, представляющего серьезную угрозу здоровью общества.
(помещение в карантин больного, страдающего опасной инфекционной болезнью, допустимо, с точки зрения практики общественного здравоохранения, только в тех случаях, когда ему по возможности предоставляется необходимое лечение); и

3) для того чтобы можно было потребовать оповещения медицинских властей о случаях лекарственной зависимости, аналогично тому, как это делается в отношении случаев инфекционных болезней (эта мера, разумеется, сама по себе является не принудительным лечением, а скорее обязательной эпидемиологической процедурой).

Комитет рассмотрел данные, касающиеся мер общественного воздействия в отношении лиц, страдающих зависимостью от алкоголя и других веществ, и изучил доводы за и против принудительного лечения таких лиц.

Комитет считает, что имеющиеся клинические данные не позволяют судить о целесообразности применения различных форм принудительного лечения, однако отмечает, что сама по себе принудительная госпитализация, хотя эта мера применялась довольно часто, не дает положительных результатов.

Зная о том, что во многих странах противозаконные действия, совершаемые наркоманами, караются тюремным заключением, Комитет подчеркивает, что в условиях тюремного содержания необходимо смотреть с тем, что лекарственная зависимость представляет собой форму патологии, и предусматривать меры для лечения страдающих зависимостью лиц. В частности, Комитет рекомендовал создавать хорошо укомплектованные персоналом экспериментальные отделы, которые одновременно занимались бы и оценкой результатов лечения, внося таким образом вклад в изучение этой проблемы.

Комитет считает, что в странах, где используется метод принудительного лечения, важно обеспечить страдающим лекарственной зависимостью заключенным возможность получать необходимое лечение в учреждениях здравоохранения и других учреждениях.

Комитет выражает убеждение, что существует настоятельная необходимость введения оповещения органов здравоохранения о случаях лекарственной зависимости при условии, что данные о личности страдающих такой зависимостью индивидуумов не будут сообщаться органам правосудия. Подобная возможность нарушения медицинской тайны может послужить препятствием для лиц, желающих воспользоваться лечением.

Как отметил Комитет, имеются данные о том, что некоторые принудительные меры (например, условное освобожде-
ние, обязательное последующее наблюдение и контроль со стороны органов здравоохранения) приносят положительные результаты, однако окончательные выводы сделать пока невозможно. Комитет настоятельно рекомендует провести более подробные исследования по этому вопросу.

3.3.6 Другие специфические соображения

Если не считать методов лечения зависимости от алкоголя и препаратов типа морфина¹, в настоящее время не существует методов, которые оказывали бы специфическое действие при различных формах лекарственной зависимости. Это утверждение справедливо в отношении всех обычно встречающихся типов зависимости, в том числе зависимости от препаратов индийской конопли, галлюциногенных средств, стимулирующих и седативных средств, а также некоторых средств, употребляемых путем инъекции. Разумеется, симптомы абstinenceии и острой интоксикации, так же как и другие осложнения, требуют специального лечения (см. раздел 3.2.3).

Существует, однако, ряд факторов, не связанных с природой данного вещества или вызываемыми им осложнениями, которые требуют особого рассмотрения. К числу этих факторов относятся возраст и особенности личности больного, характер его непосредственного социального и семейного окружения, а также доступность для него медицинской, социальной и другой помощи.

Цели лечения включают ликвидацию существующих у больного симптомов, в том числе привычки принимать одно или несколько вызывающих зависимость средств, а также ликвидацию обусловивших зависимость и сопутствующих заболеваний. Для этого используют методы, заимствованные из других областей и применяемые, например, в отношении нарушителей общественного порядка и правонарушителей и для лечения психических расстройств у взрослых и подростков, а также теорию обучения (в том числе использование безусловных и выработку условных рефлексов), и строят схему лечения в зависимости от избранного метода. В зависимости от условий больной может получать лечение в самоуправляющейся общине (см. раздел 3.3.4), в психиатрической больнице или другом лечебном учреждении стандартизированного типа, в учреждениях для несовершеннолетних правонарушителей, однако в большинстве случаев лечение проходит в менее официальной обстановке. Если злоупотребление вызывающими

¹ Специфическое действие в случаях злоупотребления алкоголем оказывает дисульфирам. Лекарственные средства, применяемые для лечения зависимости от морфина, описаны в разделах 3.3.2 и 3.3.3.
зависимость средствами не зашло слишком далеко, целесооб-
разно ограничиться консультативной помощью больному и его
семье и перестроить условия и образ жизни больного; если
необходимо интенсивное лечение, то такое лечение можно
организовать в амбулаторных отделениях, которые могут
иметься при местных молодежных клубах, как неофициаль-
ных, так и поддерживаемых властями. Эти клубы обычно
располагаются в стратегически важных пунктах; они могут
находиться в ведении официальных учреждений или иметь
статус самодеятельной организации и в различной степени
использовать профессиональное руководство. Лечебная рабо-
та наиболее эффективна тогда, когда она составляет часть
деятельности всесторонней системы служб, включающих жи-
лые помещения, больницу общего типа или психиатрическую
больницу для лечения интеркуррентных эпизодов, лаборато-
рии для контроля за содержанием наркотиков в моче и крови
больных, общения и службы последующего наблюдения.
В таких условиях местные лечебные службы могут направ-
лять новых больных на специализированное лечение, а также
обеспечивать последующее наблюдение и облегчать социаль-
ную реадаптацию больных.
Консультативные службы, службы социальной помощи и
другие службы последующего наблюдения, помогающие пре-
дупреждать рецидивы у больных, страдающих лекарственной
зависимостью, представляют собой важные компоненты об-
щей программы. Каждому больному приходится пользоваться
их услугами в течение месяцев и даже лет. Очень важно так-
же помочь семье больного выработать правильное отношение
к его болезни и соответствующим образом изменить внутрив
семейные отношения. Службы последующего наблюдения вы-
полняют также важную роль, воздействуя на руководителей
общественности, принимателей и других лиц, от которых зави-
сит успех работы по реабилитации страдающих лекарственной
зависимостью лиц.
Совершенно очевидно, что лечение лекарственной зависи-
мости требует специальных знаний и навыков и что для этого
часто бывают необходимы специальные службы.
Также очевидно, что к планированию и осуществлению
рационально построенных программ необходимо привлекать
представителей многих профессий: врачей-психиатров, психо-
lógов, работников служб социальной помощи, общепрактику-
ющих врачей, работников полиции, исправительных заведе-
ний и инспекторов по надзору за условно освобожденными.
Комитет поэтому подчеркивает, что для обеспечения эф-
фективного лечения страдающих лекарственной зависимо-
стю лиц в тот момент, когда такое лечение показано, прежде
всего необходимо организовать серьезную всестороннюю подготовку персонала и установить постоянные рабочие контакты между соответствующими специалистами и работниками социальных служб.

3.4 Различные подходы к профилактике

Любой подход к профилактике лекарственной зависимости должен всегда ставить реалистическую цель. Как отмечалось ранее, честолюбивое стремление «ликвидировать» проблемы лекарственной зависимости в короткие сроки может привести к значительным потерям в ущерб здоровью и жизни пациентов и окружающим. Изменение традиционных представлений и соответствующее изменение экономических и социальных условий совершается очень медленно, поэтому на первый план следует выдвинуть ограниченные, имеющие временное значение цели.

Профилактика (и в первую очередь законодательный контроль за распределением вызывающих зависимость средств) была и остается одним из основных подходов к решению проблемы лекарственной зависимости. Было предложено и испытано много различных методов такой профилактики, а в будущем потребуется рационализировать и координировать их применение. При планировании профилактических мероприятий целесообразно руководствоваться подробными данными о характере распространения лекарственной зависимости в данной популяции; к сожалению, пока имеется лишь небольшое количество организованных данных по этому вопросу. Прежде всего необходимо правильно понять пути ее распространения, например определить роль заинтересованных потребителей наркотиков различного типа и роль «новоеннархов», а также установить, какое значение имеют соображения личной выгоды.

Комитет подразделит методы профилактики на три категории: 1) законодательные меры контроля за распространением вызывающих зависимость средств; 2) меры санитарного просвещения с целью распространения информации о вызывающих зависимость средствах и формирования правильного отношения к употреблению таких средств; 3) социальные меры, имеющие целью ослабить интерес к наркотикам у представителей «уязвимых» групп населения, и меры по обеспечению последующего наблюдения за лицами, отказавшимися от приема наркотиков.

3.4.1 Законодательные меры контроля

Хотя законодательный контроль за распространением вызывающих зависимость средств часто считаю область дея-
тельности законодательных, следственных и судебных органов, а также таможенных и полицейских властей, вопросами такого контроля неизбежно приходится заниматься и работникам здравоохранения. Комитет выражает согласие с заключением шестнадцатого доклада Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависитности о том, что «потребность [в контроле], вид и режим... контрола следует определять, исходя из двух соображений: а) степень опасности от точки зрения здравоохранения и б) применение данного лекарственного средства в медицинской практике».

В разделе 2.2 настоящего доклада Комитет выразил мнение, что эти факторы имеют первостепенное значение для правильного суждения о необходимости контроля.

С точки зрения профилактической медицины необходимо получить ответ на некоторые вопросы, прежде чем принимать решение о введении новых мер законодательного контроля.

1) Цель законодательства. Меры контроля могут вводиться с целью ограничения доступности препарата или полного изъятия его из продажи. Новое законодательство иногда вводится в сложных условиях, под давлением разноречивых мнений; в ответ на беспокойство широкой общественности могут быть приняты либо неоправданно мягкие, либо чрезмерно строгие меры. От специалистов по здравоохранению требуется, чтобы они представляли рациональное обоснование для той или иной меры и предвидели возможные неблагоприятные последствия (например, возможность того, что внезапное запрещение употребления опия может иметь результатом распространение других вызывающих зависимость средств, таких, как героин, вещества типа амфетамина и барбитурата или другие средства).

2) Оценка результатов. В связи с изменением законодательства может представиться благоприятная возможность для введения экспериментального метода в общественное здравоохранение. Если предполагается, что изменение законодательного контроля приведет к изменению в характере распространения той или иной формы заболевания, необходимо собрать данные, подтверждающие или опровергающие такое предположение. Было бы наивно считать, что законодательство всегда должно действовать согласно диктату науки. Существует большое число непредсказуемых переменных, которые начинают действовать в обществе после введения того или иного закона, а потому редко можно с уверенностью судить о том, к каким причинно-следственным отношениям это может привести.

Законодательные меры могут иметь целью контроль за производством, распространением, назначением, стоимостью, сроками продажи и потреблением данного лекарственного средства. Закон может быть направлен против потребителя, если он незаконно владеет этим средством, и предусматривать лишение свободы или другие меры пресечения. Настоящий доклад не будет касаться вопроса о достоинствах и недостатках различных видов контроля.

Обычно, когда то или иное вызывающее зависимость средство разрешено к продаже и может быть легко получено, различия в распространенности связанной с его приемом зависимости прямо пропорциональны размерам его потребления. Борьба с лекарственной зависимостью требует, чтобы факторы, способствующие злоупотреблению вызывающими зависимость средствами, были взяты под контроль. Как показывает опыт, чрезмерное употребление некоторых лекарственных средств и обусловленное этим широкое распространение зависимости от них часто связано с широким рекламированием этих средств. Кроме того, рекламирование фармацевтических препаратов в некоторых странах может иметь результатом слишком свободное и некритическое отношение к приему лекарств вообще.

Безразличное отношение к прописыванию вызывающих зависимость средств также может способствовать увеличению потребления этих средств и росту числа случаев лекарственной зависимости. Значение этого фактора для распространения лекарственной зависимости в том или ином районе можно установить путем контроля за практикой выписывания рецептов на такие средства. При наличии контроля органы здравоохранения могут попытаться найти объяснение такому положению и в случае необходимости лишить врачей, безответственно относящихся к назначению вызывающих зависимость средств, права прописывать определенные средства.

Контроль за практикой прописывания может иметь лишь ограниченный эффект. Если такой контроль действует только в отношении одного какого-либо средства, он будет оказывать лишь незначительное влияние на распространение лекарственной зависимости в целом, так как лица, злоупотребляющие вызывающими зависимость средствами, будут стремиться найти другие средства, не подлежащие контролю. Кроме того, может иметь место незаконное распространение или производство вызывающих зависимость средств в обход установленных правил.

Законодательный контроль, запрещающий использование определенных лекарственных средств, успешно применялся во многих случаях. Однако в странах, где широко распростра-
пено неконтролируемое употребление запрещенных законом вызывающих зависимость средств, такая мера в большинстве случаев не приносит успеха. В этой связи возникает вопрос, какие факторы обусловливают такое положение. Если существуют предпосылки для коренного изменения системы мер, ограничивающих использование вызывающих зависимость средств, и если такое изменение целесообразно, введению новой системы контроля должно предшествовать экспериментальное исследование. Можно назвать большое число случаев, когда в силу обстоятельств в том или ином районе приходилось отказываться от системы запрещения продажи алкогольных напитков, однако почти ни в одном из этих случаев не проводились нужные наблюдения и сбор данных.

В качестве меры борьбы с распространением лекарственной зависимости иногда применяют изоляцию страдающих такой зависимостью лиц, но сама по себе эта мера не приносит успеха. Если изоляцию применять на широкой основе, может возникнуть опасность того, что общество, в какой-то мере потеряя из виду эту проблему, может утратить чувство непосредственной ответственности в отношении страдающих зависимостью лиц и перестанет уделять внимание причинам, обусловливающим злоупотребление вызывающими зависимость средствами.

3.4.2 Санитарное просвещение

Часто высказывается мнение, что в борьбе с лекарственной зависимостью можно ограничиться проведением простых программ по санитарному просвещению, имеющих целью распространение информации о вызывающих зависимость средствах. Однако данных, подтверждающих это мнение, не имеется, и есть много оснований считать его сомнительным. Знание само по себе не может служить защитой, если то или иное вызывающее зависимость средство легко доступно. Тот факт, что во многих районах число случаев зависимости от лекарственных средств, подлежащих контролю, среди медицинских выше, чем среди населения в целом, заставляет усомниться в том, что знание об опасных последствиях приема этих средств может иметь какое-либо профилактическое значение, и лишний раз подчеркивает роль доступности таких средств как фактора, обусловливающего злоупотребление ими.

Тем не менее ознакомление общественности с фактическими данными о действии вызывающих зависимость средств и условиях, когда они должны применяться, совершенно необходимо, чтобы удовлетворить значительную потребность населения в таких сведениях и поместить недостаточно осведомленных...
лением лицам распространять неточную и часто неправильную информацию об этих средствах. В правильной информации прежде всего нуждаются специалисты, в частности работники системы просвещения, работники служб социальной помощи, юристы, работники органов правосудия, а также работники здравоохранения. Широкая общественность также должна быть хорошо осведомлена в этих вопросах, что облегчит проведение необходимых законодательных, профилактических и лечебных мероприятий. Программы по санитарному просвещению, которые должны проводиться во всех необходимых случаях, необходимо строить таким образом, чтобы не вызывать повышенного интереса к вызывающим зависимость и другим лекарственным средствам.

Санитарно-просветительные программы могут и must целью изменение отношения не только к употреблению вызывающих зависимость средств, но и к употреблению лекарств вообще. Как показывает опыт, концентрация внимания на терапевтической ценности лекарственных средств породила представление, что для каждой болезни или недомогания существует «таблетка», которая принесет облегчение. Дидактический подход пока не помог поколебать это наивное убеждение. Определенную пользу могут принести программы санитарного просвещения молодежи с целью выработать у нее разумное отношение к использованию лекарств вообще. В США был разработан план опытного исследования, которое будет проводиться в одном из городов и в ходе которого школьники будут получать сведения о правильном использовании лекарств.

Понадобятся новые, усовершенствованные методы для воздействия на ту часть населения, которая особенно подвержена опасности приобретения лекарственной зависимости, т. е. на подростков, членов профессиональных групп, имеющих постоянный доступ к вызывающим зависимость средствам, а также на лиц, подвергающихся стрессу, который может спровоцировать злоупотребление такими средствами (например, в условиях коренных жизненных перемен или при тяжелых уратах). К числу тех, кто особенно подвержен такой опасности, относятся лица с преступными и асоциальными наклонностями, которые не поддаются воспитательному влиянию школы и культурно-социального окружения и которые не меняют своего поведения, даже будучи научены горьким опытом. В некоторых случаях среди них встречаются лица, которые более осведомлены об определенных аспектах употребления вызывающих зависимость средств, чем многие из

тех, кто занимается санитарным просвещением по этому вопросу. Поэтому обоснованная тактика запугивания возможными вредными последствиями только дискриминирует благие попытки и может привести, а не пользу. Фактические материалы об опасности, связанной с употреблением вызывающих зависимость средств, иногда даже побуждают людей, особенно склонных испытывать судьбу, «попробовать» такие средства, в то время как многих других подобные материалы удерживают от этого.

Профилактика лекарственной зависимости среди молодежи может быть частью более широкой программы, имеющей целью помощь детям, плохо адаптированным к условиям школьного обучения. Необходимо изучить способы, с помощью которых опыт пребывания в школе можно использовать в качестве корректирующего фактора; можно даже попробовать превратить школьный класс в своеобразную «группу для коллективного лечения». Вполне возможно, что повышенное внимание к этой и другим «уязвимым» группам детей может быть неправильно истолковано и даже вызовет протест. Такую реакцию можно предупредить, разъясняя, что эти воспитательные меры есть благо и имеют целью помощь нуждающемуся в этом ребёнку. Учителя, которым придется заниматься этими проблемами, должны будут получить специальную подготовку и иметь постоянную возможность пользоваться помощью и консультациями специалистов.

Необходимость санитарного просвещения для борьбы с лекарственной зависимостью стала гораздо более настоятельной в связи с развитием в последние годы пропаганды в пользу вызывающих зависимость веществ, которая активно распространяется через посредство различных средств массовой информации. Эта пропаганда изображает употребление наркотиков и других вызывающих зависимость веществ либо как безобидное занятие, либо как средство «расширения интеллектуальных возможностей личности», «познания тайн мироздания» и т. д. Необходимо противопоставить этой вводящей в заблуждение пропаганде точную, научно обоснованную информацию.

3.4.3 Социальный подход

Как указывалось ранее, злоупотребление вызывающими зависимость средствами (как индивидуальное, так и в массовом проявлении) предполагает сложное взаимодействие токсичного вещества (или веществ) организм человека и его окружения, включающего социальные, экономические, культурные, политические и другие факторы, различные по сво-
ему характеру и значению. Быстрое изменение отношений между отдельными людьми, социальными группами и народами, которое имеет место в настоящее время, находит отражение и в постоянно меняющейся картине злоупотребления вызывающими зависимость средствами во многих странах мира. При этом выявляются некоторые тенденции, описываемые ниже.

1) Некоторые вызывающие зависимость средства, которые на протяжении столетий были известны и употребление которых считалось более или менее допустимым в определенных культурно-исторических условиях, в настоящее время получают распространение в странах, население которых имеет лишь небольшой опыт употребления этих средств или совсем незнакомо с ними (например, распространение препаратов индийской конопли в странах Запада и увеличение потребления алкоголя в ряде стран Африки и Азии).

2) Разработка большого числа синтетических химотерапевтических препаратов привела к появлению множества новых лекарственных средств, способных вызывать зависимость. Некоторые из них имеют широкое применение благодаря своей терапевтической эффективности; зависимость иногда возникает в ходе терапевтического применения этих средств, что может рассматриваться как проявление их неблагоприятного побочного действия. Специфические проблемы возникают в связи с использованием некоторых психотропных средств, особенно типа амфетаминов и барбитуратов, которые широко применяются в качестве терапевтических агентов, а также в связи с использованием синтетических галлюциногенных средств, в настоящее время почти не применяющихся в медицинской практике.

3) Существующий почти повсеместно и все возрастающий спрос на различные вызывающие зависимость средства поддерживает незаконную и противоречащую этическим нормам торговлю этими средствами. Иногда этот спрос обусловлен рядом социальных и культурных факторов, которые лишь несколько десятилетий назад не оказывали никакого влияния на состояние этой проблемы. Так, поддерживается большой спрос на ряд вызывающих зависимость средств среди многочисленных групп молодежи (а иногда и лиц старших возрастных категорий), которые отвергают культурные ценности и мораль общества, в котором они живут, противопоставляя себя существующему порядку вещей. Распространению злоупотребления наркотиками и другими вызывающими зависимость средствами способствуют как мировоззренческие соображения, так и соображения личной выгоды.
Ситуацию в мире в связи с проблемой лекарственной зависимости иногда описывают, используя эпидемиологические термины: такая зависимость из «эпидемических» районов может через неравные промежутки времени в форме «эпидемий» различной силы распространяться на другие районы, страны и даже континенты. К числу других иногда употребляемых в связи с лекарственной зависимостью эпидемиологических терминов относятся термины «эпизод», «зараженное лицо» и «носитель» (т. е. человек, который сам не страдает данной болезнью).

Комитет считает, что эпидемиологические модели могут помочь правильно оценить многие аспекты сложившейся в настоящее время динамической ситуации. Например, если выявлен индивидуум, к которому можно применить определение «зараженное лицо», в первую очередь может встать вопрос не об его изоляции, а о ликвидации «заражающего начала» и помещении этого индивидуума в условия, когда он представляет наименьшую опасность для окружающих, не прибегая при этом к карантинным мерам.

В задачу Комитета не входит детальный анализ или описание многочисленных социальных, культурных, экономических, политических и других факторов, постоянно влияющих на состояние проблемы лекарственной зависимости. Тем не менее очевидно, что необходимо значительно расширить изучение этих вопросов и уделять большое внимание социальному подходу к решению проблемы. Это имеет особо большое значение, когда речь идет о молодых людях (и даже детях), поведение которых отклоняется от нормы и которые употребляют вызывающие зависимость средства. Широко известно, например, что дети из разрушенных, неблагополучных семей или дети, родители которых проявляют либо чрезмерную жесткость, либо недопустимую мягкость в вопросах воспитания, подростки, бросающие школу, и молодые люди, отчисленные из университетов, представляют собой наиболее уязвимую в отношении лекарственной зависимости группу населения. В этой же группе можно встретить детей, которые по той или иной причине страдают «эмоциональным голодом», а также детей, чьи интеллектуальные способности, эмоциональность или одаренность не были вовремя распознаны, что имело результатом отказ от общепринятых норм поведения.

В каждом отдельном случае могут действовать различные психологические и социальные механизмы, однако клиники очень часто считают, что порочный круг мог бы быть разорван, если бы общество имело в своем распоряжении возможность для удовлетворения потребности молодежи в активной деятельности, эмоциональной разрядке, непосредствен-
ном участии в происходящем или если бы оно по крайней мере с вниманием и сочувствием относилось к проблемам молодежи.

В течение нескольких последних десятилетий было проведено большое число самых разнообразных экспериментов в этой области. В условиях городов, где увеличивалось распространение лекарственной зависимости, создавались специальные бригады, которые работали круглосуточно, но в основном ночью, активно ищут контактов с «трудными» подростками, часто посещающими особо «опасные» зоны города.

Имеются различные учреждения для организованной деятельности молодежи, которые могли бы быть использованы в целях профилактики злоупотребления наркотиками, например юношеские спортивные клубы, привлекающие ту часть молодежи, которая в противном случае могла бы присоединиться к группам потребителей наркотиков. Такого рода деятельность включает создание групп или организаций для занятий индивидуальными видами спорта, спортивными играми, музыкой, вопросами политики и религии, различными видами изобразительного искусства, а также борьбой с загрязнением внешней среды.

Целесообразно также устанавливать контакты с сезонными рабочими, рабочими, недавно переселившимися из других районов, а также с безработными, которые часто могут представлять собой «узкую» группу населения.

Одной из обязанностей местных органов здравоохранения, социального обеспечения и просвещения — при необходимости в сотрудничестве с полицией и добровольными организациями здравоохранения, религиозными и другими обществами — должно стать планирование и поддержка коллективных усилий населения, направленных на борьбу с лекарственной зависимостью, независимо от того, существует ли реальная угроза ее распространения. Полезную роль в этой связи может сыграть создание местного координационного органа, который также может помочь организовать последующее наблюдение за сбор данных о числе случаев и распространенности злоупотребления вызывающими зависимость средствами, а также фиксировать изменения в характере и формах использования этих средств.

В той мере, в какой это возможно, следует прибегать к прямому, откровенному обсуждению с представителями молодежи поколения волнующих их проблем, стремясь противодействовать распространенной как среди старшего поколения, так и среди молодежи тенденции к упрощению.

Как уже было отмечено, реабилитация бывших наркоманов, независимо от их возраста, — в большинстве случаев
длительный и трудный процесс. Всегда можно ожидать рецидива и нужно быть готовым к этому. Гарантией успеха может быть только тщательно продуманное, реалистическое отношение к этой проблеме со стороны властей, отсутствие паники, атмосферы морального осуждения и дискриминации. Для целей реабилитации и предупреждения рецидивов полезно создавать учреждения для профессионального обучения, а в некоторых случаях — закрытые мастерские и общежития. Как правило, службы регистрации, диагностики, лечения, последующего наблюдения как за отдельными страдающими лекарственной зависимостью лицами, так и за группами таких лиц должны рассматриваться как неотъемлемая часть системы служб здравоохранения и социальной помощи любого района, где существует злоупотребление вызывающими зависимость средствами.

Наконец, рекомендуется во всех случаях, когда имеются данные о сколько-нибудь значительном отклонении от норм поведения среди какой-либо группы лиц, особенно если это группа молодежи, рассматривать этот факт как указание на возможное присутствие действительных или потенциальных потребителей наркотиков и других вызывающих зависимость средств; в таких случаях необходимо проанализировать ситуацию и принять необходимые профилактические или исправительные меры.

4. МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ОТДЕЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Пропирам ¹

Комитет рассмотрел нотификацию правительства Федеративной Республики Германии относительно пропирама. Данные, сопровождающие эту нотификацию, ясно указывают на то, что этот агент обладает морфиноподобными свойствами, хотя в некоторых условиях он действует как антагонист препаратов опия. Комитет пришел к мнению, что пропирам: 1) оказывает морфиноподобное действие, 2) подавляет симптомы абстиненции, обусловленные зависимостью от морфина (средней тяжести), и 3) вызывает развитие зависимости морфинового типа.

Пропирам должен считаться вызывающим зависимость средством, сходным с кодеином. Поэтому пропирам и его со-

¹ Предложенное МНН для N-(1-метил-2-пиридинэтил)-N-2-пиридилипропионамида.
ли, если бы их получение было технически возможно, должен был бы подпадать под режим контроля, применяемый к кодену, согласно положениям Конвенции 1931 г. для лекарственных средств, перечисленных в статье 1, параграфе 2, Группе II этой Конвенции. Однако, поскольку пропирам не преобразуется в вызывающее зависимость вещество, обладающее морфиноподобным действием (что является критерием для включения в Группу II, согласно статье 1, параграфу 2 Конвенции 1931 г.), он не может быть включен в эту группу. Тем не менее Комитет считает, что в интересах общественного здравоохранения желательно применять в отношении пропирама тот же режим контроля, как если бы он был включен в число веществ, перечисленных в статье 1, параграфе 2, Группе II Конвенции 1931 г.

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости РЕКОМЕНДУЕТ

1. в соответствии со статьей 1 Протокола 1948 г. сообщить его мнение относительно пропирама и его аналогов Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций;
2. согласно статье 3, параграфу 1 Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г., уведомить Генерального секретаря Организации Объединенных Наций о том, что, по мнению ВОЗ, Список II Единой конвенции требует поправки, а именно добавления пропирама; и
3. рекомендовать Комиссии ООН по наркотическим средствам поместить пропирам в Список II Единой конвенции, если до 4 января 1971 г. ВОЗ не получит информации, которая, по мнению Организации, затрагивает сформулированное выше мнение Комитета экспертов.

Дифеноксиловая кислота¹

Комитет был информирован о том, что рассматривается вопрос о производстве дифеноксиловой кислоты для применения в медицинской практике. Это вещество является активным метаболитом дифеноксилата² — препарата, уже включенного в Список I Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. и в Группу I Конвенции 1931 г. Комитет считает, что, поскольку дифеноксиловая кислота: 1) обладает морфиноподобным действием, 2) подавляет симптомы абstinenceи в

¹ 1-(3-циано-3,3-дифенилпропил)-4-фенилхиноксатьная кислота.
² Предложенное МНН для этилового эфира 1-(3-циано-3,3-дифенилпропил)-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты.
случае установленной зависимости морфинного типа и 3) в основном поддерживает зависимость морфинного типа, так же как и дифеноксилат, производным которого она является, ее следует считать вызывающим зависимость средством, подобным морфину, и что в случае разрешения ее к производству, дифеноксиловая кислота должна подпадать под режим контроля, предусмотренный Конвенцией 1931 г. для веществ, перечисленных в статье 1, параграфе 2, Группе I этой Конвенции, а также в Списке I Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г.
ИЗБРАННАЯ БИБЛИОГРАФИЯ
ПО «БРИТАНСКОМУ ПОДХОДУ»

Anonymous (1967) Drug taking by the young, Brit. med. J., I, 67—68
Anonymous (1967) Realism and addicts, Brit. med., J., 2, 436—437
Merry, J. (1968) USA and British attitudes to heroin addiction and treatment centres, Brit. J. Addict., 63, 247—250
United Kingdom, Interdepartmental Committee on Drug Addiction (1965) Drug addiction: the second report... London, HMSO
ИЗБРАННАЯ БИБЛИОГРАФИЯ
ПО ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ

Приложение 3

СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ МЕЖДУНАРОДНОМУ КОНТРОЛЮ В КАЧЕСТВЕ НАРКОТИКОВ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Общепринятое название или международное непатентованное название*</th>
<th>Рациональное химическое название</th>
<th>Комитет экспертов по средствам, вызывающим зависимость</th>
<th>Режим контроля</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ацеторфин *</td>
<td>6,7,8,14-тетрагидро-7α(1-окси-1-метилбутил)-6,14-эндо-эпенооцирипин-3-акетат</td>
<td>15 1966,343</td>
<td>I / IV</td>
</tr>
<tr>
<td>Ацетилдигидрокодеин</td>
<td>Ацетилдигидрокодеин</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>II</td>
</tr>
<tr>
<td>Ацетилметадол *</td>
<td>3-ацетокси-6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептан</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Аллилпропидин *</td>
<td>3-аллил-1-метил-4-фенил-4-пропионоксинпиридин</td>
<td>10 1960,188</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Альфацетилметадол *</td>
<td>α-3-ацетокси-6-диметиламино-4,4-дифенилгептан</td>
<td>4 1954, 76</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Альфамепродин *</td>
<td>α-3-этил-1-метил-4-фенил-4-пропионоксинпиридин</td>
<td>7 1957,116</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Альфаметадол *</td>
<td>α-6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептанол</td>
<td>4 1954, 76</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Альфапродидин *</td>
<td>α-1,3-диметил-4-фенил-4-пропионоксинпиридин</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Анилидрин *</td>
<td>Этиловый эфир 1-(p-аминофенил)-4-фенилпиридин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>7 1957,116</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бензетидин *</td>
<td>Этиловый эфир 1-(2-bensилоксизитил)-4-фенилпиридин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>10 1960,188</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бензилморфин</td>
<td>3-бензилморфин</td>
<td>—</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бетацетилметадол *</td>
<td>β-3-ацетокси-6-диметиламино-4,4-дифенилгептан</td>
<td>4 1954, 76</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бетампродин *</td>
<td>β-3-этил-1-метил-4-фенил-4-пропионоксинпиридин</td>
<td>3 1952, 57</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бетаметадол *</td>
<td>β-6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептанол</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Бетапродин *</td>
<td>β-1,3-диметил-4-фенил-4-пропионоксинпиридин</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Общепринятое название или международное непатентованное название</td>
<td>Рациональное химическое название</td>
<td>Комитет экспертов по средствам, вызывающим зависимость</td>
<td>Режим контроля</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Безитрамид *</td>
<td>1-{(3-циано-3,3-дифенилпропил)-4-(оксо-3-пропионил-1-бензимидазолил)}-пинепридин</td>
<td>16</td>
<td>1969, 407</td>
</tr>
<tr>
<td>Cannabis sativa L</td>
<td></td>
<td></td>
<td>I I/IV</td>
</tr>
<tr>
<td>Кокаин</td>
<td>2,3-диметилбензил-1-(2-диэтиламиноэтил)-5-нитробензимидазол</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211</td>
</tr>
<tr>
<td>Кока лист</td>
<td>Erythroxylon coca L</td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Кодеин</td>
<td>3-метилморфин</td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Концентрат маковой соломы</td>
<td>Дигидрокодеин-0- (карбоксилетил) оксим</td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Дизоморфин *</td>
<td>Дигидрооксисоморфин</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142</td>
</tr>
<tr>
<td>Декстроморфамид *</td>
<td>(+)-4-[(метил-4-оксо-3,3-дифенил-4-(1-пирролидинил) бутил]морфин</td>
<td></td>
<td>I I/V</td>
</tr>
<tr>
<td>Диамизопропил</td>
<td>(N-[2- (метилфениламино)-пропил]пропионанил)</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211</td>
</tr>
<tr>
<td>Дизетиламино-бутен *</td>
<td>3-дизетиламино-1,1-ди-(2'-тиилнитил)-1-бутен</td>
<td>6</td>
<td>1956, 102</td>
</tr>
<tr>
<td>Дигидрокодеин</td>
<td>7,8-дигидрокодеин</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19</td>
</tr>
<tr>
<td>Дигидроморфин</td>
<td>7,8-дигидроморфин</td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Диметиламиноэтил-1-этоксин</td>
<td>2-диметиламиноэтил-1-этоксин</td>
<td>9</td>
<td>1959, 160</td>
</tr>
<tr>
<td>Диметиламиноэтил</td>
<td>6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептанол</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19</td>
</tr>
<tr>
<td>Диметиламино-бутен *</td>
<td>3-диметиламино-1,1-ди-(2'-тиилнитил)-1-бутен</td>
<td>4</td>
<td>1954, 76</td>
</tr>
<tr>
<td>Дифенилбутрат *</td>
<td>Этил-4-морфолино-2,2-дифенилбутрат</td>
<td>6</td>
<td>1956, 102</td>
</tr>
<tr>
<td>Диметиламинозатетретил</td>
<td>Этиловый эфир 1-(3-циано-3,3-дифенилпропил)-4-фенилпиридин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211</td>
</tr>
<tr>
<td>Общепринятое название или</td>
<td>Рациональное химическое называние</td>
<td>Комитет экспертов по</td>
<td>Режим контроля</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Дипиранон *</td>
<td>4,4-дифенил-6-пиридин-3-гептанон</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Экгонин</td>
<td>(---)-3-гидрокситропан-2-карбоксилат</td>
<td>4 1954, 76</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Этилметильтиамбутен *</td>
<td>3-этилметиламино-1,1-ди-(2'-тиенил)-1-бутен</td>
<td>11 1961, 211</td>
<td>II II</td>
</tr>
<tr>
<td>Этилморфин</td>
<td>3-этилморфин</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Этионитазен *</td>
<td>1-диэтиламинозетил-2-р-этоксибензил-5-нитробензимидазол</td>
<td>15 1966, 343</td>
<td>I I/IV</td>
</tr>
<tr>
<td>Этиорфин *</td>
<td>6,7,8,14-тетрагидро-7а-(1-окси-1-метилбутил)-6,14-эндан-1-метилбутил</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Этиоксерицин *</td>
<td>Этиловый эфир 1-[2-(2-окситиоцианил)-етил]-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>8 1958, 142</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Фентанил *</td>
<td>1-фентанил-4-N-пропиониламино-анилин</td>
<td>13 1964, 273</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Фуретидин *</td>
<td>Этиловый эфир 1-(2-тетрагидрофуран-оксигенил)-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>10 1960, 188</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Героин</td>
<td>Динацетилморфин</td>
<td></td>
<td>I I/IV</td>
</tr>
<tr>
<td>Гидрокодон *</td>
<td>Дигидрокоденоен</td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Гидроморфинол *</td>
<td>14-окси-7,8-дигидроморфин</td>
<td>11 1961, 211</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Гидроморфошон *</td>
<td>Дигидроморфошон</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Гидроксипетидин *</td>
<td>Этиловый эфир 4-(т-оксифенил)-1-метилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Изометадон *</td>
<td>6-диметиламино-5-метил-4,4-дифенил-3-гексанон</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Кетобемидон *</td>
<td>4-(т-оксифенил)-1-метил-4-пропионилпиперидин</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I I/IV</td>
</tr>
<tr>
<td>Левометорфан *</td>
<td>(---)-3-метокси-N-метилморфин</td>
<td>3 1952, 57</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Левоморамид *</td>
<td>(---)-4-[2-метил-4-оксо-3,3-дифенил-4-(1-пирролидинил)-бутил]морфолин</td>
<td>8 1958, 142</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Левофенацилморфан *</td>
<td>(---)-3-окси-N-фенацилморфин</td>
<td>10 1960, 188</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Общепринятое название или международное непатентованное название*</td>
<td>Рациональное химическое название</td>
<td>Комитет экспертов по средствам, вызывающим зависимость*</td>
<td>Режим контроля</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Леворфанол*</td>
<td>(—)-3-окси-N-метилморфина</td>
<td>3 1952, 57</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метазон *</td>
<td>2'-окси-2,5,9-триметил-6,7-бензоморфин</td>
<td>10 1960, 188</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метадон *</td>
<td>6-диметиламиног-4,4'-дифенил-3-гептанон</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метадон-интермедиат</td>
<td>4-циано-2-диметиламиног-4,4'-дифенилбутан</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метилдезорфин*</td>
<td>6-метил-Δ⁶-деоксисоморфин</td>
<td>4 1954, 76</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метилдигидроморфин *</td>
<td>6-метилдигидроморфин</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Метопон*</td>
<td>5-метилдигидроморфинон</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Морамил-интермедиат</td>
<td>2-метил-3-морфолино-1,1-дифенилпропан-карбоновая кислота</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Морферицин*</td>
<td>Этиловый эфир 1-(2-морфолиноэтил)-4-фенилпиреридин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>8 1958, 142</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Морфин</td>
<td></td>
<td></td>
<td>I II</td>
</tr>
<tr>
<td>Морфина N-оксид</td>
<td></td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Морфила пентавалентные азотистые производные</td>
<td></td>
<td></td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>Мирофн*</td>
<td>Мирестилбензилморфина</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Никокодин*</td>
<td>6-нитроксипирилморфина</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>II II</td>
</tr>
<tr>
<td>Никокодин*</td>
<td>6-нитроксипирилморфина</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Никоморфин*</td>
<td>3,6-диксипирилморфина</td>
<td>15 1966, 343</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норациметадол</td>
<td>(±)-α-3-ацетокси-6-метиламино-4,4'-дифенилгептан</td>
<td>9 1959, 160</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норексилложен *</td>
<td>N-деметилкодеин</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норлорфарнол*</td>
<td>(—)-3-оксисоморфинана</td>
<td>10 1960, 188</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норметадон*</td>
<td>6-диметиламиног-4,4'-дифенилтексанон</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норморфин*</td>
<td>Деметилморфина</td>
<td>9 1959, 16</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Норнипанон*</td>
<td>4,4'-дифенил-6-пиридин-3-тексанон</td>
<td>13 1964, 273</td>
<td>I 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Общепринятое название или международное непатентованное название*</td>
<td>Рациональное химическое название</td>
<td>Комитет экспертов по средствам, вызывающим зависимость*</td>
<td>Режим контроля</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Опиум</td>
<td>14-оксидигидрокодеинон</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Оксикодон *</td>
<td>14-оксидигидроморфинон</td>
<td>1 1949, 19</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Оксиморфон *</td>
<td>Этиловый эфир 1-метил-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Петидин *</td>
<td>4-циано-1-метил-4-фенилпиперидин</td>
<td>12 1962, 229</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Петидин-интермедиат-А</td>
<td>Этиловый эфир 4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>-</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Петидин-интермедиат-В</td>
<td>1-метил-4-фенилпиперидин-4-карбоновая кислота</td>
<td>-</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Петидин-интермедиат-С</td>
<td>6-N-морфолино-4,4-дифенил-3-гептанов</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Фенадоксон *</td>
<td>2'-окси-5,9-диметил-2-фенилпиперидин-6,7-бензоморфан</td>
<td>-</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Фенампропид *</td>
<td>3-окси-N-фенилпиперидин</td>
<td>6 1956, 102</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Феназоцин *</td>
<td>Этиловый эфир-1-(3-гидрокси-3-фенилпропил)-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>11 1961, 211</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Феноморфан *</td>
<td>Морфолинилэтилморфин</td>
<td>3 1952, 57</td>
<td>11 11</td>
</tr>
<tr>
<td>Фенперидин</td>
<td>Этиловый эфир 4-фенил-1-(3-фениламинофенил)-пиридин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>10 1960, 188</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Фолкодин *</td>
<td>1-(3-циано-3,3-дифенилпропил)-4-(1-пиридин-1-карбоновой кислоты амид</td>
<td>14 1965, 312</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Памидин *</td>
<td>1,3-диметил-4-фенил-4-пропионоксиазациклогептан</td>
<td>6 1956, 102</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Прогестазин *</td>
<td>Изопропиловый эфир 1-метил-4-фенилпиперидин-4-карбоновой кислоты</td>
<td>5 1955, 95</td>
<td>1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Проперидин *</td>
<td>N-(1-метил-2-пиридинозоэтил)-N-2-пиридинпропионамид</td>
<td>18 1970, 460</td>
<td>114 114</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Общепринятое название или международное непатентованное название | Рациональное химическое название | Комитет экспертов по средствам, вызывающим зависимость
(доклад, номер | специа. | группа Ком. в 1951 г. | Режим контроля
список Ком. в 1961 г.) |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Рацеметорфан*</td>
<td>(±)-3-метокси-N-метилморфанин</td>
<td>3</td>
<td>1952, 57</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Рацеморамид*</td>
<td>(±)-4-[2-метил-4-оксо-3,3-дифенил-4-(1-пиридил)]-бутилморфолин</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Рацеморфам*</td>
<td>(±)-3-окси-N-метилморфанин</td>
<td>3</td>
<td>1952, 57</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Тебакан*</td>
<td>Ацетилдигидрокодеинон</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Сопа</td>
<td>3,6-диметил-8-ледицилморфин</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Триамеридин</td>
<td>1,2-триэтап-4-фенил-4-пропоноксипиридин</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Предложенные международное непатентованное название.
1 Подробности, например синонимы и даты введения международного контроля, см. в Multilingual list of narcotic drugs under international control (UN document E/CN.7/513), а также в Annex to the statistical forms «Yellow List» (публикуются ежегодно Международным советом по контролю над наркотическими средствами).
2 В этом столбце даются ссылки на доклады, опубликованные в Серии технических докладов ВОЗ, кроме доклада, опубликованного в 1949 г. в Официальных документах Всемирной организации здравоохранения, № 19.
3 Список I Конвенции 1961 г. включает: изомеры (за исключением специально оговоренных случаев) препаратов, отнесенных к этому списку, если возможно существование таких изомеров в пределах того или иного химического наименования; эстеры и эфиры (не включенные в другие списки) препаратов, отнесенных к этому списку, если возможно существование таких эстеров и эфиров; соли препаратов, отнесенных к этому списку, в том числе соли их эстеров, эфиров и изомеров, как предусмотрено выше, если возможно существование таких солей.
4 Список II Конвенции 1961 г. включает: изомеры (за исключением специально оговоренных случаев) препаратов, отнесенных к этому списку, если возможно существование таких изомеров в пределах того или иного химического наименования; соли препаратов, отнесенных к этому списку, в том числе соли изомеров, как предусмотрено выше, если возможно существование таких солей.
5 Список IV Конвенции 1961 г. включает соли препаратов, отнесенных к этому списку, если возможно образование таких солей.
6 Рекомендуется ВОЗ для этого режима контроля.

Перевод с английского Е. П. Самыгиной
Заказ 1533

Типография № 32 Главполиграфпрома.