

## **Заместительная терапия наркомании – новая проблема биомедицинской этики и медицинского права**

**В.Д.Менделевич**

Круг проблем современной медицины, подвергающихся серьезной этической оценке, с каждым годом обнаруживает тенденцию к расширению в связи с внедрением принципиально новых методов исследования, терапии, высоких технологий, а также по причине изменений общественной морали. Однако, по прежнему актуальными для биомедицинской этики остаются вопросы трансплантологии, генетики, репродукции, клонирования и манипуляции со стволовыми клетками человека, моральные проблемы «конца жизни» (хосписы и эвтаназия), аборта, этические аспекты психиатрии и оказания помощи больным с ВИЧ/СПИДом [1, 4, 6, 7, 14, 21, 28].

В рамках биомедицинских и правовых проблем психиатрии во главу угла ставятся вопросы обеспечения прав граждан при оказании психиатрической помощи, конфиденциальности, стигматизации и дискриминации пациентов [9, 21]. Наркология, фактически являясь неотъемлемой частью психиатрии, до настоящего времени не подвергалась столь же пристальному вниманию биомедэтики как психиатрия. Видимо это было связано с нерешенностью вопроса об отношении к больным алкоголизмом и наркоманией как к пациентам в полном смысле этого понятия. Для многих специалистов больной наркоманией не был тождественен, к примеру, больному шизофренией. Вследствие чего, биомедицинская этика на практике обходила острые этико-правовые проблемы наркологии стороной (особенно это касается российской наркологии). Отмечались попытки игнорировать распространение действующих в психиатрии правовых и этических норм на наркологию.

В связи с этим российская наркология фактически исповедовала (и продолжает исповедовать) репрессивную немедицинскую стратегию в оказании помощи пациентам, которую трудно сравнить даже с психиатрической. Одним из наиболее ярких примеров тому является практиковавшаяся долгие годы и имеющая широкую поддержку сегодня принудительная терапия больных алкоголизмом и наркоманией в условиях т.н. лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), в которые пациент направлялся на деле не на лечение, а на «исправление от вредной привычки и аморального (паразитического) образа жизни». Чиновниками от российской наркологии, а также рядом практикующих наркологов выдвигалось предложение о том, что «не следует избавлять наркоманов от так называемых ломок, поскольку тем самым снижается их социальная опасность». Т.е. исповедовалась тактика - мучения в назидание. Предлагалось рассматривать наркозависимость как психическое расстройство психотического уровня, что позволяло бы применять 29 статью Закона РФ «О психиатрической помощи...» [9] и недобровольно госпитализировать наркологического пациента в стационар.

Круг этических проблем современной российской наркологии, под давлением общественности и правозащитных организаций отменившей практику принудительного лечения более десяти лет назад, значительно расширился в условиях появления проблемы опийной наркомании. Сегодня в данной области

можно отметить наличие следующих острых проблем биомедицинской этики и медицинского права: 1) проблема реализации принципа «информированного согласия»; 2) существование принципа «одномоментного отказа от употребления психоактивных веществ» как условия для включения пациента в лечебно-реабилитационные программы (в том числе, проблема предоставления АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков); 3) существование принципа «оплаченной анонимности» при терапии наркологических заболеваний; 4) проблема применения научно необоснованных методик (например, стереотаксических операций на мозге [8], «поркотерапии» [31]), методик, основанных на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха (посредством т.н. «кодирования»); 5) неоморалистский подход; 6) запрет на т.н. «заместительную поддерживающую терапию» [2, 17, 27]. Последняя из перечисленных проблем является составной частью иных. Вследствие чего целесообразным представляется анализ всех имеющих этических проблем наркологии.

Проблема реализации принципа «информированного согласия» заключается в том, что больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи либо не получает всего объема информации, необходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде. В первую очередь это относится к практике т.н. «кодирования», при котором информированное согласие строится на предоставлении пациенту врачом ложных данных о сути (механизмах) действия этой методики. Больного ставят в известность о том, что ему будет «введено вещество, блокирующее опиоидные рецепторы» или «будет изменена деятельность его головного мозга, которая снимет тягу к психоактивному веществу» или произойдет «кодирование на дозу» или «разрушится подсознательный образ болезни». Реализация информированного согласия в подобных случаях заключается в том, что пациент подписывает бумагу, в которой подтверждает согласие, что в случае добровольного нарушения им режима и принятия дозы спиртного (наркотика) его здоровье может подвергнуться серьезному риску ухудшения вплоть до летального исхода. Ученые обосновывают данную методику психотерапевтическим эффектом, который достигается за счет формируемого у пациента страха перед употреблением ПАВ. На деле пациенту ничто не угрожает и, следовательно, он сознательно вводится специалистом в заблуждение. По этическим соображениям и вследствие ненаучности данная методика запрещена мировым наркологическим сообществом [22-24].

Одним из основополагающих терапевтических принципов российской наркологии является принцип «отказа от употребления ПАВ» [11]. Суть его сводится к тому, что перед пациентом ставится условие, выполнение которого напрямую влияет на объем предлагаемой ему официальной медициной помощи и является решающим фактором для госпитализации в стационар и включения пациента в реабилитационные программы. Это условие – самостоятельный отказ от употребления любых психоактивных веществ до назначения лечения. Этическая сторона вопроса заключается в том, насколько обоснованным может считаться требование врача к пациенту избавиться от симптома (патологического влечения к ПАВ) до начала терапии? Можно предполагать, что существование подобного условия диктуется позицией врачей-наркологов, в соответствии с которой они рассматривают влечение к ПАВ в качестве «вредной привычки» или «нравственного изъяна», от которого усилием воли можно избавиться. Либо

подобным образом они отсекают от терапии «неперспективных пациентов», отличающихся отсутствием или недостаточной мотивацией лечиться. Возникает парадокс – если пациент способен самостоятельно преодолеть патологическое влечение к наркотику или алкоголю, то какова дальнейшая роль врача? Ни в одной иной медицинской специальности не существует подобного требования к больным. К примеру, условие, поставленное перед больным шизофренией перед его госпитализацией – предварительно избавиться «своими силами» от бреда воздействия было бы воспринято в лучшем случае как шутка.

Российская наркология исходит также из принципа-требования одномоментного отказа пациента от употребления ПАВ, не беря в расчет существование иного принципа – поэтапного снижения дозы ПАВ и ступенчатого выхода в ремиссию. Столь яркая категоричность приводит к тому, что пациенты либо отказываются от традиционной наркологической помощи, либо выбирают самостоятельное регулирование этого вопроса путем постепенного снижения дозы наркотика или поиска его заменителей. В случае с опиоидной зависимостью часто в качестве заменителей выступает алкоголь или нелегальные («уличные») наркотики, обладающие меньшей наркогенностью. Можно утверждать, что «принцип отказа от ПАВ» противоречит этическим нормам, рекомендующим «помогать всем больным без различия».

Проблема отказа предоставления АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным активным потребителям инъекционных наркотиков по причине нарушениями ими режима отделений (т.е. продолжения употребления ПАВ) в российских условиях приводит к тому, что число пациентов, способных по данным принципам включиться в программы АРВ-терапии крайне мало. Кроме того, данная практика снижает приверженность пациентов терапии ВИЧ-инфекции и способствует распространению эпидемии ВИЧ.

Еще одной этической проблемой современной российской наркологии следует признать проблему т.н. «оплаченной анонимности». В соответствии с действующими инструкциями больной алкоголизмом или наркоманией, изъявляющий желание лечиться анонимно без оформления наркологического учета, обязан оплачивать терапию, которая могла бы быть ему предоставлена бесплатно в случае отказа от анонимности. Этическая сторона вопроса заключается в том, можно ли считать соответствующим принципам биомедицинской этики взаимосвязь анонимности терапии с ее оплатой?

Несомненно, выходящими за рамки, как норм биоэтики, так и медицинского права следует признать практику наркологической помощи, построенную на оказании физического (болевого) воздействия на пациента чем бы она ни обосновывалась. Предложенная новосибирскими учеными из НИИ гигиены и НИИ терапии СО РАМН «поркотерапия» построена именно по таким принципам. Она включает в себя «порку розгами по ягодичной области, несколькими сериями ударов по 5 раз, всего до 60 ударов на одну процедуру» [31]. Авторы обосновывают «прогрессивную методику» тем, что «поркотерапия как болевое воздействие вызывает активацию эндорфиновых рецепторов, выброс эндорфинов по окончании процедуры в ответ на болевое воздействие».

Одним из наиболее острых и спорных в этическом отношении вопросов современной российской наркологии является вопрос о запрете т.н. заместительной поддерживающей терапии. Заместительная терапия – это назначение больным с опиоидной зависимостью (героиновой наркоманией) в медицинских учреждениях под врачебным контролем обоснованных их

психическим состоянием строго определенных доз препаратов, являющихся агонистами опиоидов (аналогами наркотических веществ из той же фармакологической группы). Целями этого вида лечения является нормализация психического (наркологического) состояния пациента, этиопатогенетически обоснованное купирование патологического влечения к наркотику, снижение риска передозировки и летального исхода, снижение или полное прекращение употребления нелегальных («уличных») наркотиков, снижение криминальной активности пациента, связанной с необходимостью получения средств на приобретение наркотика, а также профилактика ВИЧ путем формирования приверженности к лечению [3, 10, 18-21, 25, 26, 29, 32]. Принципами отбора в программы заместительной терапии является многократная безуспешность предыдущих попыток пациента вылечиться от опиоидной зависимости, наличие у него коморбидной патологии (в первую очередь, ВИЧ-инфекции), возраст старше 18-21 года, а также добровольность и информированное согласие. К наиболее часто применяемым при заместительной терапии относятся такие препараты как метадон и бупренорфин.

Заместительная поддерживающая терапия может рассматриваться в ее различных аспектах: медицинском, правовом, общественном, экономическом и этическом. Основопологающим для медицинского аспекта является научная обоснованность данного вида терапии, что не вызывает никаких возражений и подтверждена большим количеством научных исследований [35, 38-40, 42-44, 46, 48-50, 53, 55-56]. В рамках правового аспекта проблемным становится законодательная регламентация процедур заместительной терапии, соответствие норм, регламентирующих, с одной стороны, оборот наркотических средств, с другой, оказания наркологической помощи. В России проблема неконгруэнтности законодательства в данном контексте привела к возникновению противостояния между наркологическим сообществом и Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, когда цели деятельности перечисленных сторон оказались в противостоянии. Общественный аспект данной проблемы основывается на понятиях опасности/безопасности для общества внедрения и существования заместительной поддерживающей терапии, а также понятия выгоды/целесообразности. Он может смыкаться с экономическим аспектом, рассматривающим данную методику как экономически выгодную, сравнивая стоимость участия в такой программе с лечением традиционными способами (стационарно, амбулаторно, в реабилитационных центрах), а также нахождение в местах лишения свободы в связи с криминальным поведением, обусловленным наркопотреблением [36, 37, 41].

Особое место занимает этический аспект проблемы заместительной поддерживающей терапии. Поскольку часто именно он ставится во главу угла при дискуссии о необходимости запрета данной методики. Именно его используют противники в споре (по данным социологического исследования [23] пятая часть респондентов и четвертая часть врачей-наркологов отказывают заместительной терапии в праве на существование по причине ее «безнравственности») [2, 7, 11, 13, 17, 27]. Суть проблемы заключается в том, что считать моральным, а что признать аморальным. По мнению противников заместительной поддерживающей терапии [7], существует ряд кардинальных этических проблем, ставящих ее вне рамок морали. Во-первых, это относится к проблеме этической оценки «отказа от лечения болезни (наркомании), понимая, что она продолжается». Во-вторых, к этической допустимости «предлагать человеку один наркотик для того, чтобы он отказался от других и стал менее опасен для

окружающих». В-третьих, к тому, что «идеология программ «снижения вреда» (в том числе, заместительной терапии) заявляет «более уважительное» отношение к наркопотребителям/наркоманам, чем любой медицинский подход».

Следует отметить, что многие выдвигаемые против заместительной терапии аргументы базируются на неверном представлении о сути данной методики. Так, цель излечения от наркомании (т.е. полного восстановления здоровья и отказа от употребления наркотиков) путем заместительной терапии не является основополагающей. Поскольку она рассматривается сторонниками заместительной терапии утопической для большинства пациентов с опиоидной зависимостью (что подтверждено множеством исследований и здравым смыслом). Декларируется, что опиоидная зависимость является хроническим заболеванием, и что целью является «помощь пациентам в прекращении употребления всех ПАВ... или, как минимум, значительное снижение частоты употребления и количества потребляемых ПАВ, и/или отказ от внутривенного употребления» [32]. То есть, фактически делается попытка достичь две цели: цель-максимум и цель-минимум. И, если недостижима одна, то пытаются достичь другую. Следовательно, аргумент, обличающий неэтичность применения заместительной терапии («отказ от лечения болезни (наркомании) при понимании, что она продолжается») является ошибочным, т.к. заместительная терапия не является отказом от лечения. Она может быть отнесена к группе паллиативной терапии. А в части случаев, при которых пациенту предлагается постепенный (а не одномоментный) отказ от употребления опиоидов, и лечением в собственном смысле этого слова. С нашей точки зрения, выходящим за рамки этики является как раз отказ от подобной помощи. Как справедливо пишет Е.П.Елшанский [7], одно из основных требований биомедицинской этики - помогать всем больным без различия. Существование же в российской наркологии принципа «отказа от ПАВ» [11] при реально низкой в силу болезни достижимости этого нарушает данное этическое положение. Пациенту в условиях отсутствия в арсенале врача заместительной терапии фактически отказывается в лечении (щадящем купировании абстиненции, улучшении «качества жизни» и пр.). Парадоксальна ссылка противников заместительной терапии при обосновании ее неэтичности на то, что «те больные, с которыми врач имеет дело, участвуя в программах заместительной терапии, в действительности продолжают болеть, и этот врач не предлагает им той помощи, которую он мог бы оказать, проводя лечение наркомании». Если встать на такую позицию, то вся паллиативная помощь должна быть осуждена с этических (вернее, псевдоэтических) позиций.

Упрек в адрес заместительной терапии в том, что она выходит за рамки этики по причине того, что аморально «предлагать человеку один наркотик для того, чтобы он отказался от других и стал менее опасен для окружающих» также является спорным. Замещение наркотика, добываемого пациентом криминальным путем, легальным лекарственным средством (пусть и содержащим наркотическое вещество), является лишь одной из целей подобной терапии, а не единственной. Помимо этого существуют и такие гуманные цели как улучшить «качество жизни» пациента, снизить риск передозировок, суицидального поведения и летальных исходов. Перечисленные цели, несомненно, первостепенны при выборе врачом заместительной терапии и не могут рассматриваться как выходящие за рамки биомедицинской этики.

Удивительным и парадоксальным является попытка признать заместительную терапию неэтичной по причине того, что в ее рамках «заявляется более уважительное отношение к пациентам, чем при любом ином медицинском

подходе». Возникает вопрос: разве можно считать избыток врачебного гуманизма (если такое вообще возможно) аморальным? К тому же, непонятно в таком случае, почему врачи иных специальностей (как считают противники заместительной терапии) не проявляют такого же уважительного отношения к своим пациентам. Может быть, проблема не в отношении к пациентам наркологического профиля, которое в таком случае можно признать эталонным, а в традиционном отношении к больному во всех иных областях медицины?

Известно, что в настоящее время в мире около 1 млн. пациентов проходит заместительную поддерживающую терапию [55]. В Европейском союзе отмечается тенденция увеличения числа таких больных с 73 400 в 1993 году до 450 000 в 2004 году [33, 34, 45, 47, 51, 52, 54, ]. То есть за одиннадцать лет доступность терапии увеличилась более чем в 6 раз. С течением времени и накоплением опыта применения изменяются модели заместительной поддерживающей терапии с учетом стремления врачей создать для пациентов более щадящие режимы. Одной из причин расширения в мировой наркологии бупренорфиновых программ является не разочарование в метадоновых проектах, а попытка избежать необходимости «привязывания» пациента к лечебным центрам, искоренение необходимости ежедневного посещения врача [48]. Другой современной тенденцией является расширение круга специалистов, которым предоставляется возможность назначать препараты для заместительной поддерживающей терапии за счет привлечения врачей общей практики.

К странам, наиболее активно в последние годы внедряющим этот вид лечения относятся Иран и Китай. По официальным данным Министерств здравоохранения этих государств, внедривших программы в 2003 году, рост числа пациентов, получающих заместительную поддерживающую терапию составляет от 500 до 1000%. К 2008 году (по тем же данным) предполагается увеличение числа пациентов в Китае до 350 000, в Иране - до 150 000 [33, 47].

В подавляющем большинстве стран бывшего СССР (Литва, Латвия, Эстония, Украина, Кыргызстан, Молдова, Азербайджан) отмечается рост числа пациентов, которым официальная медицина предоставляет возможность получения заместительной поддерживающей терапии [23, 32]. В других странах бывшего СССР (Белоруссии, Грузии, Армении, Узбекистане) уже имеются правовые возможности и приняты законодательные акты, позволяющие внедрить данные программы. В настоящее время в этих странах проводятся пилотные исследования с целью определить место и роль заместительной поддерживающей терапии в системе наркологической помощи.

Учитывая тревожную тенденцию к неуклонному росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом, Всемирная организация здравоохранения (WHO) в сотрудничестве с Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) после проведения серий исследований и анализа эффективности заместительной терапии на основании десятков рандомизированных экспериментов в 2003 году выпустила официальное заявление (позицию). В ней заместительная поддерживающая терапия названа одним из наиболее эффективных способов лечения наркомании и профилактики ВИЧ/СПИДа. В 2005 году метадон и бупренорфин были включены в «Список основных лекарственных средств» ВОЗ, в который входят «... препараты, которые требуются для обеспечения минимального стандарта охраны здоровья во всех странах...» и которые должны быть «... доступны постоянно, в адекватном количестве и по ценам, которые может позволить общество...».

Как известно, в Российской Федерации заместительная терапия запрещена законом и вследствие этого не применяется («запрещено лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, включенными в список II»). Тогда как в подавляющем большинстве стран бывшего СССР имеются законодательные акты, позволяющие ее использовать [5, 23, 32]. Соответствующие законы появились после распада страны, и их появление (в 90-х годах) обосновывалось необходимостью преодоления высокого уровня заболеваемости наркомании, низкой эффективности традиционных методов лечения и широким распространением среди потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ/СПИДа.

Программы заместительной поддерживающей терапии во всех странах включены в систему оказания наркологической помощи больным опиоидной зависимостью в качестве дополнительного способа и ни в одной стране не привели к свертыванию иных программ. Однако до настоящего времени ведется дискуссия о том, как часто и в каких случаях следует прибегать к их помощи, должно ли быть ограничение по времени пребывания в данных программах, какие дозы препаратов считать допустимыми. Споры в медицинской среде об этической стороне заместительной поддерживающей терапии давно прекращены.

С этических позиций отсутствие заместительной терапии в РФ ставит российских пациентов в особое (ущербное) положение. Они не могут получить всего объема помощи, которую они получили бы, если бы оказались в другой стране мира. Этически необоснованным следует признать и то, что доминирующий в российской наркологии принцип «отказа от ПАВ» фактически является дискриминационным, поскольку не позволяет большей части больных (до 70%) получить квалифицированную научно обоснованную помощь (в виде заместительной терапии).

Заместительную поддерживающую терапию опиоидной зависимости (героиновой наркомании) можно рассматривать как одну из наиболее этически оправданных и гуманных методик. А ее запрет, как нарушение принципов биомедицинской этики и медицинского права.

Таким образом, рассматривая заместительную поддерживающую терапию как частный вопрос наркологии и исходя из базовых принципов биомедицинской этики - автономности, справедливости, «не навреди», можно утверждать, что биомедицинская этика не должна уклоняться от анализа и оценки реальной наркологической теории и практики. Следует учесть тот факт, что, являясь частью психиатрии, наркология на деле исповедует иные принципы и другие этические положения, которые основываются на «амбивалентном» отношении к наркологически больному (с алкоголизмом или наркоманией), отличном от отношения к больному шизофренией, неврозом или умственной отсталостью. Все вышеперечисленное диктует необходимость активизировать дискуссию в медицинских кругах и выработать новые положения биомедицинской этики и медицинского права в условиях специфики и особенностей современной ситуации в наркологии.

Существование «особых этических условий существования» российской наркологии и отношения к больным наркоманией можно объяснить появлением специфичного для постперестроечного периода РФ неоморализма (по терминологии П.Мейлахса [16]). С точки зрения ряда авторов, ситуацию в сфере отношения к потребителям наркотиков (в том, числе к больным) можно охарактеризовать как моральную панику [12, 14, 15, 30], что и способствовало

появлению неоморализма. Центральной моральной границей в дискурсе неоморализма, на взгляд П.Мейлахса, является граница, регулирующая отношения в публичном пространстве, то есть определяющая, «что дозволено в публичном пространстве, а чего там быть не должно. Главная стратегия неоморалистов – это охранная стратегия публичного пространства».

Таким образом, можно предполагать, что особое отношение медицинского сообщества к проблемам наркологии (наркомании, в частности) обусловлено сформировавшейся стратегией гражданственности и подавления стратегии биомедицинской этики с понятиями гуманизма, справедливости и блага для больного. Именно это должно стать предметом обсуждения и анализа в профессиональном сообществе.

## Литература

1. Абель И.В. Психирургическое лечение – спекуляция надежд. //Независимый психиатрический журнал. – 2003. - №1. – с.82-85.
2. Бабаян Э.А. Закат метадоновых программ. //Независимый психиатрический журнал. – 2001. - №3. – с.8-11.
3. Батлер У.Э. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России. Программы снижения вреда и российская правовая система. – Лондон, 2003. – 206 с.
4. Биоэтика: вопросы и ответы /под ред.Б.Г.Юдина и П.Д.Тищенко. – М.; 2005. – 64 с.
5. Власенко Л., Полтавец Д. Заместительная терапия с точки зрения этики и современного украинского законодательства. /Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.32-35.
6. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками. /Материалы XIII съезда психиатров России, М., 2000. – с.239.
7. Елшанский С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ «снижения вреда» среди потребителей наркотиков. //Вопросы наркологии. – 2003. - №2. – с.36-51.
8. Завьялова Н.В. Клинико-динамические особенности опийной наркомании при использовании в комплексной терапии нейростереотаксического метода. /Материалы XIII съезда психиатров России, М., 2000. – с.240.
9. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании /Постатейный комментарий к Закону РФ. Под редакцией В.П.Котова. – М.: «Республика», 1993. – 238 с.
10. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа /Совместная позиция ВОЗ, УООННП, ЮНЭЙДС, Женева, 2004. – 37 с.
11. Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний./Лекции по наркологии. – М.: «Нолидж», 2000. – с.7-15, 134-148.
12. Костерина И. Криминал, скандалы, реклама и проповеди: наркомания и



- наркотики в презентациях СМИ //Тринадцатый шаг: социология наркотизации /Под ред. Е.Омельченко. - Ульяновск: Изд-во УлГУ, 2002.
13. Лукьянов В. Снижает ли вред «снижение вреда»?  
/www.narkotiki.ru/ecolumn\_5346.html
  14. Мейлахс П. Опасности моральной паники по поводу наркотиков  
//Кредо-Нью. 2003. №1.
  15. Мейлахс П. Наркомания в зеркале СМИ //Профилактика потребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни. СПб.: ЦРНО, 2004.
  16. Мейлахс П. Публичное пространство в дискурсе российского неоморализма.  
/www.narcom.ru
  17. Меморандум «Нет метадоновым программам в Российской Федерации  
/Мед.газета, 31.03.2005.
  18. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркозависимости в России: перспективы и реальность. – Казань: «Новый век», 2003. – 51 с.
  19. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). – М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – 328 с.
  20. Менделевич В.Д. Заместительная терапия как база для лечения труднокурабельной наркомании. /В сборнике материалов Межрегиональной научно-практической конференции «Наркомания и общество: пути решения проблемы», Казань, 2003, с.84-87.
  21. Менделевич В.Д. Заместительная терапия и легализация наркотиков: подмена понятий. //В материалах Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. – Казань, 2004. – с.206-208.
  22. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика (издание 3-е переработанное и дополненное). - М.: «МЕДпресс-информ», 2004. - 528 с.
  23. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. – Казань, 2004. – 240 с.
  24. Менделевич В.Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии //Российский психиатрический журнал, 2004, №6, с.24-29.
  25. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д. Заместительная метадоновая терапия – меньшее из зол. //В материалах Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. – Казань, 2004. – с.210-212.
  26. Менделевич В.Д. Медицинские и немедицинские аргументы в дискуссии о заместительной терапии наркозависимых //Наркология. - 2005. - №3 - с.68-72.
  27. Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией. //Вопросы наркологии. – 2001. - №5. – с.66-71.
  28. Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии. //Вопросы наркологии. – 1998. - №1. – с.75-94.
  29. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.; «Медицина», 2005. – 304 с.
  30. Смирнова Н. Паника или Знание? Конструирование проблемы роста потребления наркотиков среди молодежи в местной прессе //Герои нашего времени. Социологические очерки /под ред. Е.Омельченко. Ульяновск:

Средневолжский научный центр, 2000.

31. Сперанский С.В., Чухрова М.Г., Жуков Н.К. Метод болевого воздействия при лечении аддиктивного поведения и других проявлений авитальной активности. // В материалах Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии». – Казань, 2004. – с.334-336.
32. Субата Э. Заместительная терапия метадонем. - Вильнюс, 2001. - 32 с.
33. Ahmadi J. Buprenorphine Maintenance Treatment for Iranian Patients With Opioid Dependency. // *Addict Disord Their Treatment*. – 2002.- Vol.1. - P.25–27. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. 2002. /[www.annualreport.emcdda.eu.int](http://www.annualreport.emcdda.eu.int)
34. Auriacombe M. Buprenorphine and methadone treatments in France. /In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». – St.-Petersburg, 2003. – P.4.
35. Ball J.A., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. – N.Y.: Springer-Verlag, 1991.
36. Barnett P.G. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. // *Addiction*. – 1999. – Vol.94. - P.479-88.
37. Barnett P.G., Hui S.S. The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. // *The Mount Sinai Journal of Medicine*. – 2000. – Vol.67. - N.5-6.
38. Byrne A., Newman R. Methadone – myths and mystery. // *Heroin Crisis*. Bookman Press. Melbourne. – 1999. – P.141-150.
39. Dale A., Jones S.S. The Methadone Experience: The Consumer View. – London: The Centre for Research, 1992.
40. Dole V.P., Nyswander M.A. Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. // *JAMA*. – 1965. - Vol.193. – N.8. – P.646-650.
41. Erickson P.J. Drugs, violence and public health: What does the harm reduction approach have to offer, Fraser Institute, Vancouver (2001).
42. Gibson D.R., Flynn N.M., McCarthy J.J. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. // *AIDS*. – 1999. – Vol.13. – P.1807–1818.
43. Gunne L-M, Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. // *Drug Alcohol Depend*. – 1981. – Vol.7. – P.249–56.
44. Habrat B. Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution. - P.107–119. // Development and improvement of substitution programmes. Seminar, Strasbourg, October 2001.
45. Holopainen A. Buprenorphine treatment in Finland. /In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». – St.-Petersburg, 2003. – P.9-10.
46. Kleber H. Addiction pharmacotherapy in the USA: issues in implementing the science. /In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». – St.-Petersburg, 2003. – P.12-13.
47. Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries. EMCDDA, 2003.
48. Lowenstein W., Gourarier L., Coppel A., Lebeau S., Hefez S. La methadone et les produits de substitution. Suivi du toxicomane par le medecin generaliste. Paris: Doin, 1995.

49. Newman R.G. What's so special about methadone maintenance? // *Drug Alcohol. Rev.* – 1994. – Vol.10. – P.225-232.
50. Newman R.S., Whitehill W.B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. // *Lancet.* – 1979. – N.8. – P.485-488.
51. Okruhlica L., Timulakova K., Mihalekova A., Klepova D. Methadone Maintenance Treatment in Slovakia. – *Euro-Methwork.* – 2000. – N.18. – P.11-12.
52. Prochaska J.O., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviors. // *Am. Psychol. J.* – 1992. – Vol.47. – P.1102-1114.
53. Renner J.A.Jr. Methadone maintenance: past, present and future. // *Adv. Alcohol Subst. Abuse.* – 1984. – N.3. – P.75-90.
54. Solberg U., Burkhart G., Nilson M. An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. // *International Journal of Drug Policy.* – 2002. - Vol.13. – P.477- 484.
55. Tomas-Rossello J. Use of pharmacotherapy for opioid dependence: world overview. /In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». – St.-Petersburg, 2003. – p.22.
56. 56. Ward J., Hall W., Mattick R.P. Role of maintenance treatment in opioid dependence. // *Lancet.* - 1999. - Vol.353. - P.221–26.

### **Примечания**

[1] Институт исследований проблем психического здоровья, Казанский государственный медицинский университет