

Сравнительный обзор принципов и методов лечения наркомании, применяемых в Европе и в Российской Федерации

Брюн Е. А.

д.м.н., проф., президент

Кошкина Е. А.

д.м.н., проф., руководитель научно-клинического отдела

Винникова М. А.

д.м.н., проф., главный научный сотрудник

Сокольчик Е. И.

к.м.н., начальник, отдел экспертизы качества медицинской помощи

Валькова У. В.

к.с.н., старший научный сотрудник

Смирновская М. С.

научный сотрудник

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация

Автор для корреспонденции: Кошкина Евгения Анатольевна, **e-mail:** epid@list.ru

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Аннотация

На основе изучения зарубежных и отечественных источников литературы представлен сравнительный анализ принципов и методов лечения наркоманий, применяемых в Европе и в Российской Федерации. Подходы к лечению наркозависимости имеют в основе общие принципы: обследования, оценки, постановки диагноза и планирования лечения. Эта деятельность проводится на основании Стандартов лечения и Клинических рекомендаций, разработанных ведущими специалистами соответствующих стран с учетом уровня доказательности эффективности методов лечения и этических норм. В отличие от мировой практики, в России существует государственная наркологическая служба, предоставляющая бесплатное лечение наркологическим больным на основе территориального принципа. Реализация методов и способов лечения в России совпадает с международными стандартами методов и способов лечения расстройств на почве наркопотребления, рекомендуемых УНП ООН и ВОЗ. Это включает: информационно-пропагандистскую работу с населением на разных уровнях: обследования, краткосрочные меры вмешательства и направление на лечение в стационаре, амбулаторно и в реабилитационном центре. Основные отличия заключаются в мерах вмешательства, направленных на сокращение негативных последствий употребления наркотиков, так называемых мерах по снижению вреда, включающих в себя заместительную поддерживающую терапию.

Ключевые слова: принципы, методы, лечение, наркомания, распространенность

doi: 10.29234/2308-9113-2018-6-3-19-37

Российская Федерация – страна, имеющая структурированную государственную наркологическую службу, которая способна обеспечить бесплатное лечение больных наркоманией на основе единых, научно обоснованных принципов, что позволяет идти по пути, направленном на достижение наилучших результатов, без использования тормозящих развитие оказания наркологической помощи населению методов заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) (Табл. 1) [15,19,21].

Таблица 1. Сопоставление принципов лечения наркозависимости в странах Европы и России.

Принципы лечения по определению ВОЗ и УНП ООН ¹	Реализация принципов ВОЗ и УНП ООН в России
<p>Принцип 1. Наличие, доступность, приемлемость по стоимости, привлекательность и адекватность лечения наркозависимости.</p> <p>Доступности лечения наркозависимости способствуют такие факторы, как приемлемая стоимость, территориальная близость, своевременность и гибкий график работы, удобство для пользователей и способность реагировать на потребности конкретных людей.</p>	<p>В России создана государственная наркологическая служба, которая обеспечивает бесплатное лечение наркомании. Ее структура формируется по территориальному принципу, в процессе работы специалистов установлен гибкий график работы, удобный для лиц, обратившихся за наркологической помощью [15,19,21].</p>
<p>Принцип 2. Обследование, оценка, постановка диагноза и планирование лечения.</p> <p>Основой эффективного и индивидуализированного метода лечения является процесс комплексной диагностической оценки и индивидуальный план лечения.</p>	<p>Принцип обследования, оценки и постановки диагноза и планирования лечения реализуется на основании Стандартов лечения и Клинических рекомендаций, разработанных ведущими специалистами страны. [14,17]</p>
<p>Принцип 3. Научно обоснованное лечение наркозависимости.</p> <p>В основе всех методов лечения наркозависимости должны лежать самые передовые методы, базирующиеся на фактических данных и аккумулирующие научные знания с учетом постоянного развития медицинской науки.</p>	<p>При создании Клинических рекомендаций используются научные данные об эффективности методов лечения с высоким уровнем доказательности и убедительности.</p>
<p>Принцип 4. Лечение наркозависимости, права человека и достоинство пациента.</p> <p>При лечении наркозависимости следует применять те же этические стандарты, что и при лечении других нарушений здоровья. К ним относятся право на самостоятельность и самоопределение для пациентов и принципы милосердия, непричинения вреда и конфиденциальности со стороны медицинских учреждений.</p>	<p>Больные наркологического профиля в соответствии с нормативными документами дают информированное согласие на участие в терапевтических программах. Больным гарантируется конфиденциальность со стороны медицинских учреждений. [22]</p>
<p>Принцип 5. Определение особых подгрупп и заболеваний.</p> <p>Необходимо учитывать потребности дифференцированных групп населения при лечении наркозависимости (подростки, женщины, беременные женщины, лица с медицинскими и психическими сопутствующими заболеваниями, работники секс-индустрии, представители этнических меньшинств и маргинальных групп, включая мигрантов и беженцев).</p>	<p>Нормативные документы предусматривают оказание наркологической помощи дифференцированным группам населения, как в наркологических учреждениях, так и в других медицинских учреждениях (врачи общей практики, педиатры, акушеры-гинекологи и др.) [15].</p>

<p>Принцип 6. Лечение наркомании и система уголовного правосудия. Лечение как альтернатива тюремному заключению имеет двойное преимущество: с одной стороны, снижается острота страданий и инвалидность, а с другой стороны, сокращается уровень преступности. Получаемое в результате значительное снижение затрат способствует рентабельности такого подхода.</p>	<p>В России предусмотрены законодательные нормы об отсрочке отбывания наказания больным наркоманией, совершившим определенные преступления, при условии, что они согласны пройти курс лечения от наркомании и медико-социальной реабилитации, то есть фактически в отношении указанной категории осужденных предусматривается возможность так называемого альтернативного лечения [23].</p>
<p>Принцип 7. Привлечение общественности, участие и ориентация на пациента.</p>	<p>Наркологическая служба сотрудничает с различными некоммерческими организациями, работающими в сфере реабилитации больных наркоманией.</p>
<p>Принцип 8. Обеспечение стандартов клинической практики при лечении наркозависимости. Достичь подконтрольности и эффективности систем обеспечения стандартов клинической практики можно с помощью протоколов, а также механизмов мониторинга и надзора со стороны квалифицированного персонала. Кроме того, должны быть созданы системы аттестации, сертификации и контроля за обеспечением качества наркологических услуг.</p>	<p>В Российской Федерации утверждены Стандарты оказания наркологической помощи, а также Клинические рекомендации. Механизм мониторинга и надзора включает в себя заполнение медицинских статистических форм, отражающих распространенность наркомании и возможности оказания наркологической помощи. Создана система сертификации и аккредитации медицинских работников, оказывающих наркологическую помощь [2, 15,16,17].</p>
<p>Принцип 9. Системы лечения: разработка политики, стратегическое планирование и координация услуг. Рекомендуется логичный, поэтапный подход, включающий составление программ лечения, оценку ситуации, создание потенциала поставщиков услуг и системы контроля за обеспечением качества.</p>	<p>Современная организация лечения и реабилитации больных с наркотической зависимостью регулируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Стандартами медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ [14,17].</p>

В России лечение наркоманий осуществляется на основании концепции терапии наркологических заболеваний. Основные принципы этой концепции постулируют добровольность, комплексность и индивидуальность лечения, а также отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) пациентом. Для лечения лиц, больных наркоманией, используются антагонисты опиоидных рецепторов при полном отказе от потребления опиатов. Эффективность данного метода, в том числе фармакоэкономическая, доказана в совместных исследованиях ученых из США и России [8,12,37]. В настоящее время для лечения наркоманий в Российской Федерации применяется комплексная терапия, включающая различные медикаментозные и немедикаментозные методы, ее эффективность доказана практикой и научными исследованиями.

Использование в терапии наркологических заболеваний комплексного подхода связано со сложным патогенезом синдрома зависимости от ПАВ. Зависимость от наркотиков является сложным многофакторным биологическим и поведенческим расстройством.

1 - UNODC and WHO, "Principles of drug dependence treatment", discussion paper (March 2008).

Предоставление лечения, основанного на научных доказательствах, позволяет помочь миллионам людей вновь обрести контроль над своей жизнью.

В Российской Федерации современные организационные подходы к лечению наркотической зависимости регулируются Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Стандартами медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ [14,17].

Программа терапии синдрома зависимости в качестве обязательных компонентов включает психотерапевтические и психосоциальные программы, мотивационные вмешательства (индивидуальные и групповые, работу с семьей). Участие пациентов в терапевтических сообществах рассматривается как неотъемлемая часть медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Синдром зависимости от ПАВ – хроническое заболевание, однако этот факт не означает, что лечение неэффективно и бесполезно. Напротив, современная терапия, получаемая длительно под контролем врача, минимизирует вредные последствия, как для потребителей наркотиков, так и для общества, и увеличивает шансы на долгую и здоровую жизнь. В связи с этим, в России наркозависимые получают бесплатно медицинскую, психологическую, психотерапевтическую и реабилитационную помощь. Она оказывается по показаниям в зависимости от тяжести заболевания. Всем больным при необходимости оказывается социальная помощь на тех же принципах [13,18].

В Российской Федерации с 2015 года действует новый Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, устанавливающий правила организации диспансерного наблюдения за больными наркоманией. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов в целях своевременного выявления осложнения и обострения заболевания, их профилактики, осуществления лечения и медицинской реабилитации указанных лиц, а также подтверждения наличия стойкой ремиссии [14]. Диспансерное наблюдение за больными наркоманией осуществляется длительный период времени, решение о его прекращении принимается врачебной комиссией, при наличии подтвержденной стойкой ремиссии не менее трех лет. В течение этого времени больные получают в государственном лечебном учреждении наркологического профиля бесплатную медицинскую помощь.

Как в России, так и за рубежом, существуют различные методики для лечения синдрома зависимости. По многим состояниям *базовые подходы к лечению являются идентичными*. Например, близки подходы к лечению зависимости от алкоголя (в том числе, и алкогольного абстинентного синдрома), некоторых других ПАВ, психотических состояний и острых интоксикаций, вызванных употреблением ПАВ (Табл. 2).

Таблица 2. Сопоставление методов и способов лечения расстройств на почве наркопотребления УНП ООН, ВОЗ и России

Международные стандарты методов и способов лечения расстройств на почве наркопотребления УНП ООН и ВОЗ [3]	Реализация методов и способов ВОЗ и УНП ООН в России
Информационно-пропагандистская работа с населением на местном уровне. Включает общую поддержку, просвещение в области наркотиков, обследование и краткое консультирование, направление на лечение наркозависимости и услуги по обмену игл.	Информационно-пропагандистскую работу в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» осуществляют врачи психиатры-наркологи всех структурных подразделений наркологической службы страны [14]. Услуги по обмену игл не оказываются.
Обследование, краткосрочные меры вмешательства и направление на лечение. Для проведения краткосрочных психосоциальных мер вмешательства существуют стандартные и юридически законные методы скрининга, а также пособия, адаптированные к определенным культурным нормам.	В Российской Федерации утверждены Стандарты оказания наркологической помощи, а также Клинические рекомендации. Механизм мониторинга включает в себя заполнение медицинских статистических форм, характеризующих распространенность наркомании и возможности оказания наркологической помощи [2,17]. Разрабатываются информационно-аналитические материалы для труднодоступных групп населения.
Кратковременное лечение в стационаре или реабилитационном центре. Основным методом детоксикации является фармакологическая терапия абстинентного синдрома. Для опиоидов, наилучшим методом при абстинентном синдроме является лечение с использованием лекарственных средств-агонистов, например бупренорфина и метадона. После детоксикации сохраняется высокая степень риска рецидива или передозировки. Для предотвращения рецидива на этом этапе лечения необходимо начинать подготовку к действиям, направленным на обеспечение долгосрочного и постоянного участия пациента в процессе лечения.	Основным методом детоксикации является фармакологическая терапия абстинентного синдрома. Для опиоидов наилучшим методом является клонидин в двух вариантах: либо в качестве самостоятельного лекарственного средства, либо в сочетании с налоксоном. Агонисты не используются. Для предотвращения рецидива на этом этапе лечения необходимо начинать подготовку к действиям, направленным на обеспечение долгосрочного и постоянного участия пациента в процессе лечения, для чего в дальнейшем используются антагонисты опиатных рецепторов.
Амбулаторное лечение. Амбулаторное лечение предназначено для тех лиц, которые имеют существенную социальную поддержку и ресурсы в семье, но которым требуются длительные фармакологические и/или психосоциальные меры вмешательства. Помимо фармакотерапии для предупреждения рецидивов и реабилитации пациентов можно применять набор эффективных психосоциальных мер вмешательства, включая ведение срывов, мотивационное консультирование, когнитивно-поведенческую терапию и терапию профилактики рецидивов.	Амбулаторное лечение осуществляется в наркологических диспансерах, работающих по территориальному принципу. Оно используется для лиц, обратившихся за наркологической помощью, которым не требуется круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Помимо фармакотерапии для предупреждения рецидивов и реабилитации пациентов применяются эффективные психосоциальные меры вмешательства, включая мотивационное консультирование, когнитивно-поведенческую терапию и терапию профилактики рецидивов.
Долгосрочное лечение в реабилитационных центрах. Распространенной формой является лечение в терапевтических общинах, в течение длительного периода – от 6 до 24 месяцев. Оно включает только психосоциальную терапию, однако современные	Наркологической службой осуществляется реабилитационная помощь в стационарных реабилитационных центрах и отделениях и амбулаторных отделениях. Длительность лечения от 24 дней до 3 месяцев. Методы реабилитации включают медикаментозную и

методы позволяют использовать лекарственные препараты.	психотерапевтическую помощь. Также широко представлены негосударственные некоммерческие организации, оказывающие психосоциальную реабилитационную помощь, сроки пребывания в которых до 12 месяцев.
Управление процессом выздоровления. В рамках метода управления процессом выздоровления предлагаются услуги по поддержке в течение более длительного срока, но с гораздо меньшей интенсивностью и меньшими издержками, при этом уделяется основное внимание автономности пациентов и обеспечивается их участие в жизни общин.	Управление процессом выздоровления в соответствии с Порядком оказания наркологической помощи по профилю «психиатрия-наркология» называется маршрутизацией больного, в которой предусматривается оказание услуг от этапа детоксикации до реабилитации больного.
Меры вмешательства, направленные на сокращение негативных последствий употребления наркотиков. В целях сокращения негативных последствий употребления наркотиков, а не просто сокращения их употребления как такового, применяются определенные методы. а) программы обмена игл и шприцев; б) опиоидная заместительная терапия и другие виды лечения наркозависимости; в) тестирование на ВИЧ и консультирование; г) антиретровирусная терапия; д) профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем; е) раздача презервативов; ж) целевая информация, просвещение и коммуникация; з) профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита и) профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.	Меры, на направленные на сокращение негативных последствий, осуществляются наркологической службой в объеме: а) тестирования на ВИЧ и консультирования; б) антиретровирусной терапии; в) профилактики, диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем; г) целевой информации, просвещения и коммуникации; д) профилактики, вакцинации, диагностики и лечения вирусного гепатита; е) профилактики, диагностики и лечения туберкулеза.
Другие подходы. В некоторых странах проводились испытания программ по героиновой заместительной терапии для пациентов, не получающих других форм лечения, хотя такая терапия не является методом лечения первого ряда.	Ведутся исследования по разработке вакцины для лечения зависимости от опиатов.

Система оказания комплексной помощи наркозависимым включает: профилактику, скрининг, краткосрочные вмешательства, амбулаторное и стационарное лечение (в том числе, лечение коморбидных заболеваний), психологическую и социальную помощь, реабилитацию, трудовую адаптацию.

Более детально рассмотрим различия в применяемых протоколах лечения в России и за рубежом:

1. Опиный абстинентный синдром.

В России в настоящее время наиболее широко используется протокол лечения опиного абстинентного синдрома (ОАС) клонидином в двух вариантах: либо в качестве

самостоятельного лекарственного средства, либо в сочетании с налоксоном. Данная схема была предложена американскими учеными Riordan C.E., Kleber H.D. в 1980-х годах, как альтернативный подход к лечению ОАС агонистами опиатных рецепторов (в то время из агонистов опиатных рецепторов был известен только метадон) [28,41]. В России лечение клонидином ОАС стали использовать с конца 1990-х годов, что было связано с ростом заболеваемости опиатной зависимостью среди населения [1]. Этот метод лечения с небольшими изменениями находит свое применение до настоящего времени как в России, так и за рубежом [13,18,26,34].

В терапевтические схемы включают и другие лекарственные средства, которые назначаются по показаниям в соответствии с клинической картиной состояния, в связи с чем, данная терапия является симптоматической. Используются обезболивающие, транквилизаторы и снотворные, нейролептики, лекарственные средства других фармакологических групп (например, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, гепатопротекторы, ноотропы) [6,9,20,25,27,35,40,42,43].

Абстинентный синдром при использовании таких подходов купируется в течение 5-9 дней.

В зарубежной практике в сравнении с представленным выше методом, чаще используются протоколы детоксикации с применением агонистов опиатных рецепторов (метадон, бупренорфин, медицинский героин), которые в России законодательно запрещены.

2. Синдром зависимости от опиатов.

С целью формирования и поддержания ремиссии наиболее широкое применение в России нашли программы терапии антагонистами опиатных рецепторов. Они используются в комплексе с различными психотерапевтическими интервенциями и в подавляющем большинстве исследований показывают свою высокую эффективность [4,5,7,9,10,24, 29,30,31,32,38,39].

В отличие от России, в большинстве стран Европы и Америки приоритетными являются программы с использованием агонистов опиатных рецепторов [25,34,43,39]. Антагонисты опиатных рецепторов в мировой практике также используются, однако, в меньшем объеме.

Препараты других групп, такие как антидепрессанты, антиконвульсанты, нейролептики, ноотропы используются в качестве симптоматической или адъювантной терапии при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам.

3. Синдром зависимости от каннабиноидов.

Специфических методов лечения, так же, как и специфических антидотов, в мире не существует. Поэтому лечение симптоматическое, то есть, определяется особенностями клинической картины состояния. Но в зарубежной практике используются агонисты каннабиноидных рецепторов [25,34,43]. В России агонисты каннабиноидных рецепторов относятся к наркотикам, в лечебных целях запрещены.

В отношении терапии синдрома зависимости от иных ПАВ (кокаина, других стимуляторов, седативно-снотворных средств, летучих растворителей) отличий в подходах к лечению между странами нет. Информации об узкоспецифических, доказавших высокую эффективность подходов лечения в доступной литературе недостаточно. В силу этого лечение можно определить, как симптоматическое. В отношении реабилитационных программ также можно сделать заключение, что цели и задачи реабилитационного процесса едины, отличия могут быть продиктованы не столько видом употребляемого ПАВ, сколько индивидуальными личностными особенностями пациентов.

Следует отметить, что полноценное лечение наркомании в Российской Федерации построено на принципе индивидуального подхода к больному, внимательного и детального изучения особенностей клинической картины заболевания, в том числе оценки и учета психопатологической симптоматики, строгого дифференцирования в подборе лечебных средств и в построении лечебной программы.

Лечение больного наркоманией представляет собой трудную задачу, требующую значительных интеллектуальных и материальных усилий, творческого поиска и четкой организации. Высокая частота встречаемости коморбидной психической патологии среди больных, сочетано употребляющих несколько ПАВ, является фактором, осложняющим как клиническую диагностику, так и лечение. Решение этой задачи возможно только путем продолжения поисков и усилий для достижения наилучших результатов. Путь наименьшего сопротивления, с переходом на ЗПТ, означает фактическую капитуляцию государства и общества перед наркоманией как медицинской и социальной проблемой.

В настоящее время во всем мире ведется активный поиск эффективных лекарственных средств для лечения синдрома зависимости от ПАВ наряду с необходимыми программами психотерапевтической поддержки и реабилитации.

Оценить эффективность лечения наркоманий чрезвычайно сложно. В России в качестве основных критериев используют такие показатели, как стабильная стойкая ремиссия от 1 года до 2 лет и более 2 лет; участие в реабилитационных программах и их успешное завершение; количество больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием от употребления наркотиков). Для расчета этих показателей необходим анализ данных государственной медицинской статистики наркологических учреждений.

В 2017 г. специализированными учреждениями Минздрава зарегистрировано 2 238 435 пациента с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, или 1524,8 человека в расчете на 100 тыс. населения (около 1,5% общей численности населения). На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, приходится 20,5% от общей численности больных.

В России в 2017 г. обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 273 094 больных (в 2016 г. – 292 407), или 186,0 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2016 годом этот показатель снизился на 6,7%. Кроме того, 186 061 человек обратились по поводу «пагубного (с вредными последствиями) употребления наркотиков». В расчете на 100 тыс. населения этот показатель составил 126,7 (в 2016 г. – 138,8), по сравнению с уровнем 2016 г. он сократился на 8,7% [14].

Общее число пациентов, обратившихся с психическим и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, (включая больных наркоманией и лиц с пагубным употреблением наркотиков) в этом году составило 459 155 человек, или 312,8 на 100 тыс. населения, что на 7,5% ниже уровня 2016 года.

Среди больных наркоманией в 2017 году, как и в предыдущие годы, большинство составили больные с опийной зависимостью (65,1%), второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных полинаркоманией и зависимых от других наркотиков – 18,6%, больные с зависимостью от каннабиса заняли третье ранговое место – 10,2%. На четвертом месте – группа пациентов с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ психостимулирующего действия (амфетамины, кокаин и т.п.) – 6,1%.

Из общего числа потребителей наркотических средств (наркотики) – 222 056 человека употребляли наркотики инъекционным способом (потребители инъекционных наркотиков – ПИН), или 151,3 на 100 тыс. населения. При этом показатель обращаемости этого контингента за год снизился на 15%.

Категория пациентов, употребляющих наркотики инъекционным способом (ПИН), является группой риска распространения ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций. Из общего числа зарегистрированных ПИН инфицированы ВИЧ 56 899 человек.

В 2017 году впервые в жизни обратились за медицинской помощью по поводу наркомании 16 386 человек. При этом в структуре впервые обратившихся больных наркоманией произошли следующие изменения: с 2016 по 2017 гг. доля больных опийной наркоманией снизилась с 37,7 до 32,2%, с зависимостью от каннабиса – возросла с 17,7 до 18,1%, от психостимуляторов – с 15,8 до 18,4%, других наркотиков и полинаркомании – с 28,7 до 31,3%.

Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2017 г. (11,2 на 100 тыс. населения) остался на уровне 2016 г. (11,1 на 100 тыс. населения). При этом показатель первичной заболеваемости по поводу опийной наркомании сократился с 4,2 на 100 тыс. населения в 2016 г. до 3,6 в 2017 г., или на 14%. Наряду с этим в 2017 г. несколько увеличились показатели первичной заболеваемости зависимостью от других наркотиков и сочетаний наркотиков различных химических групп (полинаркоманией) – с 3,2 до 3,5, психостимуляторов – с 1,8 до 2,1 на 100 тыс. населения. Уровень первичной заболеваемости каннабиноидной наркоманией не изменился (2,0).

Следует отметить, что показатель первичной обращаемости потребителей инъекционных наркотиков в 2017 году значительно уменьшился – на 23% (с 11,5 до 8,9 на 100 тыс. населения). Динамика этого показателя в Российской Федерации свидетельствует о его неуклонном снижении на протяжении последних пяти лет: с 21,6 в 2012 году до 8,9 на 100 тыс. населения в 2017 году или в 2,4 раза. Есть основания предположить, что данная тенденция связана с активной деятельностью по первичной и вторичной профилактике, а также популярностью новых психоактивных веществ, которые не употребляют инъекционным способом. Наряду со снижением первичной заболеваемости наркоманией наблюдается и снижение первичной обращаемости по поводу пагубного употребления наркотиков: показатель за 2017 год уменьшился на 20% (соответственно с 30,1 в 2016 г. до 24,1 на 100 тыс. населения в 2017 г.).

Основные показатели, характеризующие качество оказания наркологической помощи в России – это длительность ремиссии, прекращение диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), а также участие в реабилитационных программах и их успешное завершение.

Показатели ремиссии у больных наркоманией в 2017 году свидетельствуют об увеличении числа больных, находящихся в ремиссии: так, число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, возросло соответственно с 10,8 до 11,75 на 100 больных среднегодового контингента, а находящихся в ремиссии 2 и более года осталось на уровне 2016 г. – 11,1.

Показатель снятия с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) у больных наркоманией в 2017 году составил 5,1 на 100 больных среднегодового контингента, что несколько ниже уровня 2016 г. (5,4). Таким образом, показатели указывают на сохранение в 2017 г. относительно высокого уровня выздоровления (длительного воздержания) среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

Реабилитация пациентов наркологического профиля в 2017 году осуществлялась в 11 реабилитационных центрах, развернутых в составе специализированных медицинских организаций, в 125 стационарных реабилитационных отделениях в которых было развернуто 3194 реабилитационные койки (средняя длительность пребывания на них 45

дней). В наркологической службе страны функционирует 66 амбулаторных реабилитационных отделений на 505 коек дневного пребывания.

Число больных наркоманией, включенных в стационарные реабилитационные программы, составило 8712 или 17,2% от числа госпитализированных больных наркоманией (50 531). Удельный вес успешно закончивших стационарные программы реабилитации составил 78% от числа пациентов, включенных в программу. Средняя длительность стационарной реабилитации для больных, успешно закончивших программы, составила 40 койко-дней. Число больных наркоманией, включенных в амбулаторные реабилитационные программы, составило 17 488, из них успешно завершили эти программы 53,3% [2].

Для оценки распространенности заболеваемости наркоманией данных государственной статистики недостаточно. С этой целью в странах Европы и Америки проводятся популяционные социологические исследования. В Российской Федерации полномасштабного национального исследования употребления наркотиков с целью определения характера, масштабов, форм и других характеристик их употребления среди населения не проводилось. Как правило, исследования подобного рода включают различные опросы по здоровому образу жизни или комплексные опросы по употреблению психоактивных веществ (включая табак, алкоголь и наркотики). Респонденты на вопросы относительно употребления табака и алкоголя отвечают более искренне, поскольку это – легальные психоактивные вещества, употребление которых не запрещено законом. Наркотики – это нелегальные средства и их приобретение с целью употребления с немедицинскими целями запрещено законом. Население об этом оповещено и даже в анонимных анкетах, где гарантируется конфиденциальность, остерегается отвечать на эти вопросы. Только в комплексной анкете при гарантии анонимности можно предположить получение информации обо всех видах ПАВ, в том числе и наркотиках.

Опыт проведения таких исследований есть в России. В 2009 году Росстат совместно с ННЦ наркологии Минздрава России провел модельное популяционное исследование по проблеме наркотиков среди населения трех регионов Российской Федерации (Архангельская, Ивановская и Самарская области), где использовалась анкета, включавшая вопросы по табаку, алкоголю и наркотикам. Такого типа исследования крайне важно проводить на территории России для разработки программ профилактики, лечения и реабилитации для дифференцированных групп населения.²

Методики проведения популяционных исследований предусматривают дифференцированный подход к возрастнo-половым группам населения. По результатам многочисленных исследований известно, что начало употребления наркотиков приходится на возраст 15-16 лет.

2 - Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России. Вышинский К.В., Павловская Н.И., Збарская И.А., Кошкина Е.А., Антонова О.И. Наркология, 2010, №4 с. 16-24

Поэтому в Европе раз в 4 года проводится популяционное исследование среди учащихся в возрасте 15-16 лет. В исследовательском проекте ESPAD принимают участие 28 стран. Россия принимала участие в данном исследовании с 1999 по 2011 год. Исследование проводилось в г. Москве и в 2007 году в России в целом.³ Последнее исследование осуществлялось в Европе в 2015 году. В 2019 году планируется следующий этап исследования ESPAD, и было бы целесообразно осуществить данный проект как в Москве, так и России в целом.

Заключение

Проводить сравнительный анализ оказания наркологической помощи по странам мира, и сравнивать эффективность лечения в этой области достаточно сложно. Отличается организация медицинской помощи населению, в том числе и наркологическим больным. Отсутствуют единые показатели, характеризующие качество оказания наркологической помощи, в доступной научной литературе найти их не представилось возможным. Следует отметить, что основные цели лечения наркомании в общемировой практике совпадают, однако пути их реализации различны. Основное отличие в подходе к лечению больных с зависимостью от ПАВ заключается в том, что в Российской Федерации терапия основывается на полном отказ от употребления психоактивного вещества, в противовес концепции снижения вреда от употребления, существующей за рубежом.

Список литературы

1. Воронин К.Э., Рохлина М.Л., Петракова Л.Б. Клинические проявления и патогенетические методы лечения опийного абстинентного синдрома. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. Сб. науч. тр. М., 1994. С. 125-129.
2. Государственная медицинская статистика Минздрава России 2016-2017 г.г. Форма №11, «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами»; Форма №37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями», утверждены Приказом Росстата от 16.10.2013г. №410
3. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год. Вена: Издание Организации Объединенных Наций, 2018. ISSN 0257-3768
4. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Новая пролонгированная форма налтрексона – «Продетоксон, таблетки для имплантации» в комплексной терапии больных с зависимостью от опиатов. *Вопросы наркологии* 2005; (3): 3-13.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения вивитрола (налтрексон длительного действия) в зарубежной практике. *Вопросы наркологии* 2008; (6): 73-85.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения ксефокама (лорноксикама) при купировании болевого синдрома у больных героиновой наркоманией. *Вопросы наркологии* 2001; (4): 3-9.

3 - The 2011 ESPAD Report, C.A.N., Stockholm, 2012. Substance use among students in 36 European Countries.

7. Крупицкий Е.М., Блохина Е.А. Применение пролонгированных форм налтрексона для лечения зависимости от опиатов. *Вопросы наркологии* 2010; (4): 32-43.
8. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Блохина Е.А., Вуди Д. Применение различных лекарственных форм налтрексона для лечения зависимости от опиоидов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2011; (11-2): 66-72.
9. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Цой М.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Егорова В.Ю., Диденко Т.Ю., Романова Т.Н., Иванова Е.Б., Беспалов А.Ю., Вербицкая Е.В., Незнанов Н.Г., Гриненко А.Я., О'Брайен Ч., Вуди Д. Двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова* 2003; 10 (2): 23-30.
10. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Цой М.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Егорова В.Ю., Диденко Т.Ю., Романова Т.Н., Иванова Е.Б., Беспалов А.Ю., Вербицкая Е.В., Незнанов Н.Г., Гриненко А.Я., О'Брайен Ч., Вуди Д. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. *Вопросы наркологии* 2005; (3): 24-35.
11. Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Михайлов А.Д., Казанков К.А., Рыбакова К.В., Скурат Е.П., Гришина О.Г., Заплаткин И.А., Ветрова М.В., Незнанов Н.Г. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности прегабалина в терапии синдрома отмены опиатов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2016; (7): 29-36.
12. Крупицкий Е.М., Нунес Е.В., Линг У., Иллеперума А., Гастфренд А.Р., Блохина Е.А., Силверман Б.Л. Инъекционная форма налтрексона пролонгированного действия для лечения опиоидной зависимости: двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое многоцентровое исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2012; (5): 3-11.
13. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 с.
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
15. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1063 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.2013 N 837 (ред. от 09.06.2015) «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций».
17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. № 299н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».
18. Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
19. Указ Президента Российской Федерации N 690 от 9 июня 2010 года «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».

20. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVII. – М.: Видокс, 2016. С. 313-322.
21. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «О наркотических средствах и психотропных веществах».
22. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
23. Федеральный закон от 7 декабря 2011 г. № 420-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации».
24. Brewer C., Krupitsky E. Antagonists for the treatment of opioid dependence. In: Interventions for addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders. San Diego: Academic press. 2013. P. 427-438.
25. Center for Substance Abuse Treatment. *Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
26. Drug Misuse. Opioid detoxification. National Clinical Practice Guideline Number 52. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2008.
27. Kämmerer N., Lemenager T., Grosshans M., Kiefer F., Hermann D. Pregabalin for the reduction of opiate withdrawal symptoms. *Psychiatr Prax.* 2012; 39 (7): 351-2.
28. Kleber H.D. Detoxification from narcotics. In: Lowinson, J.H., Ruitz P. eds.: Substance abuse, clinical problems and perspectives. Baltimore, Williams & Wilkins, 1981: 317-338.
29. Krupitsky E., Woody G.E., Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia. *Lancet* 2010; 376 (9747): 1145.
30. Krupitsky E., Zvartau E., Woody G. Use of different drug formulations of opioid antagonist (naltrexone) to treat opioid dependence in Russia. In Textbook of addiction treatment: international perspectives. el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (Eds). Springer-Verlag, 2015:521-530. doi 10.1007/978-88-470-5322-9.
31. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Egorova V.Y., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Martynikhin A.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., Woody G. A double-blind, placebo-controlled clinical trial of naltrexone for heroin addiction and HIV risk reduction in Russia. NIDA satellite sessions with the XIV international AIDS conference. Barcelona, Spain, July 7-11. 2002: 86-89.
32. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment* 2004; 26 (4): 285-294.
33. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoy M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment* 2006; 31 (4): 319-328.
34. Lingford-Hughes A.R., Welch S., Peters L., Nutt D.J. et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J. Psychopharmacol.* 2012; 26 (7): 899-952. doi: 10.1177/0269881112444324.
35. Martínez-Raga J., Sabater A., Perez-Galvez B., Castellano M., Cervera G. Add-on gabapentin in the treatment of opiate withdrawal. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry* 2004; 28 (3): 599-601.

36. Martinotti G. Pregabalin in clinical psychiatry and addiction: pros and cons. *Expert Opin Investig Drugs* 2012; 21 (9): 1243-1245.
37. McGlone L., Hamilton R., McCulloch D.L., MacKinnon J.R., Bradnam M., Mactier H. Visual outcome in infants born to drug-misusing mothers prescribed methadone in pregnancy. *British Journal of Ophthalmology* 2014; 98 (2): 238-45.
38. Minozzi S., Amato L., Vecchi S. (2011) Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (4). doi: 10.1002/14651858.CD001333.pub4.
39. Naltrexone for the management of opioid dependence: NICE technology appraisal guidance 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
40. Pinkofsky H.B., Hahn A.M., Campbell F.A., Rueda J., Daley D.C., Douaihy A.B. Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine. *Clin Psychiatry*. 2005; 66 (10):1285-8.
41. Riordan C.E., Kleber H.D. Rapid opiate detoxification with clonidine and naloxone. *Lancet* 1980; 1 (8177): 1079-80.
42. Salehi M., Kheirabadi G.R., Maracy M.R., Ranjesh M. Importance of gabapentin dose in treatment of opioid withdrawal. *Clin Psychopharmacol*. 2011; 31(5): 593-6. doi: 10.1097/JCP.0b013e31822bb378.
43. WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization, 2009.

Comparative review of the principles and methods of drug treatment applied in Europe and in the Russian Federation

Bryun E. A.

Doctor of Medicine, Professor, President

Koshkina E. A.

Doctor of Medicine, Professor, Head, Department of Scientific and Clinical Research

Vinnikova M. A.

Doctor of Medicine, Professor

Sokolchik E. I.

PhD, Head, Department of Medical Aid Quality Expertise

Valkova U. V.

PhD, Senior Researcher

Smirnovskaya M. S.

Researcher

Moscow Research and Practical Center on Addictions of Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russian Federation

Corresponding Author: Koshkina Evgeniya, **e-mail:** epid@list.ru

Conflict of Interest. None declared

Funding. The study had no sponsorship

Summary

A comparative analysis of the principles and methods of treatment of drug addiction used in Europe and in the Russian Federation, based on the study of foreign and domestic scholarly publications is presented. Approaches to drug treatment are based on following general principles: examination, evaluation, diagnosis and treatment planning. This activity is conducted according to Treatment Standards and Clinical Recommendations developed by leading specialists of the respective countries, taking into account the evidence level of the effectiveness of treatment methods and ethical norms. Unlike the world practice, in Russia there is a state addiction service that provides free territorial-based treatment to addicted patients. The implementation of methods and ways of treatment in Russia coincides with the international standards of respective methods and ways of treatment of drug use disorders, recommended by UNODC and WHO. Those include awareness raising in the population at different levels: surveys, short-term interventions and referral to inpatient care, outpatient and rehabilitation. The main differences in European and Russian approaches are in the field of the intervention measures aimed at reducing the negative consequences of drug use, the so-called harm reduction measures, including substitution maintenance therapy.

Keywords: principles, methods, treatment, drug addiction, prevalence

References

1. Voronin K.E., Rohlina M.L., Petrakova L.B. Klinicheskie proyavleniya i patogeneticheskie metody lecheniya opijnogo abstinentnogo sindroma. Aktualnye problemy mediko-social'noj reabilitacii bol'nyh alkoholizmom i narkomaniyami. Sbornik nauchnykh trudov [Clinical manifestations and pathogenetic methods of treatment of opium withdrawal syndrome. Urgent problems of medical and social rehabilitation of alcoholics and drug addicts. Collected scientific works]. Moscow, 1994: 125-129. (In Russ.)
2. Gosudarstvennaya medicinskaya statistika Minzdrava Rossii 2016-2017 g.g. Forma №11, «Svedeniya o zabolevaniyah narkologicheskimi rasstrojstvami»; Forma №37 «Svedeniya o pacientah, bol'nyh alkoholizmom, narkomaniyami, toksikomaniyami», utverzhdeny Prikazom Rosstata ot 16.10.2013g. №410 [State medical statistics of the Ministry of Health of Russia 2016-2017. Form No. 11, "Information on diseases of narcological disorders"; Form No. 37 "Information on patients with alcoholism, drug addiction, substance abuse", approved by the Order of Rosstat of 16.10.2013. №410]. (In Russ.)
3. Doklad Mezhdunarodnogo komiteta po kontrolyu nad narkotikami za 2017 god. Izdanie organizacii obedinennyh nacij Vena, 2018 g., [INCB report-2017. World Health Organization, Wien, 2018] eISBN: 978-92-1-363144-7 ISSN 0257-3768. (In Russ.)
4. Ivanec N.N., Anohina I.P., Vinnikova M.A. Novaya prolongirovannaya forma naltreksona – «prodetokson, tabletki dlya implantacii» v kompleksnoj terapii bol'nyh s zavisimost'yu ot opiatov [The new prolonged form of naltrexone - "Prodetoxone, tablets for implantation" in the complex therapy of patients with opiate dependence]. *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2005; (3): 3-13. (In Russ.)
5. Ivanec N.N., Vinnikova M.A. Opyt primeneniya vivitrola (naltrekson dlitel'nogo dejstviya) v zarubezhnoj praktike [Experience with vivitrol (long-acting naltrexone) in foreign practice]. *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2008; (6): 73-85. (In Russ.)
6. Ivanec N.N., Vinnikova M.A. Opyt primeneniya ksefokama (lornoksikama) pri kupirovanii boleвого sindroma u bol'nyh geroinovej narkomaniej [Experience with the use of xefokam (lornoxicam) in the management of pain syndrome in patients with heroin addiction]. *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2001; (4): 3-9. (In Russ.)
7. Krupickij E.M., Blohina E.A. Primenenie prolongirovannyh form naltreksona dlya lecheniya zavisimosti ot opiatov [The use of prolonged forms of naltrexone in the treatment of opiate dependence]. *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2010; (4): 32-43. (In Russ.)

8. Krupickij E.M., Zvartau E.E., Blohina E.A., Woody G. Primenenie razlichnyh lekarstvennyh form naltreksona dlya lecheniya zavisimosti ot opioidov [Application of various naltrexone dosage forms in the treatment of opioid dependence]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry] 2011; (11-2): 66-72. (In Russ.)
9. Krupickij E.M., Zvartau E.E., Coj M.V., Masalov D.V., Burakov A.M., Egorova V.Yu., Didenko T.Yu., Romanova T.N., Ivanova E.B., Bepalov A.Yu., Verbickaya E.V., Neznakov N.G., Grinenko A.Ya., O'Brien C.P., Woody G. Dvoynoe slepoe randomizirovannoe placebokontroliruemoe issledovanie effektivnosti naltreksona dlya stabilizacii remissij u bol'nyh geroinovoj narkomaniej [A double-blind, randomized placebo-controlled study of naltrexone for stabilizing remissions in patients with heroin addiction]. *Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova* [The Scientific Notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University] 2003; 10 (2): 23-30. (In Russ.)
10. Krupickij E.M., Zvartau E.E., Coj M.V., Masalov D.V., Burakov A.M., Egorova V.Yu., Didenko T.Yu., Romanova T.N., Ivanova E.B., Bepalov A.Yu., Verbickaya E.V., Neznakov N.G., Grinenko A.Ya., O'Brien C.P., Woody G. Dvoynoe slepoe randomizirovannoe placebo-kontroliruemoe issledovanie effektivnosti naltreksona dlya stabilizacii remissij u bol'nyh geroinovoj narkomaniej [A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of naltrexone for stabilizing remissions in patients with heroin addiction]. *Voprosy narkologii* [Issues of narcology] 2005; (3): 24-35. (In Russ.)
11. Krupickij E.M., Ilyuk R.D., Mihajlov A.D., Kazankov K.A., Rybakova K.V., Skurat E.P., Grishina O.G., Zaplatkin I.A., Vetrova M.V., Neznakov N.G. Randomizirovannoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti pregabalina v terapii sindroma otmeny opiatov [A randomized controlled trial of the efficacy of pregabalin in the treatment of opiate withdrawal syndrome]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry] 2016; (7): 29-36. (In Russ.)
12. Krupickij E.M., Nunes E.V., Ling U., Illeperuma A., Gastfriend A.R., Blohina E.A., Silverman B.L. Inekcionnaya forma naltreksona prolongirovannogo dejstviya dlya lecheniya opioidnoj zavisimosti: dvoynoe slepoe randomizirovannoe placebo-kontroliruemoe mnogocentrovoe issledovanie [Injectable form of sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre study]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry] 2012; (5): 3-11. (In Russ.)
13. Narkologiya: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. N.N. Ivanca, I.P. Anohin, M.A. Vinnikovo, 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe [Narcology: national guidelines. Edited by N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova. 2-nd edition, revised and enlarged]. Moscow: GEOTHAR-Media, 2016. (In Russ.)
14. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 30 dekabrya 2015 g. N 1034n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi po profilu "psikiatriya-narkologiya" i Poryadka dispansernogo nablyudeniya za licami s psicheskimi rasstrojstvami i (ili) rasstrojstvami povedeniya, svyazannymi s upotrebleniem psihoaktivnyh veshchestv" [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 30, 2015 N 1034n "On approval of the order of rendering medical assistance on the profile of "psychiatry-narcology" and the Order of dispensary observation of persons with mental disorders and (or) behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances"]. (In Russ.)
15. Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii ot 25 avgusta 2014 g. N 1063 "Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniya po special'nosti 31.08.21 Psihiatriya-narkologiya (uroven' podgotovki kadrov vysshej kvalifikacii)" [Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation of August 25, 2014 N 1063 "On approval of the federal state educational standard of higher education in specialty 31.08.21 Psychiatry-Narcology (level of training of highly qualified personnel)". (In Russ.)
16. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 11.11.2013 N 837 (red. ot 09.06.2015) «Ob utverzhdenii Polozheniya o modeli otrabotki osnovnyh principov nepreryvnogo medicinskogo obrazovaniya specialistov s vysshim medicinskim obrazovaniem v organizacijah, osushchestvlyayushchih obrazovatel'nyu deyatel'nost', nahodyashchihsya v vedenii Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii, s uchastiem medicinskih professional'nyh nekommercheskich organizacij» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 11.11.2013 N 837 (Edited on 09.06.2015) "On approval of the Regulation on the model of working

out the basic principles of continuous medical education of specialists with higher medical education in organizations engaged in educational activities under the Ministry of Health of the Russian Federation, with the participation of medical professional non-profit organizations"]. (In Russ.)

17. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 17 maya 2016 g. № 299n «Ob utverzhdenii standarta pervichnoj specializirovannoj mediko-sanitarnoj pomoshchi pri sindrome zavisimosti, vyzvannom upotrebleniem psihoaktivnykh veshchestv» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of May 17, 2016 No. 299n "On the approval of the standard of primary specialized health care in the dependence syndrome caused by the use of psychoactive substances."]. (In Russ.)

18. Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo [Psychiatry: National Guidelines]. Pod red. Yu.A. Aleksandrovskogo, N.G. Neznanova. 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe [Yu.A. Aleksandrovsky, N.G. Neznanov, Editors, 2-nd edition, revised and enlarged]. Moscow: GEHOTAR-Media, 2018. (In Russ.)

19. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii N 690 ot 9 iyunya 2010 goda «Ob utverzhdenii Strategii gosudarstvennoj antinarkoticheskoy politiki Rossijskoj Federacii do 2020 goda» [Decree No. 690 of the President of the Russian Federation of June 9, 2010 "On the Approval of the Strategy of the State Anti-Drug Policy of the Russian Federation until 2020"]. (In Russ.)

20. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv (formulyarnaya sistema). Vypusk XVII [Federal guidelines for the use of medicines (formular system). Issue XVII.] Moscow: Vidox, 2016: 313-322. (In Russ.)

21. Federal'nyj zakon ot 08.01.1998 N 3-FZ (red. ot 29.12.2017) «O narkoticheskikh sredstvakh i psihotropnykh veshchestvakh» [Federal Law of 08.01.1998 N 3-FZ (Edited on December 29, 2017) "On narcotic drugs and psychotropic substances."]. (In Russ.)

22. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 03.07.2016) «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» [Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 (as amended on 03.07.2016) "On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation."]. (In Russ.)

23. Federal'nyj zakon ot 7 dekabrya 2011 g. № 420-FZ «O vnesenii izmenenij v Ugolovnyj kodeks Rossijskoj Federacii i otdel'nye zakonodatel'nye akty Rossijskoj Federacii» [Federal Law of December 7, 2011 No. 420-FZ "On Amendments to the Criminal Code of the Russian Federation and Certain Legislative Acts of the Russian Federation."]. (In Russ.)

24. Brewer C., Krupitsky E. Antagonists for the treatment of opioid dependence. In: Interventions for addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders. San Diego: Academic press. 2013. P. 427-438.

25. Center for Substance Abuse Treatment. *Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

26. Drug Misuse. Opioid detoxification. National Clinical Practice Guideline Number 52. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2008.

27. Kämmerer N., Lemenager T., Grosshans M., Kiefer F., Hermann D. Pregabalin for the reduction of opiate withdrawal symptoms. *Psychiatr Prax.* 2012; 39 (7): 351-2.

28. Kleber H.D. Detoxification from narcotics. In: Lowinson, J.H., Ruitz P. eds.: Substance abuse, clinical problems and perspectives. Baltimore, Williams & Wilkins, 1981: 317-338.

29. Krupitsky E., Woody G.E., Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia. *Lancet* 2010; 376 (9747): 1145.

30. Krupitsky E., Zvartau E., Woody G. Use of different drug formulations of opioid antagonist (naltrexone) to treat opioid dependence in Russia. In Textbook of addiction treatment: international perspectives. el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (Eds). Springer-Verlag, 2015:521-530. doi 10.1007/978-88-470-5322-9.
31. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Egorova V.Y., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Martynikhin A.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., Woody G. A double-blind, placebo-controlled clinical trial of naltrexone for heroin addiction and HIV risk reduction in Russia. NIDA satellite sessions with the XIV international AIDS conference. Barcelona, Spain, July 7-11. 2002: 86-89.
32. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment* 2004; 26 (4): 285-294.
33. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoy M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of substance abuse treatment* 2006; 31 (4): 319-328.
34. Lingford-Hughes A.R., Welch S., Peters L., Nutt D.J. et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J. Psychopharmacol.* 2012; 26 (7): 899-952. doi: 10.1177/0269881112444324.
35. Martínez-Raga J., Sabater A., Perez-Galvez B., Castellano M., Cervera G. Add-on gabapentin in the treatment of opiate withdrawal. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry* 2004; 28 (3): 599-601.
36. Martinotti G. Pregabalin in clinical psychiatry and addiction: pros and cons. *Expert Opin Investig Drugs* 2012; 21 (9): 1243-1245.
37. McGlone L., Hamilton R., McCulloch D.L., MacKinnon J.R., Bradnam M., Mactier H. Visual outcome in infants born to drug-misusing mothers prescribed methadone in pregnancy. *British Journal of Ophthalmology* 2014; 98 (2): 238-45.
38. Minozzi S., Amato L., Vecchi S. (2011) Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (4). doi: 10.1002/14651858.CD001333.pub4.
39. Naltrexone for the management of opioid dependence: NICE technology appraisal guidance 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
40. Pinkofsky H.B., Hahn A.M., Campbell F.A., Rueda J., Daley D.C., Douaihy A.B. Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine. *Clin Psychiatry.* 2005; 66 (10):1285-8.
41. Riordan C.E., Kleber H.D. Rapid opiate detoxification with clonidine and naloxone. *Lancet* 1980; 1 (8177): 1079-80.
42. Salehi M., Kheirabadi G.R., Maracy M.R., Ranjkesh M. Importance of gabapentin dose in treatment of opioid withdrawal. *Clin Psychopharmacol.* 2011; 31(5): 593-6. doi: 10.1097/JCP.0b013e31822bb378.
43. WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization, 2009.