

Наркомания. Распространение и реальные пути борьбы на современном этапе

ЭНТИН Г.М.
КОПОРОВ С.Г.

д.м.н., профессор, гл. науч. сотрудник Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, Москва
к.м.н., главный врач наркологического диспансера №1 Управления здравоохранения ЮАО г. Москвы

С 1992 г. до 2000 г. в России происходит бурный рост числа больных наркоманиями (наркозависимых) и злоупотребляющих наркотическими веществами. Более чем 90% из их числа вводили себе внутривенно героин. К 2000 г. число состоящих под наблюдением достигло 395 тыс. чел., в т.ч. 25 тыс. подростков. Всего в 2000 г. среди населения находилось 2—2,5 млн. потребителей наркотических и психоактивных веществ (ПАВ). Это привело к высокой смертности в возрасте до 30 лет, распространению ВИЧ-инфекции, преступности. Сформировалась устойчивая наркомафия. 20—30% потребителей наркотиков активно участвовали в их расфасовке и распространении.

С 2001—2002 г. началось резкое уменьшение числа потребителей опиоидов (героина) — с 92,2% всех наркотиков в 2000 г. до 84,5% в 2002 г., а среди подростков — с 95,6% в 2000 г. до 80,7% в 2002 г. Резко снизилось число больных, госпитализированных по поводу наркомании — с 116 тыс. в 2000 г. до 36 тыс. в 2002 г., впервые взятых под наблюдение — с 124,5 тыс. в 2000 г. до 59,9 тыс. в 2002 г.

Предполагаемые причины этого: осознание молодежью опасности употребления героина — высокий уровень смертности, ВИЧ-инфицирования, угроза уголовной ответственности; регламентированная доступность пива, рекламирование его, широко распространенное потребление пива молодежью; замена героина на трамadol, по эффекту действия подобный метадону. Массовый переход потребителей героина на трамал.

Важнейшим мероприятием в борьбе с наркоманией следует считать усиление административного и уголовного наказания не только за сбыт, но и за незаконное употребление наркотических и психоактивных веществ. Для этого необходимо ввести в ст. 228 УК РФ соответствующие дополнения. Это даст возможность привлекать потребителей наркотиков к лечебно-реабилитационным мероприятиям, подорвет спрос на наркотики и как следствие этого — снизит заинтересованность в предложении их. Имеющиеся наркологические учреждения справятся с увеличением в несколько раз потока больных наркоманией.

В дореформенный период в России, как и в целом в Советском Союзе, потребление наркотических веществ не имело значительного распространения. В 1984 г. в РСФСР было впервые зарегистрировано лишь 2800 больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, а также больных токсикоманией и злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ, и 16 300 состоявших в связи с этим на диспансерном и профилактическом учете (см. табл. 1, 3)¹.

В то время из опиоидов использовались анальгетики группы морфина и кодеин, незаконно приобретаемые в лечебных учреждениях и аптечной сети, барбитураты и другие снотворные средства, транквилизаторы, антигистаминные препараты. Имели место попытки готовить кустарным способом отвар маковой соломки и ацетилировать его (т.е. получать героин), в связи с чем в то время были запрещены посевы даже пищевого и декоративного мака.

Основными наркотиками, добывавшимися из произрастающих в Советском Союзе растений, были измельченные стебли и листья, пыльца и особенно смола конопли. Сорты конопли с высоким содержанием каннабинола произрастают на юге России и Украине, на Кавказе, в Средней Азии и на Дальнем Востоке.

Использовались психостимуляторы, кустарно изготавливаемые из лекарственных средств, содержащих эфедрин: эфедрон, первитин и др., которые употребляли и молодежь, и более старшие возрастные группы. Младшие подростки и даже дети употребляли в качестве ингалянтов различные технические жидкости с одурманивающим эффектом — от бензина до различных клеев, ацетона и др. Ввоза наркотиков из-за рубежа в то время практически не было [3, 10, 13, 18, 23, 38].

Законодательные, административные и медицинские меры борьбы с употреблением наркотических и психоактивных веществ проводились достаточно эффективно. В частности, законодательно было закреплено принуди-

тельное лечение наркоманов в охраняемых отделениях наркологических больниц и диспансеров, а также в лечебно-трудовых профилакториях МВД.

Толчком к заметному увеличению потребления наркотических веществ послужили противоалкогольные мероприятия 1985 г. и вызванные ими трудности в приобретении спиртных напитков. Так, в 1988 г. число впервые зарегистрированных потребителей наркотических и психоактивных веществ возросло по сравнению с 1984 г. с 2800 до 27 600, т.е. почти в 10 раз; лиц, состоящих на учете, — с 16 300 до 55 700, т.е. в 3,4 раза (табл. 1, 3). В 1991 г. возобновилась свободная торговля как спиртными напитками, так и их суррогатами. Потребление алкоголя составило 12,9 л в год на душу населения, почти вернувшись к уровню 1984 г. (14,5 л), в то время как в 1986—88 гг. оно составляло 10,8—11,6 л [38]. Прекратился и рост количества впервые диагностированных и состоящих на учете потребителей наркотических и психоактивных ненаркотических веществ — около 20 000 впервые диагностированных и 71 000 состоящих на учете, что соответствовало уровню 1988 г. (табл. 1, 3).

До 1992 г., т.е. до распада Советского Союза, еще имели место «последствия» антиалкогольной кампании 1985 г. — число впервые взятых на учет потребителей наркотиков незначительно снижалось, а состоящих на учете в течение 5 лет (1988—1992) держалось на одном уровне, в 4,2 раза превышавшем уровень 1984 г. (табл. 1, 3).

В 1993—1995 гг. в России происходит формирование героиновой наркомафии, подобной южноамериканской кокаиновой и мексиканской героиновой, и возникает четко ориентированная «наркотическая пирамида» [8, 9, 11, 12, 13, 15, 20, 29, 31, 33, 38, 39]. Этому в значительной степени способствовали последствия войны в Афганистане. Многолетняя война привела к разрушению промышленности и сельского хозяйства Афганистана. Сельское население жило практически за счет скудной гуманитарной помощи. Мужчины воевали. После вывода контин-

гента советских войск и захвата власти талибами в ряде районов Афганистана воцарилось безвластие и фактически полная свобода для наркомафии. Выращивание снотворного мака и изготовление героина из содержащегося в нем опия перешло из «Золотого треугольника» — стран Юго-Восточной Азии — в Афганистан, т.к. правительства стран «Золотого треугольника» — Таиланда, Бирмы и Лаоса — повели решительную борьбу с выращиванием мака, изготовлением и транспортировкой героина. Поток героина пошел из Афганистана в Европу через Пакистан и Турцию. Граница с Советским Союзом в то время была практически закрыта, хотя посевы мака и подпольные лаборатории по производству героина из опия были и в северных, пограничных с СССР провинциях Афганистана, находившихся под контролем местных жителей — этнических таджиков, воевавших с талибами.

После распада Советского Союза недостаточно охраняемая граница с Таджикистаном, в котором в то время также шла гражданская война, и «прозрачные» границы с Киргизией, Узбекистаном и Казахстаном открывали безопасный путь в бескрайние просторы России. Сначала Россия использовалась для транзита наркотиков в Западную Европу, но очень скоро превратилась в основной регион сбыта афганского героина. Об этом свидетельствует прогрессивно увеличивающееся число потребителей наркотиков, как первично выявляемых, так и состоящих на учете.

В современном Афганистане на тысячах гектаров угодий растут не сельскохозяйственные культуры, а снотворный мак. Отцветшие головки мака, содержащие опий, величиной не с грецкий орех, как у пищевого мака, а с крупный мандарин, их вес достигает 200 г. Посевы мака не требуют особого ухода, а оставшиеся стебли и листья идут на корм скоту. Сдавая на переработку созревшие головки с опием, афганские крестьяне могут сводить концы с концами. В многочисленных подпольных лабораториях, имеющих оборудование и реактивы современных фармацевтических фабрик, выпускается героин высокого качества. Он расфасовывается в целлофановые пакеты по 100 г. Сами производители, т.е. крестьяне, вырастившие мак, и сотрудники подпольных лабораторий получают лишь 2–5% от прибыли. Как считают специалисты Интерпола, цена наркотика еще в стране-производителе возрастает в 60 раз, а для непосредственного потребителя — еще в 10 раз, и составляет 12–15 долл. за 1 г. Таким образом, если до потребителя дойдет только одна десятая часть произведенного наркотика, то расходы на его производство уже окупятся, а все, что сверх этого, приносит доход [8, 15, 18, 23, 29, 37].

До распада Советского Союза при наличии прочных государственных границ отсутствовала конвертируемая валюта. Населению Советского Союза было не на что покупать контрабандные наркотики. Введение в России и других бывших союзных республиках свободного хождения доллара практически сравняло их с капиталистическим миром. При столь благоприятных условиях в течение 2–3 лет (1993–1995 гг.) сформировалась афгано-российская «наркотическая пирамида», подобная существующим на Западе [31, 32, 38, 39].

Пирамида состоит из трех основных «этажей». На самой верхушке — группа ее владельцев-«наркобаронов». Это, как правило, выходцы из криминального бизнеса, ведущие также и бизнес вполне легальный. Они постоянно живут в соседних с Афганистаном странах и через подставных лиц держат в своих руках заготовку сырья, производство наркотиков, планируют доставку их потребителям. К ним примыкают крупные и более мелкие оптовики, которые контролируют движение наркотиков к потребителю. Они же организуют контрабандную переправку наркотиков через границу, складирование и хранение их в промежуточных странах.

Второй «этаж» наркотической пирамиды составляют мелкокорозничные торговцы, которые приобретают срав-

нительно небольшие партии героина у местных оптовиков, смешивают его с наполнителями и производят его потребительскую расфасовку («чеки»). Мелкорозничные торговцы сами героин не употребляют, но имеют свою агентуру среди наркоманов, которые покупают у них небольшие партии расфасованных наркотиков, проверяют на себе «качество» полученного героина для установления цены продажи.

В качестве мелкокорозничных торговцев часто выступают цыганские сообщества, в которых к непосредственной торговле «чеками» привлекаются даже дети. Таких розничных торговцев, занимающихся фасовкой героина и не употребляющих наркотики, только в Москве десятки тысяч. В основном это люди 16–22 лет [31, 32].

Наконец, 3-й «этаж» — «основание» пирамиды — составляют непосредственные потребители наркотиков. Они-то и создают спрос, без которого не может существовать пирамида, начиная с ее верхушки. Если есть спрос, то только сверхчрезвычайными мерами можно ликвидировать предложение. На чрезвычайные меры по ликвидации наркоторговли уже пошли некоторые страны. За торговлю наркотиками в Китае до сих пор предусмотрена смертная казнь, правда, в последнее время она практически не применяется. В Таиланде при установлении факта даже попытки торговли наркотиками суд обязан вынести только один приговор — смертную казнь. А помиловать осужденного, заменить смертную казнь тюремным заключением вправе только сам король.

Особая опасность наркозависимых и других потребителей наркотиков заключается в том, что каждый потребитель заинтересован в вовлечении в употребление других лиц, так как только это может обеспечить ему реальную возможность дальнейшего относительно доступного приобретения наркотиков. Более того, при такой тяжелой зависимости, как героиновая, наркоман вынужден иметь надежный, доступный источник приобретения наркотиков. К такой ситуации применим термин «директ-маркетинг» [32]. Каждый сильнозависимый наркоман, как правило, не имеющий достаточных средств для постоянного, ежедневного приобретения нужной дозы наркотика, сам активно включается в наркобизнес. Он устанавливает связи с наркоторговцами, делает «мелкооптовую» закупку у них партии «чеков» в кредит или по заниженной цене и распространяет их среди знакомых наркоманов. Получив с них нужную сумму, он возвращает торговцу кредиты, а у него остается «навар» — несколько «чеков», которые он использует для себя. Как показывают опросы героинозависимых наркоманов с давностью наркозависимости более года, не менее 20% из них уже сами включаются в наркобизнес. Причем некоторые не только покупают расфасованные «чеки», но и сами начинают заниматься фасовкой героина и его распространением через знакомых наркоманов. Для того, чтобы регулярно получать необходимое ему количество доз, наркоман должен в течение года приблизить к потреблению наркотиков до 15 человек [4, 7, 8]. Но если даже сократить это число вдвое и считать, что 20% зарегистрированных больных синдромом наркотической зависимости (табл. 3, строка 1) приобщают в год только 7 новичков, то 317 200 наркоманов, состоявших на учете в 2001 г., втянуты в потребление наркотиков около 444 080 человек.

Из этого простого расчета следует, что в распространении наркотизма очень важную роль играет нижняя часть пирамиды — т.е. около 500 000 зарегистрированных и 2–2,5 млн. (расчетно) незарегистрированных потребителей наркотиков, которые не только сами употребляют их, но и создают прогрессивно возрастающий спрос [38, 39].

Формирование героиновой наркотической пирамиды в России следует отнести к 1993–95 гг., когда доллар окончательно укрепился как твердая конвертируемая в России валюта. Об этом можно судить по динамике наркологических заболеваний, прежде всего у подростков

Таблица 1

Динамика наркологических заболеваний в населении

Диагноз Годы	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)	2,2	2,6	5,1	8,9	6,5	5,8	4,5	5,7	5,1	9,5	14,0	22,9	30,4	41,6	51,6	60,9	73,3	62,8	27,3
Злоупотребление наркотическими веществами	0,3	1,5	1,5	4,1	11,1	7,7	7,2	6,9	6,7	10,8	15,4	21,6	27,0	39,1	47,0	52,4	51,2	45,3	32,6
В сумме: зависимость и злоупотребление наркотическими веществами	2,5	4,1	6,6	13,0	17,6	13,5	11,7	12,6	11,8	20,3	29,4	44,5	57,4	80,7	98,6	113,3	124,5	108,1	59,9
Отношение к 1984 г.	1,00	1,64	2,64	5,20	7,04	5,40	4,68	5,04	4,72	8,12	11,76	17,80	22,96	32,28	39,44	45,32	49,80	43,24	23,96
Синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)	0,3	0,4	1,1	2,9	1,8	2,2	1,8	1,5	1,3	1,2	1,3	2,0	2,9	3,7	3,6	1,6	1,4	1,7	2,2
Злоупотребление ненаркотическими веществами	0,0	0,0	0,0	0,0	8,2	8,9	7,7	5,8	6,1	5,3	6,1	9,6	11,8	14,0	13,1	6,5	5,4	7,0	9,4
В сумме: зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами	0,3	0,4	1,1	2,9	1,0	11,1	9,5	7,3	7,4	6,5	7,4	11,6	14,7	17,7	16,7	8,1	6,8	8,7	11,6
Отношение к 1984 г.	1,00	1,33	3,67	9,67	33,33	37,00	31,67	24,33	24,67	21,67	24,67	38,67	49,00	59,00	55,67	27,00	22,67	29,00	38,67
В сумме все 4 группы	2,8	4,5	7,7	15,9	27,6	24,6	21,2	19,9	19,2	26,8	36,8	56,1	72,1	98,4	115,3	121,4	131,3	116,8	71,5
Отношение к 1984 г.	1,00	1,61	2,75	5,68	9,86	8,79	7,57	7,11	6,86	9,57	13,14	20,04	25,75	35,14	41,18	43,36	46,89	41,71	25,54

Примечание: число больных, впервые взятых под наблюдение с диагнозом "синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)"; число лиц, впервые взятых под наблюдение в связи с злоупотреблением наркотическими веществами; число больных, впервые взятых под наблюдение с диагнозом "Синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)" число лиц, впервые взятых под наблюдение в связи с злоупотреблением ненаркотическими веществами приведено в абсолютных числах (тыс. человек)

(табл. 2 и 4) [3, 6, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 28, 30, 33]. Число впервые взятых под наблюдение подростков с зависимостью от наркотических веществ увеличилось с 304 (1991 г.) до 6022 (2000 г.), т.е. в 20 раз, а злоупотребляющих наркотическими веществами — с 2000 (1991—92 гг.) до 12 000 (1998—99 гг.), т.е. в 6 раз. В то же время число подростков, зависимых от ненаркотических ПАВ и злоупотребляющих ими, осталось практически на прежнем уровне и даже несколько снизилось в 1999—2000 гг. Аналогична динамика и числа подростков, состоящих под наблюдением в связи с зависимостью и злоупотреблением наркотическими и ненаркотическими веществами (табл. 4). Число наркозависимых увеличилось с 443 (1991 г.) до 9062 (2000 г.), злоупотребляющих — с 2634 (1991 г.) до 16 971 (1999 г.), т.е. в 8 раз. В то же время зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами остались на прежнем уровне: зависимость — от 2031 (1991 г.) до 3153 (2001 г.); злоупотребление — от 8521 (1991 г.) до 8345 (2001 г.).

Что касается взрослых больных, в число которых входит и молодежь 18—20 лет, большинство из них начали употреблять наркотики еще в подростковом возрасте (15—17 лет), но на учет попали уже в более зрелом. Число взрослых больных, впервые взятых на учет по поводу зависимости от наркотиков, увеличилось с 5700 (1991 г.) до 73 300 (2000 г.), т.е. в 12,9 раза (табл. 1); по поводу злоупотребления наркотическими веществами — с 12600 (1991 г.) до 124 500 (2000 г.), т.е. в 9,9 раза (табл. 1). Зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами в сумме (табл. 1, 7-я строка) — 7300 (1991 г.), 16 700 (1998 г.), и 6800 (2000 г.), т.е. в 2000 г. меньше, чем в 1991 г.

В то же время, в 1991—2001 гг., несмотря на рост числа подростков, впервые взятых на учет, процент их от всех взятых на учет снизился с 39,7% в 1992 г. до 13,9% в 2001 г. (табл. 2).

Естественно, что наиболее показателен рост числа больных наркотической зависимостью и злоупотребляющих

Динамика численности подростков, впервые взятых под наблюдение с диагнозом “наркомания”, “токсикомания” и в связи с злоупотреблением наркотическими и ненаркотическими токсическими веществами (в абс. числах, тыс. человек)

Диагноз \ Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)	304	285	605	1244	2655	3891	4457	4839	5451	6122	4016	1305
Злоупотребление наркотическими веществами	1940	2168	3514	5203	6855	8769	11026	12315	11842	11005	8364	5199
В сумме: зависимость и злоупотребление наркотическими веществами	2244	2453	4119	6447	9510	12660	15483	17154	17293	17127	12380	6504
Отношение к 1991 г. (абс.)	1,00	1,09	1,84	2,87	4,24	5,64	6,90	7,64	7,71	7,63	5,52	2,90
Синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)	776	668	473	467	740	1099	1327	1410	656	505	605	938
Злоупотребление ненаркотическими веществами	4216	4498	3175	3692	3528	6470	7041	6861	3199	2567	3234	4605
В сумме: зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами	4992	5166	3648	4159	4268	7569	8368	8271	3855	3072	3839	5543
Отношение к 1991 г. (абс.)	1,00	1,03	0,73	0,83	0,85	1,52	1,68	1,66	0,77	0,62	0,77	1,11
В сумме все 4 группы	7236	7619	7767	10606	13778	20229	23851	25425	21148	20199	16219	12047
Отношение к 1991 г. (абс.)	1,00	1,05	1,07	1,47	1,90	2,80	3,30	3,51	2,92	2,79	2,24	1,66
% подростков от всех первично взятых на учет	36,4	39,7	29,0	28,8	24,6	28,1	24,2	22,1	17,4	15,4	13,9	16,8

наркотическими веществами во всем населении (табл. 3). Число зависимых от наркотических веществ возросло с 31 500 (1991 г.) до 322 900 (2002 г.), т.е. в 10,3 раза, а по сравнению с 1984 г., когда их было 14 600 — в 22,1 раза.

Число состоящих под наблюдением лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами (табл. 3) до 1988 г. было практически одинаково с числом наркозависимых, и даже превосходило его: 1987 г. — 21 200 наркозависимых и 30 100 злоупотребляющих наркотическими веществами. В последующие годы число наркозависимых начало превышать число злоупотребляющих наркотическими веществами, и в 2002 г. число наркозависимых достигло 322 900 человек, а злоупотребляющих — 125 800 человек. Таким образом, число наркозависимых увеличилось с 1987 до 2002 г. в 15,2 раза, а злоупотребляющих наркотическими веществами — в 4,2 раза. Общее число наркозависимых и злоупотребляющих наркотическими веществами составило в 2002 г. 448 700 человек (табл. 3).

Число зависимых от ненаркотических веществ и злоупотребляющих ими за период 1991—2002 гг. изменилось незначительно — в сумме от 20 300 до 33 500 человек, или в 1,7 раза. Общее число зависимых от наркотических и ненаркотических веществ и злоупотребляющих ими составило на 2002 г. — 482 200 человек (табл. 3). При этом число подростков среди них снизилось с 18,98% в 1991 г. до 5,6% в 2002 г. (табл. 4).

Из приведенных данных следует, что первичное приобщение к употреблению наркотических и психоактивных веществ происходит в большинстве случаев в подростковом возрасте (15—17 лет). Однако зависимость от большинства из них устанавливается через месяцы, а иногда и годы их систематического употребления. Опиаты, и прежде всего героин, являются в этом отношении исключением. Наркотическая зависимость и, что опаснее всего, ее важнейший признак — синдром отнятия (абстиненции) — возникают буквально через недели после начала

употребления наркотика, особенно при внутривенном введении героина [2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 25, 34, 39].

Критический рост героиновой наркомании среди подростков произошел в 1991—1993 гг. (табл. 2), когда в Россию начал поступать афганский героин. Среди взрослого населения рост числа героинозависимых произошел за счет молодежи 18—20 лет в 1993—1994 гг., т.е. выросших к этому времени наркотизировавшихся подростков. Таким образом, героинозависимые взрослые формируются в основном из героинозависимых подростков.

Число первично взятых на учет по поводу наркотической зависимости и злоупотребления наркотическими веществами (табл. 1, 2) как всего населения (124,5 тыс.), так и подростков (17,1 тыс.) достигло апогея к 2000 г., а с 2001 г. отмечалось снижение их числа до 108,1 тыс. всего населения и 12,3 тыс. подростков; в 2002 г. — до 59,9 тыс. всего населения и 5,2 тыс. подростков. Таким образом, по сравнению с 2000 г. число первично взятых на учет взрослых снизилось в 2001 г. на 13,2%, а в 2002 г. — на 51,9%. Число впервые взятых на учет подростков снизилось в 2001 г. на 27,7%, а в 2002 г. — на 62%. Число взрослых, состоящих на учете по поводу наркотической зависимости и злоупотребления наркотическими веществами (табл. 3) продолжает еще расти — 394,9 тыс. (2000 г.); 442,1 тыс. (2001 г.); 448,7 тыс. (2002 г.) — за счет накопления взятых на учет больных. Зато число состоящих на учете подростков снижается с 25 тыс. в 2000 г. до 20,7 тыс. в 2001 г. и 14 тыс. в 2002 г., т.е. на 44% по сравнению с 2000 г., так как подростки не накапливаются, а переходят в старшие возрастные группы.

Особый интерес представляет динамика потребления отдельных наркотиков в 1999—2002 гг. (табл. 5). Учтены только наркозависимые, без злоупотребляющих наркотическими веществами. Опиоиды — а это практически на 100%-ный героин — занимают господствующие позиции. Среди всех больных, впервые взятых под наблюдение

Таблица 3

**Сравнительная динамика находящихся под наблюдением больных с диагнозом “наркомания”,
или “токсикомания” и лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами или ненаркотическими веществами
(в абс. числах, тыс. человек)**

Диагноз Годы	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)	14,6	14,7	16,5	21,2	24,7	26,1	27,9	31,5	32,6	38,7	47,8	64,9	88,1	120,6	160,0	209,1	269,0	317,2	322,9
Злоупотребление наркотическими веществами	0,0	14,3	23,1	30,1	25,6	21,0	19,0	20,0	20,3	24,7	31,6	41,7	52,8	72,4	93,1	112,2	125,9	130,9	125,8
В сумме: зависимость и злоупотребление наркотическими веществами	14,6	29,0	39,6	51,3	50,3	47,1	46,9	51,5	52,9	63,4	79,4	106,6	140,9	193,0	253,1	321,3	394,9	448,1	448,7
Отношение к 1984 г.	1,00	1,99	2,71	3,51	3,45	3,23	3,21	3,53	3,62	4,34	5,44	7,30	9,65	13,22	17,34	22,01	27,05	30,69	30,73
Синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)	1,7	2,0	3,1	5,0	5,4	6,0	6,6	7,0	7,1	7,1	7,1	7,7	9,2	11,4	13,1	12,8	12,1	11,9	12,7
Злоупотребление ненаркотическими веществами	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	13,3	13,1	12,7	12,9	16,4	21,2	27,0	29,1	23,5	18,7	18,6	20,8
В сумме: зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами	1,7	2,0	3,1	5,0	5,4	6,0	6,6	20,3	20,2	19,8	20,0	24,1	30,4	38,4	42,2	36,3	30,8	30,5	33,5
Отношение к 1984 г.	1,00	1,18	1,82	2,94	3,18	3,53	3,88	11,94	1,88	11,65	11,76	14,18	17,88	22,59	24,82	21,35	18,12	17,94	19,71
В сумме все 4 группы	16,3	31,0	42,7	56,3	55,7	53,1	53,5	71,8	73,1	83,2	99,4	130,7	171,3	231,4	295,3	357,6	425,7	478,6	282,2
Отношение к 1984 г.	1,00	1,90	2,62	3,45	3,42	3,26	3,28	4,40	4,48	5,10	6,10	8,02	10,51	14,20	18,12	21,94	26,12	29,36	29,58

в 2000 г. героин употребляли 93,2% наркозависимых. Некоторое снижение числа его потребителей имело место в 2001 г., а в 2002 г. снизилось с 68 267 (2000 г.) до 23 669 (2002 г.), т.е. почти в 3 раза, и составило 84,5% от всех потребителей наркотиков. Одновременно несколько увеличилось число потребителей психостимуляторов и других наркотических веществ и их комбинаций. Значительно снизилось и общее число потребителей наркотиков, впервые взятых на учет — с 73 280 в 2000 г. до 27 307 в 2002 г., т.е. в 2,9 раза.

Аналогична ситуация с подростками. В 2000 г. впервые было взято под наблюдение по поводу наркотической зависимости 6122 подростка, из которых 5853 (95,6%) — потребители опиоидов, а в 2002 г. — только 1305 подростков, т.е. почти в 5 раз меньше. Потребителей опиоидов было 1053 (80,7% от всех подростков, впервые взятых на учет), в 5,6 раза меньше, чем в 2000 г. Лишь незначительно увеличилось число потребителей каннабиноидов и психостимуляторов (табл. 5).

В отношении женщин, впервые взятых под наблюдение по поводу зависимости от наркотических веществ,

картина несколько иная (табл. 5). Абсолютное число их достигло максимума также в 2000 г. — 12 378 чел., что составляло 17% от всех впервые взятых на учет, а в 2002 г. — 4368 (16% от всех впервые взятых на учет). Потребители опиоидов среди женщин в 2000 г. составляли 11 856 чел. (95,8% от всех женщин, впервые взятых на учет), а в 2002 г. — 4004 чел. — в 3 раза меньше, чем в 2000 г., что соответствует общему уменьшению числа впервые взятых на учет наркозависимых, но потребители опиоидов составляли 91,7% за счет лишь незначительного увеличения числа потребителей каннабиноидов и психостимуляторов (табл. 5).

Еще более показательна динамика госпитализации в специализированные стационары в 1999—2002 гг. по поводу употребления наркотических и психоактивных веществ (табл. 6).

Всего госпитализировалось наркозависимых по годам — 1999 — 2000 — 2001 — 2002 соответственно 95,2 тыс. — 118,8 тыс. — 91,9 тыс. — 38,9 тыс., из них первично — 50,4 тыс. — 59,4 тыс. — 44,2 тыс. — 17,1 тыс.

Динамика находящихся под наблюдением подростков с диагнозом “синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)”; подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами; подростков, больных синдромом зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)”; подростков, злоупотребляющих ненаркотическими веществами, (в абс. числах, тыс. человек)

Диагноз Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)	443	449	719	1319	3027	4840	5925	6867	7974	9062	7368	3945
Злоупотребление наркотическими веществами	2634	3235	4827	6593	8813	10934	14104	16446	16971	15979	13342	10100
В сумме: зависимость и злоупотребление наркотическими веществами	3077	3684	5546	7912	11840	15774	20029	23313	24945	25041	20710	14045
Отношение к 1991 г.	1,00	1,20	1,80	2,57	3,85	5,13	6,51	7,58	8,11	8,14	6,73	4,56
Синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)	2031	1836	1552	1315	1557	2236	3259	4344	4354	3482	3153	3346
Злоупотребление ненаркотическими веществами	8521	8344	7147	6872	8596	10637	13474	14978	11878	8829	8345	9571
В сумме: зависимость и злоупотребление ненаркотическими веществами	10552	10180	8699	8187	10153	12873	16733	19322	16232	12311	11498	12917
Отношение к 1991 г.	1,00	0,96	0,82	0,78	0,96	1,22	1,59	1,83	1,54	1,17	1,09	1,22
В сумме все 4 группы	13629	13864	14245	16099	21993	28647	36762	42635	41177	37352	32208	26962
Отношение к 1991 г.	1,00	1,02	1,05	1,18	1,61	2,10	2,70	3,13	3,02	2,74	2,36	1,98
% подростков от всех первично взятых на учет	18,98	18,97	17,12	16,20	16,83	16,72	15,89	14,44	11,51	8,77	6,73	5,59

Первично госпитализированные составляли соответственно по годам 0,53 — 0,5 — 0,48 — 0,44 от всех госпитализированных.

В 2000 г. число как всех госпитализированных, так и первично госпитализированных достигло максимума, а в 2001 г. снизилось по сравнению с 2000 г. в 1,3 раза. В 2002 г. число всех госпитализированных снизилось в 3,1 раза, а первично госпитализированных — в 3,5 раз по сравнению с 2000 г. Снижение произошло исключительно за счет уменьшения количества госпитализированных опиоидных (героиновых) наркоманов: число всех госпитализированных — с 115,9 тыс. (2000 г.) до 36 тыс. (2002 г.) — уменьшилось в 3,2 раза; первично госпитализированных соответственно с 575,5 тыс. до 15,3 тыс. — уменьшилось в 3,8 раза.

Уменьшилось также число госпитализированных потребителей наркотических веществ (без зависимости), в их числе, естественно, были и потребители опиоидов — с 4,1 тыс. (2000 г.) до 2,2 тыс. (2002 г.) — всех госпитализированных, и с 3,3 тыс. (2000 г.) до 1,7 тыс. (2002 г.) — первично госпитализированных.

Что касается других наркотических веществ, кроме опиоидов, то число взятых на учет наркотически зависимых от каннабиноидов в 2002 г. осталось на уровне 2000 г. (табл. 5), хотя их удельный вес в сумме всех наркозависимых повысился с 3,5% до 9,2% за счет уменьшения доли опиоидозависимых (с 93,2% до 84,5%). Число госпитализированных, зависимых от каннабиноидов, несколько возросло — с 817 в 2000 г. до 983 в 2002 г. Число зависимых от психостимуляторов и других наркотиков практически не изменилось (табл. 5 и 6). Незначительно изменилось число зависимых от ненаркотических веществ и злоупотребляющих ими, в основном оставаясь на уровне 1995—1997 гг. (табл. 1—4).

Естественно, еще рано считать, что угроза героиновой наркомании уже позади. В 2002 г. впервые в жизни установлен диагноз героиновой зависимости 23 069 чел., в том числе 1053 подростка. На учете все еще состоит 322 930 наркозависимых, в том числе 3945 подростков, и 90% этих подростков — по поводу героиновой наркомании.

Тем не менее, остается непреложным фактом резкое снижение распространенности героиновой наркомании в 2001—2002 гг. [15, 31]. Это же следует из всех приведенных выше таблиц. Чем это можно объяснить?

По данным зарубежных и отечественных авторов, продолжительность непрерывного употребления героина составляет 4—5 лет [2, 12, 13, 23, 25, 27, 38, 39], после чего наркоманы либо погибают от передозировки наркотика, несчастных случаев, сопутствующих заболеваний, либо прекращают употребление наркотика, во многих случаях — вследствие осуждения их на длительные сроки лишения свободы. В частности, по данным Минюста РФ, в настоящее время (2003 г.) из 878 тыс. чел., находящихся в следственных изоляторах и местах лишения свободы, наркоманы составляют 102 тыс. чел., или 11,6%. При этом они в большинстве случаев привлечены к уголовной ответственности и осуждены не за употребление наркотиков или торговлю ими, а за тяжкие преступления, прямо или косвенно связанные с их наркоманией.

По данным В.В. Чирко [26, 27], 20-летний катанез наркоманов свидетельствует, что большинство прекративших употребление наркотиков — это те наркоманы, которые были осуждены на длительные сроки лишения свободы и после освобождения не возобновили употребление.

Именно за 5—6 лет «всплеска» героиновой наркомании (1995—2000 гг.) смертность наркоманов достигла пика, что, несомненно, оказало соответствующее психо-

Таблица 5

**Число больных, впервые взятых под наблюдение с диагнозом
«Синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)»
по видам употребляемых наркотиков (в абсолютных числах)**

Виды наркотиков	1999		2000		2001		2002	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Опиоиды	55082	90,48	68267	93,16	58371	92,15	23069	84,48
Каннабиноиды	2438	4,00	2578	3,52	2885	4,55	2509	9,19
Кокаин	225	0,37	201	0,03	10	0,02	5	0,02
Психостимуляторы	1086	1,78	881	1,20	621	0,98	552	2,02
Другие наркотики и их комбинации	2045	3,36	1533	2,09	1454	2,30	1172	4,29
Всего	60846	100,00	73280	100,00	63341	100,00	27307	100,00
Отношение к 1999 г.	1,00		1,20		1,04		0,45	

В том числе подростков 15—17 лет

Виды наркотиков	1999		2000		2001		2002	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Опиоиды	5048	92,61	5853	95,61	3726	92,78	253	80,69
Каннабиноиды	215	3,94	151	2,47	167	4,16	183	14,02
Кокаин	21	0,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Психостимуляторы	74	1,36	55	0,90	49	1,22	28	2,15
Другие наркотики и их комбинации	93	1,71	63	1,03	74	1,84	41	3,14
Всего	5451	100,00	6122	100,00	4016	100,00	1305	100,00
Отношение к 1999 г.	1,00		1,12		0,74		0,24	

В том числе женщин

Виды наркотиков	1999		2000		2001		2002	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Опиоиды	9311	93,97	11856	95,78	10081	96,44	40,04	91,67
Каннабиноиды	137	1,38	166	1,34	131	1,25	127	2,91
Кокаин	12	0,12	3	0,02	1	0,01	0	0,00
Психостимуляторы	183	1,85	179	1,45	109	1,04	121	2,77
Другие наркотики и их комбинации	266	2,68	174	1,41	131	1,25	116	2,66
Всего	9909	100,00	12378	100,00	10453	100,00	4368	100,00
Отношение к 1999 г.	1,00		1,25		1,05		0,44	

логическое воздействие на приобщающихся к употреблению наркотиков. Положительную роль в этом отношении сыграла и активная антинаркотическая пропаганда по телевидению, радио, в печати. Акцент в ней делался на опасность именно внутривенного введения наркотиков, прежде всего — героина: быстрое привыкание («сел на иглу») и скорый смертельный исход. А подтверждение этому потребители наркотиков постоянно встречали в жизни.

Определенную роль в ограничении употребления наркотиков путем внутривенного введения (опять-таки прежде всего героина) сыграло опасение ВИЧ-инфицирования. Молодежь, приобщающаяся к наркотикам, осознала

страшную опасность, которую представляет СПИД, и возможность заражения им «через иглу» [22, 24, 36].

Существенную роль в уменьшении потребления подростками героина сыграло отнесение пива, в том числе и достаточно высокоградусного, к безалкогольным напиткам, согласно «Закону об акцизах» 1998 г. С 2000 г. пиво продавалось и продается в киосках с фруктовыми и минеральными водами, без ограничения возраста покупателей, и распитие его в общественных местах, включая общественный транспорт, не приравнивается к распитию алкогольных напитков (которое в таких местах запрещено).

Сравнительная динамика числа больных, госпитализированных в специализированные стационары по видам употребляемых психоактивных веществ (в абсолютных числах)

Виды наркотиков	1999		2000		2001		2002	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Опиоиды	91827	96,46	115941	97,56	88995	96,83	36032	92,57
Каннабиноиды	861	0,90	817	0,69	892	0,97	983	2,53
Кокаин	60	0,06	45	0,04	47	0,05	10	0,03
Психостимуляторы	432	0,45	424	0,36	289	0,31	260	0,67
Другие наркотики и их комбинации	2013	2,11	1614	1,36	1684	1,83	1638	4,21
Всего	95193	100,00	118841	100,00	91907	100,00	38923	100,00
Отношение к 2000 г.	0,80		1,00		0,77		0,33	
Злоупотребление наркотическими веществами	3965	0,99	4018	1,00	3697	0,92	2210	0,55
В сумме: наркомании и злоупотребление наркотическими веществами	99158	0,81	122859	1,00	95604	0,78	41133	0,33
Токсикомании	1619	0,98	1645	1,00	2508	1,52	3364	2,04
Злоупотребление ненаркотическими веществами	608	0,79	772	1,00	558	0,72	1118	1,45

В том числе госпитализированных впервые в жизни

Виды наркотиков	1999		2000		2001		2002	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Опиоиды	48460	96,00	57522	96,90	42344	95,88	15287	89,56
Каннабиноиды	575	1,14	537	0,90	652	1,48	711	4,17
Кокаин	36	0,07	35	0,06	29	0,07	9	0,05
Психостимуляторы	274	0,54	296	0,50	214	0,48	167	0,98
Другие наркотики и их комбинации	1135	2,25	973	1,64	923	2,09	876	5,14
Всего	50480	100,00	59363	100,00	44162	100,00	17050	100,00
Отношение к 2000 г.	0,85		1,00		0,74		0,29	
Злоупотребление наркотическими веществами	2959	0,9	3270	1,00	3070	0,94	1662	0,51
В сумме: наркомании и злоупотребление наркотическими веществами	53439	0,85	62633	1,00	47232	0,75	18712	0,29
Токсикомании	844	0,96	872	1,00	1048	1,20	1431	1,36
Злоупотребление ненаркотическими веществами	428	0,75	558	1,00	444	0,71	847	1,49

Если исходить из принципа выбора меньшего из двух зол, то приобщение подростков к алкоголю не столь опасно, как к наркотикам, и, прежде всего — к героину. Не каждый подросток, начавший употреблять пиво, станет алкоголезависимым, а у начавшего употреблять героин шансов стать героинозависимым во много раз больше.

Существенным, хотя, вероятно, и временным фактором уменьшения числа героинозависимых явился переход с употребления героина на трамал (трамадол). В этом отношении эффект трамала аналогичен зарубежному препарату метадону, который широко используется в США и европейских странах для купирования опиоидной абстиненции и длительного (курсового) лечения опиоидных (героиновых) наркоманий по программам «метадоновой

поддержки» [25]. Метадон включен в список наркотических веществ, и в тех странах, где его используют, он отпускается строго по назначению врача. Использование же трамала, в отличие от метадона, не регулируется ФЗ «О незаконном обороте наркотиков и психотропных средств», что способствует его бесконтрольному применению.

Переход большого числа наркоманов с героина на трамал значительно подорвал и наркобизнес. Героин подешевел. В то же время, следует ожидать повышения спроса на другие виды наркотиков, прежде всего — каннабиноидов и психостимуляторов.

Наконец, последний и основной вопрос — каковы реальные пути борьбы с наркотической зависимостью в обозримом будущем?

В настоящее время борьба с наркобизнесом в международном масштабе приравнивается к борьбе с международным терроризмом и обсуждается главами ведущих стран мира, в том числе России и США. И необходимое условие успешности этих мероприятий — активное воздействие не только на верхушку и среднюю часть наркотической пирамиды, т.е. борьба с наркобизнесом во всех его проявлениях, но и воздействие на непосредственных потребителей как конечное звено незаконного оборота наркотиков.

В настоящее время основная масса потребителей наркотиков остается без эффективного воздействия на нее.

Необходимо отметить, что лечебно-реабилитационные мероприятия, проводимые амбулаторными и стационарными медицинскими учреждениями как в отношении всех видов наркотической зависимости, так и особенно героиновой, малоэффективны. Это объясняется прежде всего тем, что подавляющее большинство потребителей наркотиков и наркозависимых, испытывающих практически насильственное, компульсивное влечение к наркотическому опьянению, от добровольного обращения за медицинской помощью активно уклоняется. Более того, даже небольшая часть лечившихся от наркозависимости попадает после лечения в ту же агрессивную наркотическую среду, которая активно вовлекает их в возобновление употребления наркотиков. Как уже говорилось, среда наркоманов не только заинтересована в вовлечении в употребление наркотиков новых членов, но и ревностно относится к тому, чтобы не допустить ухода наркопотребителей из этой среды. Поэтому, по данным отечественных и зарубежных авторов, эффективность лечения, прежде всего героиновой наркомании, весьма скромная, хотя используются современные методы быстрого купирования острых абстинентных явлений [3, 11, 12, 13, 25, 39], поддерживающее лечение с использованием блокатора опиатных рецепторов — налтрексона [10, 12, 13, 25], метадоновые программы [25], методы активной опосредованной гипнозгестивной терапии [34, 35, 37], различные формы реабилитационных мероприятий [5, 6, 13, 20, 30].

Потребители наркотиков обеспечивают устойчивый спрос на наркотики, подпитываящий наркобизнес. Поскольку они являются активными участниками незаконного оборота этих веществ, к ним должны применяться аналогичные санкции на государственном уровне и они должны нести соответствующую ответственность по 228 ст. УК РФ. В существующей редакции ст. 228 УК РФ предусматривает ответственность за «незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку или сбыт наркотических веществ». А вот незаконное употребление наркотических веществ 228-й ст. не предусмотрено, хотя совершенно очевидно, что человек, употребивший наркотические вещества, хотя бы приобрел их, т.е. участвовал в незаконном обороте наркотиков. Исключения могут быть, только если он употребил наркотическое лекарственное средство (тот же трамал) по назначению врача, либо в случае, когда наркотическое вещество было введено ему против его воли (подмешано или инъекция сделана насильно), что является криминалом для лиц, которые это совершили.

Необходимо также включить в 228 ст. УК РФ ответственность за вовлечение других лиц (не только несовершеннолетних, но и взрослых) в употребление наркотических веществ, т.к. это и создает почву для незаконного оборота наркотиков, о чем говорилось выше. Итак, ст. 228 УК РФ в дополненном виде должна быть сформулирована так: «Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка или сбыт наркотических веществ, употребление наркотических и психоактивных лекарственных средств без врачебного назначения, а также вовлечение других лиц в употребление наркотических и психоактивных веществ».

Доказать факт сбыта или приобретения небольшого количества наркотического вещества для правоохраните-

льных органов затруднительно, т.к. подозреваемый всегда может утверждать, что ему «подложили» наркотическое вещество, что попало оно к нему «случайно» и пр. Обнаружение наркотического вещества в биологических жидкостях (крови, моче, слюне) не дает оснований для привлечения к ответственности по ныне действующей ст. 228 УК РФ. При внесении предложенного нами дополнения сам факт обнаружения в биологических жидкостях наркотических или психоактивных веществ, внесенных в список, уже является основанием для возбуждения уголовного дела. Первичное исследование мочи подозреваемого с помощью быстрых иммунохроматографических тестов может осуществляться в любом медицинском учреждении. При получении положительного результата подтверждение может проводиться в специализированной лаборатории.

Представляет интерес опыт Москвы, где Приказом Департамента здравоохранения от 12.03.2003 г. №114 утверждены «Стандарты организации наркологической помощи», одним из аспектов которых является «принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребителей психоактивных веществ».

Принцип динамической группировки контингентов наркологических больных предполагает, что каждый больной в каждый момент времени должен сделать выбор: на какой основе строить свои взаимоотношения с обществом и лечебными программами, а именно:

для группы больных с достаточно сформированной установкой на отказ от употребления ПАВ, предусматриваются такие формы лечебных программ, которые учитывают анонимность, добровольность, нестеснение и другие, падающие социальный статус больных, принципы;

для больных, которые удерживаются в данной лечебной программе и продолжают употреблять ПАВ, предусматриваются более жестко регламентированные отношения «потребитель—общество» и более жесткие формы организации лечебного процесса: диспансерное наблюдение, недобровольное лечение и др.;

для больных, уклоняющихся от лечения и продолжающих наркотизацию, особенно при сочетании с криминальной активностью (в том числе приобщение к наркотикам и их распространение), необходима, наряду с недобровольным лечением, организация принудительного лечения и реабилитации.

Вместе с тем, меры принуждения к лечению и реабилитации больных вследствие несовершенства законодательства сегодня практически не действуют. Введение уголовной ответственности за употребление наркотических и психоактивных веществ нельзя рассматривать как наказание, напротив, это гуманная мера не только для семьи и ближнего окружения, но и для него самого.

Существующая структура оказания наркологической помощи населению, включающая широкую сеть диспансеров, круглосуточных и дневных стационаров, кабинетов экспертиз позволяет, выделив специализированные подразделения и укрепив их силами МВД, организовать недобровольное или, при необходимости, принудительное лечение и реабилитацию значительного количества больных.

Ведение такой системы, при усилении мер профилактики и широкого информирования населения о возможных путях избавления от зависимости, будет способствовать разрушению основания наркотической пирамиды, а следовательно, и к крушению всей пирамиды.

Использование законодательных и административных мер воздействия на потребителей запрещенных наркотических и психоактивных веществ, а тем более, на наркозависимых, несомненно, явится наиболее эффективной мерой и профилактики наркоманий и не только позволит остановить их распространение, но и спасет от тяжелейших, фактически смертельных последствий самих наркоманов.

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества — основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 80—86.
2. Врублевский А.Г., Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Е.Б. Смертность среди наркоманов, использующих наркотики парентерально в г. Москве // Вопросы наркологии. — 1994. — №4. — С. 80—86.
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М., 2003. — 214 с.
4. Гуртовенко В.М., Шамота А.З. и др. Наркомания: ситуация в среде учащихся Москвы. — М., 1999. — 62 с.
- Дерега А.В. Основы первичной позитивной наркопрофилактики // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 46—51.
5. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 66—79.
6. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. — М., 2002. — 272 с.
7. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики) // Российский медицинский журнал. — 1998. — №2. — С. 109—114.
8. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Вопросы наркологии. — 1997. — №3. — С. 3—13.
9. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. — М., 2000. — 122 с.
10. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. — М., 2001. — 344 с.
11. Иванец Н.Н. Героиновая зависимость. — М., 2001. — 128 с.
12. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М., 2002. — 504 с.
13. Кабалин А.П., Клепиков А.Н., Ковальский О.Н. и др. Рекомендации по выявлению лиц, предрасположенных к употреблению наркотических средств // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 91—95.
14. Каменченко П. Прошай, Герасим // Большой город. 2002. — № 17. — С. 23—26.
15. Кошкина Е.А. Злоупотребление наркотиками и психоактивными веществами в России // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 2000. — С. 248.
16. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации — М., 2000. — 276 с.
17. Кузнецов И.Н., Купрейчик С.К. Наркотики: социальные, медицинские и правовые аспекты. Справочник — М., 2001. — 400 с.
18. Михайлов В.И. Динамика показателей учтенной распространенности наркологических расстройств (без алкоголизма) среди мужчин и женщин в Российской Федерации в 1991—2000 гг. // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 4—7.
19. Николаев Л.А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний. — М., 2002. — 207 с.
20. Овчинская А.С., Энтин Г.М., Варламов В.И. Распространенность героиновой наркомании по данным Наркологического диспансера №1 Южного административного округа г. Москвы // XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 258.
21. Покровский В.В. (ред.) ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. — М., 2000. — 496 с.
22. Фальковский К. Опасные наркотики. — М., 2002. — 256 с.
23. Фомичева В.М., Энтин Г.М., Моисеенко А.С., Матвеева Э.А. Вспышка ВИЧ-инфекции, вызванной употреблением кустарно приготовленного раствора героина // XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 273.
24. Херш Д., Пейли Д., Реннер Д.А. Опиаты // в кн. «Наркология». — М. — Санкт-Петербург, — 1998. — С. 187—199.
25. Чирко В.В. О течении наркомании и токсикомании по данным отдаленного анамнеза // XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 276.
26. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, лечение) — М., 2002. — 240 с.
27. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Возрастная структура учтенного контингента употребляющих психоактивные вещества в Российской Федерации в 1991—2000 гг. // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1 — С. 8—11.
28. Шакиров М. Наркобизнес в России. — М., 1998. — 424 с.
29. Шамота А.З. Динамика наркотизма в Москве в 1999 г. // XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 277.
30. Ширяева Н., Рудаков В. Героин нашего времени // Профиль — №46 — 9 декабря 2002 — С. 16—20.
31. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Чернобровкина Т.В., Варламов В.И. Героиновая наркомания в России в конце XX века // Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом // Респ. сб. науч. тр. — М., 1999. — С. 68—75.
32. Энтин Г.М., Шамота А.З., Овчинская А.С., Ашихмин О.А. Ситуация потребления алкоголя и наркотиков в России в 1994—1997 гг. Динамика и прогноз // Вопросы наркологии. — 1999. — №1. — С. 71—78.
33. Энтин Г.М., Овчинская А.С. Динамика наркологических заболеваний населения Южного административного округа г. Москвы в 1994—1997 гг. Сообщение второе. Наркомании и токсикомании злоупотребление наркотическими и психоактивными (ненаркотическими) веществами. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9, №3 — С. 39—44.
34. Энтин Г.М., Энтина Е.Г. и др. Опосредованная стресспсихотерапия при лечении больных наркоманиями // XIII съезд психиатров России 10—13 октября 2000 г. (материалы съезда). — М., 2000. — С. 280.
35. Энтин Г.М., Фомичева В.М., Моисеенко А.С., Матвеева Э.А. Локализация вспышки ВИЧ-инфекции, вызванной употреблением кустарно изготовленного раствора героина в г. Мпенске (Орловская обл.) // Вопросы наркологии. — 2000. — №4. — С. 47—53.
36. Энтин Г.М., Энтина Е.Г. Построение лечебно-реабилитационной программы для больных наркоманией подростково-юношеского возраста // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. Москва 25—28 сентября 2001 г. — М., 2001. — С. 72—73.
37. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Варламов В.И. Угрожающий рост героиновой наркомании // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11 — №2 — С. 49—52.
38. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М., 2002. — 327 с.

DRUG ADDICTION. SPREADING AND REAL WAY OF RESIST AT PRESENT STAGE

- | | |
|--------------|--|
| ENTIN G.M. | Dr.med.sci., professor, chief researcher
of Moscow Scientific Research Institute for Psychiatry Ministry
of Russian Public Health Ministry |
| KOPOROV S.J. | Cand.med.sci., chief of narcology dispensary N 1, Moscow |