



Экономический  
и Социальный Совет

Distr.  
GENERAL  
E/CN.7/1997/7  
21 January 1997  
RUSSIAN  
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО НАРКОТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ  
Сороковая сессия  
Вена, 18-27 марта 1997 года  
Пункт 10 предварительной повестки дня\*

**ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НАРКОМАНАМ  
ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, ОБЩЕСТВА И МЕЖДУНАРОДНОГО  
КОНТРОЛЯ НАД НАРКОТИКАМИ**

**Доклад Секретариата**

**Резюме**

В Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, признается, что применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей, а также признается, что наркомания является серьезным злом для отдельных лиц и чревата социальными и экономическими последствиями для общества. Стороны Конвенции 1961 года обязаны принимать такие законодательные и административные меры, какие могут быть необходимы, в частности, для того, чтобы ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение. В конвенциях о международном контроле над наркотиками не дается определения выражения "медицинские и научные цели". Поскольку каждая сторона конвенций обязана принимать собственное законодательство по обеспечению их соблюдения, государства могут делать различные выводы по вопросу о том, какие научные и медицинские цели являются законными. Обзор существующей практики прописывания наркотических средств в различных странах свидетельствует о том, что такие средства прописываются для решения долгосрочной проблемы хронической зависимости от наркотиков, а также в рамках принятия ответных мер на резкий рост внутривенного применения наркотиков. Наиболее часто прописывается такое наркотическое средство, как метадон. По мнению ряда государств, прописывание метадона по рецепту является эффективным средством для изменения поведения наркоманов. Другие государства подвергают сомнению эффективность такой меры или уделяют основное внимание политике, призванной воздействовать на поведение людей таким образом, чтобы они воздерживались от злоупотребления наркотиками. Лишь в некоторых государствах наркоманам прописывают героин.

\*E/CN.7/1997/1.

## СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Страница</u>
ВВЕДЕНИЕ .....	1-2	2
I. ЭВОЛЮЦИЯ ПРАКТИКИ ПРОПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И УСИЛИЯ В ОБЛАСТИ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНТРОЛЯ НАД НАРКОТИКАМИ .....	3-14	3
A. История вопроса .....	3-5	3
B. Меры контроля, требуемые в соответствии с конвенциями о международном контроле над наркотиками .....	6-14	3
II. МНЕНИЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕРОИНА И ЕГО КОНТРОЛИРУЕМОЙ ВЫДАЧИ НАРКОМАНАМ ..	15-16	5
III. ПОЗИЦИЯ, ЗАНИМАЕМАЯ МЕЖДУНАРОДНЫМ КОМИТЕТОМ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ В ОТНОШЕНИИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ВЫДАЧИ ГЕРОИНА НАРКОМАНАМ ..	17-18	6
IV. ПРАКТИКА ПРОПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ	19-48	6
A. Обзор практики назначения наркотических средств наркоманам .....	19-41	6
B. Отмеченные результаты практики прописывания наркотических средств наркоманам .....	42-48	12
Таблица. Число лиц с наркотической зависимостью, охваченных программами лечения прописываемыми наркотическими средствами .....		10

## ВВЕДЕНИЕ

1. Комиссия по наркотическим средствам на своей тридцать восьмой сессии приняла резолюцию 1 (XXXVIII) от 23 марта 1995 года о запрещении применения героина. В этой резолюции Комиссия напомнила о своих резолюциях 5 (S-V) от 23 февраля 1978 года и 2 (XXXII) от 11 февраля 1987 года, в которых она настоятельно призвала правительства запретить применение героина человеком. Сознвая растущее число предложений о легализации немедицинского применения героина и его контролируемой выдаче наркоманам, Комиссия просила Директора-исполнителя Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) запросить мнение Международного комитета по контролю над наркотиками и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по этому вопросу для рассмотрения Комиссией на ее тридцать девятой сессии.

2. На тридцать девятой сессии Комиссии Председатель Комитета сделал заявление по этому вопросу. ВОЗ информировала Комиссию о том, что ее заключение по этому вопросу будет представлено Комиссии на одной из ее последующих сессий после его рассмотрения Комитетом экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость. Поэтому Комиссия постановила включить в повестку дня своей сорокой сессии вопрос о последствиях прописывания наркотических средств наркоманам для отдельных лиц, общества и международного контроля над наркотиками, а также просила Секретариат представить доклад по этому вопросу. Настоящий доклад представляется во исполнение этой просьбы.



## **I. ЭВОЛЮЦИЯ ПРАКТИКИ ПРОПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И УСИЛИЯ В ОБЛАСТИ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНТРОЛЯ НАД НАРКОТИКАМИ**

### **A. История вопроса**

3. В конце XIX и начале XX столетий общество стало все в большей степени осознавать опасность, связанную с наркотическими средствами, которые ранее широко использовались для облегчения боли, особенно препараты на основе опиума. В то время многие страны стали ограничивать распределение таких наркотических средств, допуская их использование в медицинских и научных целях. В 1909 году 13 стран образовали Комиссию по опиуму, что позволило заключить Международную конвенцию об опиуме, подписанную в Гааге 23 января 1912 года. Впоследствии Лига Наций учредила Совещательный комитет по торговле опиумом и другими опасными лекарственными веществами для подготовки рекомендаций по вопросам оборота наркотиков и разработки соответствующего международного законодательства. Международная конвенция по опиуму, подписанная в Женеве 19 февраля 1925 года, укрепила режим контроля за торговлей наркотиками. Положения этих конвенций были дополнены в Конвенции об ограничении производства и регламентации распределения наркотических средств, которая была подписана в Женеве 13 июля 1931 года. Стороны Конвенции 1931 года достигли договоренности о том, что лишь ограниченное количество наркотических средств будет изготавливаться в их соответствующих странах и ввозиться в эти страны.

4. После второй мировой войны была создана Организация Объединенных Наций, которой было поручено выполнять функции, ранее являвшиеся прерогативой Лиги Наций в соответствии с договорами о наркотиках. На первой сессии Организации Объединенных Наций Экономический и Социальный Совет учредил Комиссию по наркотическим средствам в качестве преемника Совещательного комитета Лиги Наций по торговле опиумом и другими опасными лекарственными веществами.

5. Перед Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года<sup>1</sup> с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года<sup>2</sup>, ставилась цель объединить положения ранее заключенных многосторонних договоров о контроле над наркотиками и упростить механизм международного контроля. В соответствии с Конвенцией 1961 года функции Постоянного центрального комитета по опиуму и Контрольного органа по наркотическим средствам были объединены и переданы Международному комитету по контролю над наркотиками. Помимо Конвенции 1961 года в настоящее время действуют и другие конвенции по контролю над наркотиками, а именно: Конвенция о психотропных веществах 1971 года<sup>3</sup> и Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года<sup>4</sup>.

### **B. Меры контроля, требуемые в соответствии с конвенциями о международном контроле над наркотиками**

6. Политика, допускающая применение наркотических средств для удовлетворения медицинских и научных потребностей, но запрещающая их применение в иных вредных целях, сформулирована в преамбуле к Конвенции 1961 года, которая гласит следующее:

"признавая, что применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей,

признавая, что наркомания является серьезным злом для отдельных лиц и чревата социальной и экономической опасностью для человечества,

сознавая свою обязанность предотвратить это зло и бороться с ним,

...

желая заключить общеприемлемую международную конвенцию, заменяющую существующие договоры о наркотических средствах, ограничивающую использование наркотических средств медицинскими и научными целями ...".

7. Героин (диацетилморфин) включен в Списки I и IV Конвенции 1961 года, и на это вещество распространяются все меры контроля, применимые к наркотическим средствам в соответствии с этой Конвенцией. Основные характеристики такого режима включают следующее: ограничение всех аспектов торговли наркотиками (включая изготовление наркотиков, а также внутреннюю и международную торговлю ими), а также хранения и применения наркотиков медицинскими и научными целями; требование, согласно которому правительства регулируют законную торговлю наркотиками в своих странах, причем в отношении определенных отдельных международных сделок требуется особое разрешение; подробная отчетность; требование о наличии рецепта врача для выдачи или назначения контролируемых наркотических средств отдельным лицам; и система, предусматривающая ограничение количества таких наркотических средств, которые могут использоваться для изготовления или импорта в каждой стране, медицинскими и научными целями.

8. Кроме того, каждая сторона Конвенции 1961 года обязана принимать любые специальные меры контроля в отношении наркотических средств, включенных в Список IV, которые, по ее мнению, необходимы, учитывая особо опасные свойства таких веществ (пункт 5(a) статьи 2). В пункте 5(b) статьи 2 также предусматривается следующее:

"каждая Сторона, если, по ее мнению, существующие в ее стране условия делают это надлежащим способом охраны народного здоровья и благополучия, запрещает производство, изготовление, вывоз и ввоз любого такого наркотического средства, торговлю им и его хранение или применение, за исключением лишь количеств, которые могут быть необходимы для медицинской и научно-исследовательской работы, включая клинические испытания, проводимые под непосредственным наблюдением и контролем данной Стороны или подлежащие такому непосредственному наблюдению и контролю".

9. Такие специальные меры по охране здоровья и благополучия могут включать, в частности, требование в адрес производителей обращать внимание врачей на опасные свойства наркотических средств, ограничения их терапевтического применения или определенные запрещающие меры. Каждая сторона обязана применять такие специальные меры лишь в том случае, если она считает их необходимыми. Мнение одной из сторон по этому вопросу, как правило, не может оспариваться другой стороной, однако это положение должно осуществляться добросовестно, как и другие договорные положения<sup>5</sup>. Одна из возможных ситуаций в какой-либо стране, когда меры запрета были бы целесообразными, может возникать, например, в том случае, если представители медицинской профессии назначают или прописывают вещества, включенные в Список IV, слишком часто, а также другие менее радикальные меры, такие, как предупреждение в адрес органов государственной власти; однако такие меры оказались неэффективными. Пункт 5 статьи 2 ставит меры запрета в зависимость от мнения каждой стороны, хотя теоретически и не оставляет их на ее усмотрение.

10. На Конференции Организации Объединенных Наций для принятия Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, которая проходила в Нью-Йорке с 24 января по 25 марта 1961 года, а также в связи с ранее заключенными договорами о контроле над наркотиками, возникал спорный вопрос о том, должно ли запрещение опасных веществ, включенных в Список IV, включая героин, носить обязательный или лишь рекомендательный характер. Предложение пресечь применение героина было внесено еще в 1923 году в рамках Совецательного комитета Лиги Наций по торговле опиумом и другими опасными лекарственными веществами. На конференциях, проходивших в Женеве в 1924-1925 годах, а также в 1931 году, на которых, соответственно, были приняты упомянутые в пункте 3 выше конвенции 1925 и 1931 годов, такие предложения также вносились, но не были одобрены. На конференции 1931 года в качестве компромисса в статье 10 Конвенции 1931 года был предусмотрен особенно жесткий режим в отношении международной торговли героином. В соответствии с этим положением был запрещен экспорт диацетилморфина и его препаратов, исключая поставки в страны, где это наркотическое средство не производится,

причем лишь в таких количествах, которые необходимы для удовлетворения медицинских и научных потребностей страны-импортера. Конференция также приняла рекомендацию (VI), в соответствии с которой каждое правительство должно рассматривать - применительно к медицинской профессии - возможность пресечения или ограничения применения героина<sup>6</sup>.

11. Другие предусмотренные в Конвенции 1961 года меры контроля включают статью 4, в соответствии с которой стороны обязаны принимать такие законодательные и административные меры, какие могут быть необходимы для того, в частности, чтобы ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение.

12. Кроме того, в соответствии с Конвенцией 1961 года в круг обязанностей Комитета входит, в частности, осуществление системы оценок, в соответствии с которой культивирование, производство, изготовление, распределение наркотических средств и торговля ими ограничиваются достаточным количеством, необходимым для медицинских и научных целей, и обеспечивается их наличие для таких целей.

13. Положения Конвенции 1988 года должны рассматриваться в связи с положениями Конвенции 1961 года и Конвенции 1971 года. Каждая сторона Конвенции 1988 года обязана принимать такие меры, которые могут потребоваться, с тем чтобы признать уголовными преступлениями согласно своему законодательству определенные действия. Такие преступления связаны, в частности, с действиями, которые запрещены в соответствии с Конвенцией 1961 года и Конвенцией 1971 года, например с незаконным изготовлением, распределением любых наркотических средств или психотропных веществ или с торговлей ими. Поскольку в соответствии с Конвенцией 1961 года однозначно допускаются санкционированная выдача и применение наркотических средств, включая героин, для медицинских или научных целей, Конвенция 1988 года также допускает их применение в таких целях.

14. В конвенциях о международном контроле над наркотиками не дается какого-либо определения выражению "медицинские и научные цели". Поскольку каждая сторона этих конвенций должна вводить собственное законодательство по осуществлению их положений, не исключено, что государства могут принимать различные решения в отношении того, какие цели являются законными медицинскими и научными. В частности, в отдельных странах допускается прописывание врачами героина и морфина наркоманам в рамках программ лечения или поддерживающей терапии, а также для целей научных исследований, в то время как в других странах прописывание этих средств запрещено. Кроме того, морфин используется во многих странах для смягчения страданий безнадежно больных лиц; героин же используется лишь в ограниченном числе стран.

## **II. МНЕНИЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕРОИНА И ЕГО КОНТРОЛИРУЕМОЙ ВЫДАЧИ НАРКОМАНАМ**

15. В мае 1953 года шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию (WHA6.14) о диацетилморфине (героине). Будучи убеждена в том, что героин не является незаменимым средством в медицинской практике, Ассамблея рекомендовала государствам-членам, которые еще не сделали этого, отказаться от ввоза и производства этого наркотика. Ассамблея рекомендовала также проводить кампании, с тем чтобы убедить врачей и правительства в том, что героин не является незаменимым средством в медицинской практике.

16. Комиссия в своей резолюции 1 (XXXVIII) предложила Директору-исполнителю запросить мнение ВОЗ в отношении усиливающейся агитации в пользу немедицинского применения героина и его контролируемой выдачи наркоманам. В официальном запросе ЮНДКП, касающемся мнения ВОЗ, уточняется, что этой организации следует также высказать мнение о том, может ли контролируемая выдача героина наркоманам рассматриваться как медицинское использование этого вещества. Генеральный директор ВОЗ запросил в этой связи мнение Комитета экспертов по

лекарственным средствам, вызывающим зависимость, на его тридцатом совещании, проходившем с 14 по 18 октября 1996 года. Мнение Комитета экспертов было сообщено Исполнительному совету ВОЗ в январе 1997 года, однако на момент подготовки настоящего доклада мнение ВОЗ еще не было получено в официальном порядке. Любое полученное от ВОЗ официальное сообщение по этому вопросу будет доведено до сведения Комиссии в качестве добавления к настоящему докладу.

### **III. ПОЗИЦИЯ, ЗАНИМАЕМАЯ МЕЖДУНАРОДНЫМ КОМИТЕТОМ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ В ОТНОШЕНИИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ВЫДАЧИ ГЕРОИНА НАРКОМАНАМ**

17. В соответствии с резолюцией 1 (XXXVIII) Комиссии Председатель Комитета выступил с заявлением на тридцать девятой сессии Комиссии. Председатель Комитета заявил, что система международного контроля над наркотиками развивается при том общем понимании, что свободный и неограниченный доступ населения к наркотическим средствам в немедицинских целях ведет к росту злоупотребления ими, что имеет серьезные последствия для здоровья населения. Как представляется, в некоторых странах ослабевает стремление ограничить их применение исключительно медицинскими и научными целями, а распространение радикально-либеральных взглядов и легализация немедицинского применения наркотиков под лозунгом минимизации ущерба являются неоправданными. По его мнению, хотя в определенных обстоятельствах и можно говорить об уменьшении ущерба, наносимого отдельным лицам, вредные последствия такой политики для общества в целом могут быть весьма значительными.

18. Председатель Комитета отметил, что расширение клинических испытаний и программ поддерживающего лечения с применением героина представляет собой опасность для системы международного контроля над наркотиками, поскольку сторонники легализации используют результаты испытаний для достижения своих собственных целей. Он также заявил, что правительства не должны содействовать расширению таких испытаний.

### **IV. ПРАКТИКА ПРОПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**

#### **A. Обзор практики назначения наркотических средств наркоманам**

19. В ходе подготовки настоящей главы доклада ЮНДКП распространила среди государств-членов вопросник с целью сбора информации о действующих, приостановленных и запланированных программах предоставления или отпуска по рецепту наркотических средств наркоманам на цели поддерживающего лечения. Были также заданы вопросы о мотивах, побудивших к принятию решений о начале или прекращении таких программ, а также о мотивах, побудивших к принятию решений о непредоставлении наркотических средств наркоманам. На вопросник всего ответило 61 государство.

20. Двадцать шесть государств и две территории сообщили о том, что у них нет программ предоставления наркотических средств наркоманам: Азербайджан, Аргентина, Бельгия, Гана, Доминика, Доминиканская Республика, Индонезия, Иран (Исламская Республика), Катар, Колумбия, Куба, Ливан, Мальдивские Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Ниуэ, Кабо-Верде, Пакистан, Российская Федерация, Сент-Люсия, Словакия, Таиланд, Тунис, Турция, Филиппины, Фолклендские Острова (Мальвинские Острова), Чад, Ямайка и Япония.

21. Тридцать одно государство и одна территория сообщили о том, что они имеют программы предоставления наркотиков наркоманам: Австралия, Австрия, Бахрейн, Гватемала, Германия, Гонконг, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Мальта, Марокко, Мексика, Монако, Нидерланды, Норвегия, Оман, Панама, Португалия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Финляндия, Хорватия, Швейцария, Швеция и Шри-Ланка. Кроме того, еще 12 государств, которые не ответили на разосланный Секретариатом вопросник, сообщили о программах замены или поддерживающего лечения в ответе

на вопросник 1995 года, посвященный годовым докладам: Гондурас, Греция, Израиль, Индия, Иордания, Люксембург, Маврикий, Парагвай, Республика Молдова, Сингапур, Франция и Чешская Республика. Основным средством поддерживающего лечения служил метадон. Известно, что только два государства (Соединенное Королевство и Швейцария) предлагают наркоманам в этой связи героин.

22. Что касается государств, которые ответили, что у них нет программ поддерживающего лечения, предусматривающего предоставление наркотических средств наркоманам, то большинство из них (17) сообщило о том, что этот вопрос на их территории никогда не поднимался, поскольку проблема злоупотребления опиатами если и существует, то весьма в ограниченных масштабах и не требует специального внимания. Однако, согласно другому объяснению, эта проблема не считается первоочередной, поскольку существуют другие более неотложные проблемы. В целом сочтено, что имеющихся средств профилактики и лечения наркомании уже достаточно.

23. Другие государства (11) не санкционировали прописывание наркоманам наркотических средств в силу политических соображений. Среди упомянутых причин можно выделить, в частности, следующие: "вариант нулевой терпимости", избранный правительством (Аргентина); тот факт, что "важно изменить поведение людей, с тем чтобы они не могли приобщиться к той или иной форме злоупотребления наркотиками" (Япония); мнение о том, что применение метадоны и других опиатов является неэффективным по сравнению с лечением (Ливан); тот факт, что "прописывание наркотических средств наркоманам приводит к росту злоупотребления наркотиками" (Российская Федерация); неуверенность в том, какими будут долгосрочные последствия практики прописывания наркотиков в целях поддерживающего лечения; и проблема утечки (Шри-Ланка).

24. Тринадцать государств сообщили о том, что программы раздачи наркотических средств наркоманам не рассматриваются либо в силу того, что эта проблема не существует, либо из-за того, что лечебные потребности и услуги находятся на раннем этапе развития и введение наркотика внутривенным путем не является актуальной проблемой (Кабо-Верде, Тунис, Филиппины и Ямайка). Ливан поставил под сомнение практическую ценность этих программ и выразил озабоченность по поводу возможного злоупотребления прописываемыми наркотическими средствами и их утечки.

25. Германия, которая хотя и сообщила о действующей в стране программе лечения метадоном, отметила, что предварительные условия, необходимые для соблюдения закона о прописывании и выдаче героина определенной группе наркоманов, не были выполнены, поскольку такие проекты не отвечают "общественным интересам". В то же время в 1996 году Нидерланды приняли решение в принципе начать небольшие эксперименты с предоставления героина "на строго медицинских основаниях группе серьезно больных наркоманов, чье физическое состояние и социальное положение являются безнадежными".

26. Небольшая группа стран сообщила о том, что они рассматривают вопрос о введении программ лечения метадоном (Словакия и Турция). Кроме того, Пакистан сообщил о том, что в стране рассматривается вопрос о продаже наркотических средств и психотропных веществ по назначению официально зарегистрированных лечащих врачей. Индонезия и Федеративные Штаты Микронезии могут рассмотреть вопрос о введении у себя программ поддерживающего лечения, с тем чтобы снизить преступность, связанную с наркотиками, если будет отмечен явный рост злоупотребления опиатами (Индонезия) или если в ближайшем будущем изменятся обстоятельства (Федеративные Штаты Микронезии).

27. Стало известно, что только пять государств (Иран (Исламская Республика), Италия, Нидерланды, Оман и Швеция) прекратили осуществление программ поддерживающего лечения. Исламская Республика Иран упразднила программу поддерживающего лечения метадоном, поскольку "по закону наркомания считается преступлением". В Италии в период с 1980 по 1985 год было разрешено на экспериментальной основе применять вводимый внутривенно морфин для лечения наркоманов, страдающих зависимостью от опиатов. Большинство наркоманов, изъявивших желание пройти курс лечения морфином, попросились на лечение метадоном. Хотя в Италии было разрешено использовать сироп метадоны для лечения опиоидной зависимости, однако некоторые программы



поддерживающего лечения были прекращены, поскольку было сочтено, что наличие таких программ может привести к недооценке необходимости постепенного отказа от злоупотребления наркотиками как конечной цели терапии и к игнорированию других сопутствующих услуг, в частности консультирования психологов и специалистов по социальному и санитарному просвещению. В 1983 году в Амстердаме началось осуществление небольшой по охвату (37 пациентов) программы отпуска морфина по рецепту, в соответствии с которой "в чрезвычайно трудных случаях", когда наркоманам не помогало лечение метадонем, они ежедневно получали таблетки метадона и инъекции морфина. Цель этого эксперимента заключалась в том, чтобы снизить для наркоманов опасность причинить себе вред и чтобы изменить их образ жизни. Лечение проводилось на индивидуальной основе с учетом соматических и психических показаний, жилищных условий, получаемых доходов, наличия каждодневно свободного времени и т.д. В целом эксперимент с отпуском морфина по рецепту принес скорее улучшение, чем ухудшение ситуации. Однако в ряде случаев достигнутые успехи носили ограниченный характер. Что касается последствий полисубстантного злоупотребления, то анализ мочи показал, что если доля пациентов, употребляющих героин, по-видимому, снизилась, то доля наркоманов, употребляющих амфетамины, как представляется, со временем возросла. Каких-либо заметных отрицательных последствий этой программы на другие программы противодействия злоупотреблению наркотиками в Амстердаме отмечено не было.

28. Оман сообщил о том, что его программа поддерживающего лечения метадонем была прекращена в связи с тем, что она давала обратный эффект, поскольку "программа лишь позволяла перейти с нелегального наркотика на легальный". В Стокгольме в период с 1965 по 1967 год группе наркоманов в количестве 156 человек были официально прописаны стимуляторы центральной нервной системы и опиаты (морфин). Цель эксперимента состояла в том, чтобы ограничить вредные последствия злоупотребления наркотиками как для общества, так и для самого наркомана. В рамках программы официального отпуска прописанных наркоманам наркотиков им также предлагалось пройти медицинское лечение, и их здоровье и социальное положение соответственно улучшались. Принимавшие участие в этом проекте врачи применяли метод так называемого "свободного прописывания", т.е. пациенты сами выбирали для себя наркотик и дозировку. Проведенное по типу личного опроса обследование и анализ зарегистрированных данных показали, что, хотя связанные с наркотиками правонарушения почти полностью прекратились в ходе эксперимента, другие преступления участились. Число преступлений, приходящихся на одного человека, фактически несколько возросло. Эксперимент был прекращен отчасти из-за того, что была обнаружена широкая утечка прописываемых на законных основаниях наркотиков на нелегальный рынок.

29. Всего 44 государства и территории сообщили о том, что у них действуют программы поддерживающего лечения для наркоманов. Более подробную информацию представили те из них, которые ответили на специальный вопросник, в котором запрашивалась информация для подготовки настоящего доклада (32 государства и территории).

30. Было несколько причин, которыми объяснялось решение начать программы раздачи наркотиков, однако все они могут быть разделены на три основные категории:

а) хронические тяжелые случаи злоупотребления наркотиками, которые были отмечены среди определенной группы наркоманов. Эта причина представляется (за редкими исключениями) характерной для стран, в которых наркомания и потребление наркотиков внутривенным путем имеют многолетнюю историю (Дания, Ирландия, Канада, Португалия, Соединенное Королевство и Швейцария);

б) необходимость решать такие неожиданно возникшие проблемы, как расширение внутривенного употребления наркотиков, количество смертельных случаев, связанных с употреблением наркотиков, или распространение инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), к которым службы здравоохранения оказались полностью или почти полностью неготовыми (Бахрейн, Кыргызстан, Литва, Мексика, Норвегия и Хорватия);

с) тот факт, что программы поддерживающего лечения рассматривались в качестве составной части стратегии противодействия злоупотреблению наркотиками также с учетом опыта других стран (Гватемала, Гонконг, Кипр, Латвия и Словения).

31. В качестве еще одной причины была упомянута также тревога за здоровье населения, особенно в связи с быстрым распространением ВИЧ среди наркоманов, пользующихся шприцем. Кроме того, в качестве причины, повлиявшей на принятие решения о введении таких программ, были приведены такие факторы, как рост преступности и насилия. Неудачи с лечением без наркотиков и ряд рецидивов в этой связи убедили некоторые государства в необходимости предоставлять наркотические средства хроническим наркоманам, которым другие программы лечения не помогли. В других случаях отсутствие в лечебных учреждениях процедур лечения без наркотиков стали причиной того, что правительства санкционировали практику назначения наркотических средств с целью остановить рост числа наркоманов. На принятие решения об осуществлении таких программ оказал влияние также опыт других стран.

32. Почти все программы предусматривали лечение метадонем. Из других прописываемых наркотиков можно отметить бупренорфин (Соединенное Королевство и Швейцария), кодеин (Германия и Швейцария), дигидрокодеин (Германия), героин (Соединенное Королевство и Швейцария), L-альфа ацетилметадол (Португалия), морфин (Гватемала, Мексика и Швейцария) и петидин (Гватемала).

33. Программы поддерживающего лечения метадонем довольно длительное время действуют в Швеции и Соединенном Королевстве (1966 год) и Швейцарии (1975 год), хотя законодательные акты, препятствующие прописыванию в чрезмерных количествах или не по назначению или утечке, могли быть приняты позднее. Затем осуществление программ поддерживающего лечения метадонем началось в Бахрейне (1985 год) и Австрии (1987 год). Совсем недавно такие программы стали действовать в Финляндии (1990 год), Хорватии (1991 год), Мексике (1993 год), Норвегии (1994 год), Литве (1995 год) и Латвии (1996 год).

34. Около половины (15) государств и территорий подробно рассказали о своих программах поддерживающего лечения, указав, что эти программы предполагается осуществлять в течение длительного времени или что срок их действия не определен. Некоторые заявили, что эти программы являются неотъемлемой частью серии терапевтических услуг, предоставляемых наркоманам (Дания и Словения), или что исследования показали эффективность лечения метадонем как общего подхода к проблеме (Австралия и Канада). Другие заявили, что эта программа будет продолжаться до тех пор, "пока это необходимо". Некоторые страны сообщили о том, что эти программы будут продолжаться при наличии соответствующих средств (Латвия), до принятия законодательных и политических решений (Кыргызстан, Монако и Швейцария) или до выработки экспертами научно-обоснованного решения (Финляндия).

35. В приводимой ниже таблице приводятся представленные странами статистические данные о количестве наркоманов, проходящих поддерживающее лечение. Большинство стран представили статистические данные о количестве участников программ поддерживающего лечения на настоящее время или за истекший год.

**Таблица. Число лиц с наркотической зависимостью, охваченных программами лечения прописываемыми наркотическими средствами**

Страна или территория	Количество участников программ
Австралия	17 356
Бахрейн <sup>а</sup>	1 700
Канада	3 278
Хорватия <sup>а</sup>	1 500
Финляндия <sup>а</sup>	20
Германия	30 000
Гватемала <sup>а</sup>	4
Гонконг	10 000
Ирландия	1 650
Кыргызстан <sup>а</sup>	2 136
Латвия	32
Литва	213
Мальта	64
Мексика	280
Нидерланды	12 500
Норвегия	100
Оман	50
Панама <sup>а</sup>	100
Португалия	1 500
Швеция	475
Швейцария	16 000
Соединенное Королевство	20 000

<sup>а</sup>Общее число лиц, охваченных программой поддерживающего лечения с момента ее начала.

36. В качестве критериев участия в программах принимались во внимание, как правило, следующие факторы:

а) Наркотическая зависимость. Серьезная опийная зависимость, особенно от героина (в Австралии лица с диагнозом опийной зависимости должны быть обследованы официальным наркологом, который прописывает метадон, на предмет необходимого лечения). Принимаемые в программу лица должны иметь относительно длительную историю зависимости (в Швеции право на лечение метадоном имеют наркоманы с четырехлетним опытом внутривенного злоупотребления опиатами; в Швейцарии право на получение героина в рамках программы поддерживающего лечения имеют наркоманы с двухлетним стажем наркотической зависимости) и злоупотреблять наркотиками внутривенным путем;

b) Риск для здоровья. Лица с наркотической зависимостью, имеющие положительную реакцию на ВИЧ, и беременные наркоманки;

c) Неудача с другими вариантами лечения. Например, в Швейцарии право на получение героина в рамках программы поддерживающего лечения имеют лица после двух неудачных попыток пройти лечение или участия в другой программе замены наркотика. К другим примерам относится задокументированное свидетельство о неудаче краткосрочного курса детоксификации и вариантов терапии без наркотиков; и неудача с соблюдением режима абстиненции;

d) Критерии применения и контроля. Возраст (старше 18 лет в Хорватии для лечения метадонем и старше 21 года в Швейцарии для лечения героином); регистрация в качестве пациентов государственных больничных учреждений (Латвия); добровольная инициатива и осознанное намерение; анализ биологических жидкостей организма наркомана на предмет наличия других веществ и контроль абстиненции (Австрия, Дания и Мексика); сдача удостоверения водителя и раскрытие уголовного прошлого (Швейцария).

37. Применяются самые различные процедуры назначения и отпуска наркотиков. В некоторых государствах наркотические средства отпускаются по назначению дипломированного врача-психиатра в стационарных условиях и под контролем медиков (Бахрейн, Гватемала, Норвегия, Оман, Панама, Хорватия и Швеция). В других государствах и территориях врачи общего профиля или лечащие врачи, имеющие на это право, прописывают наркотические средства наркоманам, удовлетворяющим требованиям, предъявляемым компетентными властями (Австрия, Гонконг, Исландия, Ирландия, Канада, Латвия, Литва, Мексика, Монако, Нидерланды, Португалия и Швейцария). В других случаях наркоманы могут также приобрести наркотик (метадон в Соединенном Королевстве) в аптеке по рецепту практикующего врача общего профиля, который делает это на основании своей клинической оценки.

38. Прописывание героина наркоманам, страдающим от опиной зависимости, практикуется в Соединенном Королевстве с 20-х годов. В этой стране сложилась традиция, в соответствии с которой героин считается наилучшим терапевтическим средством в том случае, если наркоманы, лечение которых не дало положительных результатов, способны вести относительно нормальный образ жизни, имея возможность регулярно принимать наркотик. В большинстве случаев они регулярно получают рецепт у своего семейного врача. С 1968 года практика прописывания героина и кокаина в соответствии с законом ограничивалась кругом врачей, имеющих специальную лицензию, выдаваемую для этой цели министром внутренних дел. Если героин или кокаин по рецепту получают сегодня около 150 человек, то лечение метадонем проходят свыше 20 000 пациентов.

39. В Швейцарии решение о прописывании наркотических средств наркоманам было принято Федеральным советом этой страны в 1992 году в качестве эксперимента на трехлетний период. В январе 1994 года были одобрены первые проекты, в рамках которых 250 наркоманам отпускались ампулы героина, 250 наркоманам ампулы морфина и 200 наркоманам ампулы метадона. С тех пор этот замысел претерпел определенные изменения, и в настоящее время число лиц, получающих вводимый внутривенно героин, увеличилось до 800. По состоянию на октябрь 1996 года около 800 наркоманов получают героин, 200 - метадон (внутривенно), приблизительно 40 наркоманов получают бупренорфин (перорально) и 39 наркоманов - морфин (внутривенно или перорально). Не было представлено никаких данных о количестве наркоманов, получающих кодеин. Кроме того, около 13 800 наркоманов подключились к программам раздачи метадона главным образом для приема перорально.

40. Практику прописывания героина предполагается продолжить до 1998 года для тех, кто стал участником этой программы до июня 1996 года. Дальнейшая судьба этой программы и регистрация новых пациентов будут зависеть от результатов ее окончательной оценки и от решений правительства.

41. По просьбе правительства Швейцарии и Международного комитета по контролю над наркотиками ВОЗ координирует подготовку оценки проведенных в Швейцарии исследований

результатов практики прописывания наркотических средств наркоманам. На момент подготовки настоящего доклада результаты этой оценки еще не были известны.

#### **В. Отмеченные результаты практики прописывания наркотических средств наркоманам**

42. Большинство государств, имеющих программы поддерживающего лечения, сообщили о проведении или завершении у себя оценок, однако немногие представили Секретариату доклад об этих оценках. Программы поддерживающего лечения метадонотерапией варьируются в зависимости от критериев регистрации, продолжительности терапии, дозировки, сочетания этой практики с другими видами лечения и т.д. На результаты влияет множество факторов, и немалую роль играет более широкий социальный контекст, связанный с услугами в области здравоохранения и социального обеспечения, в котором осуществляются программы поддерживающего лечения. Вот почему невозможно напрямую сопоставлять результаты оценок, представленные государствами-членами.

43. Метод случайной выборки сопряжен с определенными этическими проблемами. По сведениям Секретариата, проводятся всего лишь несколько экспериментальных исследований по замене наркотика с участием контрольной группы, не проходящей лечения<sup>7,8,9</sup>. До сих пор нет сведений о проведении какого-либо исследования, в ходе которого наркоманам был бы предложен заменитель наркотика или лечение без применения наркотика на основе метода случайной выборки.

44. Три проведенных экспериментальных исследования дают аналогичные результаты: более эффективной является терапия с применением метадона, чем лечение с применением плацебо или отсутствие лечения как такового, особенно в том, что касается снижения уровня потребления героина и уголовно наказуемой деятельности, в тех случаях, когда пациенты проходят длительное лечение.

45. Что касается поддерживающего лечения героином, то в конце 70-х годов в Лондоне была проведена<sup>10</sup> оценка его результатов на контрольной группе из 96 героиновых наркоманов, которым на основе случайной выборки предоставляли поддерживающее лечение героином или вместо героина предлагали метадон для перорального применения. Все пациенты были опрошены до начала проведения случайной выборки и по окончании эксперимента через 12 месяцев.

46. Почти все пациенты, принимавшие героин, продолжали регулярно вводить его внутривенно. Большинство из них продолжали доставать незаконные наркотики в добавление к прописанному наркотику, хотя, как правило, в небольшом или умеренном количестве. Тенденция употребления других наркотиков, в частности барбитуратов и стимуляторов, в целом почти не изменилась. Для многих пациентов качественных изменений в образе жизни почти не произошло. Большинство по-прежнему поддерживали контакты с другими наркоманами и участвовали в деятельности, связанной с наркотиками, хотя часто менее активно, чем раньше. Большинство пациентов продолжали участвовать в той или иной противоправной деятельности, хотя лишь менее половины из них занимались преступной деятельностью в целях получения источника доходов. Хотя масштабы уголовно наказуемой деятельности сократились в течение этого года, доля арестованных за этот год наркоманов за противоправную деятельность оставалась на том же уровне, что и за год до этого, когда они не получали прописанного наркотика.

47. Те пациенты, которым было отказано в героине, склонялись к самым крайним мерам в ту или иную сторону. С одной стороны, они могли пойти на полную или почти на полную абстиненцию, но с другой стороны, те, кто продолжал употреблять героин и кто вводил его внутривенным способом регулярно, приобретали героин подпольно в более крупных количествах, чем те пациенты, которым был прописан героин. Что касается социальных функций пациентов, то они либо прекращали общение с другими наркоманами и всякую деятельность, связанную с наркотиками, либо наркомания еще глубже засасывала их. Те пациенты, которые прекращали всякую связь со средой наркоманов, могли быстрее найти работу и в меньшей степени полагались на преступную деятельность как на важный источник доходов. С другой стороны, пациенты, которые регулярно и крупными дозами вводили героин внутривенным способом, почти поголовно не имели работы и в основном опирались

на преступную деятельность как на источник средств к существованию. Состояние их здоровья не отличалось от состояния здоровья тех пациентов, которые получали героин.

48. Результаты показывают, что практика прописывания героина на законных основаниях сама по себе едва ли способна каким-либо решительным образом изменить образ жизни или социальные функции наркоманов. В частности, эта мера не способна исключить, хотя и может в некоторой степени сократить, масштабы уголовно наказуемой деятельности наркоманов, особенно тех из них, чье уголовное прошлое началось в раннем возрасте и до начала злоупотребления героином.

#### Примечания

<sup>1</sup>United Nations, *Treaty Series*, vol. 520, No. 7515.

<sup>2</sup>*Ibid.*, vol. 976, No. 14152.

<sup>3</sup>*Ibid.*, vol. 1019, No. 14956.

<sup>4</sup>Официальные отчеты Конференции Организации Объединенных Наций для принятия Конвенции о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, Вена, 25 ноября - 20 декабря 1988 года, том I (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.94.XI.5).

<sup>5</sup>*Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* (United Nations publication, Sales No. E.1973.XI.1), p. 65.

<sup>6</sup>*Ibid.*, p. 66.

<sup>7</sup>V.P. Dole and others, "Methadone treatment of randomly selected criminal addicts", *New England Journal of Medicine*, vol. 280, 1969, pp. 1372-1375.

<sup>8</sup>R.G. Newman and W.B. Whitehall, "Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong", *Lancet*, 9 September 1979, pp. 485-488.

<sup>9</sup>L. Gunne and L. Grönbladh, "The Swedish methadone maintenance program: a controlled study", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 7, 1981, pp. 249-256.

<sup>10</sup>Hartnoll and others, "Evaluation of heroin maintenance in controlled trial", *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, August 1980, pp. 877-884.