

В. И. Пикиреня, А. В. Копытов

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДАМИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В обзоре проанализированы эффективные методы профилактики злоупотребления опиоидами в контексте возраста объекта профилактики, акцентировано внимание на важности комплексного подхода в профилактике злоупотребления психоактивных веществ, необходимости не только индивидуального, но и семейного подхода как в раннем, так и более зрелом возрасте. Выделены некоторые часто применяемые, однако не показавшие эффективности, методы. Рассмотрены эффективные методы лечения синдрома зависимости от опиоидов на этапах детоксификации и реабилитации. Сравнивается эффективность методов лечения, применяемых в странах Восточной Европы и в других странах. Выделены отличия заместительной терапии метадонном по сравнению с традиционными для нашего региона методами лечения опиоидной зависимости.

Ключевые слова: *опиоиды, опиаты, синдром зависимости, профилактика, лечение.*

V. I. Pikirenia, A.V. Kopytov

RATIONAL APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT ABUSE OF OPIOIDS

In the review there were analyzed the effective methods of prevention connected with opioid abuse with reference to the age of the precaution's subject; the attention is drawn to the importance of team approach in the issue of precaution of psychoactive substances' abuse; it is also mentioned the necessity of an individual and a family approach to the problem as in the early age and in the adult one. There were detached the frequently used methods, which had never shown its efficiency. There were covered the effective methods of an opioids' dependence syndrome cure at the stages of detoxification and rehabilitation. There were compared the efficiency of treatment methods exhibited in Eastern Europe and the other countries. There were detached the differences of methadone maintenance treatment in comparison with other traditional methods of opioid abuse treatment which are traditional to our region.

Key words: *opioids; opiates; drug abuse; precaution; treatment.*

Опиоиды – широкая группа веществ, имеющих сродство к тем же рецепторам, что и морфин. Опиоидные рецепторы располагаются преимущественно в центральной нервной системе [33], и в небольшом количестве в периферических органах и тканях [30]. Опиоиды представляют собой разнородную по химической структуре группу, которую можно разделить на алкалоиды и пептиды. Алкалоиды, в свою очередь, представлены агонистами и антагонистами опиоидных рецепторов. Первым известным агонистом опиоидных рецепторов был морфин, выделенный, как принято считать, Сертюрнером в 1803 году, хотя по некоторым источникам, первооткрывателем морфина можно считать французского фармацевта Дерона [15]. С того времени было открыто множество других агонистов, однако морфин наравне с фентанилом и оксикодоном продолжает оставаться одним из наиболее широко используемых препаратов этой группы. Наиболее известными антагонистами опиоидных рецепторов являются налоксон и налтрексон, которые блокируют все основные типы опиоидных рецепторов (μ , δ , κ) [28].

И хотя основным назначением опиоидов является обезболивание (для этого преимущественно используются наркотические анальгетики фентанил, морфин и оксикодон), во всем мире остро стоит проблема незаконного оборота наркотических анальгетиков. Зависимость от опиоидов в мире известна уже достаточно давно. Одни из первых документированных сведений о синдроме зависимости были в 4 в н. э. в записях венецианских купцов, которые писали, что многие турецкие уроженцы в Константинополе регулярно пили «черную воду, произведенную из опия», от чего они начинали себя хорошо чувствовать, но настолько впадали в зависимость от нее, что при попытке отказаться «будут быстро умирать» [39]. Однако наиболее интенсивный рост количе-

ства зависимых от опиоидов начался сравнительно недавно – в XIX веке. Причин этому было несколько: выделение морфина (1804 г.), изобретение шприца (1853 г.) и проходившие в это время вооруженные конфликты (Гражданская война в США, франко-прусская война в Европе), где как раз и нужно было быстрое обезболивание, что достигалось путем инъекций морфина.

Стоит отметить, что, хотя последние 100 лет наблюдается общемировой тренд на снижение уровня немедицинского производства и потребления опиоидов более чем в 3 раза [35], рекреационное потребление веществ этой группы продолжает оставаться актуальной проблемой. Так, по данным UNODC (Управление ООН по наркотикам и преступности), количество потребителей опиоидов без медицинского назначения составляет около 0,4% всего населения Земли [40]. В Беларуси, по мнению А. Г. Винницкой, Ю. Е. Разводовского, В. В. Лелевича (2011) количество инъекционных наркопотребителей, среди которых подавляющее большинство являются потребителями опиоидов в 2010 году могло достигать 88 400 человек [2], т. е. 0,93% от общего числа жителей Республики Беларусь. В Украине возможное количество потребителей инъекционных наркотиков также высока и по оценочным данным отчета UNODC за 2014 год составляло – 0,88–1,22%. Безусловным лидером региона по потреблению инъекционных наркотиков как в относительном, так и абсолютном выражении, является Российская Федерация, где количество людей, потребляющих инъекционные наркотики, составляет 2,29% [40].

Таким образом, злоупотребление опиоидами является актуальным вопросом для нашей страны и стран-соседей. Это связано с тем, что немедицинское потребление опиоидных агонистов сопровождается большим количеством проблем как для потребителя, так и для общества. Эти проб-

лемы можно условно разделить на медицинские и социальные. К медицинским относятся: прямая летальность, формирование синдрома зависимости, повышенный риск заражения гемоконтактными инфекциями (вирусные гепатиты, ВИЧ), повышенная вероятность возникновения других заболеваний, связанных с путем введения наркотика (тромбофлебиты, инфекционные эндокардиты), заболевания, связанные со снижением иммунитета (туберкулез и т. д.). Социальными можно назвать проблемы, не имеющие прямого отношения к медицинским последствиям употребления. К ним относятся повышенная криминальная активность (непосредственно сам оборот наркотиков, а также корыстные преступления с целью получения средств на покупку наркотиков), нарушения в семейном и общественном взаимодействии. Все эти явления приводят к значительным финансовым затратам различных государственных и негосударственных организаций.

В связи с вышеописанными причинами различные специалисты прилагают усилия для нахождения способов эффективно снизить потребление наркотиков и уменьшить нагрузку на общество. При этом одновременно, как правило, проводится работа по нескольким направлениям: профилактика потребления, лечение людей с синдромом зависимости и борьба с незаконным оборотом наркотиков.

Цель данного обзора литературы в том, чтобы обобщить результаты опубликованных исследований и сделать выводы о существующих эффективных методах профилактики злоупотребления опиоидами и лечения опиоидной зависимости для последующего обоснования их эффективного применения в клинической наркологии.

Произведен поиск по электронным базам данных: «PubMed», «The Cochrane Library», «Medline», «Research Gate», «PsycInfo», с 1916 по март 2016 года. Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «синдром зависимости от опиоидов», «употребление опиоидов с вредными последствиями», «злоупотребление опиоидами», «опиоиды», «опиаты», «опийная наркомания», «лечение», «психотерапия», «реабилитация», «профилактика», «ремиссия», «рискованное поведение», «методы лечения», «социальные программы» на русском и английском языках.

Оценены результаты мета-анализов, обзоров литературы и диссертационных исследований, по темам профилактики употребления опиоидов и лечения синдрома зависимости. Самыми важными критериями по результатам, включенных исследований, были наличие положительной эффективности рассматриваемых методов работы, их эко-

номическая целесообразность. Субъекты в большинстве исследований были представителями из общей популяции, но некоторые исследования включали пациентов из учреждений здравоохранения, больниц или амбулаторных клиник.

К профилактике потребления наркотиков чаще всего относят антинаркотическую пропаганду, которая обеспечивается средствами массовой информации и различными социальными институтами. Действительно, долгое время профилактика сводилась к выпуску брошюр об опасности наркотиков. Однако современный подход, основанный на научных доказательствах эффективности различных методов, позволяет разрабатывать и внедрять действительно эффективные методы профилактики наркопотребления среди молодежи, и это дает возможность значительно экономить деньги на расходы, связанные со здоровьем и преступностью. Профилактический подход может начинаться еще на стадии младенчества и беременности, когда родителям, имеющим проблемы с употреблением психоактивных веществ, предоставляется научно-обоснованное лечение, что может положительно сказываться на дальнейшем развитии ребенка [29]. Еще одним приносящим положительный результат методом является патронаж, когда медицинская сестра или социальный работник обучает мать родительским навыкам и поддерживает в юридических вопросах, вопросах жилья, занятости и т. п. [26]. Для семей, где дети уже более взрослые, программы обучения родительским навыкам также могут быть эффективны [18], т. к. семья по-прежнему остается основным фактором социализации.

Взрослея, дети больше времени проводят вне семьи, как правило, в школе или с друзьями, соответственно возрастает роль социальных навыков, которые в значительной степени влияют на успешность установления контактов со школой и сверстниками. Более внимательное отношение к образованию детей из социально неблагополучных семей уже начиная с 2 лет может дополнительно способствовать снижению вероятности рискованного поведения, в том числе употребления наркотических веществ [31]. Особенно это становится актуальным в возрасте старше 6 лет [19]. Важно, чтобы программы профилактики при развитии личностных и социальных качеств ребенка проводились в интерактивной, структурированной форме с возможным проведением дополнительных занятий, привлечением сверстников. Кроме того, занятия должны способствовать приобретению навыков, помогающих безопасным и здоровым способом справляться со сложными жизненными ситуациями. В то же время, ухудше-

нию результативности занятий могут способствовать использование лекций в качестве основного метода обучения и нагнетание страха в отношении психоактивных веществ [36]. Снижению нежелательного поведения способствует, в том числе, стабильное посещение школы (без пропусков по неуважительной причине). Соответственно, различные мероприятия, направленные на повышение устойчивого посещения школы, также оказывают положительное влияние [34]. Важной составной частью профилактики девиантного поведения в целом и употребления психоактивных веществ в частности являются и мероприятия, направленные на улучшение атмосферы в школе. Такие программы укрепляют навыки учителей по управлению классом и помогают детям привыкнуть к роли учащихся. В результате снижается количество проблемного поведения учеников в классах и укрепляется положительное поведение детей [32].

В подростковом возрасте дети подвержены значительной перестройке, когда они начинают более широко контактировать с окружающим миром, пытаются «примерить» на себя взрослые роли и обязанности. В это время усиливается влияние поведения сверстников, когда принятие в компанию либо отвержение становится мощным фактором выбора поведения. При этом семья по-прежнему сохраняет за собой большое влияние. Хорошие социальные навыки и достаточная психическая устойчивость в этом возрасте могут быть ключевыми факторами профилактики рискованного поведения. Таким образом, мероприятия, связанные с улучшением родительских навыков, могут иметь положительное влияние.

К другим профилактическим мерам, применимым в данном возрасте относится профилактика на основе личностных и социальных навыков и социального влияния, когда подростки в интерактивной форме вовлекаются в обучение по профилактике рискованного поведения в ситуациях сложного выбора. К примеру, укрепляются способности учащихся говорить «нет» употреблению психоактивных веществ. Во время такого обучения обсуждаются нормы социального поведения, положительные и отрицательные ожидания от употребления психоактивных веществ и, в результате, изменяются сложившиеся убеждения в отношении злоупотребления и социальной приемлемости такого поведения [16]. Также есть данные, что такое обучение возможно и с использованием современных технологий в виде компьютерного обучения [3].

Важное место в профилактике злоупотребления психоактивными веществами занимает школьная политика. Психоактивные вещества должны

быть запрещены к использованию не только учащимися, но и всеми остальными, кто находится на территории образовательного учреждения. Успешности реализации школьной политики способствует вовлечение учеников в разработку норм поведения, применение в случае нарушений положительных санкций, т. е. наказание замещается направлением на консультации со специалистом [38]. Еще одним фактором, вероятно, связанным со снижением эффективности профилактики в школе может являться неизбирательное тестирование на наркотики [21].

Положительное влияние на поведение подростков может оказывать индивидуальная работа, направленная на сглаживание таких черт личности как импульсивность, тревожность, чувствительность, поиск острых ощущений, безнадежность и обучение таким навыкам, как положительное преодоление эмоций и самоконтроль [13].

По мере взросления подростков начинает приобретать значение взаимодействие, осуществляемое за пределами семьи и школы, например, в медицинских и развлекательных учреждениях. Однако и меры, применяемые к младшим подросткам в виде учета индивидуальных психологических особенностей, политика школы в отношении психоактивных веществ остаются актуальными. В старшем подростковом возрасте для сложных молодых людей могут быть полезными краткосрочные интервенции по 5–15 минут. Во время сессий может использоваться метод мотивационного интервью, когда пациенту оказывается поддержка в определении целей в отношении его злоупотреблений веществами [11].

Одной из групп с наиболее высоким риском злоупотребления психоактивными веществами являются молодые люди, как правило, уже имеющие определенное место работы. Важность профилактической работы в этой группе определяется тем, что работники с проблемным употреблением психоактивных веществ чаще совершают прогулы, являются причиной несчастных случаев и имеют более низкую производительность труда. Таким образом, актуальными являются и программы профилактики на рабочем месте. Успеху таких программ способствуют участие всех заинтересованных сторон, конфиденциальность для сотрудников, отказ от рестриктивной политики, кратковременные консультации с возможностью направления к специалисту и лечение с реинтеграцией в рабочую среду, включение наркологического консультирования в другие профилактические мероприятия (например, профилактика сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) [37].

Важной составной частью программ по профилактике употребления наркотиков являются программы профилактики употребления табака и алкоголя, т. к. раннее начало их употребления сопряжено с повышенной вероятностью рискованного поведения и развития зависимостей.

Информационные компании в СМИ также могут приносить положительный эффект в отношении профилактики курения табака, однако положительный эффект по профилактике употребления наркотиков не был подтвержден [8].

Профилактика наркомании является действенной мерой, но в связи с отсутствием прямых выгод часто воспринимается как что-то не совсем обязательное и финансируемое по остаточному принципу. Однако важно помнить, что именно выработка продуманной среднесрочной и долгосрочной политики по профилактике позволяет реализовать ее в полном объеме и сделать максимальной эффективной.

Важнейшей мерой в борьбе с последствиями наркопотребления является лечение синдрома зависимости. В настоящее время известно, что опиоиды относятся к группе веществ с наиболее высоким аддитивным потенциалом. Так, среди людей, имевших опыт употребления героина, зависимыми становятся около 53%, в то время как из потребителей алкоголя зависимыми становятся 11%, а среди потребителей каннабиноидов – 15%. Высокая аддитивность и опасный способ введения опиоидов вносят значительный вклад в то, что зависимые от этой группы веществ чаще других наркопотребителей заражаются ВИЧ-инфекцией, гепатитом С и чаще практикуют криминальное поведение. Актуальность проблемы опиоидной зависимости характеризуют и данные, о том, что среди зависимых смертность в 13–17 раз выше, чем сверстников и в 14 раз выше риск совершения суицида. Передозировки и суициды приводят к тому, что большинство зависимых не доживает до возраста в 50 лет [9]. Поэтому от успеха лечения во многом зависит решение всех негативных последствий опиоидной зависимости.

В настоящее время лечение от синдрома зависимости принято делить на 2 этапа: дезинтоксикационно-стабилизационный и реабилитационно-противорецидивный. Методы, применяемые на этих этапах, существенно различаются по своим целям, подходам и условиям реализации.

На дезинтоксикационно-стабилизационном этапе пациенту оказывается медицинская помощь в виде фармакотерапевтических мероприятий для обеспечения удержания от наркотиков и нормального функционирования организма. Под-

ходы к ведению дезинтоксикации и снятию синдрома отмены могут быть различными. Общепринятой мировой практикой является назначение агонистов опиоидных рецепторов (как правило это метадон), частичного агониста бупренорфина и $\alpha 2$ -агониста адренергических рецепторов (клонидин). Однако, на постсоветском пространстве сложилась несколько иная практика лечения синдрома отмены опиоидов, при которой препаратами являются $\alpha 2$ -агонисты адренергических рецепторов, нейрелептики, антиконвульсанты и антидепрессанты. Такой подход в лечении основан на предположении о наличии в составе синдрома зависимости от психоактивных веществ феномена «патологического влечения» и рассмотрении его, в основном, в рамках психопатологии, где психофармакотерапия с помощью обозначенных препаратов расценивается как этиопатогенетическая. Следует признать, что такой подход не совсем соответствует стандартам мировой медицины [4]. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами утвержденный приказом МЗ РБ №1387 от 31.12.2010 предусматривает для пациентов и врача возможность выбора наиболее оптимального пути детоксификации: лечение состояния отмены с применением метадона или бупренорфина; сочетание клонидина и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов; сочетание антипсихотических средств, антидепрессантов и анксиолитических средств из группы бензодиазепинов между собой. Однако в связи с отсутствием государственных закупок метадона и бупренорфина и наличием в стране относительно дешевого синтетического опиоидного агониста трамадола, последний используется в подавляющем большинстве случаев проведения детоксификации.

Эффективность проведения детоксификации подвержена значительным колебаниям в зависимости от условий проведения (стационарно или амбулаторно). Так, при стационарной детоксификации средний показатель завершения курса терапии составляет 75%, в то время как при амбулаторной – 35% [23]. Применение только лишь детоксификации в большинстве случаев не способно привести к стабилизации и успешному лечению пациента и является лишь подготовкой к продолжительному лечению, которое ставит перед собой задачу длительного воздержания от наркотиков и социальную реабилитацию. Вероятно, именно с отсутствием должного уровня доступности и широты охвата реабилитационными мероприятиями пациентов наркологических

□ **Обзоры и лекции**

учреждений связан достаточно низкий показатель годовой ремиссии в нашем регионе (9,2% по сравнению с мировым показателем 30-35%) [4].

Для первого этапа лечения зависимости от опиоидов (детоксификации) возможно применение такого метода как ультрабыстрая детоксификация. При этом пациенту в состоянии глубокого наркоза назначается в высоких дозах антагонист налоксон либо налтрексон и таким образом процесс замещения опиоидов антагонистами и протекание в связи с этим синдрома отмены значительно ускоряется. Такой метод лечения позволяет быстро провести детоксификацию, однако его отдаленные результаты в виде длительности ремиссии представляются спорными, т. к. оказываются сходными с традиционными методами лечения и при этом сопряжены с большей стоимостью процедур [7]. Положительным моментом является более высокий процент людей, окончивших лечение синдрома отмены методами быстрой и ультрабыстрой детоксификации. Это коррелирует с данными, что чем длиннее курс детоксификации, тем меньшее количество пациентов завершают лечебный курс.

Следующим этапом лечения зависимости является реабилитационный. Цель этого этапа в том, чтобы предотвратить возобновление употребления наркотиков и помочь пациенту научиться вовремя распознавать и сдерживать влечение (тягу) к употреблению и помочь в восстановлении здоровья и социального статуса.

Реабилитационные программы включают в себя крайне широкий спектр вмешательств, такие как психофармакологические, групповые и индивидуальные психологические консультации, средства для подавления тяги, психотерапевтические занятия, участие в группах «Анонимные наркоманы» и т. д. Это связано с тем, что среди специалистов нет устоявшегося мнения в отношении причин утраты контроля над потреблением психоактивных веществ у пациентов, проходящих лечение. Предлагаются как теории генетической предрасположенности, так и теории приобретенных метаболических отклонений, приобретенных дезадаптивных поведенческих стереотипов, низкая самооценка, самолечение различных психических расстройств, отсутствие позитивной общественной и семейной поддержки [20].

По времени воздействия реабилитационные программы разделяют на краткосрочные (30–90 дней) и длительные (от 3 месяцев до 1 года и более). С другой стороны, программы разделяются на стационарные и амбулаторные. В амбулаторных условиях реабилитация, как правило, продолжается 30–120 дней. В некоторых формах

реабилитации практикуется постепенное снижение интенсивности занятий. Первый месяц реабилитации занятия могут проходить ежедневно в течение полного рабочего дня, а по мере продолжения длительность и частота занятий последовательно снижается. Заключительный этап амбулаторного лечения называется «последующее наблюдение» и длится до 2 лет. В рамках этого этапа проходят поддерживающие встречи 1–2 раза в месяц.

В реабилитационный период для поддержания ремиссии также могут применяться антагонисты опиоидных рецепторов (налтрексон, налмефен). Их действие основано на блокировании эффектов опиоидов и таким образом предотвращение срывов при единичных употреблениях [25]. Существуют формы выпуска этих препаратов как для ежедневного приема, так и пролонгированные. Показано достоверное понижение числа правонарушений у группы лиц, получавших налтрексон и психологические консультации по сравнению с только психологическими консультациями [17].

Таким образом, результативность проведения реабилитационных мероприятий оценивается по следующим показателям: 1) ликвидация или уменьшение потребления наркотиков, 2) улучшение здоровья и социального статуса, 3) уменьшение нагрузки на общественное здравоохранение и системы обеспечения безопасности общества. В соответствии с этим все наркологические реабилитационные методики преследуют следующие цели: 1) поддержание и улучшение физического и эмоционального состояния, 2) продолжение сокращения потребления наркотиков (в большинстве программ – полный отказ), 3) поддержание форм поведения, способствующих укреплению здоровья и повышению социального статуса, 4) пропаганда и поощрение форм поведения, несовместимых с употреблением психоактивных веществ.

Традиционный подход к лечению давно зарекомендовал себя как доказано эффективный и приносящий положительные результаты в виде уменьшения частоты потребления наркотиков, улучшения в трудоустройстве и уменьшении количества совершенных правонарушений [22]. Однако общей проблемой стационарной детоксификации и реабилитации является высокий уровень досрочного окончания лечения. Так, в течение первых двух недель от лечения отказывается около 25% пациентов, а после 3 месяцев – 40% пациентов [27].

От описанных выше методов лечения опиоидной зависимости значительно отличается метод заместительной терапии, главное отличие которого заключается в отсутствии требования к наркопотребителю полностью прекратить употребление психоактивных веществ, а также необходимости

перенесения, связанного с отказом от наркотиков синдрома отмены.

Метадон – один из первых синтетических опиоидов (второй после меперидина) был синтезирован в Германии в 1944 году в процессе поиска анальгетиков, не обладающих наркогенными свойствами. По химической структуре метадон относится к производным дифенилгептана и является полным агонистом опиоидных рецепторов. Метадон обладает выраженной агонистической активностью в отношении μ -рецепторов и имеет практически идентичный с морфином фармакологический профиль. Однако снотворное действие метадона выражено слабее, чем у героина и морфина [6].

Метадон является первым препаратом, который начал использоваться в заместительной терапии синдрома зависимости от опиоидов (V. Dole и M. Nyswander 1964 г. США). Такой выбор был обусловлен рядом уникальных свойств метадона. К ним относятся: высокая биодоступность (до 90%) при пероральном приеме, что позволяет избежать инъекций и замедленная элиминация (время полувыведения метадона составляет 14–30 ч, а при систематическом употреблении в среднем – 22 ч). В то же время период полувыведения для морфина колеблется около 1,9 ч, а для героина – 30 мин. Это дает возможность назначать метадон один раз в сутки. Важно отметить, что при пероральном приеме метадон практически не оказывает эйфоризирующего эффекта.

Эффективность проведения заместительной опиоидной терапии была подтверждена многочисленными исследованиями и на данный момент не вызывает сомнений у специалистов по лечению зависимостей [17, 24].

За время реализации заместительная терапия метадоном показала себя как экономически эффективный метод лечения зависимости от опиоидов, т. к. каждый доллар США, вложенный в данный вид лечения позволяет сэкономить до 10–11 долларов [1, 10, 11, 12].

Эффект включает в себя снижение распространенности гемоконтактных инфекций и ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей, уменьшение криминальной активности и снижение уровня безработицы [1]. На наш взгляд, важно также отметить, что при участии в заместительной терапии метадоном кроме экономических показателей улучшается и уровень качества жизни людей, страдающих синдромом зависимости от опиоидов. Это было показано в многочисленных исследованиях как в нашей стране, так и в других странах, где реализуется заместительная терапия опиоидной зависимостью [5].

Кроме метадона в других странах для заместительной терапии используются бупренорфин,

кодеин/дегидрокодеин, медленно высвобождающийся морфин, диаморфин и другие препараты. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки для различных групп пациентов, однако в большинстве исследований существенных различий в эффективности (как в положительную, так и в отрицательную стороны) по сравнению с метадоном не было найдено [10].

Выводы

1. Проблема немедицинского потребления опиоидов продолжает оставаться актуальной во всем мире и особенно в нашем регионе, следовательно, важно внедрять в практику методы, доказавшие свою эффективность в различных условиях.

2. В настоящее время у специалистов есть широкие возможности по профилактике и лечению опиоидной зависимости, включающий в себя большой выбор методик профилактики употребления психоактивных веществ с учетом обстоятельств и особенностей различных категорий населения, наличие различных альтернатив в выборе методов лечения синдрома зависимости от опиоидов в соответствии с индивидуальными особенностями пациентов.

3. Научно обоснованный и аргументированный подход в решении проблем, связанных с наркопотреблением, позволяет добиваться стойких положительных результатов по уменьшению потребления наркотиков и снижению вреда от их потребления.

Литература

1. Александров, А. Оценка социо-экономической эффективности реализации программ заместительной терапии наркотической зависимости на примере Гомельской области // А. Александров, М. Петрович. – Минск, 2013. – 104 с.
2. Винницкая, А. Г. Оценка численности инъекционных потребителей наркотиков в Беларуси с использованием метода повторного захвата / А. Г. Винницкая, Ю. Е. Разводовский, В. В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2011. – № 5. – С. 46–50.
3. Кузьминов, В. Н. Профилактика наркотизма в глобальной сети Internet / В. Н. Кузьминов, А. А. Сердюк. – Харьков: Финарт, 2002. – С. 141–149.
4. Менделевич, В. Д. Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии / В. Д. Менделевич // Практическая медицина. – 2007. – № 22. – С. 32–34.
5. Пикиреня, В. И. Влияние заместительной терапии метадоном на отношения пациентов с близкими / В. И. Пикиреня, С. М. Молочко, Е. К. Артеменко // Медицинские новости. – 2015. – № 1. – С. 49–52.
6. Сиволап, Ю. П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков. – М.: Изд-во «Медицина», 2005. – С. 59–63.
7. Albanese, A. P. Outcome and six month follow up of patients after Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) /

- A. P. Albanese [et al.] // Journal of addictive diseases. – 2000. – Vol. 19 (2). – P. 11–28.
8. *Alvaro, E. M.* Adolescents' attitudes toward antimarijuana ads, usage intentions, and actual marijuana usage // Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors. – 2013. – Vol. 4 (27). – P. 1027–1035.
9. *Brown, R.* Heroin dependence/ R. Brown // WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin. – 2004. – Vol. 4 (103). – P. 20–26.
10. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Suboxone versus Methadone for the Treatment of Opioid Dependence: A Review of the Clinical and Cost-effectiveness. – 2013. – 168 p.
11. *Carney, T.* Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis / T. Carney, B. Myers // Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy. – 2012. – Vol. 7(1). – 25 p.
12. *Connock, M.* Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation / M. Connock [et al.] // Health technology assessment (Winchester, England). – 2007. – № 9 (11). – P. 1–171.
13. *Conrod, P. J.* Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence / P. J. Conrod, N. Castellanos-Ryan, J. Strang // Archives of general psychiatry. – 2010. – Vol. 1 (67). – P. 85–93.
14. *Cornish, J. W.* Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers / J. W. Cornish [et al.] // Journal of substance abuse treatment. – 1997. – Vol. 6 (14). – P. 529–534.
15. *Derosne ou Sertürner* // Revue d'histoire de la pharmacie. – 1949. – Vol. 124 (37). – P. 484–485.
16. *Dobbins, M.* Effective practices for school-based tobacco use prevention / M. Dobbins [et al.] // Preventive Medicine. – 2008. – Vol. 46 (4). – P. 289–297.
17. *Farrell, M.* Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review / M. Farrell [et al.] // BMJ. – 1994. – № 309. – P. 997–1001.
18. *Foxcroft, D. R.* Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people / D. R. Foxcroft, A. Tsertsvadze // Cochrane database of systematic reviews (Online). – 2011. – Vol. 9. – CD009308.
19. *Foxcroft, D. R.* Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people/ D. R. Foxcroft, A. Tsertsvadze // Evidence-Based Child Health. – 2012. – Vol. 7 (2). – P. 450–575.
20. *Glantz, M. D.* The etiology of drug abuse: mapping the paths / M. D. Glantz [et al.]. – 1999. – P. 3–45.
21. *Goldberg, L.* Outcomes of a Prospective Trial of Student-Athlete Drug Testing: The Student Athlete Testing Using Random Notification (SATURN) Study/ Goldberg L. [et al.] // Journal of Adolescent Health. – 2007. – Vol. 5 (41). – P. 421–429.
22. *Gossop, M.* The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results / Gossop M. [et al.] // Addiction (Abingdon, England). – 2003. – Vol. 3(98). – P. 291–303.
23. *Gowing, L.* Opioid antagonists and adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal / L. Gowing, R. Ali, J. White // Cochrane database of systematic reviews (Online). – 2000. – Vol. 2. – CD002021.
24. *Hawks, D.* Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention / Hawks D. [et al.]. – Geneva 2002. – 16 p.
25. *Hosztafi, S.* Pharmacotherapy of heroin addiction / S. Hosztafi, Z. Fürst // Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja, official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology. – 2014. – Vol. 3 (16). – P. 127–140.
26. *Kitzman, H. J.* Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years / H. J. Kitzman [et al.] // Archives of pediatrics & adolescent medicine. – 2010. – Vol. 5 (164). – P. 412–418.
27. *Leon, G. D.* Therapeutic community dropouts: criminal behavior five years after treatment / G. D. Leon [et al.] // The American journal of drug and alcohol abuse. – 1979. – Vol. 3 (6). – P. 253–271.
28. *Magnan, J.* The binding spectrum of narcotic analgesic drugs with different agonist and antagonist properties / J. Magnan [et al.] // Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology. – 1982. – Vol. 3 (319). – P. 197–205.
29. *Milligan, K.* Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis / K. Milligan [et al.] // Substance abuse treatment, prevention, and policy. – 2010. – № 5. – P. 21.
30. *Mollereau, C.* Tissue distribution of the opioid receptor-like (ORL1) receptor / C. Mollereau, L. Mouledous // Peptides. – 2000. – Vol. 7 (21). – P. 907–917.
31. *Muennig, P.* Effects of a prekindergarten educational intervention on adult health: 37-Year follow-up results of a randomized controlled trial / P. Muennig [et al.] // American Journal of Public Health. – 2009. – Vol. 8 (99). – P. 1431–1437.
32. *Oliver, R. M.* The Effects of Teachers Classroom Management Practices on Disruptive, or Aggressive Student Behavior / R. M. Oliver, J. H. Wehby, D. J. Reschly // The Campbell Systematic Reviews. – 2011. – № 44. – P. 55.
33. *Opioids* / A. Herz [et al.]. – Heidelberg: Springer Berlin, 1993. – 268 p.
34. *Petrosino, A.* Interventions in Developing Nations for Improving Primary and Secondary School Enrollment of Children: A Systematic Review / A. Petrosino [et al.] // Campbell Systematic Reviews. – 2012. – № 19. – P. 26–39.
35. *Pietschmann, T.* A century of international drug control / T. Pietschmann // Bulletin on Narcotics. – 2007. – Vol. 1–2 (59). – P. 1–167.
36. *Porath-Waller, A. J.* A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use / A. J. Porath-Waller, E. Beasley, D. J. Beirness // Health Education & Behavior. – 2010. – Vol. 5 (37). – P. 709–723.
37. *Reavley, N.* Workplace prevention of mental health problems. Guidelines for organisations / N. Reavley. – Melbourne, 2013. – 213 p.
38. *Reavley, N.* Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: A review/ N. Reavley, A. F. Jorm // Early intervention in psychiatry. – 2010. – Vol. 2 (4). – P. 132–142.
39. *Segarizzi, A.* Relazioni degli ambasciatori veneti al senato / A. Segarizzi, E. Alberi. – Cambridge: Cambridge University Press, 1916. – 486 p.
40. UNODC / World Drug Report, 2014.

Поступила 15.04.2016 г.