

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Владимир Викторович Кузнецов**Наркологический диспансер Калининградской области,  
236006, г. Калининград, ул. Барнаульская, д. 6 а, e-mail: vkuznet@yandex.ru*

Реферат. Указом Президента РФ № 507 ФСКН России наделена полномочиями по координации деятельности в области реабилитации (за исключением медицинской) и ресоциализации наркопотребителей. Однако к такому повороту наркологическая служба оказалась неподготовлена, поскольку на протяжении двух последних десятилетий разрабатывалась концепция исключительно медико-социальной реабилитации, а о медицинской реабилитации при наркологических заболеваниях в отечественной наркологической литературе практически не упоминается. На сегодняшний день отечественная наркология не имеет даже определения понятия «медицинская реабилитация при наркологических заболеваниях», тем более, отчетливого представления о её границах, задачах, целях и путях их достижения. Предпринята попытка анализа лечебно-реабилитационного процесса с позиций общей теории систем и описания медицинской реабилитации в наркологии как системной функции.

Ключевые слова: наркологические заболевания, медицинская реабилитация.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS  
WITH ADDICTIVE PATHOLOGY

Vladimir V. Kuznetsov

Narcological dispenser of Kaliningrad region,  
236006, Kaliningrad, Barnaulskaya str., 6a,  
e-mail: vkuznet@yandex.ru

By the Order of President of Russian Federation No. 507 the authority to coordinate rehabilitation (except for medical rehabilitation) and resocialization of drug users was transferred to Federal Drug Control Service of the Russian Federation. Narcological service was unprepared for this turn, since for the last two decades solely the concept of medical-social rehabilitation was being developed, while medical rehabilitation for narcological diseases is hardly mentioned in Russian literature. As of today, Russian narcology does not even have a definition for “medical rehabilitation for narcological diseases”, not even mentioning its boundaries, goals, objectives and ways to achieve them. An attempt was made to analyze the process of treatment and rehabilitation from the standpoint of general systems theory and to describe medical rehabilitation in narcology as a system function.

Key words: narcological diseases, medical rehabilitation.

В отечественной наркологии всегда подчеркивалось отличие реабилитации наркологических больных от реабилитации больных при других заболеваниях [11]. В качестве цели при реабилитации больных наркоманией рассматривается восстановление и соматоневрологическое, и психическое, и социальное [34], «формирование нормативного личностного и социаль-

ного статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала». Реабилитация в наркологии определяется как система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ (медико-социальная реабилитация) [4]. В последнее время восстановление состояния пациента, бывшее до болезни (при всем понимании, что не может быть так, как было раньше) [34], признается недостаточным, и российская наркологическая служба ставит задачу не только реабилитации как восстановления, но и «абилитации» как проблемы первичного научения, психического развития и воспитания больных. «Требование первичного научения (навыкам оценки и осознания собственного эмоционального состояния, рефлексивной регуляции поведения, эффективной и неманипулятивной коммуникации с другими людьми) связано именно с тем, что эти навыки никогда не были присущи реабилитантам, не успели сформироваться до начала заболевания» [4, 5].

Медико-социальная реабилитация признана приоритетным направлением современной наркологии [13] и включена в Порядок оказания первичной медико-санитарной и (или) специализированной медицинской помощи по профилю «наркология» [33]. Количество реабилитационных центров (отделений) в составе специализированных наркологических (психиатрических) учреждений увеличилось с 24 в 2006 г. [19] до 88 в 2013 г. Их суммарная коечная мощность (с учетом четырех реабилитационных центров, функционирующих как самостоятельные учреждения) достигла 2489 коек [20], однако в масштабах Российской Федерации этого, безусловно, недостаточно. Силы и средства наркологических учреждений, предусмотренные Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология», также явно недостаточны [33] для формирования междисциплинарных бригад [5], призванных способствовать решению задач и достижению целей медико-социальной реабилитации наркологических больных. Эти цели и задачи выходят за рамки профессиональной компетенции специалистов-наркологов и не могут быть достигнуты [25, 27, 28] одними медицинскими мерами. При этом очевидным является тот факт, что данные социальные услуги пользуются огромным спросом населения. Их оказывают сотни негосударственных организаций – либо

священнослужители и проповедники из близлежащих общин, либо так называемые «бывшие» или выздоравливающие наркоманы. Десятки тысяч наркологических больных регулярно прибегают к их услугам [3]. По информации ФСКН, в настоящее время без должного контроля и поддержки со стороны государства в Российской Федерации действуют порядка 500 таких центров, в которых ежегодно проходят реабилитацию до 20 тысяч человек [17]. Кроме того, разработана и реализуется концепция Русской Православной церкви по реабилитации наркозависимых [18].

Необходимость постоянного взаимодействия наркологической службы с различными государственными, муниципальными, общественными, конфессиональными и коммерческими структурами [13], с пациентскими самоорганизующимися сообществами, и другими учреждениями для реабилитации [5, 12] ни у кого не вызывает сомнения. Многообразие форм оказания реабилитационной помощи и реабилитационных программ обусловило необходимость определения ведущего ведомства, координирующего весь процесс реабилитации. По мнению главного нарколога страны, единственное ведомство, способное определить идеологию и научно обоснованные подходы к построению системы реабилитации и реабилитационных больничных наркологического профиля – это Министерство здравоохранения России [5].

Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков не согласилась с координирующей ролью Министерства здравоохранения, развернула активную деятельность по созданию Национальной системы реабилитации потребителей наркотических средств и психотропных веществ, в результате которой постановлением Правительства Российской Федерации утверждена государственная программа «Противодействие незаконному обороту наркотиков» с подпрограммой «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях» [32] (до настоящего времени опубликованной только в виде проекта). Эта подпрограмма предусматривает объединение учреждений, оказывающих реабилитационную помощь потребителям наркотических средств и психотропных веществ с целью организации для них государственной помощи и государственного (в лице ФСКН) контроля за их деятельностью [17].

Все существовавшие до недавнего времени противоречия между наркологической службой и ФСКН нивелированы Указом Президента Российской Федерации от 10 июля 2014 г. № 507, наделившим ФСКН полномочиями по координации деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в области реабилитации (за исключением медицинской) и ресоциализации наркопотребителей, а также по организации поддержки социально ориентированных НКО, осуществляющих данную деятельность [39].

К такому повороту наркологическая служба оказалась неподготовлена, поскольку на протяжении двух последних десятилетий разрабатывалась концепция

исключительно медико-социальной реабилитации, а о медицинской реабилитации при наркологических заболеваниях в отечественной наркологической литературе практически не упоминается. Отдельные высказывания о нереалистичности, недостижимости целей медико-социальной реабилитации [27, 28], безграничной широте термина «медико-социальная реабилитация» и целесообразности разделения его на медико-психологическую реабилитацию и социально-трудовую реадaptацию [22, 37], а также призывы сосредоточить все усилия наркологической службы на оказании специализированной медицинской наркологической помощи, отказа от не решаемых медицинскими методами задач и передачи их другим участникам междисциплинарного подхода к проблеме наркологических расстройств [23] упорно игнорируются. Предложенный к обсуждению в профессиональном сообществе проект Национальных клинических рекомендаций по медицинской реабилитации базируется на концепции медико-социальной реабилитации: те же цели, задачи, средства и методы, где социальная реабилитация и ресоциализация лиц с наркологическими расстройствами рассматриваются как обязательный компонент комплексной медицинской реабилитации [1]. В итоге на сегодняшний день отечественная наркология не имеет даже определения понятия «медицинская реабилитация при наркологических заболеваниях», тем более, представления о её границах, задачах, целях и путях их достижения.

Минздрав России утверждает, что медицинская реабилитация наркологических больных проводится в соответствии с разделом: «Организация оказания медицинской помощи потребителям наркотиков», разработанным совместно с ФСКН и другими ведомствами программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» [21]. Указанный раздел программы предусматривает организацию диагностики заболеваний, лечения и медицинской наркологической помощи при подготовке наркопотребителей к участию в программах комплексной реабилитации и ресоциализации; организацию медицинского наблюдения участников программ и оказание им медицинской помощи по показаниям [17]. Иными словами, суть медицинской реабилитации в наркологии сводится к мотивации пациентов на реабилитацию в немедицинских реабилитационных центрах и наблюдение за состоянием их здоровья по ходу реабилитации. В полном объеме медико-социальная реабилитация в учреждениях здравоохранения предусматривается только для пациентов, «имеющих сопутствующие психиатрические и другие медицинские сопутствующие заболевания (ВИЧ-инфекцию, туберкулез, вирусные гепатиты) и нуждающихся в постоянном лечении» [17].

Ещё более скромно представлена медицинская составляющая реабилитации в концепции РПЦ (не попала под действие Указа Президента РФ № 507), согласно которой вся работа (первичное консультирование, мотивационный и основной периоды церковной реабилитации, ресоциализация, постреабилитационное сопровождение и работа с родственниками) должна осуществляться в учреждениях РПЦ. И только

«дезинтоксикацию» «Целесообразно проводить в медицинских учреждениях, с которыми следует заключать договоры о направлении к ним пациентов с целью адекватного медикаментозного лечения абстинентного синдрома и изоляции пациентов от наркотических веществ, с целью подготовки их к мотивационному периоду» [18].

Все это обуславливает необходимость точного определения понятий «лечение», «медицинская реабилитация» и «социальная реабилитация (реадаптация), ресоциализация» с их четким разграничением.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 40, часть 1) определяет медицинскую реабилитацию как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество» [40]. Это определение дает достаточно оснований для разграничения медицинской реабилитации, нацеленной на излечение или минимизацию проявлений расстройства здоровья, препятствующего социальной интеграции индивида в общество, и социальной реабилитации, суть которой заключается в максимально возможной адаптации к социальной жизни человека с сохраняющимися, неустранимыми доступными современной медицине методами, расстройствами здоровья.

Разграничение в рамках закона «Об основах охраны здоровья...» понятий «лечение» и «реабилитация» представляет более сложную задачу, поскольку содержащееся в статье 2 (пункт 8) определение лечения – это «комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни», который целиком включает в себя все мероприятия, составляющие понятие «медицинская реабилитация». То есть медицинская реабилитация представляется неотъемлемой частью лечебного процесса, осуществляется в медицинских организациях (статья 40, часть 2) [40] и подлежит лицензированию как медицинская деятельность [29].

Разграничение в рамках единого лечебно-реабилитационного процесса, естественно, с определенной степенью условности собственно лечения и медицинской реабилитации может облегчить понимание этапности, обеспечить своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и реабилитации, повысить степень достижения запланированного результата, что и определяет

качество медицинской помощи [40]. Мы полагаем возможным осуществлять такое разграничение по признаку наличия или отсутствия в настоящее время текущего патологического процесса в организме пациента. При таком подходе под лечением следует понимать мероприятия, направленные на ликвидацию или приостановку течения патологического процесса, а под медицинской реабилитацией – мероприятия, направленные на ликвидацию или смягчение проявлений нарушенного функционирования органов и систем, сохраняющегося и после купирования патологического процесса.

Иногда ампутация конечности (например, при некоторых формах газовой гангрены) оказывается единственным способом спасти жизнь человека, и в этом случае ампутация будет лечебной процедурой, ликвидирующей патологический процесс. Качество дальнейшей жизни пациента будет зависеть от пригодности культи для протезирования, её формирование может потребовать дополнительных медицинских вмешательств различной сложности, но это будет именно медицинская реабилитация, а не лечение. Качество, функциональные возможности протеза – чрезвычайно важное условие для интеграции человека с ампутированной конечностью в социальную жизнь, но это уже вопросы социальной реабилитации (ресоциализации, реинтеграции), они к медицинской помощи отношения фактически не имеют.

Ни у кого не вызывает сомнения наличие острого патологического процесса в организме пациента при острых состояниях в наркологии, диагностируемых по МКБ-10 в рубриках F1x.3x – F1x.5x (синдром отмены ПАВ со всеми возможными осложнениями) и необходимости лечебной помощи при этих состояниях, за исключением легко протекающих случаев, когда собственные защитные силы организма оказываются достаточными для подавления развившегося патологического процесса и лечения не требуется. В большинстве случаев эти патологические процессы успешно купируются, после этого обнаруживаются определенные отклонения от нормального функционирования, снижающие адаптационные возможности и облегчающие возобновление патологического процесса – рецидива заболевания. «Проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь появиться при соответствующих условиях» [15]. В МКБ-10 это состояние кодируется в рубриках F1x.2x (синдром зависимости). Аналогичная ситуация имеет место с состояниями, кодируемыми в рубриках F1x.0x и F1x.1 (острая интоксикация и употребление с вредными последствиями), с той лишь разницей, что медицинская помощь при их возникновении в большинстве случаев оказывается в общемедицинской (не наркологической) сети и после завершения лечения пациентов не всегда диагностируется синдром отмены.

Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять ПАВ (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак [24]. Споры вокруг определения понятия (тяга, потребность,

патологическое влечение, аддиктивное влечение, крейвинг), его содержания, механизмов возникновения и развития не утихают в течение нескольких десятилетий. На сегодняшний день практически и отечественные, и зарубежные исследователи признают, что ПАВ, вызывающие зависимость, активизируют в мозге человека нейрхимические механизмы [26–28], участвующие в любом позитивном усилении запоминания событий и паттернов поведения, важных для выживания организма [35] и являющиеся частью сложной, саморегулирующейся системы.

Основные принципы функционирования таких систем описаны Н. Винером. Система активируется при получении системообразующим фактором от триггера прямого стимулирующего сигнала, который транслируется необходимым для достижения системной цели структурным элементом, активизируя их деятельность. По мере выполнения структурными элементами системной функции и/или при достижении общей системной цели срабатывает механизм отрицательной обратной связи, активизирующий реципрокный регулирующий фактор, что влечет снижение активности системы и стабилизацию ее на исходном уровне до поступления нового прямого стимулирующего сигнала. Если отрицательная обратная связь оказывается функционально недостаточной, она «меняет знак» и оказывает стимулирующий эффект вместо тормозящего. При этом система переходит на циклическую деятельность, начнет повторять без конца один и тот же цикл операций, активность её сохраняется даже при прекращении действия первоначального активизирующего фактора [9], в циклическую деятельность могут вовлекаться все новые и новые структуры, что в конечном итоге может привести к разрушению системы [6]. Принцип действия саморегулирующихся систем универсален. Внешние проявления деятельности функциональной системы зависят от вовлеченных в её деятельность структурных элементов. Пусковые механизмы (триггеры), соотношение характера и силы стимулирующих и тормозящих сигналов, характер и количество вовлеченных в деятельность системы структурных элементов могут существенно различаться не только у разных пациентов, но и у одного и того же пациента в различные временные промежутки. Учесть все нюансы деятельности системы из-за большого количества структурных элементов и ещё большего количества прямых и обратных связей в практической деятельности не представляется возможным, в связи с этим Н. Винер и ввел понятие «черный ящик»: имеет значение входящий стимул и результат на выходе, а все, что происходит внутри «черного ящика», не анализируется и не учитывается. Понимание процессов, происходящих внутри «черного ящика», возможно лишь на вероятностном уровне.

Желание употребить ПАВ (например, алкоголь) под влиянием самых разных стимулирующих факторов (социальных, гедонистических, условно рефлекторных и т. д.) может возникнуть как у здорового, так и у страдающего зависимостью человека. Если в это время тормозящие факторы оказываются функционально недостаточными, желание дезактуализируется. В случае реализации желания употребить алкоголь при

достижении ожидаемого эффекта (получение удовольствия или уменьшения проявлений дискомфорта) у здоровых людей практически всегда срабатывает механизм отрицательной обратной связи и алкогольный эксцесс ограничивается однократным употреблением. Иногда этот механизм может оказаться функционально достаточным (особенно при наличии дополнительных внешних тормозящих воздействий, например со стороны семьи) и у людей со сформировавшейся зависимостью, что объясняет случаи «контролируемого употребления» зависимыми пациентами. В большинстве же случаев у людей со сформировавшейся зависимостью от ПАВ механизм отрицательной обратной связи оказывается функционально недостаточным для торможения деятельности системы, и у них развивается настоящий синдром зависимости.

Синдром качественно отличается от механической суммы его составляющих признаков (симптомов), имеет свои статические и динамические признаки, не выводимые из закономерностей, свойственных составляющим его симптомам, это целостный образ, формирующийся при переходе количества в качество под влиянием синдромообразующих механизмов [38]. С системных позиций синдром может быть определен как функциональная система, утратившая способность к саморегуляции.

Если созерцание на экране девушки, смакующей коктейль, выполнило функцию триггера и активизировало желание употребить алкоголь, а отрицательная обратная связь оказалась функционально недостаточной, она неизбежно сменит знак на положительную обратную связь и усилит желание выпить, нарушив способность контролировать прием вещества, подвергнув забвению альтернативные интересы, обнаружив сформировавшуюся ранее высокую толерантность. С каждым новым витком будет нарастать относительная недостаточность тормозящих факторов, алкоголь будет употребляться несмотря на очевидные вредные последствия, система начнет расширяться за счет присоединения новых структурных элементов (пойдет в разнос), присоединятся биологические факторы (физическая зависимость), еще более снижающие вероятность угасания активности системы за счет развития, при попытке прекратить употребление, физиологического состояния отмены. При этом обнаружатся не только все шесть диагностических признаков синдрома зависимости, но и несомненное наличие в организме патологического процесса, требующего вмешательства извне для разрыва порочного (возможно, не одного) круга. Предпочтительно – квалифицированного медицинского вмешательства.

В период воздержания от употребления ПАВ у страдающего зависимостью человека, в отличие от здорового, за счет наличия значительно большего количества ключевых стимулов, желание употребить ПАВ возникает значительно чаще или ощущается постоянно, может достигать степени навязчивости, и поэтому поддержание тормозящих факторов в состоянии функциональной достаточности требует значительно больших усилий. Все это мешает человеку полноценно функционировать в социуме, отвлекает от работы или иной социально полезной деятель-

ности. Сам факт воздержания от приема ПАВ при наличии желания его употребить неоспоримо свидетельствует о том, что активирующие и тормозящие деятельность системы факторы находятся в состоянии динамического равновесия, а сама система – в устойчивом состоянии. Никакого текущего патологического процесса, синдрома с «порочным кругом», требующего оказания лечебной помощи, в этот период обнаружить не удастся. Единственный процесс, которому подвергается в этот период сложная, открытая, нелинейная система – диссипативность, неуклонно снижающая устойчивость системы [41], но это естественный процесс жизнедеятельности системы. Вместе с тем без особого труда обнаруживается расстройство здоровья, мешающее человеку адаптироваться к социуму и заключающееся в желании употребить ПАВ, которое возникает чрезмерно часто или присутствует постоянно. Мероприятия, направленные на ликвидацию или смягчение проявлений этого расстройства здоровья, и следует рассматривать как медицинскую реабилитацию в наркологии.

В отечественной наркологии период воздержания от употребления ПАВ в рамках хронического наркологического заболевания рассматривается как этап становления ремиссии (в первые 3-6 месяцев после обострения) [7, 14] или ремиссия, что зафиксировано в адаптированной для использования в Российской Федерации версии МКБ-10 [29]. Мероприятия, направленные на ликвидацию или смягчение проявлений, сохраняющихся в период воздержания от употребления ПАВ, расстройств обозначаются как противорецидивная терапия, заключающаяся, в лучшем случае, в усилении механизмов отрицательной обратной связи [36], терапии коморбидных аффективных (преимущественно депрессивных) расстройств [14] (сужение круга факторов, способных выполнять роль триггера) и психотерапии, нацеленной на повышение социальной адаптации, личностный рост. Основой противорецидивной терапии является применение антипсихотиков (нейролептиков) для подавления патологического влечения к алкоголю и наркотикам (ПВА/Н) [2], что зафиксировано во всех изданных в последние годы руководящих документах (Стандарты, Порядки, Протоколы).

С системных позиций синдром ПАВ/Н представляет собой подробное клиническое описание двух состояний, в одном из которых может находиться в текущее время система, контролирующая потребление ПАВ. Генерализованная форма ПАВ/Н представляет собой утраченную способность к саморегуляции, заиклившуюся в «порочный круг» функциональную систему. В таком состоянии система выполняет функцию доминанты, нацеленной на добычу и немедленное потребление ПАВ. В этом состоянии система не может (что отмечено и самим В. Б. Альшулером [2]) существовать длительно: либо система идет в «разнос» и пациент, сметая все преграды, возобновляет потребление ПАВ со всеми вытекающими последствиями (абстинентный синдром), либо под воздействием извне (лечение) «порочный круг» разрывается и ПАВ/Н переходит в парциальную форму. Парциальная форма синдрома ПАВ/Н описывает признаки системы в

устойчивом состоянии, когда активирующие и тормозящие ее деятельность факторы находятся в состоянии динамического равновесия и способность к её саморегуляции сохранена.

При рассмотрении вопроса о целесообразности выбора транквилизаторов или антипсихотиков для купирования генерализованной формы ПАВ/Н напрашивается аналогия с автоматической системой пожаротушения. При задымлении помещения, вне зависимости от его причин, из расположенных в потолке устройств начинает разбрызгиваться вода, заливая все помещение, а не только очаг возгорания. С учетом того, что огонь уничтожает безвозвратно все находящиеся в помещении материальные ценности, а после заливания водой часть материальных ценностей может быть восстановлена, а часть и вовсе не пострадает, такая система пожаротушения себя оправдывает. С целью уменьшения возможного ущерба, в некоторых системах пожаротушения вместо воды используются инертные газы, гарантирующие и ликвидацию очага возгорания, и сохранность материальных ценностей, да и устранение последствий срабатывания газовой системы (проветрить помещение) значительно проще и дешевле, чем удаление луж и просушка. Несмотря на неоспоримые преимущества газовой системы, она не может применяться в тех помещениях, где могут находиться люди, для которых в условиях ограниченного выбора (сгореть, задохнуться или промокнуть) предпочтительным будет вариант «промокнуть». Транквилизаторы и антипсихотики обладают способностью снижать активность психической деятельности, они одинаково успешно разрывая «порочный круг», приостанавливают острый патологический процесс, гарантированно «гасят очаг возгорания». В большинстве случаев, даже когда проявления генерализованной формы ПАВ/Н (пошедшая в разнос функциональная система) достигают психотического уровня (алкогольный делирий), достаточно двух-трехкратного применения транквилизаторов или антипсихотиков для стабилизации системы и перехода ПАВ/Н в парциальную форму. Бензодиазепины, являясь агонистами ГАМК, облегчающими её нейротрансмиссию [36], делают это мягче, естественнее, «сохраняют материальные ценности», при применении антипсихотиков чаще наблюдаются побочные эффекты (лужи воды). Преимущества собственно антипсихотического действия нейролептиков и недостатки (наркогенность) бензодиазепинов нивелируются кратковременностью применения этих препаратов для купирования острых состояний. В итоге бензодиазепины для купирования генерализованной формы ПАВ/Н представляются более предпочтительными, а нейролептики могут применяться в качестве препаратов второго ряда при невозможности использования бензодиазепинов по какой-либо причине (например, индивидуальной непереносимости).

Утверждение В.Б. Альшулера о хроническом характере патологического влечения [2] может относиться только к парциальной форме ПАВ/Н, которая не может считаться синдромом, поскольку нет текущего патологического процесса, заикливания системы. Желание употребить ПАВ сохраняется, но успешно

тормозится, система сохраняет устойчивость, но может её утратить под влиянием различных, порой незначительных стимулов. Повысить степень устойчивости системы можно за счет как снижения интенсивности влечения, так и усиления тормозящих факторов. Транквилизаторы и антипсихотики способны благоприятно воздействовать одновременно на оба эти механизма. Причем при длительном (курсовом) применении проявится способность антипсихотиков оказывать тормозящее влияние на ретикулярную формацию без выраженного торможения корковой деятельности, что обеспечит предпочтительность их использования. Однако избирательность их действия не столь тонка, чтобы констатировать целенаправленное снижение влечения к алкоголю при применении одного препарата или к опиоидам при применении другого (за исключением самих алкоголя и опиоидов). Использование их общей способности снижать активность психической деятельности для профилактики обострений (генерализации влечения) равносильно практике (продолжая аналогию) ежедневно в конце рабочего дня включать систему пожаротушения и заливать водой помещение с целью профилактики пожара. Систематическое, курсовое назначение препаратов этой группы уменьшит тягу не только к ПАВ, но и другие пристрастия, что повлечет снижение инициативности и повышение управляемости поведением человека, «возделает почву» для последующей «ресоциализации» и, главное, создаст прецедент для разработки показаний к применению нейролептиков при «лечении» других видов социопатий, создаст все условия для широкого внедрения психиатрических технологий в процесс создания «идеального социума».

Дискуссия [10] о сути синдрома ПАВ/Н и целесообразности применения нейролептиков для его лечения продолжается четыре года [26–28] и носит, на наш взгляд, не столько научно-медицинский, сколько фило-софско-мировоззренческий характер. Так или иначе, доминирующее в отечественной наркологии учение о синдроме ПАВ/Н представляет собой попытку теоретического обоснования лишь одного из способов подавления активности системы, контролирующей потребление ПАВ, что явно недостаточно для того, чтобы это учение могло бы послужить теоретической основой организации медицинской реабилитации в наркологии.

В зарубежной литературе аддиктивному влечению (крэйвингу) посвящено необозримое количество публикаций. Наиболее полный их обзор представлен М.Л. Зобиным [16], отметившим что из-за множества концептуальных и методологических трудностей, различий в теоретических подходах, не удается сформулировать единую концепцию одного из ключевых феноменов аддикции – влечения к ПАВ. Формулировка единой концепции влечения к ПАВ, на наш взгляд, может основываться исключительно на признании единства системообразующего фактора, универсальности системного ответа на его активизацию и двухвариантности результата этого ответа – употребление ПАВ либо происходит, либо не происходит. Все остальные характеристики феномена влечения к ПАВ отражают процессы, происходящие внутри «черного ящика», попытка их учета возможна только

на вероятностном уровне. Любая попытка формулирования единой концепции влечения к ПАВ неизбежно сведется приблизительно к такому результату: при виде на экране монитора девушки, смакующей коктейль, желание употребить алкоголь возникает у ...% зрителей, в ...% случаев это желание сопровождается вегетативной реакцией, в ...% случаев ощущением тепла в области желудка, в ...% – изменением цвета кожных покровов; в ...% случаев это желание актуализируется на идеаторном уровне и в ...% вербализуется... И так до бесконечности.

Невозможность учета всех нюансов деятельности системы не только не отменяет необходимости изучения этих нюансов, но, напротив, предопределяет обязательность исследования деятельности составляющих систему подсистем, разработку методологии практического вмешательства в их деятельность с целью получения желаемого результата в каждом конкретном случае и на каждом из этапов. Главная цель медицинской реабилитации в наркологии – вскрытие «черного ящика» и регулировка его работы: элиминация лишних, привнесенных заболеванием структурных элементов (триггеров), разрыв или ослабление активизирующих влечение к ПАВ связей, формирование новых или укрепление существующих связей, тормозящих влечение к ПАВ. Например, установление высокой вероятности связи проявления той или иной вегетативной реакции с ослаблением механизма отрицательной обратной связи и обнаружение возможности влиять на частоту возникновения этой вегетативной реакции создает условия для предотвращения рецидива заболевания в конкретном случае. Медицинская реабилитация в наркологии – работа кропотливая, сложная и всегда «штучная». Штучность любой продукции не всегда заключается в уникальности каждой детали. В результате уникальной компоновки деталей, созданных по стандартным технологиям, также получается штучный продукт.

Сквозная, комплексная индивидуальная реабилитационная программа (ИРП) [8], разработанная непосредственно после окончания лечебного этапа (купирования абстинентного синдрома), как это предусмотрено Национальными клиническими рекомендациями по медицинской реабилитации, неизбежно превращается в программу использования остаточной трудоспособности пациента без попытки его излечения. В её основе лежит приспособление состояния пациента к окружающему с формированием «конкретных реально-выполнимых задач для каждого реабилитационного этапа в соответствии с потребностями пациента и его УРП на данном этапе» [1], а не попытка изменить состояние пациента. Такой подход оправдан при разработке индивидуальной программы реадaptации и ресоциализации, к которой следует приступать исключительно после завершения программы медицинской реабилитации с учетом степени успешности её реализации.

Индивидуальная программа медицинской реабилитации должна базироваться на точной диагностике варианта развития у конкретного пациента поведенческих, когнитивных, эмоциональных, физиологических расстройств, результирующим проявлением которых является аддиктивное влечение. Множественность

теоретических моделей аддиктивного влечения, отражающая объективно существующую множественность причин и механизмов его возникновения и развития, вариабельность его форм и проявлений – хорошая теоретическая база для разработки таких программ – уникальной компоновки стандартных технологий.

Задачами медицинской реабилитации в наркологии являются точная диагностика в каждом конкретном случае причин нарушения динамического равновесия стимулирования и торможения деятельности системы, регулирующей потребление ПАВ, разработка и реализация мер, направленных на устранение этих причин, с целью повышения стабильности функционирования этой саморегулирующейся системы как абсолютно необходимого условия для воздержания от потребления ПАВ людьми, страдающими зависимостью от ПАВ. Справедливость этого утверждения подтверждается повседневной наркологической практикой. Вивитрол, например, не оказывает никакого влияния на факторы, вызывающие желание употребить опиоиды (активизирующие систему), приводит к невозможности употребления (очень мощно тормозит систему). Если активизация осуществляется, например, по условно-рефлекторному механизму, такого торможения бывает достаточно, пациент соглашается на повторные инъекции, удерживается в реабилитационной программе до угасания условного рефлекса. Но если причиной активизации желания является недиагностированная ларвированная депрессия, то на протяжении всего периода действия препарата пациент испытывает сильнейший дискомфорт, ищет способы нейтрализации действия препарата, отказывается от повторной инъекции, выбывает из реабилитационной программы.

Таким образом, с системных позиций, лечение наркологического заболевания – это восстановление способности к саморегуляции системы, регулирующей потребление ПАВ. Медицинская реабилитация заключается в обеспечении устойчивости функционирования этой системы, а реадaptация и ресоциализация – в поддержании устойчивости ее функционирования за счет адекватной аттракции по ходу диссипативно-синергетического процесса [41].

Если для включения в программы социальной реадaptации и ресоциализации необходимым условием является прекращение употребления ПАВ [4], то для медицинской реабилитации это условие служит целью реализации программ. До сегодняшнего дня наркологи, наркополицейские, общественные и религиозные организации совместно, параллельно, альтернативно занимались разработкой методологии медико-социальной реадaptации. Теоретических, методологических разработок, имеющих отношение к медицинской реабилитации в наркологии, нам, к сожалению, в отечественной наркологической литературе обнаружить не удалось. Остается надеяться, что Указ Президента Российской Федерации от 10 июля 2014 г. № 507 станет толчком к началу таких разработок. Желательно, чтобы эти разработки велись на системном уровне, т.е. с учетом, в отличие от комплексного подхода, прямых и обратных связей между составляющими систему структурными элементами, возможности метаморфозы знаков связей, а также диссипативно-синергетических процессов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агибалова Т.В., Альтшулер В.Б., Винникова М.А. и др. Национальные клинические рекомендации по медицинской реабилитации», 2014, способ доступа: <http://r-n-l.ru/dokumentatsija/protokoly-lechenija-i-reabilitatsii/>
2. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. М.: Медицина. 1994. 216 с.
3. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Правовая наркология [под общей ред. О.В. Зыкова]. Вып. 3. Стандарты реабилитации. М.: РБФ НАН, 2012. 222 с.
4. Брюн Е.А. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных» /Метод. реком. «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, 2013. 124 с.
5. Брюн Е.А. Модернизация наркологии: методология реабилитации больных наркологического профиля». Доклад на совещании главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов РФ., способ доступа: [http://www.nncn.ru/2\\_548.html](http://www.nncn.ru/2_548.html)
6. Винер Н. Кибернетика, или Управление и связь в животном и машине [Пер. с англ. И.В. Соловьева и Г.Н. Поварова; под ред. Г.Н. Поварова]. 2-е издание. М.: Наука, 1983. 344 с.
7. Винникова М.А. Ремиссии при синдроме зависимости // Русский медицинский журнал. 2009. № 11. С. 815–821.
8. Гайдаров Л.Ф., Лазарева Г.Ю., Леонкин В.В. и др. Справочник по реабилитации после заболеваний. М.: Медицина, 2008.
9. Гольдэкр Р. Регуляция ритма и гомеостаза в биологии и медицине // Кибернетика и живой организм. Киев: Наукова думка, 1964. С. 31–52.
10. Дискуссия по проблемам наркологии на сайте РОП, способ доступа: <http://psychiatr.ru/news/29>
11. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных. Руководство по наркологии [под ред. Н.Н. Иванца]. Т. 2. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 222–270.
12. Дудко Т.Н., Кошкина Е.А., Борисова Е.В. и др. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией. Методические рекомендации, государственный контракт № 06/225, ФГУ ННЦ наркологии МЗиСР РФ, М., 2008. Способ доступа: [http://www.nncn.ru/2\\_266.html](http://www.nncn.ru/2_266.html)
13. Дудко Т.Н., Арзуманов Ю.Л., Огурцов П.П. и др. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией. Методические рекомендации. М., 2009, способ доступа: [http://www.nncn.ru/2\\_202.html](http://www.nncn.ru/2_202.html)
14. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб: ЭЛБИ, 2002. 192 с.
15. Зеневич Г.В. Клинико-биологические и социально-психологические предпосылки рецидивов алкоголизма. В кн.: Лечение и реабилитация больных алкоголизмом: Труды Ленинградского НИИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1977. Т. 84. С. 54–60.
16. Зобин М.Л. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Ч. 1 // Неврологический вестник. 2011. №3. С. 44–54.
17. Иванов В.П. Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ», проект 25-01-2013, способ доступа: <http://stratgap.ru/files/Gspr24-12-2012.pdf>
18. Концепция Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых, 2010, способ доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1266458.html>

19. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы Российской Федерации в 2006 – 2007 годах. / Краткий статист. сб. М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2007. 184 с.

20. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В. и др. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012-2013 годах. Статистический сборник. М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2014. 173 с.

21. Кузина А. Минздрав и ФСКН делят клиентов // Московский Комсомолец. 23.07.2013

22. Кузнецов В.В. Организация государственного контроля за деятельностью государственных и негосударственных учреждений, работающих в сфере оказания лечебной и реабилитационной помощи больным наркоманией». способ доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/744>

23. Кузнецов В.В., Скалин Ю.Е. Реальность междисциплинарного подхода к проблеме наркологических расстройств / Тезисы (часть 2) Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?» [под ред. Н.Г. Незнамова], 14-17 мая 2014 г., Санкт-Петербург, Россия, С. 596–598.

24. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике [Пер. на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера С.Ю. Циркина]. ВОЗ, Россия, СПб, Оверлайд, 1994.

25. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и неубедительность процедур // Наркология. 2005. №1. С. 56–64.

26. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. 2010. №5. С. 95–102.

27. Менделевич В.Д. Аддитивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. 2010. №5. С. 94–100.

28. Менделевич В. Д. О понятиях «патологическое» и «психопатологическое» в наркологии // Вопросы наркологии. 2014. № 4. С. 157–170.

29. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.

30. О'Брайен Ч. П. Фармакотерапия в наркологии. <http://www.narcom.ru/publ/info/918>

31. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» «С изменениями и дополнениями от: 4 сентября 2012 г., 17 января, 15 апреля 2013 г. Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70164724/#ixzz3CG2Ruxfm>

32. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 299 Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков».

33. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология», приложения 16-18.

34. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2008. 640 с.

35. Самохвалов В.П., Самохвалова О.Е. Нейробиология поведения зависимости. Руководство по аддиктологии [под ред. проф. В. Д. Менделевича]. СПб: Речь, 2007. С. 129–131.

36. Сиволап Ю.П. Алкогольные расстройства: мишени и средства терапии // Наркология. 2014. № 3. С. 34–38.

37. Скалин Ю.Е., Кузнецов В.В., Крылова Н.В. Трехэтапная система оказания наркологической помощи» / Тезисы научно-практической конференции «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» [под ред. Н.Г. Незнамова и Е.М. Крупицкого]. СПб, 2012. С. 122–123.

38. Случевский Ф.И. Проблемы синдромаобразования в психиатрической клинике / Сборник трудов ЛСГМИ [под ред. Ф. И. Случевского]. Ленинград, 1987. 114 с., С. 103.

39. Указ Президента Российской Федерации «О внесении изменений в положение о Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, утвержденное Указом Президента Российской Федерации от 28 июля 2004 г. № 976» от 10 июля 2014 года № 507.

40. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

41. Чернобровкина Т.В., Каршенгольц Б.М., Артемчук А.Ф. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. Харьков, 2007, 240 с.

## REFERENCES

1. Agibalova T.V., Al'tshuler V.B., Vinnikova M.A. et al. *Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii po meditsinskoj reabilitatsii*, 2014; <http://r-n-l.ru/dokumentatsija/protokoly-lechenija-i-reabilitatsii/> (in Russian)
2. Al'tshuler V. B. *Patologicheskoe vlechenie k alkogolyu*. Moscow: Meditsina, 1994. 216 p. (in Russian)
3. Barkova N.P., Vankon I.G. *Pravovaya narkologiya* [O.V. Zykov ed.]. № 3. Standarty reabilitatsii. Moscow: RBF NAN, 2012. 222 p. (in Russian)
4. Bryun E.A. *Sovremennye podkhody v organizatsii mediko-sotsial'noi reabilitatsii narkologicheskikh bol'nykh. Metodicheskie rekomendatsii*. Moscow, 2013. 124 p. (in Russian)
5. Bryun E.A. *Modernizatsiya narkologii: metodologiya reabilitatsii bol'nykh narkologi-cheskogo profilya. Doklad na soveshchaniy glavnykh narkologov organov upravleniya zdoravookhraneniem sub'ektov RF.*: [http://www.nncn.ru/2\\_548.html](http://www.nncn.ru/2_548.html) (in Russian)
6. Viner N. *Kibernetika, ili Upravlenie i svyaz' v zhivotnom i mashine* [Per. s angl. I.V. Solov'eva i G.N. Povarova; pod red. G.N. Povarova]. 2-e izdanie. Moscow: Nauka, 1983. 344 p. (in Russian)
7. Vinnikova M.A. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2009. № 11. pp. 815–821. (in Russian)
8. Gaidarov L.F., Lazareva G.Yu., Leonkin V.V. et al. *Spravochnik po reabilitatsii posle zabolevanii*. Moscow: Meditsina, 2008. (in Russian)
9. Gol'dekr R. In: *Kibernetika i zhivoi organizm*. Kiev: Naukova dumka, 1964. pp. 31–52. (in Russian)
10. *Diskussiya po problemam narkologii na saite ROP*: <http://psychiatr.ru/news/29> (in Russian)
11. Dudko T.N. *Reabilitatsiya narkologicheskikh bol'nykh. Rukovodstvo po narkologii* [pod red. N.N. Ivantsa]. Vol. II. Moscow: Medpraktika-M, 2002. pp. 222–270. (in Russian)
12. Dudko T.N., Koshkina E.A., Borisova E.V. et al. *Otsenka effektivnosti integratsion-noi sistemy reabilitatsii bol'nykh narkomaniei. Metodicheskie rekomendatsii, gosudarstvennyi kontrakt № 06/225, FGU NNTs narkologii MZiSR RF*, Moscow, 2008: [http://www.nncn.ru/2\\_266.html](http://www.nncn.ru/2_266.html) (in Russian)
13. Dudko T.N., Arzumanov Yu.L., Ogurtsov P.P. et al. *Osnovnye tekhnologii lechebno-reabilitatsionnoi pomoshchi bol'nykh narkomaniei. Metodicheskie rekomendatsii*. Moscow, 2009: [http://www.nncn.ru/2\\_202.html](http://www.nncn.ru/2_202.html) (in Russian)
14. Eryshev O.F., Rybakova T.G., Shabanov P.D. *Alkogol'naya zavisimost': formirovaniye, techeniye, protivoretsivnaya terapiya*. St.Petersburg: ELBI, 2002. 192 p. (in Russian)



15. Zenevich G.V. In: *Lechenie i reabilitatsiya bol'nykh alkogolizmom: Trudy Leningradskogo NII im. V.M. Bekhtereva*. Leningrad, 1977. Vol. 84. pp. 54–60. (in Russian)
16. Zobin M.L. *Nevrologicheskii vestnik*. 2011. №3. pp. 44–54. (in Russian)
17. Ivanov V.P. *Gosudarstvennaya mezhvedomstvennaya programma «Kompleksnaya reabili-tatsiya i resotsializatsiya potrebitelei narkoticheskikh sredstv i psikhotropnykh veshchestv», pro-ekt 25-01-2013*: <http://stratgap.ru/files/Gspr24-12-2012.pdf> (in Russian)
18. *Kontseptsiya Russkoi Pravoslavnoi Tserkvi po reabilitatsii narkozavisimyykh*, 2010: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1266458.html> (in Russian)
19. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V. *Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoi sluzhby Rossiiskoi Federatsii v 2006 – 2007 godakh. Kratkii statisticheskii sbornik*. Moscow: FGU NNTs narkologii, 2007. 184 p. (in Russian)
20. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V., Sidoryuk O.V. et al. *Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2012-2013 godakh. Statisticheskii sbornik*. Moscow: FGU NNTs narkologii, 2014. 173 p. (in Russian)
21. Kuzina A. *Minzdrav i FSKN delyat klientov*. In: *Gazeta Moskovskii Komsomolets*. 23.07.2013 (in Russian)
22. Kuznetsov V.V. *Organizatsiya gosudarstvennogo kontrolya za deyatel'nost'yu gosudar-stvennykh i negosudarstvennykh uchrezhdenii, rabotayushchikh v sfere okazaniya lechebnoi i reabi-litatsionnoi pomoshchi bol'nyim narkomaniei*: <http://www.narcom.ru/publ/info/744> (in Russian)
23. Kuznetsov V.V., Skalin Yu.E. Abstracts of Papers, *Mezhdistsiplinaryi podkhod k psikhicheskim rasstroi-stvam i ikh lecheniyu: mif ili real'nost'?* *Proceedings of the All-Russian scientific-practical conference with international participation* [N.G. Neznanov ed.], 14-17 may 2014, St.Petersburg, pp. 596–598. (in Russian)
24. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhiche-skikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike* [Perevod na russkii yazyk pod red. Yu.L. Nullera S.Yu. Tsirkina]. VOZ, Russia, St.Petersburg, Overlaid, 1994. (in Russian)
25. Mendelevich V.D. *Narkologiya*. 2005. №1. pp. 56–64. (in Russian)
26. Mendelevich V.D. *Voprosy narkologii*. 2010. №5. pp. 95–102. (in Russian)
27. Mendelevich V.D. *Narkologiya*. 2010. №5. pp. 94–100. (in Russian)
28. Mendelevich V.D. *Voprosy narkologii*. 2014. № 4. pp. 157–170. (in Russian)
29. *Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00 – F99): Klass V MKB-10, adaptirovanniy dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii*. Moscow, 1998. (in Russian)
30. O'Braien Ch. P. *Farmakoterapiya v narkologii*. <http://www.narcom.ru/publ/info/918> (in Russian)
31. *Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 16 aprelya 2012 g. N 291 “O litsenzirovanii me-ditsinskoi deyatel'nosti (za isklyucheniem ukazannoi deyatel'nosti, osushchestvlyаемoi meditsin-skimi organizatsiyami i drugimi organizatsiyami, vkhodyashchimi v chastnyuyu sistemu zdravookhra-neniya, na territorii innovatsionnogo tsentra «Skolkovo») «S izmeneniyami i dopolneniyami ot: 4 sentyabrya 2012 g., 17 yanvarya, 15 aprelya 2013 g. Sistema GARANT: <http://base.garant.ru/70164724/#ixzz3CG2Ruxfm> (in Russian)*
32. *Postanovlenie Pravitel'stvo Rossiiskoi Federatsii ot 15 aprelya 2014 g. № 299 Ob utverzhenii gosudarstvennoi programmy Rossiiskoi Federatsii «Protivodeistvie nezakonnomu oborotu narkotikov»*. (in Russian)
33. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 15 noyabrya 2012 g. N 929n “Ob utver-zhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoi pomoshchi po profilyu «narkologiya», prilozheniya 16-18*. (in Russian)
34. Pyatnitskaya I.N. *Obshchaya i chastnaya narkologiya: Rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow: Meditsina, 2008. 640 p. (in Russian)
35. Samokhvalov V.P., Samokhvalova O.E. *Neirobiologiya povedeniya zavisimosti. Ruko-vodstvo po addiktologii* [pod red. prof. V. D. Mendelevicha]. St.Petersburg: Rech', 2007. pp. 129–131.
36. Sivolap Yu.P. *Narkologiya*. 2014. № 3. pp. 34–38. (in Russian)
37. Skalin Yu.E., Kuznetsov V.V., Krylova N.V. Abstracts of Papers, *Mir addiktii: khimicheskie i nekhimicheskie zavisimosti, assotsiirovannye psikhicheskie rasstroistva Proceedings of the Scientific-Practical Conference* [N.G. Neznanov, E.M. Krupitskii ed.], St.Petersburg, 2012. pp. 122–123. (in Russian)
38. Sluchevskii F.I. *Problemy sindromoobrazovaniya v psikiatricheskoi klinike, sbornik trudov LSGMI* [F. I. Sluchevskii ed.], Leningrad, 1987. 114 p., P. 103. (in Russian)
39. *Ukaz Prezidenta Rossiiskoi Federatsii «O vnesenii izmenenii v polozhenie o Fe-deral'noi sluzhbe Rossiiskoi Federatsii po kontrolyu za oborotom narkotikov, utverzhden-noe Ukazom Prezidenta Rossiiskoi Federatsii ot 28 iyulya 2004 g. № 976» ot 10 iyulya 2014 goda № 507*. (in Russian)
40. *Federal'nyi zakon «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii» ot 21 noyabrya 2011 goda № 323-FZ* (in Russian)
41. Chernobrovkina T.V., Karshengol'ts B.M., Artemchuk A.F. *Sinergeticheskaya meditsina: teoreticheskie i prikladnye aspekty v addiktologii*. Kharkov, 2007, 240 p. (in Russian)

Поступила 03.03.15.