

Научно-методический отдел
Душепопечительского православного центра
святого праведного Иоанна Кронштадтского

Отделение наркотической и демографической безопасности
Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка

Легальная наркоагрессия в России

(Хроники необъявленной войны)

Москва 2008

Составители:

— иеромонах Анатолий (Берестов) — д.м.н., руководитель Душепопечительского православного центра (ДПЦ) святого праведного Иоанна Кронштадтского, председатель Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (ОНДБ АБОП), член Общественного совета при Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России), член Национального антикоррупционного комитета Российской Федерации;

— Н.В. Каклюгин — врач-психиатр, аспирант Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, сотрудник научно-методического отдела ДПЦ святого праведного Иоанна Кронштадтского, врач-эпидемиолог, секретарь ОНДБ АБОП

ISBN 978-5-94264-034-7

© Научно-методический отдел по профилактике
зависимостей и реабилитации лиц с зависимым поведением
Душепопечительского православного центра
святого праведного Иоанна Кронштадтского
Московской патриархии, 2008

Оглавление

Предисловие	9
Глава 1.	
Заседание Круглого стола в Отделении наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (15.12.2006)	11
1.1 Тема: "Последствия роста немедицинского употребления населением Российской Федерации лекарственных средств, а также наркотических веществ, изготовленных из семян пищевого мака, способных в процессе злоупотребления сформировать синдром зависимости"	11
1.2 Выступления	15
1.2.1 Иеромонах Анатолий (Берестов) – вступительное слово	15
1.2.2 Сорокин В.С.	21
1.2.3 Колесников В.В.	22
1.2.4 Клименко Т.В.	29
1.2.5 История одного диагноза	32
1.2.6 Рябцева А.А.	35
1.2.7 Абрамов И.С.	36
1.2.8 Гофман А.Г.	39
1.2.9 Дудко Т.Н.	44
1.2.10 Шевцова Ю.Б.	47
1.3 Резолюция	48
Глава 2.	
Служебная переписка (2005–2007 гг.)	59
2.1 Ответ Минздравсоцразвития России Председателю Комитета Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Федерального Собрания Российской Федерации В.Е.Шудегову (14.05.2005)	59
2.2 Ответ ДПЦ от полномочного представителя Президента России в Центральном федеральном округе Г.С.Полтавченко (19.05.2005) ...	60
2.3 Информационное письмо ДПЦ на имя Директора ФСКН России В.В.Черкесова по вопросам немедицинского потребления лекарственных средств населением Российской Федерации (10.05.2006)	62

2.4 Ответ ДПЦ из Управления по контролю за легальным оборотом наркотиков (УКЛОН) ФСКН России (20.06.2006)	67
2.5 Ответ ДПЦ из Минздравсоцразвития России по вопросу злоупотребления лекарственными препаратами (11.09.2006)	69
2.6 ЛЕГАЛЬНЫЙ НАРКОРЫНОК – обращение ДПЦ к Генеральному прокурору Российской Федерации Ю.Я.Чайке (06.10.2006)	72
2.7 Ответ ДПЦ из Управления по контролю за оборотом легальных наркотиков ФСКН России по вопросу роста немедицинского потребления некоторых лекарственных препаратов (25.10.2006)	97
2.8 Ответ ДПЦ от руководителя Росздравнадзора в части организации контроля за соблюдением аптечными учреждениями порядка отпуска рецептурных лекарственных средств или "Волга впадает в Каспийское море..." (16.01.2007)	98
2.9 Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785 "О порядке отпуска лекарственных средств" (в редакции Приказов Минздравсоцразвития России от 24.04.2006 № 302, от 13.10.2006 № 703)	99
2.10 Письмо-обращение ДПЦ на имя председателя Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Б.В.Грызлова (06.12.2006)	110
2.11 Информационное письмо ДПЦ в государственные правоохранительные органы о проблеме злоупотребления населением России семенами пищевого мака (06.12.2006)	145
2.12 Ответ ДПЦ из оперативно-розыскного департамента ФСКН России о мерах по пресечению незаконного оборота наркотических средств, изготавливаемых из семян пищевого мака, реализуемого через торговую сеть (14.11.2006)	162
2.13 Ответ ДПЦ из оперативно-розыскного департамента ФСКН России о злоупотреблении ацетилированным опиумом, изготавливаемым из семян мака (04.12.2006)	163
2.14 Ответ ДПЦ из Генеральной прокуратуры Российской Федерации о проблемах, связанных с противодействием распространению наркотиков в Российской Федерации (06.02.2007)	164
2.15 Ответ ДПЦ из Минздравсоцразвития России – общие вопросы наркологии (07.02.2007)	165
2.16 Письмо Министерства здравоохранения Челябинской области руководителям аптечных учреждений о фактах злоупотребления некоторыми лекарственными средствами, содержащими наркотические вещества (21.03.2007)	169
2.17 Письмо Минздравсоцразвития России о допустимых мерах контроля за отпуском препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (06.04.2007)	171

2.18 Информационное письмо ДПЦ на имя Директора ФСКН России В.В.Черкесова и Директора ФСБ России Н.П.Патрушева о результатах сравнительного анализа объёмов продаж наркотических и ненаркотических средств от кашля и роли в данных процессах фармацевтической компании "Фармстандарт" (06.07.2007 и 25.07.2007 соответственно)	173
2.19 Ответ Минздравсоцразвития России на запрос ФСКН России в связи с полученным из ДПЦ информационным письмом (см. п. 2.18) или "Эхолалия – автоматический повтор слогов и словосочетаний" (27.08.2007)	192

Глава 3. Разъяснительные письма о немедицинском потреблении некоторых медицинских препаратов 195

3.1 Вопросы к ПККН о наркотических средствах и психотропных веществах (1998)	195
3.2 Вопрос к юристу об ограничении оборота наркотических, сильнодействующих, ядовитых и психотропных веществ (2005)	197
3.3 Меры контроля за оборотом комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов (2006)	201
3.4 Комментарий к статье Н.М.Николаевой "Меры контроля за оборотом комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов"	203
3.5 Информационное письмо фармацевтической компании "Морон" о введении ограничений на отпуск населению "Коаксила" (2006)	205
3.6 Комментарий Минздравсоцразвития России об изменениях, внесённых в Порядок отпуска аптечными учреждениями лекарственных средств (2007)	206

Глава 4. Медицинские клинические статьи и литературные обзоры 210

4.1 Синдром зависимости от приёма "Коаксила" (тианептина) и последствия злоупотребления им с точки зрения врача-клинициста	210
4.1.1 Зависимость от "Коаксила": сообщение о случае	210
4.1.2 Злоупотребление "Коаксилом" (тианептином) в качестве заместительного средства больными с героиновой зависимостью	215
4.1.3 Особенности формирования зависимости от тианептина ("Коаксила")	221

4.1.4 Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения "Коаксила" (тианептина) у больных с наркотической зависимостью	228
4.1.5 Токсическое поражение органа зрения у инъекционных потребителей "Коаксила" (тианептина)	241
4.2 Синдром зависимости от приёма кодеинсодержащих препаратов и последствия злоупотребления ими с точки зрения врача-клинициста	248
4.2.1 "Терпинкод". О клинике и терапии кодеиновой зависимости	248
4.2.2 О зависимости от лекарственных средств, содержащих кодеин	257
4.3 Злоупотребление препаратами, содержащими декстрометорфан, с целью одурманивания	264
4.4 Гамма-оксимасляная кислота (ГОМК) или гамма-гидроксibuтират (ГНВ) и его аналоги (GBL, BDO)	268

Глава 5. Публикации в русскоязычных средствах массовой информации, затрагивающие вопросы незаконной свободной продажи наркотических веществ под видом лекарственных средств или пищевых продуктов 295

5.1 Фармацевты в российских городах продают дурман налево и направо	295
5.2 Аптечный притон	297
5.3 Телепередача "Момент истины". Эпизод об аптечном наркорынке	300
5.4 Кайф без рецепта 297	
5.5 Безрецептурная продажа "Коаксила" (тианептина) – трагедия в масштабах страны	307
5.5.1 К лекарству от страха пристрастились наркоманы	307
5.5.2 "Коаксил" – антидепрессант!?, наркотик!?	308
5.5.3 Смерть в аптечной упаковке	310
5.6 Безрецептурная продажа кодеинсодержащих препаратов – трагедия в масштабах страны	315
5.6.1 Новые приобретения Абрамовича	315
5.6.2 Наркоманы не кашляют	317
5.6.3 Список запрещенных сильнодействующих препаратов будет расширен	320

5.6.4 Притон на чужой квартире	320
5.6.5 Обращение Думы ХМАО-Югры к Правительству Российской Федерации «О необходимости внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 года № 578 “Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача”».	324
5.6.6 В ОАЭ нельзя ввозить кодеиновые лекарства	326
5.6.7 Наркотик без рецепта	327
5.6.8 В США хотят запретить свободную продажу средств от кашля	329
5.6.9 Лекарства с нарковеществами могут исчезнуть из свободной продажи	330
5.6.10 Отпускать лекарства будут с аптечной точностью	331
5.6.11 Компания “Фармстандарт” продала на биржах Москвы и Лондона 40% акций за 880 миллионов долларов	331
5.6.12 26-летний рязанец приговорен к 25-ти месяцам лишения свободы за содержание наркопритона	334
5.6.13 Кодеиновая наркомания в Рязанской области продолжает набирать силу	335
5.7 Последствия свободной продажи на территории России населению наркотических семян мака под видом продукта для кондитерских нужд	338
5.7.1 Булочка с героином (Северная Осетия-Алания)	338
5.7.2 Южная специфика борьбы с наркотиками– пищевой мак в писках не значит	340
5.7.3 Маковое иго	343
5.7.4 Жительница поселка Афипский осуждена на 4 года лишения свободы за сбыт наркотических средств	346
5.7.5 Смерть в кондитерской упаковке	347
5.7.6 “Антинарко.ру”	352
5.7.7 Письмо в редакцию журнала “Наркология”	353
5.7.8 Наркоконтроль. Управление Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Приволжскому федеральному округу: публикации	356
5.8 “Мы наступили на хвост страшной змеи...”	361

Глава 6. Фотоизображения – хирургические и офтальмологические последствия инъекционного употребления “Коаксила” (тианептина) в клинической практике 369

6.1 Приложение к обращению руководителя Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского иеромонаха Анатолия (Берестова) на имя Генерального Прокурора РФ Чайки Ю.Я.(п. 2.6)	370
6.2 Фотоприложение к статье: 4.1.4 Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения “Коаксила” (тианептина) у больных с наркотической зависимостью	375
6.3 Фотоприложение к статье: 4.1.5 Токсическое поражение органа зрения у инъекционных потребителей “Коаксила” (тианептина)	379
Post Scriptum. Бизнес на крови	385

Предисловие.

Эта книга является неким обобщающим итогом многолетней работы в контакте с определёнными представителями федеральных органов здравоохранения и некоторых других государственных надзорных служб, не желающих ни под каким предлогом не только признавать факт наличия на территории России многочисленных случаев потребления наркотических веществ, незаконно продающихся под видом либо лекарственных средств, либо пищевых продуктов, но и вообще отрицать существование в стране такого понятия как “легальный наркорынок”. Эти люди предпочитают в силу каких-то собственных интересов избегать рассуждений на подобные темы, а в случае вынужденного диалога с заинтересованными представителями правоохранительных органов и общественных организаций продолжают настойчиво твердить о полном контроле своего ведомства над ситуацией.

Тем временем в средствах массовой информации (особенно – компьютерной сети Интернет) идёт активная пропаганда первоначально асоциального образа жизни, то есть жизни для себя, исключительно в своё собственное удовольствие, но никак не на благо общества. В том или ином виде на большинстве телеканалов и страницах многих печатных изданий (явно или скрыто), нашим юным и не очень согражданам с ранних лет старательно пытаются привить нормы поведения, далёкие от идеалов нравственной чистоты и целомудрия, соизмеримых физиологическому возрасту. Высокими темпами продолжает формироваться так называемое “общество потребления”. В нём индивидуальные особенности стремящейся к познанию окружающего мира личности (другими словами – искра Божья) преломляются через искусственно искажённые представления о действительном предназначении человека на Земле, о его роли в процессах мироздания, и о наступающей рано или поздно ответственности за все поступки, которые он успевает совершить за отпущенный ему срок. В соответствии с чем отсутствие сколько-нибудь значимых духовно-нравственных ориентиров в процессе движения по жизненному пути без присутствия рядом грамотных поводырей способно привести даже изначально сильного духом человека на обочину жизни. А если ещё и учесть ежегодно возрастающее количество многоликих соблазнов, в Православии именуемых прелестями или искушениями, то удержаться светской молодёжи от постоянного грехопадения всё сложнее. В моменты поиска Истины вокруг метущейся души вдруг начинают воспеваться пороки, а идеа-

лы святости публично высмеиваются и в некоторых случаях даже осуждаются. Безусловно, одним из самых опасных соблазнов современности, ведущим неотвратимо как к духовной, так и к физической смерти, является обилие в повседневной жизни разнообразных психоактивных веществ, способных в случае приёма резко изменить состояние сознания потребителя, превратив некогда свободного человека в раба своих низменных желаний.

Следует отметить, что борьба с нелегальным оборотом психотропных препаратов, наркотических веществ и их прекурсоров в нашей стране сегодня осуществляется достаточно хорошо. Эффективность работы подразделений ФСКН России по пресечению их ввоза, вывоза и изготовления на территории Российской Федерации растёт с каждым годом. Но в это же время жаждущие “помочь” аптеки распахнули свои двери для потребителей, истосковавшихся по легкодоступным наркотикам. И до сих пор по всей стране происходит известная многим россиянам распродажа различных торговых наименований медицинских препаратов, являющихся по своей сути наркотическими, либо способные стать ими после проведения серии несложных химических реакций с применением бытовых реактивов.

Наряду с этим, в последние несколько лет разнообразные ярмарки, торгово-закупочные базы, точки продажи фруктов и т.п. под видом кондитерского изделия свободно реализуют наркозависимым лицам семена мака, всё чаще содержащие недопустимо высокие концентрации морфина и некоторых других его производных. И вот уже почти половина столичных наркоманов, ставших рабами опиума, без всякого стеснения приобретает упаковки наркосодержащих семян мака почти в самом центре столицы, на ярмарке “Пражская”. По словам очевидцев, там предлагают сразу несколько сортов данного “кондитерского” продукта с разной силой действия и, соответственно, ценой ...

К сожалению, с трудом доходят наши слова до верхних эшелонов власти и при этом не выходят за пределы узкого круга специалистов, не вызывая должный резонанс в обществе. Поэтому нами и было принято решение часть материалов, собранных за время отслеживания текущей ситуации в этой крайне проблемной сфере потребительского рынка, проанализировать, обобщить и разместить в предлагаемом Вашему вниманию сборнике.

Глава 1.

Заседание Круглого стола в Отделении наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (15.12.2006)

1.1 Тема:

«Последствия роста немедицинского употребления населением Российской Федерации лекарственных средств, а также наркотических веществ, изготовленных из семян пищевого мака, способных в процессе злоупотребления сформировать синдром зависимости».

Благодаря обращениям сотрудников некоторых государственных служб и представителей Русской Православной Церкви в лице руководства Душепопечительского Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, а также специалистов Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского в различные заинтересованные государственные службы, на основании поступающей в органы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) и Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗ и СР РФ) чрезвычайно тревожной информации о продолжающемся повальном увлечении молодыми россиянами свободно продающихся через аптечную сеть наркосодержащих медицинских препаратов, “Коаксила” (тианептина), а также через торговую сеть семян пищевого (кондитерского) мака, **19 декабря 2006 года** было проведено внеочередное заседание Правительственной комиссии. На ней были рассмотрены вопросы выработки эффективных механизмов противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту. Председателем комиссии был назначен Директор ФСКН России, генерал полиции Виктор Васильевич Черкесов, заместителем председателя – Министр здравоохра-

нения и социального развития Российской Федерации Михаил Юрьевич Зурабов. По итогам обсуждения предполагалось составление и направление в органы государственной законодательной и исполнительной власти резолюции с конкретными рекомендациями в отношении усиления мер контроля реализации населению Российской Федерации продуктов, способных привести к инвалидизации и смерти потребителя.

Немного ранее, **15 декабря 2006 года, состоялось открытие Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (ОНДБ АБОП)**, после чего на базе данного учреждения был проведён первый Круглый стол. Все вопросы, обозначенные в повестке дня, также касались последствий роста немедицинского употребления населением Российской Федерации лекарственных средств, а также наркотических веществ, изготовленных из семян пищевого мака, способных в процессе злоупотребления сформировать синдром зависимости. И это совпадение не случайно. Дело в том, что эту организацию возглавил руководитель Душепопечительского Православного Центра (ДПЦ) святого праведного Иоанна Кронштадтского Московской Патриархии, доктор медицинских наук (д.м.н.), профессор, иеромонах Анатолий (Берестов). Именно он на протяжении последних лет является ведущим общественным и религиозным деятелем, активно выступающим со всех трибун против непрекращающейся смертоносной безрецептурной продажи через аптечную сеть населению наркосодержащих медицинских препаратов. Благодаря усилиям его сторонников, в декабре 2002 года была прекращена безрецептурная продажа синтетического опиоидного анальгетика “Трамал ретард”. Вместе с представителями различных медицинских специальностей, священниками Русской Православной Церкви, некоторыми сотрудниками правоохранительных органов, рядовыми гражданами, а также бывшими наркозависимыми было написано несколько обращений в различные органы исполнительной и законодательной власти, подробно описывающих реальную ситуацию, наблюдаемую в разных регионах России. Во многом это связано с несовершенством существующего законодательства в сфере оборота лекарственных средств с высоким аддитивным потенциалом, а также ввоза и распределения по стране наркосодержащих семян пищевого (кондитерского) мака в сфере. Кроме того, приходится признать, что в настоящее время на территории большинства субъектов Российской Федерации отсутствует должный контроль за исполнением всех соответствующих требований и инструкций. На протяжении нескольких лет продолжается переписка ДПЦ святого праведного Иоанна Кронштадтского с ответственными за происходящее службами. 2006 год оказался наиболее напряжённым в этом смысле. За прошедшее время было собрано, проанализировано и обработано большое количество поступающей из различных регионов России информации, на основании которой во все заинтересованные государ-

ственные органы и структуры рассылались информационно-аналитические обзоры и конкретные предложения для улучшения текущей ситуации. Проведённая работа сыграла значительную роль в принятии Правительством Российской Федерации решения о внеочередном созыве комиссии с целью разработки и принятия экстренных мер, в том числе в отношении затрагиваемых в поданных обращениях вопросов.

В настоящее время территориальные органы ФСКН России большинства субъектов Российской Федерации свидетельствуют об изменении структуры наркорынка, ухудшении наркоситуации, что безусловно связано с повсеместным употреблением в немедицинских целях лекарственных средств, содержащих в своём составе наркотические вещества или их прекурсоры, а также “Коаксила” (тианептина). Злоупотребление каждым из них способно в зависимости от частоты приёма и количества разовой дозы сформировать более или менее выраженный синдром зависимости. В случае продолжения наркотизации, как показывает врачебная практика, достаточно быстро прогрессируют нарушения функционирования различных органов и систем потребителя, вплоть до его инвалидизации и даже смерти. Тем не менее, сегодня на российском фармацевтическом рынке подобные медицинские препараты под различными наименованиями продолжают свободно реализовываться через сеть аптек учреждений, в организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами. И этот факт может в скором времени превратиться в чрезвычайно серьёзную проблему для всего российского общества.

В связи с высокими темпами роста злоупотребления наркотическими веществами, извлекаемых из семян пищевого мака, перед органами Госнарконоконтроля также встал вопрос о принятии незамедлительных, но в то же время в полной мере адекватных мер, способных блокировать дальнейшее распространение среди молодых россиян случаев хронической наркотизации высокотоксичными продуктами, извлекаемыми из семян, казалось бы, обычного пищевого мака. И в этом случае без грамотной подготовки, принятия на федеральном уровне всех соответствующих действительности жёстких нормативно-правовых актов, быстрого их согласования и утверждения во всех заинтересованных министерствах и ведомствах в настоящее время невозможно будет кардинально изменить создавшуюся катастрофическую ситуацию в этой специфической сфере отечественного потребительского рынка.

Всем вышеперечисленным вопросам и был посвящён проходивший 15 декабря 2006 года **ОНДБ АБОП Круглый стол**. В нём приняли участие научные работники, практикующие врачи различных специальностей. В том числе представители Федерального государственного учреждения (ФГУ) “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского” Росздрава, ФГУ “Национальный научный центр (ННЦ) нарко-

логии” Росздрава, Государственное учреждение здравоохранения (ГУЗ) г.Москвы “Наркологическая клиническая больница №17” Департамента здравоохранения (ДЗ) г.Москвы, офтальмологического отделения ГУЗ “Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) имени М.Ф.Владимирского” МЗ Московской области, ГУЗ г.Москвы “Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15” ДЗ г.Москвы, ГУЗ “Наркологический диспансер” ДЗ Краснодарского края. Помимо медицинской общественности, в ряды участников Круглого стола также вошли представители Русской Православной Церкви Московской Патриархии; сотрудники некоторых подразделений Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) и Федеральной службы безопасности Российской Федерации (ФСБ России); Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН) при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗ и СР РФ). Также свою точку зрения на текущую ситуацию в области оборота наркотических веществ изложили пациенты, прошедшие курс лечения от наркотической зависимости в специализированных стационарах столицы.

После прослушивания (в некоторых случаях и просмотра прилагаемых к тексту выступлений демонстрационных слайдов) участниками Круглого стола сообщений, каждому присутствующему на заседании была предоставлена возможность выступить со своим мнением о текущей наркоситуации в стране и причинах, не позволяющих говорить о её стабилизации в последние годы, а также о необходимых мерах по её коррекции. По итогам проведённого Круглого стола, с учётом всех дополнений и замечаний, была подготовлена и единогласно утверждена всеми его участниками **резолюция о мерах по предотвращению последствий дальнейшего распространения медицинских препаратов с высоким аддитивным потенциалом и наркотического сырья (семян пищевого мака) на территории Российской Федерации**.

Текст итоговой резолюции после утверждения всеми участниками Круглого стола был незамедлительно направлен Председателю Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, директору Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, генералу полиции Виктору Васильевичу Черкесову. Часть предложений, представленных в нём, были учтены 19 декабря 2006 года на заседании данной внеочередной комиссии, чрезвычайно важной для сохранения здорового потенциала российских граждан. К сожалению, далеко не все рекомендации ФСКН России были приняты как руководство к действию – некоторые из них встретили сильное противодействие со стороны представителей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, настаивающих на соблюдении прав пациентов, принимающих наркосодержащие медицинские препараты по назначению врача. В соответствии с этим, **те**

меры, которые были предложены теоретиками из данного ведомства для улучшения текущей ситуации в этой сфере потребительского рынка, не смогут должным образом повлиять на беспрецедентный рост потребления населением некоторых лекарственных средств с целью наркотизации.

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, руководитель ОНДБ АБОП, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий (Берестов)

Секретарь круглого стола ОНДБ АБОП, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Росздрава, внештатный работник ДПЦ св. прав. Иоанна Кронштадтского, врач-эпидемиолог

Н.В.Каклюгин

1.2 Выступления

1.2.1 Иеромонах Анатолий (Берестов) – руководитель Душепопечительского православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, член Национального антикоррупционного комитета Российской Федерации, руководитель Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка.

Здравствуйте, дорогие друзья!

Я рад приветствовать Вас на этом заседании, поднимающем для тщательного рассмотрения чрезвычайно важные проблемы государственного масштаба.

Ни для кого не секрет, что наша страна переживает сегодня тяжёлый демографический кризис – население продолжает вымирать. Безусловно, это является следствием распада духовности общества в целом и личности каждого жителя страны в частности. Об этом уже открыто говорят ведущие психиатры, психологи, другие учёные, а также общественные и религиозные деятели.

Дело в том, что те духовные пороки, которые получили широкое развитие в нашей стране за последние годы со времени развала Советского Союза: алкоголизм, проституция, гомосексуализм, наркомания – всё это результат духовного обнищания народа и последствия социально-нравственных потрясений современного общества.

Волна наркомании в настоящее время буквально захлестнула всю страну и угрожает бытию нашей некогда великой державы. Я не буду подробно рассказывать о скорости и масштабах распространения этой страшной болезни и духовной немощи. Вам и без этого всё хорошо известно. В ноябре

2005 года на Всероссийской конференции "Национальная сфера ответственности: власть, церковь, бизнес, общество против наркомании", проводившейся при участии нашего Душепопечительского центра, директор Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, генерал полиции Виктор Васильевич Черкесов сообщил, что у нас в стране на тот момент насчитывалось порядка шести миллионов наркозависимых. Но в последнее время некоторые исследователи всё чаще стали высказывать мнение о том, что ситуация якобы стабилизировалась и наблюдается тенденция к уменьшению общей численности наркозависимых. Позволю себе усомниться в данной информации. Мне кажется, что она является результатом предоставления в федеральный центр недостаточно достоверной отчётности. И на основании звучащих оптимистических прогнозов текущая ситуация с ростом случаев немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих небольшие дозы наркотических веществ, в частности, кодеинсодержащих препаратов и синтетических опиоидных анальгетиков: буторфанол и его соли, морадол, стадол, трамadolсодержащих препаратов, в течение трёх-четырёх лет приняла, я бы сказал, размеры, угрожающие и без того ослабленной популяции русских и иных народов, населяющих территорию Российской Федерации.. И хотя, казалось бы, меры по пресечению распространения большинства этих и некоторых других препаратов, а также незаконного изготовления из них наркотических средств приняты, практика показывает, что в большинстве случаев они по-прежнему совершенно свободно продаются в аптеках по всей стране, без каких-либо ограничений, предписанных по закону. Следовательно, приходится признать, что со стороны заинтересованных правоохранительных органов и соответствующих надзорных служб Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) не осуществляется должный контроль за текущей ситуацией, то есть работа не ведётся в полном объёме.

Так, за последние два-три года широкое распространение в среде потребителей наркотических средств получил эффективный в психиатрической и неврологической практике современный антидепрессант "Коаксил" (тианептин), который в терапевтических дозах, конечно, не является, наркотическим препаратом, однако при приёме большого количества этого медицинского препарата, тем более, инъекционным путём, обладает выраженным наркотическим эффектом, напоминающим действие опиатов. В итоге подобные действия приводят к формированию тяжелейшей зависимости. Также на сегодняшний день часть наркоманов активно злоупотребляет сиропами от кашля, содержащими в своём составе в виде солей сильнодействующее психоактивное вещество декстрометорфан, обладающее галлюциногенными и психостимулирующими свойствами. Особенно широко злоупотребление подобными препаратами распространено в Сибирском федеральном

округе, в частности, в Красноярском крае. Кроме того, в последнее время всё большую озабоченность вызывает повальное увлечение молодых людей наркотическими веществами, изготовленными из свободно продающихся семян пищевого (кондитерского) мака. Данный наркосодержащий продукт сегодня распространяется от южных границ России, Северного Кавказа (особенно, Ставропольский и Краснодарский край, включая Адыгейскую республику) до берегов Северного Ледовитого океана, “гуляя” по стране вплоть до Дальнего Востока.

В наш Душепопечительский центр приезжают наркозависимые из всех уголков России – ежегодно мы принимаем в среднем более шестисот наркозависимых. И мы видим, что ситуация с видом потребляемых наркотиков резко меняется. Так, в прошлом, 2005 году, из этих шестисот человек около 50% принимали так называемые “уличные” наркотики, а другая половина достигала состояния наркотического опьянения, используя известные им медицинские препараты свободно приобретаемые в российских аптечных учреждениях. Из них 30% познакомилась с наркотиками исключительно “благодаря” тем самым лекарственным средствам, которые я только что упоминал. Один из самых известных кодеинсодержащих препаратов по официальным данным в прошлом году вышел на второе место среди всех продаваемых в аптеках фармацевтических средств. На второе место! Создаётся такое впечатление, что вся наша страна, буквально вся, кашляет. Этого просто не может быть! Зачем, спрашивается, нужно выпускать такое огромное количество подобных препаратов?! Грубый подсчёт показал – что если сто тысяч наркозависимых будут ежедневно приобретать в аптеке утром и вечером по десять таблеток того самого популярного лекарства от кашля, содержащего кодеин, а это, как показывает практика, минимальная доза, и будут платить в день около 240 рублей, то **ежегодный доход от продаж** только одного препарата составит **почти девять миллиардов рублей**. Повторяю, **только от одного наименования и при совершенно приблизительном подсчёте...**

Вместе с тем мы, будучи специалистами в области медицины, знаем, что в терапевтической практике комбинация лекарственных средств, входящих в состав этого фармацевтического продукта, не пользуется большим спросом у людей, действительно страдающих той или иной формой кашлевого синдрома. При этом всё реже кто-либо из практикующих врачей советует принимать и выписывает своим пациентам подобные медицинские препараты, предпочитая назначать лекарства более современные и обладающие меньшим количеством побочных эффектов. В тоже время всем тем, кто работает в контакте с потребителями наркотиков, известна частота использования именно комбинированных медицинских препаратов, содержащих малые дозы кодеина или его солей как в качестве самостоятельных наркотических средств, так и для изготовления более сильных наркотиков.

Так, из того же наиболее продаваемого в стране противокашлевого препарата путём несложных химических реакций в обычных домашних условиях добывается очень тяжёлый наркотик – дезоморфин, как, впрочем, и из семян пищевого (кондитерского) мака при наличии соответствующих химических компонентов. Как оказывается, по неофициальным данным, а проверить их на сегодняшний день не представляется возможным, жизнь потребителей изготовленного таким образом дезоморфина составляет в среднем от шести месяцев до полутора-двух лет. Уже упоминавшийся в начале моего выступления “Коаксил” (тианептин), до недавнего времени широко использовавшийся в неврологии и психиатрии без учёта его наркотических и других побочных качеств, и сейчас ещё по инерции свободно продаётся в аптечных учреждениях страны. Именно поэтому до сих пор медицинские работники различной специализации в своей повседневной клинической практике продолжают сталкиваться с тяжёлыми последствиями инъекционного введения подготовленного к употреблению вещества – нарушением проходимости магистральных сосудов конечностей, микроциркуляторного русла сетчатки, что в подавляющем большинстве случаев приводит к быстрому развитию прогрессирующей гангрены конечности и/или кровоизлиянию в глаз. При отсутствии или позднем начале лечения патологический процесс может повлечь за собой ампутацию поражённой части тела по жизненным показаниям. Поражение зрительного анализатора нередко заканчивается необратимой слепотой. При этом предотвратить подобный печальный исход невозможно никакими известными современной офтальмологии средствами.

А ведь ещё в 2004 году руководство Федеральной службы безопасности Российской Федерации (ФСБ России) обращалось в Постоянный комитет по контролю наркотиков (ПККН) при Минздравсоцразвития России с вопросом о количестве выявленных фактов злоупотребления “Коаксилом”, и предлагало принять какие-либо меры в связи наличием таковых. А именно – ограничить его продажу населению через сеть аптечных учреждений (организаций), организаций оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждений и частнопрактикующими врачами. Однако до сих пор Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации так и не смогло до конца решить вопрос. Простите, недавно по “Коаксилу” было принято жёсткое решение, но это произошло совсем недавно и исключительно благодаря твёрдой позиции Федеральной службы Российской Федерации по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (ФСКН России), а также нашим многочисленным обращениям на имя Генерального прокурора Российской Федерации Ю.С.Чайки, в Министерство внутренних дел Российской Федерации, Росздравнадзор, Минздравсоцразвития России по существу вопроса. Одновременно с этим и в отношении трамадолсодержащих препаратов также были приняты адекватные меры, строго ограничивающие их отпуск населению страны.

Я помню, в 2002 году, когда ещё не была создана Федеральная служба Госнарконтроля, наш Душепопечительский центр святого праведного Иоанна Кронштадтского практически в одиночку бился против нашествия “Трамал-ретарда”. Но всё-таки, слава Богу, мы победили – этот обезболивающий наркотический медицинский препарат 15 декабря 2002 года был включён в Список сильнодействующих веществ ПККН и его безрецептурная продажа в аптеках была строго запрещена. Но не прошло и месяца, как в январе 2003 года в свободную продажу поступил медицинский препарат, содержащий всё тот же трамадол в виде соли, но в меньшем количестве, и огромные дозы парацетамола. Очень грамотный коммерческий ход, создавший ещё одну проблему для отечественной наркологии.

Почему такой пассивный настрой у сотрудников Минздравсоцразвития России и всех подведомственных ему структур на решение всех вышеозначенных проблем, нам непонятно. Ведь уже многие знают, что кодеиновые препараты вызывают тяжелейшую зависимость. Дезоморфин, синтезируемый из их содержимого, при регулярном внутривенном введении разрушает печень, почки, другие внутренние органы, вызывает тяжёлую энцефалопатию. Нам, невропатологам, психиатрам и наркологам, это хорошо известно. Однако некоторым чиновникам из Министерства здравоохранения и социального развития по какой-то причине это до сих пор не понятно. В связи с этим у меня, например, возникают мысли, что этим чиновникам нужны не здоровые люди, а потенциальные покупатели лекарств. То, что мы пережили с “Коаксилон” – это, конечно, не поддаётся никакой здравой логике.

В наш Душепопечительский центр всё чаще стали обращаться больные, которые находятся как минимум во 2-й стадии синдрома зависимости от “Коаксила”. Стаж употребления данного вещества в их анамнезе относительно невелик – до 1,5 лет, но и у них практически у всех уже имеются начальные проявления сосудистой недостаточности вокруг мест введения препарата. Я считаю, что дальше эта, мягко выражаясь, неразбериха со столь опасными для здоровья медикаментами продолжаться не может. Необходимо срочно что-то предпринимать. Открывая заседание этого Круглого стола, Валерий Борисович (прим. сост. – Радин, вице-президент Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка) зачитал цитату из моей книги, написанной совместно со специалистами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского “Осторожно – метадон”. В ней одной из основных проблем в нашей повседневной работе называется разобщение антинаркотических сил. Именно поэтому нам, всему обществу, нужно объединяться и решать совместными усилиями возникшие трудности. Я очень рад, что здесь присутствуют врачи, которые воочию знают эту проблему, почти каждый день сталкиваясь с ней в лице наркологических больных, обратившихся за помощью уже с вторичными последствиями своего духовного недуга. В этом зале находятся медицин-

ские работники из других регионов России, в частности представители Южного федерального округа, специалисты из Москвы и Московской области. Я очень рад присутствию каждого из Вас.

Вы меня простите, но я иногда в своих выступлениях причисляю себя к коллегам из Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков. Это на самом деле так, мы – коллеги. И с Московским управлением Федеральной службы Госнарконтроля наш Душепопечительский центр подписал соглашение о совместной деятельности в плане профилактики наркомании. Поэтому мы в полном смысле слова являемся коллегами. Сегодня в работе Круглого стола по вопросам противодействия легальному наркорынку в стране участвуют очень авторитетные и уважаемые в медицинской научной среде психиатры-наркологи и даже, насколько я понимаю, один из членов Постоянного комитета по контролю за наркотиками. Также здесь находятся представители Федеральной службы безопасности Российской Федерации, присутствует пресса. Я думаю, что это первое заседание Отделения наркотической и демографической безопасности, посвящённое такой острой проблематике, вызвало определённый интерес и собрало здесь единомышленников. Мы должны в самые кратчайшие сроки сообщать, но каждый на своих местах, принять ряд эффективных шагов для быстрой ликвидации той неразберихи и того страшного положения, когда сотни тысяч молодых работоспособных ребят и девчат имеют возможность совершенно свободно покупать лекарственные препараты, содержащие наркотические вещества, злоупотреблять ими в огромных количествах, и на глазах родственников впоследствии превращаться в инвалидов, выбирая мучительную смерть, навязчиво предлагаемую с аптечных прилавков.

Взять тот же вышеупомянутый медицинский препарат – смесь соли трамадола с парацетамолом. Мне, как медику, хорошо известно, что хроническое употребление парацетамола, особенно в высоких дозах, приводит к тяжёлому токсическому поражению печени – синдрому Рейе. В прошлом я, готовясь к защите докторской диссертации, занимался научными исследованиями этого вопроса в условиях реанимационного отделения. Кроме того, нам известно, что парацетамол способствует появлению цирроза при использовании его для лечения острых инфекционных заболеваний. В своё время я изучал эту проблему у детей. А теперь давайте представим: потребитель наркотиков, страдающий той или иной формой приобретённого вирусного гепатита (в настоящее время они встречаются всё чаще и чаще), принимает внутрь ежедневно в среднем от 20-ти до 40 таблеток этого наркосодержащего препарата, к тому же насыщенного парацетамолом. То есть, это как минимум 4-8 граммов абсолютно балластного в данном случае вещества. Это же какую нагрузку берёт на себя печень, пытаясь справиться с ударной дозой регулярно поступающего парацетамола?!

Подводя итог всему вышесказанному, хочу отметить, что только мы сами как представители своего народа и своей культуры сможем совместными скоординированными усилиями предотвратить их вероятную гибель. И действовать нужно как можно оперативнее, чётче, с максимальной ответственностью и отдачей.

Помоги нам Бог в этом нелёгком деле!

* * *

1.2.2 Владимир Сергеевич Сорокин – заместитель начальника Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) по городу Москве.

Речь в данном сообщении пойдёт об оперативной обстановке, связанной с выявленными фактами злоупотребления психоактивными веществами в столице. В настоящее время на наркологическом учёте в Москве находится около 30000 человек. Однако эти цифры не могут объективно отражать реальную ситуацию в этой сфере. Скорее всего, по приблизительным подсчётам, число наркозависимых в городе составляет сегодня от 200000 до 300000 человек. При этом около одного миллиона жителей столицы хотя бы один раз в жизни употребляли наркотики. Информация, поступающая в последнее время от оперативных сотрудников Управления ФСКН России по Москве и Московской области, показывает, что всё чаще наркозависимые для достижения состояния наркотического опьянения используют в своей практике такие медицинские препараты как “Бупропранол тартрат”, “Стадол”, “Морадол”, “Залдиар” и “Коаксил”. В данном случае мнение ФСКН России расходится с мнением Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которое продолжает отрицать наличие вышеуказанной проблемы. Ещё более угрожающие темпы роста злоупотребления данными лекарственными средствами наблюдаются сегодня среди подростков. В настоящее время рубеж начала употребления наркотиков в городе Москве составляет 14 лет, в то время как в среднем по России эти цифры находятся в диапазоне от 11 до 12 лет. Однако с каждым годом этот порог опускается всё ниже и ниже.

Проблема злоупотребления наркотическими веществами, извлекаемыми из семян пищевого (кондитерского) мака, для Москвы и Московской области также становится всё более актуальной. По полученным сведениям некоторые наркозависимые, ранее изготавливающие с целью последующей продажи первитин, в последнее время перешли на изготовление ацетилированного опия из специальных наркосодержащих семян, продающихся рядом с обыч-

ными. Судя по всему, этот “бизнес” становится для них более выгоден. И это закономерно, ведь наркозависимые постоянно ищут новые наркотические субстанции, которые можно приобрести с меньшими трудностями. Некоторые аптечные учреждения и торговцы семенами опийсодержащего пищевого мака, к сожалению, продолжают помогать им в этом. Учитывая данные факты, задача сил, противостоящих подобным процессам, отслеживать их в динамике и пресекать любую возможность свободной неконтролируемой продажи наркотического средства или его прекурсора любому лицу, желающему достичь состояния наркотического опьянения.

* * *

1.2.3 Владимир Витальевич Колесников – главный нарколог Краснодарского края и Южного федерального округа (ЮФО), заслуженный врач России, главный врач ГУЗ “Наркологический диспансер” ДЗ Краснодарского края.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ НАРКОМАНИИ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Я приношу благодарность организаторам этого Круглого стола, прежде всего, отцу Анатолию, за то, что приглашён сегодня для участия в обсуждении этого чрезвычайно важного вопроса.

Василий Сергеевич Сорокин в своём выступлении отметил, что, в Москве в настоящее время проживает около 14 миллионов человек, то есть около 10 миллионов местного населения. При этом в столице зарегистрировано около 20 тысяч потребителей наркотиков. В Краснодарском крае количество населения составляет приблизительно 5 миллионов человек. При этом зарегистрировано более 40 тысяч потребителей наркотиков. Всего на территории Южного федерального округа у нас зарегистрировано около полумиллиона потребителей так называемых психоактивных веществ, включая алкоголь. Из них потребителей наркотических веществ – 20 процентов, это около 90 тысяч. И вообще, многое, конечно, начиналось с юга.

Южный федеральный округ (ЮФО) – достаточно обширное и неоднородное по целому ряду характеристик территориальное образование, включающее в себя 8 республик, 2 края, и 3 области. Территория округа занимает 3,5% территории России с численностью населения более 21,6 млн. человек (свыше 14% всего населения России).

Округ имеет государственную границу с Украиной, Казахстаном, Грузией, Азербайджаном – по суше, и с Турцией, Ираном, Туркменистаном, Болгарией, Румынией – водную.

Это один из самых многонациональных и многоконфессиональных регионов мира. Здесь проживают представители более ста народов, исповедующих все мировые религии.

Его географическое положение, особенности развития, мягкий климат, близость крупнейшей в стране курортной зоны обусловили специфические отличия в развитии наркологической ситуации.

Основные пути поступления наркотиков: опий – Украина, Средняя Азия, Казахстан. Производные конопли – Средняя Азия и собственная дикорастущая конопля. Амфетамины – Турция. Значительное количество наркотиков поступает через морские порты Кубани – Новороссийск, Сочи, Туапсе и др.

Общее количество лиц, зарегистрированных в лечебно-профилактических учреждениях округа в связи с потреблением психоактивных веществ (алкоголь, наркотики, токсические вещества) по состоянию на 1 января 2006 года составило 434981 чел. или 1,9 % от всего населения ЮФО. Наиболее высок этот показатель в Астраханской области (3,7 %), республике Адыгея (3,3 %), Краснодарском крае (2,7 %), республике Калмыкия (2,6%) и гораздо менее значителен в республике Ингушетия (0,3 % от населения), Чеченской республике (0,5 %), республике Дагестан (0,8 %).

Около 78,8% всех зарегистрированных в наркологических учреждениях ЮФО потребителей психоактивных веществ – это лица, злоупотребляющие алкоголем, а 20 % – потребители наркотических, либо токсических одурманивающих веществ. В целом по стране на долю больных наркоманией и злоупотребляющих наркотиками приходилось 14,3 %.

По величине показателя числа зарегистрированных больных наркоманией на 100 тыс. населения ЮФО в 2005 году занимал четвертое место вслед за Сибирским, Уральским и Дальневосточным федеральными округами:

1.	Сибирский Федеральный округ	406,1
2.	Уральский Федеральный округ	329,5
3.	Дальневосточный Федеральный округ	305,8
4.	Южный Федеральный округ	260,7
5.	Приволжский Федеральный округ	224,9
6.	Северо-Западный Федеральный округ	161,2
7.	Центральный Федеральный округ	145,6
	Российская Федерация	241,3

Подобное соотношение сформировалось за последние 6-7 лет. Традиционно же на Северном Кавказе распространённость наркомании была намного выше, чем в большинстве регионов страны.

Так, в 1991 году при среднем по России показателе 21,2 на 100 тыс. населения, уровень болезненности наркоманией в Краснодарском крае составлял 83,0; Кабардино-Балкарской республике – 75,8; Северной Осетии – 67,4; Ростовской области – 58,5. Более высокие или близкие к ним показатели в 1991 г. были зарегистрированы только в Республике Тыва (107,2) Приморском крае (103,7), Амурской области (92,8), Калининградской области (65,9).

Начиная с 1995 года, и в последующий период в субъектах Южного федерального округа отмечался постепенный, но стабильный рост учтённого контингента больных наркоманией (на 5-10% в год). За это же время в регионах Урала и Сибири этот процесс принял лавинообразный характер (Челябинская область – за 10 лет рост в 10,6 раза; Кемеровская область – в 7,6 раза; Томская область – в 6,3 раза; Тюменская область – в 5,9 раза).

На конец 2005 года число учтённых больных наркоманией в ЮФО составило 56000 человек (2004 г. – 53935 чел.) или в расчете на 100 тыс. населения – 260,7 (2004 г. – 249,8). Под профилактическим наблюдением находилось 32134 человек (2004 г. – 32266 чел.), употребляющих наркотики с вредными последствиями (173,9 на 100 тыс. населения). В целом под наблюдением наркологических учреждений в 2005 году состояло 92212 чел. употребляющих наркотики либо токсические вещества или 434,6 на 100 тыс. населения.

В России совокупный показатель потребителей наркотических и токсических веществ в 2005 году составил 351,6 на 100 тыс. населения.

Учтённая болезненность наркоманией в отдельных территориях ЮФО существенно различается. При среднем по округу показателе 260,7 на 100 тыс. населения, наиболее высок её уровень в Краснодарском крае (444,4), Астраханской области (360,3), Ростовской области (298,4), Карачаево-Черкесской республике (272,3) и республике Адыгея (246,6).

Гораздо более низкие показатели зарегистрированы в Ингушетии (90,6), Калмыкии (119,7), Кабардино-Балкарии (167,2) Волгоградской области (131,7), Дагестане (127).

В целом по округу за 2005 г. по сравнению с 2004 года произошло повышение уровня болезненности на 4,4%.

Следует отметить тот факт, что показатели употребления психоактивных веществ с вредными последствиями в ЮФО (группа профилактического учета) в 2005 году превышали среднероссийский уровень в 1,6 раза, а в таких территориях как Астраханская область – в 4,8 раза Краснодарский край – в 3,1 раза, республика Адыгея – в 2,5 раза, Карачаево-Черкесская республика – в 2,4 раза.

В структуре потребляемых наркотических веществ на территории ЮФО преобладали вещества опийной группы (75,1 %), за ними следовали каннабиоиды (13,6 %), сочетание двух и более наркотиков (9,6 %).

Поскольку Северный Кавказ является традиционным местом произрастания дикой конопли, вполне объясним достаточно высокий уровень потребле-

ния ее производных. В целом по России подавляющее количество состоящих на учёте больных наркоманией (87,8%) предпочитали опиоиды, а на долю каннабиоидов приходилось лишь 6,4% %.

Показатель болезненности опийной наркоманией в расчете на 100 000 населения в Астраханской области (324,4), Краснодарском крае (299,2), Ростовской области (248,7) значительно выше, чем в среднем по России (212,0).

Одним из довольно неожиданных явлений последних лет стало резкое уменьшение количества первичных обращений больных наркоманией за медицинской помощью в наркологические учреждения. В результате этого заболеваемость наркоманией в округе в 2005 году по сравнению с 1999 годом в среднем снизилась с 37,1 до 18,6 на 100000 населения, или в 2 раза. Такая же тенденция отмечалась и в целом по России.

Однако, начиная с 2003 года темпы этого снижения стали значительно менее впечатляющими, и наметилась тенденция к росту с 18,4 на 100 тыс. нас. в 2004 году до 21,6 в 2005-м. Зарегистрирован рост заболеваемости наркоманией в большинстве субъектов ЮФО.

Наиболее существенный рост заболеваемости наркоманией в 2005 году произошёл в республике Адыгея (с 22,7 в 2004 г. до 45,6 в 2005 г.) Стабилизация показателя заболеваемости наркоманией, либо его рост в ряде территорий ЮФО нами ранее прогнозировался. Трудно было объяснить снижение заболеваемости только успехами в перекрытии каналов поступления наркотиков в ЮФО и активизацией профилактической работы. Имелись объективные сведения о том, что ряд больных наркоманией сменили наркотики на алкоголь и другие психоактивные вещества, чаще прибегали к самолечению.

Среди впервые выявленных больных наркоманией в 71,0% случаев потреблялись вещества опийной группы, 21,1 % – каннабиоиды, 9,4 % являлись полинаркоманами.

Очень высокими сохраняются показатели потребителей наркотиков с вредными последствиями, впервые обратившихся за медицинской помощью в Краснодарском крае (82,2 на 100000 населения), Чеченской республике (75,6), Калмыкии (64,9), Астраханской области (52,5).

Среднероссийский уровень этой патологии – 25,2, средний по ЮФО – 33,8.

Отмечается и достаточно стабильное количество умерших в связи с потреблением психоактивных веществ.

В 2002 году по этим причинам умерло 8415 человек, в 2004 году – 10176, в 2005-м – 9698. Из числа умерших в 2005 году 88,0% составили лица, злоупотребляющие алкоголем, 12,0% являлись потребителями наркотиков.

Что касается непосредственно злоупотребления наркотическими продуктами, извлечёнными из свободно приобретаемых семян пищевого мака, то на этот вопрос необходимо обратить особое внимание.

Одной из тревожных тенденций последних трех лет является применение рядом больных наркоманией кустарно приготовленного опия, полученного из данного теоретически кондитерского изделия. Применение для экстракции из мака опия большого количества органических растворителей приводит к тяжёлым соматическим последствиям при регулярном введении получаемого раствора. Когда мы их обследуем, обнаруживаем серьёзное поражение со стороны центральной нервной системы, в частности, токсическую энцефалопатию, полинейропатию, а также токсические гепатиты и миокардиты. Другими словами, это 20-летние, 24-летние инвалиды. Трудно сказать, какая у них в будущем просматривается перспектива поправить пошатнувшееся здоровье. Даже если они прекратят принимать те или иные сильнодействующие психоактивные вещества, заболевания, которые были приобретены в процессе наркотизации никуда уже не исчезнут.

Тем не менее, в 2006 году на территории Ставропольского края более 80% впервые взятых на диспансерный учёт больных наркоманией употребляли наркотическое вещество, изготовленное на основе семян кондитерского мака. В меньшей степени, но столь же значима данная проблема и для Волгоградской области.

Весьма наглядно характеризуют суть проблемы данные по Краснодарскому краю. Мы начали регистрировать это явление с 2003 года. Так, в том году в стационаре ГУЗ “Наркологический диспансер” города Краснодара было пролечено 647 больных, потребляющих опиаты, приготовленные из семян пищевого мака, в 2004 году их количество возросло до 1477, а в 2005 году достигло 2491. Возможно, вследствие этого отмечается и рост первичной обращаемости больных наркоманией к врачам-наркологам.

По данным за 2006 год, более 90% пациентов, страдающих наркоманией, обращались в наркологические учреждения за стационарной помощью именно по этой причине. У большинства из них отмечалась тяжёлая соматическая патология, которая вынуждала приходить именно в стационар. Амбулаторно пролечено: в 2003 году – 26 человек, в 2004-м – 90 человек, в 2005 году – 118 человек.

При опросах практически все пациенты уверены, что используемые ими семена мака предварительно подвергаются обработке наркотиком. Многие из них 5-6 лет тому назад пытались из того же сырья приготовить наркотик, однако желаемого эффекта при внутривенном введении полученного продукта достигнуть не удавалось. Теперь же ситуация совершенно иная. По их же словам: «Сейчас мы покупаем семена и эта масса уже чем-то обработана.» Часть потребителей данного наркотического средства, особенно последний год стала заявлять, что они всё чаще встречают в продаже гречневую крупу, обработанную наркотиком. Что нам теперь делать – “гречку” запрещать? Это к слову о полном запрете продажи и закупки наркосодержащих семян кондитерского мака.

Конечно, те люди, которые этим занимаются – имеют на этом участке фармацевтической отрасли огромнейшую прибыль, так называемую сверхприбыль. Для этого они изобретают всевозможные пути, чтобы товар дошел до потребителя в любом удобном для транспортировки, хранения и продажи виде. Гречка, значит гречка. Далее привожу информацию Госнаркоконтроля по количеству изъятых у населения города Краснодара семян мака: в 2005 году в Краснодаре изъяли и не допустили в продажу из-за отсутствия соответствующих документов 2 тонны наркосодержащего продукта. В 2006 году там же обнаружено уже 40 тонн мака. 40 тонн без сопроводительных документов, сертификатов на продукцию. Отдали часть его на экспертизу, изучают. Ну, определили морфин, кодеин, тебаин и, конечно, примесь маковой соломы. Я точно не знаю, сколько нужно семени мака для того, чтобы булочки посыпать и пирожки делать. Но по моему мнению, 40 тонн всё-таки многовато для таких целей. Тогда на одних булочках с маком жить можно, но это только что обнаружено, а вот куда и в какую сторону направить такое количество изъятого сырья, на самом деле, ещё больший вопрос.

То, что сейчас в Краснодарском крае злоупотребление семенами мака на первом месте, я считаю, большая заслуга сотрудников всех силовых ведомств – наркоманам нечего покупать и они переходят на что-то другое. В данном случае – на мак. Где-то в течение двух лет наблюдалась некая стабилизация, а потом цифры пошли вверх – фиксировалось небольшое повышение по многим регионам России и тем более – Краснодарскому краю. То же можно сказать и в отношении среднестатистически эпизодических потребителей. Но там гораздо меньшее снижение показателей. То есть, это потенциальный резерв наркоманов, который никуда не исчез. И он сейчас начал пополнять ряды тех самых наркозависимых лиц, которые состоят на учёте.

В отношении структуры современного российского наркорынка, необходимо отметить вот что. Мы с отцом Анатолием говорили об этом сегодня и обсуждали данный вопрос в Краснодаре, когда он был там с визитом. Страдает, конечно, статистика по регистрации, то есть, отсутствует чёткая картина – какой конкретно наркотик применяет потребитель: то ли он изготавливает наркотическое вещество из мака, то ли употребляет “Коаксил” инъекционным путём, то ли использует с целью достижения состояния наркотического опьянения кодеинсодержащие препараты и т.п. В любом случае, у нас в таблицах статистической отчётности для всех них выделена лишь одна графа – препараты группы опия и не более того. Где-то потребитель опиатов сказал, что конкретно он потребляет, где-то промолчал... То есть, мы вынуждены оперировать данными, особенно по маку, лишь на основании слов самих пациентов и их родственников. Тут, конечно, и Краснодарский край, и ЮФО как имели, так и имеют больший удельный вес по сравнению с Россией, но, тем не менее, употребление наркотических продуктов, получаемых из семян мака, занимает одну из ведущих позиций среди наиболее

популярных в среде потребителей наркотиков психоактивных веществ. Мы решили оценить – какой удельный вес в общем количестве потребляемых на Юге России наркотиков занимают вещества группы опия. То есть, убрали из списка всех остальных. В Республике Дагестан эта группа на последнем месте – они дают всего 11 %. В тоже время 100 % даёт Ингушетия, у них, как оказывается, все наркозависимые являются потребителями исключительно опия и его производных. Почему-то не дают, кто при этом курит анашу или злоупотребляет какими-либо иными наркотическими веществами. В целом по всей территории ЮФО около 70 % потребляемых населением наркотиков – это препараты опия. Несомненно, решение данной проблемы требует принятия серьёзных и жёстких мер на государственном уровне.

С проблемой формирования синдрома зависимости от приёма антидепрессанта “Коаксил” (тианептин) врачи ЮФО сталкиваются, судя по всему, не так часто, как в некоторых других российских регионах. В наркологическом стационаре города Краснодара проходили курс лечения от наркотической зависимости не более 15 пациентов, злоупотребляющих данным медицинским препаратом. По крайней мере, это те, которые в этом сознались. Правда, в своей клинической практике мы не наблюдали таких страшных осложнений, о которых я узнал здесь. Есть что-то подобное и на нашей территории.

Вопрос с полным запретом на продажу определённых лекарственных средств, обладающих наркотическим эффектом, конечно, очень непрост – вдруг взять всё и запретить. Есть у нас потребители, которые “сидят” на “Валокордине”. Пьют они в среднем два флакона в день. Там, кстати, и фенobarбитал содержится. Встречаются пациенты, злоупотребляющие феназепамом, и так далее и тому подобное. Спектр очень широк и список можно продолжать долго. Поэтому, мне кажется, необходимо очень осторожно подходить к таким делам и данный вопрос изучить совместно с Минздравсоцразвития России или какими-либо иными заинтересованными государственными структурами ситуацию по предельным допустимым дозировкам наркотических веществ и их прекурсоров в медицинских препаратах, проводить соответствующие серьёзные научные изыскания в этом разделе наркологии. Но то, что эта большая проблема существует – несомненно и мне тут сообщили, что, якобы, подписано постановление Правительства Российской Федерации об ужесточении сертификации семян пищевого (кондитерского) мака. Правда, я этого документа не видел, но в любом случае, пока не выявляется тенденция к тому, что на территории Южного федерального округа, этот показатель снизится. Перестанут реализовывать мак, что-то другое начнут изготавливать и продавать. Именно этой проблемой мы и занимаемся вместе с различными местными подразделениями Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков. У нас совместно с ними на территории Краснодарского края реализуются большие профилактические программы. Ведь то, что уже есть – от этого мы никуда

не денемся, с этим нужно бороться, но при этом важно сделать так, чтобы молодёжь к этому не пришла, чтобы подростки в школах с этого не начинали. Но эта тема требует отдельного разговора.

Благодарю за внимание!

* * *

1.2.4 Татьяна Валентиновна Клименко – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркологии и алкоголизме ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского” Росздрава.

Здравствуйте, уважаемые участники заседания!

Отец Анатолий сегодня уже говорил, что за последние несколько лет в Москве ухудшается наркологическая ситуация, в частности стало увеличиваться количество лиц зависимостью от трамадол- и кодеинсодержащих лекарственных средств. Он привёл даже цифры из своей практики, но, насколько мне известно, всё-таки специальных статистических исследований по этому поводу до сих пор не проводилось. При этом я ни в коем случае не хочу умалять значимость данной проблемы. Но я знаю, что была попытка провести такие статистические исследования, к примеру, в 17-й Московской наркологической больнице, но по определённым причинам сделать это так и не удалось. Но при всём при этом, со слов врачей, которые работают в лечебной сети, случаи злоупотребления вышеперечисленными фармацевтическими препаратом действительно встречаются и тенденция к увеличению масштабов проблемы есть.

В этом году в нашей клинике судебно-психиатрическую экспертизу впервые проходили лица, зависимые от приёма кодеинсодержащих лекарственных средств. Их было восемь человек, а также ещё шесть человек, злоупотребляющих медицинскими препаратами, содержащими обезболивающее вещество трамадол или его соли. То, что у нас появились такие пациенты, видимо, является отражением тех процессов, о которых говорил в своём выступлении отец Анатолий. Поскольку количество пациентов с подобным диагнозом у нас было небольшое, то мы с сотрудниками взяли для сравнения и больных со сформированным синдромом зависимости от приёма бензодиазепинов, в частности, от седативного средства “Феназепам” в количестве 25 человек, которые прошли через наше отделение в течение последних двух лет. Далее мы попытались сопоставить их основные параметры: социально-демографические, криминологические и клинические с параметрами лиц, страдающих от зависи-

мости к приёму героина, а также психостимуляторов. И обнаружили определённые значимые различия.

Оказалось, что если больные с зависимостью от кодеинсодержащих препаратов, в основном, люди молодого возраста, средний возраст которых составляет примерно 25-26 лет (примерно в таком же возрастном диапазоне находятся наши пациенты с героиновой зависимостью), то больные, злоупотребляющие препаратами группы бензодиазепинов, значительно старше – их средний возраст составляет в среднем 35-40 лет. Практически все наши пациенты, в отличие от героинзависимых, происходили из формально социально благополучных семей, имели, как минимум, среднее образование, а среди зависимых от бензодиазепинов даже встречались лица с высшим образованием. Однако социальные последствия от их действий принципиально отличались. Если у лиц с зависимостью от бензодиазепинов мы не обнаружили каких-то существенных изменений социального функционирования (они сохраняли прежний профессиональный уровень, у них не разрушались семейные связи), то лица, зависимые от приёма кодеинсодержащих препаратов, проявляли резкое снижение социального функционирования – они, как правило, не работали, разрушались или не образовывались семейные связи. При употреблении кодеинсодержащих препаратов гораздо быстрее формировались явления психической зависимости, было отчётливо выражено патологическое влечение к наркотикам, причём с первичной актуализацией. По своей структуре это больше похоже на патологическое влечение к героину. В тоже время клинко-динамические параметры лиц, злоупотребляющих “Феназепамом”, больше были аналогичны таковым при хронической алкогольной интоксикации. Вообще, у них практически у всех в анамнезе выявляются проблемы с алкоголем, вплоть до формирования алкогольной зависимости, у многих – сочетанная форма и алкогольной зависимости, и бензодиазепиновой токсикомании.

А вот у тех, кто принимал кодеин- и трамадолсодержащие препараты, проблем с воздержанием от алкоголя не было, правда, отмечались единичные случаи викарного (заместительного) употребления алкоголя. Толерантность при этом была абсолютно разная. При приёме в больших количествах кодеинсодержащих препаратов она увеличивалась в разы, но при всём при этом, у лиц, злоупотребляющих бензодиазепинами росла просто чудовищно, у нас даже был один пациент, который ежедневно употреблял до трёхсот таблеток “Феназепам”! Подобные случаи демонстрируют принципиально более высокие цифры толерантности. Кроме того, формировался разный дефект личности. Известно, что при злоупотреблении препаратами группы бензодиазепинов формируется достаточно глубокий психоорганический дефект. Такого же типа дефект по апато-абулическому типу характерен и для лиц, злоупотребляющих кодеинсодержащими препаратами, но выражен не столь сильно. У них мы отмечали явление, которое в своё время описы-

вал Гиляровский, он называл его “приходящее слабоумие”. В то время он, правда, не относил данное определение к больным с зависимостью от наркотических веществ. Другими словами, на фоне интоксикации и абстинентных расстройств фиксировались грубые психоорганические изменения, которые отвечали абсолютно всем критериям слабоумия. Но на выходе из состояния “опьянения” таких тяжёлых расстройств уже не наблюдалось, хотя этот психоорганический дефект у них всё-таки сохранялся.

Что касается криминальной активности интересующей нас группы пациентов, то здесь я бы сказала, что обнаружены примерно те же закономерности, которые нами были ранее выявлены у лиц, злоупотребляющих героином и психостимуляторами. Если эти лица, предположим, до развития зависимости совершали одни противоправные деяния и они были самые разнообразные, в самом широком диапазоне, то по мере развития зависимости у всех, и у больных героиновой зависимостью, и при злоупотреблении психостимуляторами, и при хроническом приёме в высоких дозировках кодеин- и трамадолсодержащих препаратов, происходило сужение спектра криминальной активности. У лиц, злоупотребляющих так называемыми “уличными” наркотиками, это сужение происходило за счёт того, что постепенно увеличивалась и начинала преобладать доля правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, при незначительном количестве имущественных правонарушений и практически полным отсутствием преступных действий, направленных против личности.

У пациентов, которые постоянно принимали кодеин- и трамадолсодержащие препараты, понятно, что наблюдалась несколько иная тенденция – у них основным противоправным действием было совершение преступлений, направленных на завладение чужим имуществом. Причём это были не какие-то организованные, заранее спланированные преступные деяния или правонарушения, связанные с кражами государственного имущества. В основном, это были мелкие кражи, грабежи по типу незаконного изъятия на улицах населённых пунктов у женщин, стариков и детей кошельков, мобильных телефонов и сумочек. В какой-то степени эти правонарушения можно связать с тем психическим состоянием, с теми психологическими расстройствами, которые выявляются у наших пациентов. Таким образом, можно сделать вывод о том, что и у этой группы лиц по мере развития зависимости их противоправная активность всё больше и больше концентрировалась на правонарушениях, которые так или иначе связаны с психопатологическими расстройствами, обусловленными проявлениями синдрома зависимости от любых психоактивных веществ, включая абстинентный синдром.

На основании тех данных, которые мы получили, можно сделать вывод о том, что одним из наиболее действенных факторов профилактики повторной противоправной активности является организация эффективного процесса лечения и реабилитации данной категории осужденных в самых различных

формах. Это связано с тем, что в основном, все они признаны вменяемыми и впоследствии отправлены в места лишения свободы для отбывания назначенного судом наказания. Наверное, очень своевременно и правильно было бы сейчас говорить о повторной необходимости поднятия вопроса о том, насколько было эффективно принудительное лечение в местах лишения свободы в отношении больных алкоголизмом и наркоманией. Оно было отменено в 2003 году и никакой альтернативы ему в настоящее время нет. Существует лишь так называемое обязательное лечение алкоголиков. Оно продекларировано в законодательстве, но на практике не используется. Поэтому, думаю, учитывая накопленные данные, мы всё-таки можем вновь настаивать на введении в наркологическую практику института принудительного лечения и от наркомании, по крайней мере, в местах лишения свободы. Эта проблема на сегодняшний день, бесспорно, значима и актуальна. Причём, я бы хотела уточнить, что если этот вопрос будет действительно обсуждаться, здесь крайне важно не забыть о том, что в данном случае это принудительное лечение должно распространяться не только на лиц, злоупотребляющих “уличными” наркотиками, но и на лиц, которые злоупотребляют формально не наркотическими веществами, а веществами токсиманического ряда, к которым в данном случае относятся все известные специалистам потенциально опасные фармацевтические средства – комбинированные кодеин- и трамадолсодержащие препараты, “Феназепам”, “Коаксил” (тианептин) и т.д. Если эта норма закона всё же будет введена, необходимо, чтобы в том числе и эти лица подпадали под критерии проведения им принудительного лечения.

Спасибо за внимание!

* * *

1.2.5 ИСТОРИЯ ОДНОГО ДИАГНОЗА

Перед небольшим перерывом слова попросил **один из молодых людей, ставших жертвой свободной продажи наркосодержащих фармацевтических средств**, широко разрекламированных через компьютерную сеть “Интернет”. Он решил поделиться с участниками Круглого стола **свидетельствами из личной жизни** до поступления в один из специализированных наркологических стационаров города Москвы.

Первым комбинированным наркосодержащим препаратом, приобретённым им в аптеке для совместного употребления с младшим братом, был “Терпинкод”, имеющий в своём составе в небольших количествах кодеин. Это произошло в конце сентября 2004 года. Только с четвёртой попытки он

смог в полной мере ощутить наркотический эффект от приёма препарата: почувствовал прилив тепла к голове, внутренним органам, конечностям, приятную слабость во всём теле, присутствовавшее напряжение исчезло. Очень понравилось ощущение некоего душевного облегчения и прояснения в мыслях. В таком состоянии усиливалось желание общаться, разговаривать со знакомыми и не очень людьми. С начала ноября 2004 года принимал “Терпинкод” или “Нурофен Плюс” не реже 2-х раз в неделю в высоких дозах (10-15 таблеток одновременно). Всегда делал это только в домашних условиях и с ведущим участием **пятнадцатилетнего** младшего брата (III). К новому, 2005 году, злоупотребление кодеином, извлекаемым чаще всего из анальгетика “Нурофен Плюс”, стало ежедневным в количестве 2 пачки (24 таблетки) в сутки. Обычно таблетки молодые люди приобретали по пути после учёбы, предварительно договариваясь об очередности похода в аптеку. С середины февраля 2005 года с целью изменения картины наркотического опьянения начали использовать “Залдиар”. С помощью информации, размещённой в Интернете на определённых сайтах, извлекали трамадол, избавляясь в процессе от лишнего в данном случае парацетамола. При этом наркотическое опьянение было выражено сильнее, в некоторых случаях даже вызывало состояние оглушённости, что не приносило особого удовольствия, даже немного пугало. Больше всего нравилось состояние эйфории, возникающее при употреблении внутрь раствора, приготовленного из таблеток “Нурофен Плюс”. С августа 2005 года стал по совету брата вместе с каким-либо вышеперечисленным лекарственным средством пить небольшое количество химического вещества ГНВ (гамма-гидроксibuтират), усиливающего действие принимаемых таблеток, а также, по слухам, уменьшающего выраженное побочное действие данных медицинских препаратов. Специалистам известно, что он не оказывает прямого наркотического эффекта, однако способен за счёт опосредованных воздействий на те же структуры, вызывать состояние эйфории. Братья обычно принимали его до 4-5 раз в сутки в течение недели. Далее приходилось делать перерыв, поскольку к тому моменту ожидаемый эффект от ранее достаточной дозы был трудно достигим. Под воздействием ГНВ состояние эйфории в течение дня то усиливалось, то полностью исчезало, наблюдалась волнообразная динамика. Были случаи, когда при превышении дозы, вследствие выраженного стимулирующего действия препарата на все органы и системы, молодой человек начинал неадекватно воспринимать ситуацию. С сентября 2005 года снова возобновил регулярное употребление таблеток “Терпинкод” (от 10 таблеток в сутки), или “Нурофен Плюс” (не меньше 12 таб.), или “Залдиар” (5-10 таб.), или “Коделак” (10 таб.), или “Коаксил” (15-30 таб.). Принимал таблетки внутрь (перорально) 1-2 раза в день. В интоксикации испытывал повышение настроения, приятные ощущения в теле. С марта 2006 года в случае вынужденного перерыва в употреблении более суток отмечал тревогу, неусидчи-

вость, неприятные ощущения в мышцах, боль в суставах, жидкий стул 5-6 раз в день, потливость, озноб, бессонница. Эти явления тут же проходили после приёма очередной дозы тех или иных продающихся в аптеке наркосодержащих таблеток. В то время перешёл на постоянное употребление антидепрессанта “Коаксил” в высоких дозах (15-30 таблеток), «чтобы слезть с кодеиновых таблеток». По сравнению с ними и “Залдиаром”, состояние эйфории сопровождалось повышенной активностью и некоторой весёлостью, в остальном напоминая действие кодеина, извлечённого из соответствующих фармацевтических средств. В течение марта и начала апреля употреблял в основном только его. Далее снова перешёл на употребление кодеинсодержащих медицинских препаратов. Этот обратный переход связывает с их меньшей стоимостью и большей доступностью в аптечной сети. Патологическое влечение к психоактивным веществам, извлекаемым из приобретаемых в аптеке лекарственных средств, носило стойкий постоянный характер. Жена впервые узнала о существовании у пациента наркотической зависимости весной 2006 года, обнаружив в его куртке при поиске водительских прав упаковку “Залдиара”. После серьёзного разговора она решила помочь ему избавиться от пагубной привычки, постепенно снижая выдаваемую ежедневно дозу этого трамадолсодержащего препарата. Но, получив дома от жены явно недостаточное для достижения привычного состояния количество требуемого вещества, заезжал по пути на учёбу в аптеку и приобретал любое из вышеуказанных лекарственных средств в необходимом количестве (от 1 до 3-х упаковок). В мае ежедневно стал принимать в больших дозах любой из вышеперечисленных медицинских препаратов, который удавалось приобрести в аптеках Москвы. Летом того же года отметил резкое снижение аппетита, в течение дня мог питаться одними йогуртами или просто пить воду. Вместе с тем продолжал принимать ежедневно или 2-3 пачки “Нурофен Плюс” (обычно 24-36 таблеток, максимально до 50 таблеток), или (и) 1-2 пачки “Залдиара” (10 таблеток). В июле в полной мере ощутил всю тяжесть происходящего с ним и решил попасть на исповедь в Церковь. Со слов знакомых слышал, что в Душепопечительском Центре святого праведного Иоанна Кронштадтского Московской патриархии, расположенном на территории Крутицкого патриаршего подворья, бесплатно оказывают помощь всем желающим. Однако туда он приехал слишком поздно и руководителя Центра, иеромонаха Анатолия (Берестова), на месте не застал. Пообщался с медицинским персоналом, получил рекомендации перед исповедью и причастием госпитализироваться в наркологический стационар и уехал. Последние 2 месяца до стационарирования вместе с братом ежедневно употребляли 1-3 пачки покупаемого в аптеке без рецепта “Нурофен Плюс”. В конце сентября 2006 года братья рассказали родителям о своих проблемах. На семейном совете было решено направить на лечение обоих, что и было сделано.

В стационаре был проведён полный курс лечения. После выписки прошло три месяца. В настоящее время не употребляю никакие психотропные, психоактивные вещества. Лечение далось нелегко. И даже через два месяца после лечения я чувствовал очень сильную депрессию, психическое состояние у меня колебалось. Но мне помогли, я как-то встал на ноги. Я стал верующим человеком, хотя до этого был атеистом. Даже не атеистом, а обычным человеком, который просто не верил в Бога. Сейчас я верующий человек, не употребляющий наркотики. Слава Богу и спасибо моему лечащему врачу и всем тем, кто меня поддерживает сегодня!

* * *

1.2.6 Алла Алексеевна Рябцева - доктор медицинских наук, профессор, главный офтальмолог Московской области, руководитель офтальмологического отделения ГУЗ "Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) имени М.Ф.Владимирского" ДЗ Московской области.

Юлия Нодировна Бардеева - научный сотрудник офтальмологического отделения ГУЗ "Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) имени М.Ф.Владимирского" ДЗ Московской области.

ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ "КОАКСИЛОМ" (ТИАНЕПТИНОМ) У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ.

Уважаемый отец Анатолий, уважаемые участники Конференции!

Мы благодарны, что Вы пригласили нас сюда сегодня! Здесь у нас есть более серьёзная трибуна и большая группа единомышленников. В нашей клинике накоплена информация, представляющая определённый интерес для медицинских специалистов различного профиля. Недавно нами было сделано такое же сообщение для участников Всероссийской школы офтальмологов, описывающее неординарные случаи из нашей повседневной практики. При этом мы не ожидали такого внимания к поднимаемой проблеме со стороны практикующих офтальмологов. На тот момент казалось, что это очень специфическая информация, не являющаяся значимой для коллег. Но в процессе дискуссии, стало понятно, что практически во всех регионах России работа с такого рода пациентами проводится уже не один год.

Проблема токсического повреждения глаз в настоящее время, к сожалению, является актуальной, и характеризуется полиморфизмом проявлений, тяжестью течения заболевания, наличием полиорганных соматических ослож-

нений, отсутствием желаемого положительного результата в результате лечения. Увеличение количества лиц с данной патологией имеет прямую корреляционную зависимость от прогрессирующего роста наркомании и токсикомании, многообразия химических компонентов, доступных в повседневной жизни, отсутствием соблюдения техники безопасности и санитарно-эпидемиологического контроля на производстве и в быту.

Описаны побочные действия ряда медицинских препаратов, применяемых при лечении различных заболеваний. Особую позицию занимают лекарственные вещества, применяемые с целью психосоматической коррекции.

"Коаксил" (тианептин), выпускаемый фирмой "Сервье" (Франция), относится к антидепрессантам и назначается внутрь, в дозировке 12,5 мг 3 раза в сутки. Препарат выпускается в упаковке по 30 таблеток, продаётся без рецепта и является абсолютно доступным. Применяется в течение длительного времени. По данным производителя, показания к применению следующие: лечение депрессивных состояний слабой, средней и сильной степени тяжести. Противопоказания: одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО); детский и подростковый возраст до 15 лет. Отмена препарата производится постепенно, снижение дозы в течение 7-14 дней.

Мы наблюдали 9 случаев поражения органа зрения при применении больших доз "Коаксила" (тианептина) – до 30-100 таблеток ежедневно; 6 пациентов в остром периоде (до 2-х недель); 3 – с отдалёнными результатами (спустя 2-6 мес.); о 2-х сообщили из лечебно-профилактических учреждений Московской области...

Далее смотрите раздел "Медицинские статьи", подраздел "Коаксил", текст "Офтальмология (МОНКИ) – "Коаксил" в клинике".

* * *

1.2.7 Игорь Сергеевич Абрамов – доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии ГУЗ "Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15" ДЗ г.Москвы.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ И СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ "КОАКСИЛА" (ТИАНЕПТИНА) У БОЛЬНЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Уважаемый председатель, уважаемые коллеги, уважаемые участники Круглого стола. Я хочу сделать сообщение, возможно более прозаическое, чем предыдущее. Дело в том, что городская клиническая больница №15

имени О.М.Филатова – одна из самых крупных в городе Москве. Коечный фонд в настоящее время составляет 1640 коек, в которые включены, в том числе, хирургические отделения: гнойной хирургии, сосудистое и отделение общей хирургии. Скорее всего, на сегодняшний день мы располагаем самой большой в России информационной базой об опыте лечения гнойно-хирургических осложнений после инъекционного введения современного лекарственного средства, изначально предназначенного для устранения депрессивного синдрома и некоторых других нарушений психической сферы. Однако практика показывает, что часто его используют совсем с другой целью.

За последние два года столичные хирурги столкнулись с большим количеством пациентов, злоупотребляющих этим медицинским препаратом с тяжёлыми для организма последствиями. Специалистам-медикам известно, что теоретически антидепрессант “Коаксил” (тианептин) предназначен только для перорального применения. К сожалению, наши пациенты вводят его чаще всего через кубитальную или бедренную вены или, для усиления чувства наркотического опьянения, через артериальное русло. Таким образом, многие потребители наркотиков используют этот медицинский препарат в качестве альтернативы опиным наркотическим средствам, вводимым внутривенно. Вот типичный взгляд одного из таких молодых людей на преимущество “Коаксила” (тианептина) перед “уличными” наркотиками: всесторонняя доступность препарата, относительно низкая стоимость – от 200 до 350 рублей за 30 таблеток. При этом есть возможность самостоятельно выбирать и изменять дозу вводимого вещества. По его словам, эффективность наркотического опьянения при приёме высоких доз данного антидепрессанта сопоставима с традиционными опиными наркотиками, но продолжительность действия сравнительно невелика, что требует многократного введения препарата в течение дня. Последствия же таких ежедневных манипуляций, как выясняется, чрезвычайно тяжёлы.

Полученный из этого медицинского препарата наркотический продукт разбавляется тёплой, кипячёной или просто водой из-под крана, набирается в шприц и вводится в артериальное или чаще в венозное русло. Те, кто попадают к хирургам в основном непрофессиональные наркоманы и пытаются делать инъекции в различные участки тела. Поэтому для этих целей ими могут быть использованы даже мелкие вены на ногах. Нередко попадая мимо венозного русла, действующее вещество вызывает абсцесс, который затем переходит во флегмону со всеми соответствующими последствиями, вплоть до ампутации конечности.

В стационаре Московской городской клинической больницы имени О.М.Филатова №15 было пролечено 115 больных, средний возраст которых составил 26 лет (от 16 до 37 лет). 80% составляли мужчины, 20% – женщины. Длительность инъекционного употребления “Коаксила” (тианептина) варьировала от одного месяца до полутора лет. Суточная дозировка препарата

колебалась от 30 до 240 таблеток. Кратность достигала пяти раз в сутки. Гепатит “С” сопровождал 85 больных (73,9% от общего числа), гепатит “В” – 8 человек (7%), сочетанная форма гепатита – 6 человек (5,2%). ВИЧ-инфицированность была выявлена у 2-х пациентов (2,6%) и лишь 14 пациентов (12,3% от общего числа) по нашим данным не были инфицированы.

Из них:

- Флегмоны и абсцессы мягких тканей – 77 (67,0%);
- Острый илеофemorальный тромбоз – 12 (10,4%);
- Острый тромбоз поверхностных вен верхних и нижних конечностей, шеи, лица – 10 (8,7%);
- Острый артериальный тромбоз конечностей – 19 (16,5%);
- Гангрена части конечности – 7 (6,1%);
- Арозивное кровотечение из магистральных артерий конечностей – 2 (1,7%);
- Ложные артериальные аневризмы – 4 (3,5%);
- Анаэробная гангрена конечностей – 5 (4,3%);
- Постинъекционные трофические язвы конечностей – 2 (1,7%).

К сожалению, в результате несвоевременного обращения к специалистам, нередко в итоге всё заканчивалось очень печально.

В частности, влажная гангрена верхней конечности, развившаяся после внутривенного введения в область плеча “Коаксила” (тианептина), привела к необратимому расстройству. В итоге 17-тилетней девушке, студентке 1-го курса одного из престижных столичных ВУЗов, пришлось ампутировать левую руку. И это далеко не единственный случай в нашей практике.

За прошедшее время было выполнено 9 ампутаций конечностей у больных, вводивших “Коаксил” (тианептин) инъекционным путём, что составило 7,8% от общего числа больных.

Из них:

- Ампутация на уровне плеча – 4 (3,5%);
- Ампутация на уровне предплечья – 1 (0,9%);
- Ампутация на уровне бедра – 3 (2,6%);
- Экзартикуляция конечности в тазобедренном суставе – 1 (0,9%).

Во всех вышеприведённых случаях речь шла только о поступивших в хирургический стационар. Кроме этого, на протяжении последних двух лет к нам поступают пациенты с различными осложнениями, развившимися в результате парентерального введения “Коаксила” (тианептина), которые не нуждаются в постоянном лечении в стационаре и им проводят обработку очагов в специальной малой операционной комнате приёмного отделения.

Эта группа больных составила 80 пациентов. Из них:

- Постинъекционные инфильтраты – 15 (18,8%);
- Абсцессы и флегмоны – 42 (52,5%);
- Флебиты поверхностных вен – 18 (22,5%);
- Острые артериальные тромбозы, гангрены пальцев – 5 (6,3%).

При этом необходимо отметить, что цифры эти занижены. Дело в том, что часть инъекционных потребителей “Коаксила” (тианептина) с ярко выраженной сосудистой патологией просто отказывалась от дальнейшего нахождения в стационаре и под расписку самовольно покидала его территорию. Нетрудно предположить, что с ними происходило дальше... Думаю, в ином случае количество выполненных хирургических операций составило бы 15-17% от общего числа пациентов. А ведь речь сейчас идёт о людях со средним возрастом 26 лет, не имевших прежде никаких серьёзных соматических заболеваний, никакого атеросклероза, то есть в анамнезе отсутствовали какие-либо предпосылки для возникновения столь тяжёлых поражений микроциркуляторного русла, за исключением злоупотребления данным медицинским препаратом. Следовательно, это чисто “коаксильные” гангрены. И проявлялись они у молодых работоспособных людей, в подавляющей массе учащихся в высших учебных заведениях, представителей относительно благополучных семей. Должен подчеркнуть, что по тяжести последствий, обусловленных инъекционным путём введения каких-либо известных человечеству наркотических препаратов, “Коаксил” (тианептин), безусловно, занимает ведущее место. По крайней мере, в отношении вероятности развития острой сосудистой патологии вследствие немедицинского потребления этого эффективного антидепрессанта можно с полной уверенностью сказать, что она чрезвычайно высока и несопоставима ни с каким другим медицинским препаратом.

Благодарю за внимание и за предоставленную возможность выступления перед заинтересованными специалистами!

Также смотрите раздел “Медицинские статьи”, подраздел “Коаксил”, текст “Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения “Коаксила” (тианептина) у больных с наркотической зависимостью”.

* * *

1.2.8 Александр Генрихович Гофман – доктор медицинских наук, профессор, член Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН) при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, руководитель отделения психических расстройств, осложнённых па-

тологическими формами зависимости, ФГУ “Московский научно-исследовательский институт (НИИ) психиатрии” Росздрава.

Прежде всего хочу поблагодарить за приглашение, за возможность участвовать в заседании Круглого стола, где всеми присутствующими специалистами проявляется озабоченность по поводу сложившейся ситуации. Начну с главного. Конечно, у нас нет реальной статистики. Вся статистика, которая существует, ничего не отражает и не может отражать. Она основана на регистрации тех, кого выявили. А какое количество выявляется – абсолютно неизвестно. Значит, статистические данные зависят от того, как поставлена выявляемость, кто выявляется, на основании каких мотивов приходят эти люди и как ко всему относятся те, кто их регистрирует. Критерии, которые могли хотя бы свидетельствовать о том, хуже или лучше стало с наркоманией в стране, тоже, по-моему, не изучаются в достаточной мере. Что должно быть критерием? Скажем, случаи передозировок со смертельным исходом. Если их становится больше, значит ситуация ухудшилась. Меньше – значит можно предположить улучшение текущей ситуации. Хотя и это не даёт полноценной картины. К примеру, в “уличном” героине содержание действующего вещества чаще всего снижено за счёт различных балластных примесей, потому и передозировок будет меньше. Количество наркоманов при этом может оставаться достаточно большим. Они и обращаться будут реже, потому что заболевание прогрессирует не так быстро. Некоторое время назад казалось, что действительно, общая ситуация с употреблением наркотических веществ улучшается и случаев передозировки, в том числе у подростков, было зарегистрировано намного меньше. Причём, эта тенденция касалась всей страны.

Сейчас, скорее, по впечатлениям, опять подъём. Был период времени, когда мой рабочий день не начинался с телефонных звонков: «Моя дочка, мой сын, мой племянник стали наркоманами!» Наблюдалось некое затишье. Теперь, как только захожу в кабинет, снова звонят по телефону и просят помощи. Это, к сожалению, происходит всё чаще и чаще. Если судить по тому, что происходит в Москве, то действительно, ситуация в очередной раз ухудшается. Самое неприятное, что к тому же растёт злоупотребление метадонном. В последнее время мы (ПККН) также обратили внимание, что сегодня появилось много метадона. Его вброс произошёл подпольно. Но нам точно известно, что это метадон, а не что-то другое, поскольку абстинентный синдром начинается не в первые двое суток, а на третьи, четвёртые, и даже пятые сутки – такова особенность действия метадона. И что ещё страшно, так это то, что больные наркоманией, не имея возможности, скорее всего материальной, купить героин, так как он дорогой, или метадон, начинают придумывать всякие способы для того, чтобы облегчить своё состояние. По моему мнению, основная масса тех, кто употребляет кодеинсодержащие препа-

раты и “Коаксил” — больные с зависимостью от “уличных” опиатов. Они первоначально использовали именно эти наркотики. И вот вся эта масса людей начинает употреблять то, что более свободно продаётся.

Теперь по поводу того, что продаётся. Если посмотреть на рецептурный состав некоторых лекарственных средств, то иногда невозможно понять, кто составлял его и с какой целью?! Например, для чего нужно добавлять в средства от головной боли кодеин или фенобарбитал? Ведь в этом ряде медицинских препаратов присутствуют такие вещества, как анальгин, метамизол, парацетамол. Бесспорно, это средства противоболевые. Но для чего туда же добавляют фенобарбитал и кодеин, мне абсолютно непонятно. Когда лица злоупотребляют в больших количествах данными лекарственными наименованиями, содержащими тот же фенобарбитал, и затем поступают в наркологическую клинику, у них на четвёртый, пятый, шестой день начинаются судорожные (эпилептические) припадки. Данное явление, вызванное резким прекращением приёма противосудорожных препаратов, хорошо известно в наркологии.

С моей точки зрения нужно полностью пересматривать весь этот список. В таком виде он полезен только для тех, кто торгует лекарствами. Но человеку, страдающему от головной боли, совершенно не обязательно принимать кодеин или фенобарбитал. Конечно, всё, что содержит эти вещества, должно с максимальной строгостью контролироваться.

В то же время нельзя объявить наркотиком все кодеинсодержащие препараты. В таком случае никто не сможет их приобрести, в том числе и тот, кому они необходимы по медицинским показаниям. Но установить жесточайший контроль и порядок, при котором в одни руки будет отпускаться не более десяти таблеток, вполне возможно. Самое главное при этом — проследить за исполнением соответствующих юридических норм. Ведь если хотя бы в одной аптеке поймать нарушителя, лишить его лицензии и придать этот факт гласности, при этом объяснив всем аптечным деятелям, что с ними поступят в подобном случае аналогично — сразу же прекратится эта подпольная торговля, совершенно незаконная продажа медицинских препаратов, когда торгующий знает, что предназначены они, к примеру, не для борьбы с кашлем. Но таким людям в первую очередь важно реализовать свою продукцию. **Да, это бизнес, бизнес на здоровье, бизнес на крови.** Мы ведь в такое время живём, значит, нужен жёсткий контроль и очень строгие правила отпуска. В составе подобных фармацевтических средств должно быть не более 10 мг кодеина и повторю: не больше, чем десять таблеток в одни руки. Ввести же полный запрет на кодеин невозможно, потому что мы этим ущемим права больных людей, которым такие препараты необходимы.

Также обстоит дело и в отношении эфедрина. Из эфедрина несложно сделать наркотик. Но если его запретить, что будут делать астматики и некоторые другие больные с терапевтическими заболеваниями?

Конечно, контроль за “Стадолем”, “Буторфанолом”, “Трамалом”, “Залдиаром” и некоторыми другими наркотическими и наркосодержащими лекарственными средствами должен быть очень жёсткий. Совершенно ясно, что эти препараты должны отпускаться только в определённых дозировках и только по рецептам врачей, а тот, кто будет нарушать эти правила, должен жестоко караться. С моей точки зрения, такие вышеперечисленные медикаменты можно было бы отнести к группе препаратов, которые являются сильнодействующими. И тогда сразу контроль будет иным. Не наркотик, а сильнодействующий. Я думаю, тоже самое возможно и в отношении “Коаксила” (тианептина). Объявить его наркотическим веществом? Значит те, кто страдает тяжёлыми соматическими и неврологическими заболеваниями и кому он помогает (37,5 мг в сутки) лишится этого эффективного антидепрессанта. В такой дозировке препарат абсолютно безвреден. Никто никогда не фиксировал никаких серьёзных побочных эффектов при приёме его среднетерапевтических доз. Безусловно, когда приобретается 30 таблеток и вводится в вену, да ещё на обычной воде из-под крана, нетрудно представить, что из этого может получиться. Тем более, если эта манипуляция производится несколько раз в сутки. Вот в чём дело. Можем ли мы причислить “Коаксил” (тианептин) к разряду наркотических веществ? Я не уверен, по-моему, в качестве наркотика нет, а вот обозначить его как сильнодействующее вещество имеет смысл. Бесспорно, это — сильнодействующий препарат.

Второе, что с моей точки зрения нужно сделать — по телевидению организовать выступление хирургов, офтальмологов и наглядно показать, что происходит с пациентами при хроническом злоупотреблении некоторыми медицинскими препаратами с глазами, ногами, руками, сколько неизбежных ампутаций в связи с этим приходится выполнять врачам. Все в России должны знать, что может произойти вследствие желания получить сиюминутное удовольствие. Стесняться здесь абсолютно нечего, поскольку данное увлечение начинает приобретать массовый характер. Уверен, что это сегодня существенно и очень важно!

Теперь немного поясню по поводу решений, которые принимаются сегодня по этим вопросам на официальном уровне. Понимаете, вот решение, скажем, принимает Постоянный комитет по контролю за наркотиками, но ведь эти решения, даже самые разумные, в дальнейшем практически не выполняются. Сеть аптечных учреждений в настоящее время в большинстве случаев работает так, как будто является совершенно независимой структурой, никому не подчиняющейся и часто позволяет себе делать или не делать то, что пожелает в угоду своим интересам. Я думаю, что всё не так просто, что на данный момент отсутствует должный контроль не потому, что нет контролёров в стране, а из-за того, что аптеки зарабатывают очень большие суммы денег на таком популярном среди определённой части населения товаре. Это крупные торговые организации, очень богатые. И поэтому не

так просто осуществлять текущий надзор за их деятельностью. Это связано с тем, что тот, кто будет принимать адекватные ситуации решения, обязательно испытает колоссальное давление извне. Именно поэтому в данном сегменте потребительского рынка всё непросто. Но у нас другого пути нет и быть не может. **Если не установить жесточайший контроль и не выработать строгие правила отпуска некоторых лекарств, не поставить их на предметно-количественный учёт, не объявить ряд лекарств препаратами, которые являются достаточно токсичными и опасными для здоровья потребителей, то есть сильнодействующими, мы вообще ничего не сможем сделать для улучшения создавшейся непростой ситуации, в которой мы оказались.**

А что касается того, что мы видим в клинике ... Каждый специалист, работающий в том или ином медицинском учреждении, ограничен его профилем. Поэтому, допустим, наркологи могут не видеть и не знать о тех осложнениях, которые являются привычным делом для представителей других сопутствующих специальностей. В данном случае, для офтальмологов это поражение зрительного анализатора у лиц, вводящих парентерально “Коаксил” (тианептин), у хирургов – это тяжёлое поражение сосудов у того же контингента. Мы в своей клинической практике таких вещей не видели, потому что к нам с подобными проблемами обращаются крайне редко. Естественно, что пациенты с такими тяжёлыми нарушениями проходят мимо наркологического стационара и направляются к врачам другой специализации. Да, мы наблюдали воспалительные изменения в местах инъекций, флебиты, но всё это не было сильно выражено и при соответствующем лечении проходило без особых проблем и трудностей. Именно поэтому такой большой интерес для нас представляют прозвучавшие сегодня сообщения офтальмологов и сосудистых хирургов, посвящённые данной проблематике.

Теперь по поводу отношения наркоманов к своему соматическому заболеванию. Скажем, некоторые из них потребляют препараты, к которым добавляют марганцовку. В результате разрушается подкорковые структуры головного мозга. Человек приходит в клинику потому, что у него уже речь нарушена, походка нарушена, он падает, когда ходит. А некоторые доходят до состояния, когда они себя не могут обслужить, поскольку за счёт дистонических расстройств руки не работают. И вот этот человек в клинике, зная, к чему привело его пагубное пристрастие, что он социально дезаптирован и зависит от помощи близких людей и медицинского персонала, пытается снова употребить этот наркотик. Понимаете, это не просто “Коаксил” – это закономерность наркомании. При сформированном синдроме зависимости от любого психоактивного вещества критика к соматическому состоянию абсолютно недостаточна. И желание привести себя в состояние наркотической интоксикации преодолевает любой страх. Уже, казалось, ты лишился речи, не можешь ходить, падаешь, но нет – если таких молодых людей отпустить на один день с родителями, всё равно они пытаются ввести

себе снова в вены “самодельные” стимуляторы, изготовленные из известных медицинских препаратов.

В целом я бы сказал так: если будут совместные усилия, может быть, нам удастся каким-то образом переломить ситуацию.

И отдельно в отношении семян мака. Здесь, как мне кажется, главная задача ложится на плечи правоохранительных органов, налоговой службы, службы по контролю наркотиков. Конечно, если сюда тоннами ввозят семена мака и в нём обнаруживается определённый процент опиума, то обязательно нужно ловить, карать, сажать виновных, то есть делать всё, что полагается в таких случаях. Употреблять его намного дешевле и это основной путь замены – когда нет денег на героин, метадон, тогда идёт в ход мак. Это подтверждает то, что мы видим и то, что нам рассказывают больные. И это происходит, видимо, по всей России...

Последнее, что хотел отметить в своём выступлении – это совершенно удивительное обучение, которое происходит сегодня с помощью компьютерной сети “Интернет”. К нам недавно поступил больной, который никогда никаких опиатов не употреблял, а начал прямо с употребления “Коаксила”. Мы тут же заинтересовались, где он получил такие специфические знания. Он говорит: «А вот, в Интернете». Тогда мы обратились к этому информационному источнику и обнаружили в его недрах целую школу: как отмывать, как разводить, что надо добавлять, что не надо делать. Там на различных сайтах и форумах происходит непрерывный обмен мнениями, обучение. Я не знаю, можно ли как-то контролировать эти процессы. Пока мне трудно представить, каким образом можно защититься от подобных источников информации.

Спасибо за внимание!

* * *

1.2.9 Тарас Николаевич Дудко – доктор медицинских наук, профессор, директор Института реабилитации ФГУ “Национальный научный центр наркологии (ННЦ)” Росздрава, академик Российской академии естественных наук (РАЕН), академик Академии проблем безопасности обороны и правопорядка (АБОП).

Передо мной было уже очень много сказано, поэтому я коротко останавлиюсь на нескольких основных моментах нашей дискуссии.

То, что некоторые потребители наркотиков используют в своих целях “Коаксил” или лекарственные средства, содержащие трамадол, нам известно. И всё, что здесь было сказано, мы достаточно чётко себе представляем.

Мне кажется, есть какие-то пути решения вопроса, которые кто-то может придумать. А придумать можем только мы с вами, то есть те люди, которые профессионально занимаются этой проблемой. Изменить политику, изменить идеологию – это такие обобщённые фразы. Я убежден, что на самом высоком уровне, политика такая же, идеология такая же. То, о чём мы с вами говорим здесь, что это зло нужно суметь остановить. Естественно, мы с вами не знаем как, но мы уже имеем право говорить о том, что, даже если мы что-то и знаем, эти знания, к сожалению, не реализуются в жизни.

Возвращаясь к разговору о “Коаксиле”. Здесь уже много говорили о последствиях злоупотребления им. Год назад я присутствовал на заседании нашей постоянно действующей Комиссии (прим. сост. – ПККН), которую возглавляет академик Бабаян, и там говорилось об этом лекарственном средстве. В итоге было вынесено решение отпустить данный медицинский препарат населению исключительно по рецепту.

И что мы видим, как оно выполняется?! Сегодня многие фармацевты не соблюдают это предписание. Да, было такое решение вынесено – выдавать исключительно по рецептурному бланку формы №148. И вот то, что сегодня нам говорили доктора и то, что я знаю сам. Однажды я был в одной из московских аптек и дай, думаю, спрошу всё-таки для себя, чтобы убедиться. Действительно, там всякими словами многие люди одно говорят: «У меня нет рецепта». И я сказал: «Ну, извините, нет с собой рецепта». Пришлось уговаривать. Сотрудница аптеки на меня внимательно посмотрела, но, во всяком случае, купить разрешила. Так выполняются решения весьма высокой и авторитетной комиссии.

Вот это то самое зло, то есть мы знаем, что этого делать нельзя, а вот реализовать наши знания на практике не можем. Это, мне кажется, самое главное. Также и в отношении других вещей. Правильно сегодня было сказано Александром Георгиевичем Гофманом – мы мало говорим о наших знаниях по телевидению и, в частности, относительно последствий немедицинского приёма “Коаксила” как и, вообще, о вреде потребления любых наркотиков. Хотя и таких передач уже немало. В последнее время я видел некоторые из них, но невольно возникает вопрос – насколько они эффективны?

Я своих пациентов иногда спрашиваю: «Насколько эффективно то, что вы смотрели?» Как оказывается, они эти передачи не смотрят, потому что для них это своеобразное напоминание о том страдании, в которое они всё-таки погружаются. Или о том образе жизни, в котором они находятся, о том, что они некие изгои общества – те, которых гонят, так сказать. Их ловят, их забирают, им не разрешают, их не пускают. Они понимают, что разрушаются. Многие наркоманы сами видят, в отличие от больных алкоголизмом, что приходит конец и надо бы остановиться.

Также я хочу подчеркнуть, что всем нам важно научиться выполнять свои собственные решения. Исполнительная власть должна так или иначе это

уметь решать. Не могу сказать, как это делать, не знаю. Всем своим врачам я запрещаю выписывать “Трамал”, и если разрешаю, то только в тех случаях, когда мы сами коллегиально решим, что этому больному можно доверить, что он под контролем родителей и так далее. Но это в исключительных случаях. Увы, есть другие пути, позволяющие больному человеку использовать свои знания во зло. И он их будет применять, потому что у него имеется болезненное влечение к приёму определённых наркотических веществ.

Что же касается семян мака пищевого, то об этом, конечно, можно говорить в несколько ограниченном понимании. Чтобы женщины продавали мак, содержащий наркотическое вещество, туда специально добавленное? Этого я просто, честно говоря, не знаю. Когда-то было решение Центрального Комитета Коммунистической партии Китая и Северной Кореи, кстати, распространять наркотики на территории СССР. Представьте, было такое решение. И трудно представить, что такое может быть на уровне чьей-то государственной политики. Я понимаю, что в этом замешаны мафиозные структуры, они это делают, они этим занимаются, но и наши правоохранительные органы, как мне кажется, достаточно сильны и ответственны. По-видимому, всю эту информацию необходимо доносить и до граждан, что возможны такие случаи, будьте осторожны. Вот так это мне представляется.

Теперь коротко о медицинских препаратах, которые входят в Список. Я согласен с Александром Георгиевичем, и об этом хотел сказать, что необходимо изменить дозировки содержащегося в некоторых из них кодеина. Мы понимаем, что многие люди использовали от кашля кодеин в своей жизни и при этом многие из них не стали зависеть от их приёма. Даже не то, что многие, а почти сто процентов. Ищут его и находят лица, зависимые, то есть уже больные наркоманией. И стоит ли нам категорически это всё запрещать? Я думаю, что может быть и не стоит. А вот что касается “Залдиара”, то, естественно, здесь необходим особый строгий учёт.

Мне жаль, что среди нас нет специалистов, которые занимаются в нашей стране вопросами профилактики наркомании и алкоголизма на государственном уровне. То есть, служба есть, даже в нашем институте (прим.сост. – ННЦ Наркологии) существует целый отдел, который занимается этими вопросами. Вот то, о чём мы говорили – какова же эффективность проводимой работы? Можем ли мы спросить об этом людей, которые работают в данном направлении? Я думаю, что можем. Но получим ли мы достоверный ответ, который бы нас удовлетворил?! А нас он сможет удовлетворить только, когда мы увидим снижение показателей распространённости наркомании в стране. Потому что тот коэффициент, о котором было сказано одним из выступающих, цифра “7”. В соответствии с этим число официально состоящих на учёте больных наркоманией, нужно ещё умножить на семь, но как же это так?! Сложно получается – абсолютно недостоверная статистика получается. Теперь мы должны отнестись ещё более глубоко и к этой проблеме. Как же

мы лечим тогда? Какова эффективность нашего лечения? Специальная статистика, которую мы ведём по наркоманам, свидетельствует, что около 9 процентов из тех людей, которые проходили лечение, прекращают употребление наркотиков. Девять процентов. Достоверно или недостоверно? Нет, потому что статистика снятия с учёта говорит нам о том, что это вообще лёгкое заболевание! В связи с выздоровлением снимается с учёта достаточно большое количество наркозависимых лиц. Я помню, когда ещё был СССР, наша наркологическая служба имела возможность проверять другие республики, другие регионы Союза. Я видел, как снимали в некоторых из них за год тысячу человек, две тысячи человек. Интересовался причиной их снятия с учёта. Мне отвечали: «Знаете, вот они не ходят, ну мы их и вычеркнули». Однако существуют и другие причины такого поведения. Нетрудно понять, что в данном случае на итоговое решение способна повлиять некая сумма денег. Таким образом, всё дело в достоверной оценке нашей работы и умении добиться действительно эффективного использования полученных знаний в медицинской и юридической практике. Все выступления специалистов – это то, что показывает нам истинную правду о текущей ситуации, а не обманывает нас и вводит в заблуждение.

* * *

1.2.10 Юлия Бронюсовна Шевцова – кандидат медицинских наук, врач психиатр-нарколог, старший научный сотрудник отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ СиСП) имени В.П.Сербского» Росздрава.

Я работаю в Отделении терапии больных наркоманиями и алкоголизмом Государственного научного центра имени Сербского с 1994 года и в настоящее время являюсь его старшим научным сотрудником. С 1995 года занимаюсь стационарным и амбулаторным лечением больных с зависимостью от различных психоактивных веществ. Отделение, в котором я сейчас работаю – блок интенсивной терапии – рассчитано на 8 коек.

Женя (прим. сост. – молодой человек, рассказавший присутствующим на заседании свою историю болезни) – мой пациент. Его выступление – прекрасная иллюстрация к тому, что я хотела бы сказать.

Для того, чтобы определить, вносить или нет некое психоактивное вещество в «Перечень наркотических и психотропных препаратов», подлежащих предметно-количественному учёту, необходимо подробно рассмотреть, формируется ли от него синдром зависимости, соответствующий критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Согласно МКБ-10 синдром зависимости от любого психоактивного вещества имеет чёткие признаки. К ним относятся:

- неодолимое влечение к приёму вещества («тяга»);
- нарушение способности контролировать приём вещества;
- физиологическое состояние отмены, т.е. абстинентный синдром – специфический комплекс соматических, вегетативных и психических расстройств, возникающих при прекращении приёма вещества;
- признаки толерантности, т.е. необходимость наращивать дозу вещества для получения желаемого эффекта; превышение первоначально действующей дозы вещества может быть в 10 и более раз без признаков передозировки и без летального исхода;
- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества;
- продолжение употребления, несмотря на очевидные вредные последствия.

Проверим, соответствует ли злоупотребление кодеинсодержащими средствами перечисленным критериям зависимости...

Далее смотрите раздел «Медицинские статьи», подраздел «Кодеинсодержащие препараты», статья Ю.Б. Шевцовой «О зависимости от лекарственных средств, содержащих кодеин».

1.3 Резолюция

Направлена:

В.В. Черкесову, Председателю Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту Директору Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков генералу полиции.

Копия:

М.Ю. Зурабову, заместителю Председателя Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Для учёта при рассмотрении вопроса «О мерах по контролю за реализацией лекарственных средств, из которых возможно выделение (извлечение) наркотиков легкодоступными способами» на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, намеченному на 19.12.2006 года.

Уважаемый Виктор Васильевич!

15 декабря 2006 года состоялось открытие Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (ОНД АБОП), после чего было проведено его первое заседание. Тема Круглого стола, организованного на базе данного учреждения, была посвящена **последствиям роста немедицинского употребления населением Российской Федерации лекарственных средств, а также наркотических веществ, изготовленных из семян пищевого мака, способных в процессе злоупотребления сформировать синдром зависимости.**

В заседании приняли участие практикующие врачи и руководители отделений различных лечебных специальностей, так или иначе работающие с наркозависимыми: психиатры-наркологи из Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П. Сербского, Национального научного центра (ННЦ) наркологии, Московского научно-исследовательского института психиатрии, Московской городской наркологической клинической больницы №17, главный нарколог Южного Федерального Округа, ведущие офтальмологи Московской глазной клиники МОНИКИ имени М.С. Владимирского, сосудистые хирурги Московской 15-й городской клинической больницы имени О.М. Филатова; представители Русской Православной Церкви; сотрудники Управления межведомственного взаимодействия в сфере профилактики (УМВП) Федеральной службы Российской Федерации по контролю за незаконным оборотом наркотиков и психотропных веществ (ФСКН России), Управления по контролю за легальным оборотом наркотиков и психотропных веществ (УКЛОН) ФСКН России, Управления по контролю за оборотом наркотиков и психотропных веществ ФСКН России по городу Москве и Московской области; сотрудники Федеральной Службы Безопасности Российской Федерации (ФСБ России), Управления ФСБ России по городу Москве и Московской области; представители Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН); лица, прошедшие курс лечения от наркотической зависимости к приёму комбинированных лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических веществ.

В процессе проведения Круглого стола его участники руководствовались **следующими основополагающими тезисами:**

- По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в медицинской практике комбинированные лекарственные препараты, содержащие малые количества наркотических веществ применяются в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых препаратов, при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной и зубной боли, посттравматических болях, лихорадочном синдроме.

- Поступающая к нам из различных регионов России информация свидетельствует, что лекарственные препараты, содержащие достаточно большие дозы наркотических веществ, используются сегодня российской молодёжью в немедицинских целях исключительно для достижения состояния наркотического опьянения. Масштабы подобного применения этих препаратов принимают огромные размеры по всей стране.

Торговые наименования "Терпинкод", "Коделак", "Пиралгин", "Тетралгин", "Нурофен Плюс", "Солпадеин", "Каффетин", "Седалгин", "Седалгин-Нео", "Седал-М", "Пенталгин", "Дикафен" являются сегодня одними из самых продаваемых лекарственных средств на территории Российской Федерации.

- Популярность комбинированных кодеинсодержащих препаратов обусловлена в большей степени сравнительно невысокой стоимостью предлагаемого достаточно широкого спектра наркосодержащей продукции, лёгкой степенью её доступности в подавляющем большинстве аптечных учреждений страны, в том числе свободный безрецептурный отпуск некоторых из них.

- Нарушению аптечными учреждениями правил рецептурного отпуска любых комбинированных наркосодержащих лекарственных препаратов во многом способствует отсутствие эффективной системы надзора за их соблюдением и слабой практикой привлечения к административной ответственности нарушителей.

- Как правило, данные лекарственные препараты через небольшой промежуток времени начинают потребляться регулярно в дозах, превышающих терапевтические в десятки и сотни раз, что свидетельствует о быстром росте толерантности к их приёму.

- Нередко из этих фармацевтических средств или иного наркосодержащего сырья путём химических реакций извлекаются наркотические вещества, являющиеся более активными и сильными, чем находящиеся в самих лекарствах (пример – **дезоморфин**, изготавливающийся из кодеинсодержащих препаратов).

При этом ядовитыми для организма оказываются не только наркотические вещества, содержащиеся в медицинских препаратах или семенах пищевого мака, но и дополнительные ингредиенты, входящие в их состав, а также бытовые химические реактивы, используемые в процессе подготовки сырья к употреблению.

- Тяжесть последствий от злоупотребления этими лекарственными препаратами или добываемыми из них химическим путём наркотиками более выражена, чем при употреблении "уличных" наркотиков, а некоторые из современных фармацевтических средств приводят к быстро наступающей инвалидизации потребителя и даже смерти. Например, **"Коаксил" (тианептин)**, при злоупотреблении которым могут развиваться тяжёлые сосудистые осложнения, вплоть до развития сухой гангрены и/или необратимой слепоты.

- **Декстрометорфан** (Dextromethorphan), или **ДХМ** – подавитель кашля, содержится в медикаментах, которые до сих пор можно купить без предъявления рецепта, несмотря на существующие директивы Минздравсоцразвития России. Частое использование ДХМ или его солей, содержащихся в сиропах от кашля **“Туссин плюс”** и **“Гликодин”**, чрезвычайно опасно и разрушительно для психики и всего организма потребителя. Находясь под воздействием действующего вещества, испытывая выраженное психическое возбуждение, молодые люди нередко становятся чрезвычайно агрессивны по отношению к окружающим и в таком состоянии часто совершают противоправные действия, нанося вред себе и окружающим.

- В российских аптеках и аптечных киосках по-прежнему продолжают свободно продаваться синтетические опиоидные анальгетики **“Буторфанол”** (**“Стадол”**, **“Морадол”**) и **“Залдиар”**, несмотря на то, что теоретически они должны отпускаться из аптечных учреждений строго по рецептам, выписанным на рецептурных бланках учётной формы №148-1/у-88.

- Описанные выше варианты злоупотребления медицинскими препаратами редко попадают в поле зрения соответствующих специалистов и правоохранительных органов в силу определённой специфики данного вида наркомании: относительной лёгкости и легальности приобретения наркосодержащих препаратов, простотой изготовления из них наркотических веществ (в домашних условиях), сравнительно низкой стоимостью, а также частым развитием полинаркомании и алкоголизма на фоне их приёма, что затрудняет точную постановку диагноза.

- В настоящее время не представляется возможным статистически достоверно обработать поступающие данные в связи с отсутствием соответствующей системы статистических показателей, которая позволила бы объективно регистрировать указанные сведения с целью своевременного установления мер контроля над такими веществами и препаратами.

- Из-за того, что многие наркозависимые перешли на употребление предлагаемых фармацевтической индустрией лекарственных средств, в процессе употребления формирующих синдром зависимости, выпадая из поля зрения заинтересованных ведомств и структур, существенно искажаются статистические данные о текущей наркоситуации в России.

- При решении вопроса об установлении мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, необходимо учитывать социальную значимость масштаба злоупотребления подобными препаратами, их терапевтическую ценность и доступность для нуждающихся, а также возможные социальные и медицинские последствия установления мер контроля над указанными препаратами.

- Оперативные данные, поступающие из различных регионов в ФСКН России, свидетельствуют, что **экстракт ацетилированного опия**, а также **дезо-**

морфин, получаемые из семян пищевого мака, становятся наиболее распространённым средством, употребляемым наркозависимыми лицами в притонах. Простота и доступность домашнего способа изготовления из примесей семян пищевого мака экстракта опия, низкая себестоимость получаемого наркотического вещества привели фактически к оттеснению на рынке сбыта во многих субъектах Российской Федерации такого наркотика, как героин.

- Ввозимые на территорию Российской Федерации семена мака **содержат в виде примесей наркотические средства**: маковую солому и опий, вследствие чего представляют интерес для лиц, осуществляющих незаконный оборот наркотиков.

- В настоящее время приобрести **семена пищевого мака** практически в любой точке России при желании не составляет особого труда. Они приобретались и продолжают приобретаться на продовольственных мини-рынках, в магазинах и киосках, реализующих кондитерские продукты, а также через хорошо налаженную сеть сбытчиков по всей стране.

- **Наркотические вещества тебонин и морфин** в некоторых случаях содержатся в самих семенах, а не в маковой соломе, что подтверждают лабораторные исследования специалистов ФСКН России. Причём, **в семенах незрелого мака**, который ежегодно сотнями тонн ввозится на юг России через Новороссийскую таможню. К месту назначения он прибывает по морю из Турции, Голландии, Чехии, Румынии.

- Получаемые из этого сырья наркотические продукты настолько токсичны (**ацетилированный опий, дезоморфин**), что регулярное внутривенное введение их за более короткое время, в сравнении с героином, может привести к инвалидизации пристрастившегося к ним человека или даже смерти, не говоря о полной деградации личности. При этом смерть от последствий постоянного употребления наступает в течение непродолжительного времени – от полугода до двух лет.

- В рамках существующих законодательных актов противодействовать этому практически невозможно, поскольку семена пищевого мака до сих пор не включены в федеральный список запрещённых для ввоза в страну и реализации продуктов.

- Подготовленный ФСКН России в соответствии с решением Правительственной комиссии по техническому урегулированию (протокол №3 от 6 июня 2005 года) проект указа Президента Российской Федерации **“Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств”** проходит согласование в различных министерствах и ведомствах более одного года (с октября 2005 года).

По итогам проведённого Круглого стола с учётом всех дополнений присутствующих на итоговом заседании была представлена и единогласно

утверждена резолюция о мерах по предотвращению последствий дальнейшего распространения медицинских препаратов с высоким аддитивным потенциалом и наркотического сырья (семян пищевого мака) на территории Российской Федерации.

В целях выработки и реализации мер, направленных на выявление, устранение и предупреждение причин и условий, способствующих злоупотреблению наркотическими веществами, извлечёнными из вышеуказанных лекарственных препаратов и семян пищевого мака, считаем чрезвычайно важным:

1. Рекомендовать Постоянному комитету по контролю наркотиков внести антидепрессант “Коаксил” и его действующее вещество тианептин в Список N 1 сильнодействующих веществ, таким образом, включив их в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами (далее – Перечень). При этом необходимо обеспечить строгий надзор за исполнением всех требований, предъявляемых к контролю за его реализацией населению;

2. Рекомендовать Постоянному комитету по контролю наркотиков внести микстуры от кашля “Туссин плюс” и “Гликодин”, содержащие в своём составе декстрометорфан (ДХМ), в Список N 1 сильнодействующих веществ, в соответствии с выявленными случаями достаточно быстрого появления нарушений психики после непродолжительного периода их применения. Факты последнего времени показывают, что выдача данных лекарственных средств по рецептам, выписанным на бланках рецептурной формы №107/у, осуществляется крайне редко, чаще всего они выдаются любому желающему. В соответствии с этим считаем наиболее эффективной мерой включение всех фармацевтических препаратов данной группы в Перечень;

3. Рекомендовать Постоянному комитету по контролю наркотиков внесение всех комбинированных кодеинсодержащих препаратов в Перечень на основании информации о продолжающемся росте злоупотребления на территории большинства субъектов Российской Федерации. С этой целью **поручить Минздравсоцразвития России (МЗ и СР РФ)** незамедлительно внести соответствующие коррективы в проект постановления Правительства Российской Федерации “Об утверждении Порядка применения мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров”;

4. Рекомендовать Росздравнадзору во взаимодействии с ФСКН России (УМВП 3 Департамента), МВД России в соответствии с установленной соответствующими нормативно-правовыми актами сферой компетенции, должным образом обеспечить надзор за соблюдением аптечными учреждениями установленного порядка отпуска вышеперечисленных лекарственных препаратов (применительно к тем, которые должны отпускаться исключительно

по рецептурным бланкам). В соответствии с имеющимися полномочиями сотрудники Росздравнадзора обязаны привлекать ответственных должностных лиц аптечных учреждений (организаций), в которых допущены нарушения порядка отпуска лекарственных препаратов, к административной ответственности, предусмотренной п. 4 ст. 14.1 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (КоАП РФ), с обязательным вручением предписания об устранении выявленных нарушений. Работники аптечных учреждений, осуществляющие безрецептурный отпуск лекарственных препаратов, подлежащих обязательному рецептурному отпуску, должны привлекаться к административной ответственности по ст. 14.2 КоАП РФ за незаконную продажу товаров или иных вещей, свободная реализация которых запрещена или ограничена;

5. Поручить МЗ и СР РФ в соответствии с пунктом 6 статьи 5 Федерального закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” активизировать разработку предельно допустимых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, внесённых соответственно в списки II, III или IV Перечня, содержащихся в определённых медицинских препаратах.

Необходимо отметить, что на протяжении 8 лет, данный нормативный акт не издан. Что, в свою очередь, не позволяет чётко классифицировать то или иное лекарственное средство, тем самым, затрудняя выработку соответствующих мер противодействия высоким темпам роста его немедицинского употребления среди населения Российской Федерации;

6. Поручить МЗ и СР РФ разработать систему статистических показателей, позволяющую регистрировать указанные сведения с целью своевременного установления мер контроля над такими веществами и препаратами.

При этом необходимо учитывать, что утверждёнными формами статистической отчетности Минздравсоцразвития России и Федеральной службы государственной статистики России не предусмотрены показатели, отражающие сведения о немедицинском потреблении конкретных наименований веществ и лекарственных препаратов, не включённых в Перечень, а также случаев формирования синдрома зависимости от подобных веществ и препаратов, отравлений, передозировки, смертности, цели их употребления (получение эйфорического или одурманивающего эффекта, сочетанное употребление с другими психоактивными веществами, купирование абстинентного синдрома и др.);

7. Поручить Межведомственным комиссиям по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту субъектов Российской Федерации тщательно рассмотреть вопрос о разработке аналогичной системы статистических показателей для локального статистического изучения наркоситуации в пределах субъектов Российской Федерации;

8. Поручить МЗ и СР РФ провести анализ клинических исследований и научных статей (в том числе из зарубежных источников) по всем вышеназванным медицинским препаратам: их действию на организм человека, побочным эффектам, вероятностью формирования наркотической зависимости вследствие злоупотребления ими;

9. При проведении клинических испытаний новых и регистрируемых лекарственных средств **рекомендовать МЗ и СР РФ** во взаимодействии с Научным центром экспертизы средств медицинского применения, Фармакологическим комитетом, Фармакопейным комитетом, и иными подведомственными научно-исследовательскими учреждениями, институтами и лабораториями, входящими в систему государственного контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств более качественно осуществлять их проверку на возможность формирования синдрома зависимости для рассмотрения вопроса о включении того или иного медицинского препарата в соответствующие списки. При этом данные списки должны динамично дополняться в соответствии с вновь поступающей информацией о нанесении подобными лекарственными средствами ущерба здоровью, а также обо всех зафиксированных случаях формирования синдрома зависимости, вследствие их немедицинского использования;

10. Поручить МЗ и СР РФ в обязательном порядке внести в текст инструкций ко всем подобным медицинским препаратам предупреждение о том, что при их длительном приёме возможно развитие зависимости;

11. Поручить Министерству по делам печати и массовых коммуникаций Российской Федерации совместно с МЗ и СР РФ подготовить и распространить через все доступные средства массовой информации (СМИ), включая Интернет, достоверные материалы (текст, фото, видеоролики) о возможных трагических последствиях злоупотребления населением Российской Федерации лекарственных средств, а также наркотических веществ, изготовленных из семян пищевого мака, способных в процессе злоупотребления сформировать синдром зависимости и в дальнейшем превратить некогда здорового человека на всю оставшуюся жизнь в инвалида с бесперспективным будущим. Одновременно с этим необходимо закрепление через СМИ здорового образа жизни человека в гармоничном взаимодействии с окружающим миром;

12. Поручить МЗ и СР РФ, Государственному Таможенному Комитету, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации на основании новых данных провести статистический анализ ввоза и объёма продаж всех указанных выше лекарственных средств в субъектах Российской Федерации и в целом по стране. Далее целесообразно рассчитать корреляцию полученных цифр с реальными потребностями в подобных препаратах у лиц, нуждающихся в них по медицинским показаниям, с вынесением соответствующих выводов и принятием адекватных ситуации решений. То же самое сделать в отношении семян пищевого (кондитерского) мака;

13. Поручить Министерству юстиции Российской Федерации разработать пакет документов и юридическое обоснование принятия законодательных актов, ужесточающих ответственность работникам аптечных учреждений (организаций), организаций оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждений и частнопрактикующим врачам за незаконную безрецептурную продажу подотчётных наркосодержащих препаратов. Подобные деяния необходимо рассматривать как сознательное нарушение должностных инструкций из корыстных побуждений;

14. Для повышения качества работы Координационного совета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по совершенствованию порядка розничной торговли лекарственными средствами на территории Российской Федерации **рекомендовать МЗ и СР РФ создать независимую общественную комиссию** из специалистов, так или иначе работающих на стыке наркологии: врачей – психиатров, наркологов, неврологов, терапевтов, педиатров, хирургов, офтальмологов, эпидемиологов; социальных работников; педагогов; представителей органов правопорядка, а также священнослужителей традиционных религий, занимающихся проблемами наркомании. Её основной задачей будет являться помощь в выработке и направлении в соответствующие государственные органы обоснованных предложений об установлении более строгих мер контроля в отношении лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, с учётом социальных последствий применения соответствующих мер противодействия, а также поступающей информации о вновь выявленных фармацевтических препаратах с высокой степенью аддикции;

15. Поручить ФСКН России во взаимодействии с соответствующими органами МВД России создание бесплатной “горячей” телефонной линии, куда смогут обращаться граждане и сообщать номера и координаты аптечных учреждений (организаций), где были замечены случаи подобных незаконных продаж;

16. Правительственной комиссии по техническому урегулированию ускорить согласование проекта подготовленного ФСКН России указа Президента Российской Федерации “Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств”;

17. Просим ориентировать все подразделения, осуществляющие противодействие незаконному обороту наркотиков на территории Российской Федерации, на активную реализацию предоставленных законодательством полномочий, позволяющих привлекать к уголовной ответственности лиц, причастных к незаконному распространению под видом пищевого мака наркотического вещества, оборот которого на территории Российской Федерации запрещён. При этом также следует иметь в виду, что абзацем

3 пункта 4 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 15 июня 2006 года №14 "О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами" определено, что, если наркотическое средство или психотропное вещество списка 1 входит в состав смеси, то его размер определяется весом всей смеси. В соответствии с этим, в действиях лиц, реализующих пищевой мак с повышенным содержанием опия, органами правопорядка необходимо усматривать признаки объективной стороны преступного деяния и при наличии остальных элементов состава преступления оно должно быть квалифицировано по определённым пунктам статьи 228 Уголовного Кодекса Российской Федерации в соответствии с тяжестью совершённого противоправного деяния;

18. После проведения тщательного расчёта реальных потребностей российской кондитерской промышленности и частных предпринимателей, использующих в производстве своей продукции семена пищевого мака, **поручить всем заинтересованным силовым структурам** установить максимально строгий контроль за ввозом в нашу страну и распределением по её территории семян пищевого мака, даже очищенного в самой лучшей степени. Ведь теоретически при наличии определённых условий на территории Российской Федерации также возможно повысить концентрацию наркотических веществ в семенах пищевого мака, попавших к нам без существенного количества примесей;

19. Рекомендовать Федеральной таможенной службе Российской Федерации любые записи в таможенных декларациях и других сопроводительных документах о принадлежности данного товара к продуктам питания в случае обнаружения превышения допустимой в этой группе концентрации опия рассматривать как грубое нарушение действующего российского законодательства, в соответствии с чем подобные противоправные действия должны караться в соответствии со всей строгостью закона. Ведь в этом случае с криминологической точки зрения следует говорить о фальсификации назначения пищевого продукта, то есть создании заведомо ложной информации об объекте и его возможном криминальном видоизменении;

20. Поручить Генеральной прокуратуре Российской Федерации выяснить степень заинтересованности соответствующих лиц в неоправданно больших поставках описанного выше наркотического сырья под прикрытием продовольственных нужд населения и найти причины длительной задержки принятия на законодательном уровне решений, способных остановить резкий рост наркотизации населения наркотическими продуктами, извлекаемыми их семенами мака.

В связи с тем, что Вы назначены Председателем Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средства-

ми и их незаконному обороту, заседание которой должно состояться 19 декабря 2006 года для попытки определения истинных масштабов описанной выше проблемы и вынесения конкретных решений, способных снизить последствия очередной фармацевтической атаки на психическое здоровье наших сограждан, а также предупредить возникновение новой, считаем наиболее правильным решением в данной ситуации передать именно Вам те предложения и рекомендации, которые мы составили совместно со всеми участниками Круглого стола и утвердили для направления в вышеназванную Правительственную комиссию.

Безусловно, только совместными скоординированными усилиями всех заинтересованных в благополучии своего народа государственных и общественных институтов мы сможем выстроить эффективную линию обороны в войне за наше молодое по-прежнему исчезающее поколение.

С уважением,

Председатель Круглого стола, руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, руководитель ОНДБ АБОП, д.м.н., проф.

Иеромонах Анатолий
(Берестов)

Секретарь Круглого стола ОНДБ АБОП, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Росздрава, врач-эпидемиолог

Н.В.Каклюгин

Глава 2.

Служебная переписка Душепопечительского
Православного Центра (ДПЦ) святого
праведного Иоанна Кронштадтского с
органами государственной власти,
контролирующими оборот психотропных
препаратов, наркотических веществ и их
прекурсоров (2005-2007 гг.)

2.1. Ответ Минздравсоцразвития России Председателю Комитета Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Федерального Собрания Российской Федерации В.Е.Шудегову (14.05.2005)

№ 2086Пр от 14.05.2005
(на № 3.1434/636 от 04.05.2005)

Направлено:

В.Е. Шудегову, председателю Комитета Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Федерального Собрания Российской Федерации.

О вопросах соблюдения порядка отпуска лекарственных средств в аптечных организациях.

Уважаемый Виктор Евграфович!

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело Ваше обращение по вопросу отпуска из аптечных организаций кодеинсодержащих и других лекарственных средств и сообщает следующее.

Лекарственные препараты “Солутан капли 30 и 50 мл” и “Трамал (трамадол) все лекарственные формы” включены в Список № 1 Сильнодействующие вещества, утвержденные Постоянным комитетом по контролю нар-

котиков. В соответствии с приказом Минздрава России от 23.08.99 № 328 “О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)” данные препараты отпускаются из аптек по рецептам специальной формы № 148-1/у-88 и подлежат предметно-количественному учету в специальных журналах.

Лекарственные препараты “Кодипронт капсулы ретард №10” (состав: кодеин 30 мг, фенилтолоксамин 1 мг), “Терпинкод таблетки №10” (состав: кодеин 8 мг, натрия гидрокарбонат 250 мг, терпингидрат 250 мг) и “Стадол (буторфанол) раствор для в/в и в/м введения 1мл № 5” отпускаются из аптек и аптечных пунктов по рецептам формы № 107/у, утвержденным приказом Минздрава России от 23.08.99 № 328. Кроме того, следует отметить, что лекарственный препарат “Стадол” (“Буторфанол”) относится, к Списку А в соответствии с приказом Минздрава России от 21.12.99 № 472 “О Перечне лекарственных средств списков А и Б” и на него распространяются особые требования по хранению в аптечных учреждениях (организациях).

Заместитель Министра

В.И. Стародубов

2.2 Ответ ДПЦ от полномочного представителя Президента России в Центральном федеральном округе Г.С.Полтавченко (19.05.2005)

Письмо № А50 - 3506 от 19.05.2005 г.

Направлено:

иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., профессору.

Ваше преподобие, уважаемый отец Анатолий!

Аппаратом полномочного представителя Президента Российской Федерации в Центральном федеральном округе совместно с управлением по ЦФО ФСКН России проведен анализ фактов, изложенных в Вашем обращении о ситуации, сложившейся с легальным оборотом лекарственных препаратов, содержащих наркотические и сильнодействующие вещества.

Действительно, свободная реализация таких лекарственных средств как “Терпинкод”, “Коделак”, “Кодипронт”, “Налорфин плюс” (препараты от кашля), “Тетралгин” (обезболивающее), содержащих наркотическое средство “Кодеин”, а также препарата “Залдиар”, содержащего сильнодействующ-

щее вещество “Трамал” (“Трамадол”, обезболивающее), ранее неоднократно обращало на себя внимание органов ФСКН России, в связи с увеличением числа случаев их немедицинского употребления. Употребление указанных препаратов наркоманами со стажем приводит к облегчению наркотической абстиненции (ломки), а у лиц, впервые их потребляющих в качестве средства, вызывающего наркотическое одурманивание (в основном несовершеннолетних), ведёт к привыканию, которое в дальнейшем, как показывает практика, может привести к употреблению “тяжелых” наркотиков. Особое беспокойство вызывает свободное распространение препаратов опиоидного ряда – “Стадол”, “Марадол”, “Бутарфанол” (медицинское название – “Бутарфанол тартрат”).

В связи с тем, что указанные лекарственные препараты не числятся в Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.98 г. № 681, а также в действующих в настоящее время Списках постоянного комитета по контролю за оборотом наркотиков в России (ПККН), планируется проработать вопрос о внесении лекарственных средств “Терпинкод”, “Коделак”, “Кодипронт”, “Налорфин плюс”, “Тетралгин”, “Залдиар”, “Стадол”, “Марадол” в список сильнодействующих веществ ПККН России (в настоящее время ФСКН России, совместно с заинтересованными ведомствами, разрабатывается проект постановления Правительства Российской Федерации о внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.98 г. № 681, в части включения всех сильнодействующих средств в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Срок внесения этих документов на рассмотрение в Правительство Российской Федерации определен 4-м кварталом 2005 года).

Также в стадии рассмотрения находятся предложения о внесении изменений в ст. 28 Федерального Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” от 08.01.98 №3 – ФЗ, в части дополнения примечанием, устанавливающим порядок организации контроля за организацией оборота (ввоза и вывоза) СДВ, и внесении изменений в ст. 234 УК России, в части дополнения примечанием, устанавливающим, что список сильнодействующих веществ определяется Правительством Российской Федерации.

Управлениями ФСКН России Центрального федерального округа постоянно ведется работа по введению мер контроля за вышеуказанными препаратами. Так, например, Управлением здравоохранения Орловской области, по инициативе Управления ФСКН России Орловской области, фармацевтическим учреждениям дано указание отпускать “Терпинкод” и “Коделак” только по рецепту врача. Это, в свою очередь, привело к уменьшению числа аптечных киосков (на 87 единиц), которые осуществляли реализацию этих препаратов несовершеннолетним.

Сильнодействующие вещества “Солутан” и “Трамал” аптечными учреждениями отпускаются только по рецепту врача. Случаи безрецептурной продажи этих препаратов выявляются и пресекаются подразделениями Управлений ФСКН России Центрального федерального округа.

Кроме того, в настоящее время Управлением по ЦФО ФСКН России проводится работа по сбору и анализу информации по обороту вышеуказанных препаратов на территории округа, с целью получения информации (в органах Минздравсоцзащиты, МВД и других) об уровне наркозависимости населения, ее обобщения и направления в заинтересованные правительственные организации для принятия соответствующих мер.

Уважаемый отец Анатолий, выражаю Вам глубокую признательность за проявленное внимание к указанной проблеме и надеюсь на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

С уважением,

Г.Полтавченко

2.3 Информационное письмо ДПЦ на имя Директора ФСКН России В.В.Черкесова по вопросам немедицинского потребления лекарственных средств населением Российской Федерации (10.05.2006)

Письмо № 61/04 от 10.05.2006г

Направлено:

В.В.Черкесову, директору Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Сопредседателю Попечительского Совета Душепопечительского Центрасвятого праведного Иоанна Кронштадтского, генералу полиции.

Уважаемый Виктор Васильевич!

Довожу до Вашего сведения, что в течение последних трех лет в Москве, как и по всей России, пошло обвальное употребление молодежью в качестве наркотических средств легально продаваемых, свободно, без рецептов, лекарственных препаратов, главным образом содержащих наркотические вещества – кодеин и синтетические опиоидные анальгетики – трамал в виде препарата залдиар, бутарфанол (стадол), морадол, а также некоторых других лекарственных препаратов. К чести ФСКН следует отметить, что во многих регионах России, героин и некоторые другие наркотики стали менее доступны для наркозависимых. На-

пример, со слов самих наркозависимых, невозможно достать героин в Рязани, очень трудно в Белгороде, также и в некоторых других регионах, в том числе и в Москве, о чем говорит, например, повышение цены на героин до 2500 руб. за 1 грамм. В 2003 г. через Центр прошло 553 больных, в 2004 – 450 и каждый третий принимал лекарственные препараты с содержанием наркотических веществ. В связи с этим, многие наркозависимые перешли на легальные наркотики, покупаемые свободно в аптеке. В нашем Душепопечительском центре, как в кусочке зеркала или в капле воды, отражается наркоситуация в большей части России.

В 2005 году через наш центр прошло около 560 наркозависимых и уже 50% из них, как оказалось, устойчиво употребляют лекарственные препараты с содержанием наркотических веществ. Причем только 30% из них стали вынужденными потребителями легальных наркопрепаратов из-за трудности приобретения героина. А 20% стали первично наркозависимыми из-за свободной торговли в аптечной сети препаратов, содержащих наркотические вещества (это 112 больных из обратившихся к нам – каждый пятый).

Наиболее часто употребляемыми препаратами, содержащими наркотики, являются следующие:

1. Препараты кодеинового ряда:

- “Терпинкод”;
- “Кодипронт”;
- “Коделак”;
- “Тетралгин”;
- “Пенталгин”;
- “Кодтерпин”.

2. Синтетические опиоидные анальгетики:

- “Залдиар”;
- “Буторфанол”;
- “Стадол”;
- “Морадол” (гораздо реже);
- “Трамал”, “Трамал-ретард” (по незаконно выписанным врачами рецептам).

3. Антидепрессант “Коаксил”, который стал широко распространяться в течение последнего года.

4. Семя мака, которое продается в продуктовых магазинах и рынках для пищевых целей. Имеет очень широкое распространение в течение последних 1,5-2-х лет. Абстинентный синдром при его употреблении протекает тяжелее, чем при героине.

Антидепрессант “Коаксил” употребляют следующим образом Физиологический эффект наблюдается, как от героина: общее расслаб-

ление, эйфория, безучастность, апатия ко всему. Длительность эффекта до 1 часа, что заставляет больных употреблять “Коаксил” несколько раз в день. Вызывает сильную психологическую зависимость. Абстинентный синдром нерезко выражен и проявляется в виде более или менее сильной депрессии. Иногда вызывает токсическое поражение сетчатки глаза и необратимую слепоту. Таких больных наблюдала в одной из глазных клиник Московской области ее руководитель профессор А.А. Рябцева, и я в начале мая сего года в городе Новый Уренгой в Антинаркотическом Городском Комитете (общественный православный реабилитационный центр) консультировал двух девушек с токсическим поражением сетчатки глаза после сочетанного приема “Терпинкода” и “Коаксила”.

Препараты кодеинового ряда, главным образом “Терпинкод”, принимают в виде таблеток числом от 10 до 30-50 штук Вводят внутривенно. “Приход” и наркотическое действие такое же, как от героина. Длится наркотический эффект 1-2 часа, поэтому внутривенное введение наркотика производят до 5-6 раз в сутки. Наблюдаются частые передозировки, ухудшение походки (по-видимому, за счет токсической полиневропатии). По неофициальным данным смерть от этого наркотика наблюдается чаще, чем от героина (со слов наркозависимых).

Смертность от употребления наркотика, приготовленного по описанной выше методике (прим. сост. – текст изъят во избежание попадания информации к наркозависимым) из кодеинсодержащих лекарственных препаратов (чаще “Терпинкода”), высокая и наступает быстрее, чем от героина. По непроверенным данным (со слов самих наркозависимых) смерть нередко наступает через 6 месяцев после систематического употребления препаратов.

При пероральном употреблении таблеток кодеинового ряда мы наблюдали развитие неадекватного поведения, часто агрессивного, которое длилось от 1 до 3 суток. Отмечается покраснение лица, резкое сужение зрачков, учащенное сердцебиение, неадекватность поступков, которая иногда грозит смертельными повреждениями. Мы наблюдали также развитие острых панкреатитов, требующих лечения в отделениях реанимации.

При употреблении “Коаксила” отмечено развитие слепоты за счет токсической ретинопатии и токсического поражения глазного нерва. В обычных же терапевтических дозах “Коаксил” не проявляет наркотических и токсических свойств и широко применяется в психиатрии и неврологии как эффективный антидепрессант.

“Буторфанол (стадол)” по нашим наблюдениям обладает меньшим наркотическим эффектом, но, к сожалению, является излюбленным средством беспризорных и безнадзорных детей.

В качестве примера привожу часть наших наблюдений, обратившихся в наш Центр наркозависимых:

1. Иван Ст., 24 года. Изначально (не будучи потребителем героина и других наркотиков), в течение 1 года употреблял "Буторфанол", затем в течение 2 лет – "Трамал-ретард", с 2003 года – "Залдиар", в течение последнего года ежедневно употреблял внутривенно "Коаксил". Самую тяжелую зависимость отмечает от "Коаксила".

2. Дмитрий Чиб., 27 лет. Изначально употреблял "Терпинкод" в течение одного года, в количестве 20 таблеток. В течение последних 1,5 лет употреблял "Залдиар" в количестве от 10 до 20 таблеток, запивая их различными алкогольными коктейлями. В течение последующего года отмечает приступы сильной головной боли, повышенную температуру тела, общую слабость, иногда потерю сознания (без судорожных припадков), повышенное артериальное давление.

3. Виктор Кам., 21 год. Изначально в течение 2-х последних лет употребляет "Терпинкод" в количестве от 10 до 20 таблеток.

4. Михаил Др. и Ольга Др. (супруги). 4 года назад, перестав употреблять героин, перешли на употребление "Трамал-ретарда", а затем на "Терпинкод". У обоих – сильная зависимость от "Терпинкода".

5. Дмитрий Шаг., 25 лет. 3 года назад после прекращения приема героина стал активно и в больших дозах принимать "Терпинкод" до 50-60 и даже 80 таблеток. В связи с развитием неадекватного и социально опасного поведения неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу.

6. Виктор Бор., 24 года, фельдшер скорой помощи, не употреблявший до этого никаких наркотических веществ, в течение 1 месяца употреблял "Терпинкод" и "Нурофен плюс". Развился острый психоз, в связи с чем по социальным показаниям был госпитализирован в психиатрическую больницу.

7. Александр Сид., 35 лет. В течение одного года употреблял героин, затем отмечалась длительная ремиссия в течение 6 лет, в последние 6 месяцев стал употреблять внутривенно "Коаксил". Отмечает сильную психическую зависимость от него.

8. Алексей Г., 25 лет. В течение года употреблял первитин. В последние 3 года активно употреблял "Терпинкод" в количестве 20-30 таблеток.

10. Алексей Губ., 21 год. В течение 2-х лет изначально употребляет внутривенно препарат, изготовленный из семени мака. Сильная психическая и физическая зависимость.

11. Алексей Зем., 26 лет. После героина упорно употребляет ежедневно в течение 2-х лет "Терпинкод" в количестве 30-40 таблеток.

12. Антон Кл., 25 лет. Изначально в течение 2-х лет принимал внутривенно препарат из семени мака. Отмечает сильную психическую и физическую зависимость.

13. Алексей Пруд., 26 лет. Изначально в течение одного года принимает внутривенно препарат из семени мака. Отмечает сильную психическую и физическую зависимость.

14. Денис Бел., 29 лет. После 2-х летней ремиссии от героина, стал ежедневно употреблять "Терпинкод" по 25 таблеток.

15. Дмитрий К., 27 лет. Изначально в течение 3-х лет употреблял "Залдиар" в количестве 20-30 таблеток.

16. Андрей Лат., 21 год. В течение 2-х лет изначально принимает кодеинсодержащие препараты путем приготовления из них наркотика.

17. Алексей Чуд., 22 года. Изначально принимает препарат из семени мака внутривенно в течение 2-х лет.

18. Антон Н., 24 года. В течение 3-х лет после употребления первитина, активно употребляет препараты кодеина.

19. Алексей Пит., 30 лет. После окончания приема героина активно употребляет ежедневно, в течение 3-х лет, "Терпинкод". В связи с особенностями поведения госпитализирован в психиатрическую больницу.

20. Анатолий Ког., 22 года и Юрий Ког., 23 года (братья), имеют сильную зависимость от "Коаксила".

21. Алан Дзыц., 24 года. Сочетает прием "Терпинкода" с внутривенным введением "Коаксила" и приемом "Залдиара".

22. Евгений Тюн., 31 год. Через год после окончания приема героина, упорно принимал "Трамал". Имеет сильную психическую зависимость от него.

Уважаемый Виктор Васильевич! В качестве примера я привел лишь маленькую часть наркозависимых, употребляющих наркотические вещества, свободно продающиеся в розничной аптечной сети. Мог бы увеличить этот список раз в 10, но в этом, считаю, нет необходимости. Я бываю во многих городах России и везде одинаковая ситуация. Ни в одном городе, ни медицинские власти, ни ФСКН, ни областные, ни городские администрации не обращают на легальный наркорынок никакого внимания и нет никакой реакции на эту информацию. Создается впечатление, что никто не заинтересован в борьбе с наркоманией и повышении смертности молодежи, даже ФСКН. Официальная наркология говорит о сегодняшнем снижении роста заболеваемости наркоманией в России. Да, это так. Но на самом деле те, кто раньше покупал наркотики незаконно, теперь могут сделать это через любую аптеку страны. Я неоднократно писал о легальном наркорынке. Вам, уважаемый Виктор Васильевич, писал в Совет Федерации РФ, выступал с жестким докладом на эту тему на Всероссийской конференции в ноябре 2005 года ("Национальная сфера ответственности: власть, Церковь, бизнес, общество – против наркомании"), однако, до сих пор никакой реакции на мои выступления нет. А может, я лжец и дезинформатор?

Настало время действовать. Пора прекратить легальный наркобизнес. В нескольких аптечных киосках мне сообщили, что продажа указанных выше лекарств дает до 30 % дневной выручки.

Уважаемый Виктор Васильевич! Я прошу Вас внести рассмотрение этого вопроса в Министерство здравоохранения и социальной защиты РФ, в правительство РФ и в Государственную Думу РФ.

Считаю, что свободную продажу в аптеках указанных препаратов, следует приравнять к нелегальной – незаконной торговле наркотиками. При этом не ставится вопрос о запрещении действительно хороших лекарств.

Дальше медлить нельзя. Мне известно, что некоторые родители наркозависимых и сами наркозависимые, которые изначально стали наркозависимыми по преступной халатности работников здравоохранения и аптечной сети, готовы подать в суд на Министерство здравоохранения РФ. Однако пока я сдерживаю это. Считаю, что государству не нужны такие скандалы.

Надеюсь на Ваше понимание и заинтересованность в борьбе с наркоманией.

С уважением,

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий
(Берестов)

2.4 Ответ ДПЦ из Управления по контролю за легальным оборотом наркотиков (УКЛОН) ФСКН России (20.06.2006)

Письмо №2/3/3576 от 20.06.2006
(На №47/2 от 05.05.2006)

Направлено:

иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., профессору.

О немедицинском потреблении некоторых лекарственных препаратов.

Ваше преподобие!

Управлением по контролю за легальным оборотом наркотиков Ваше обращение по вопросам злоупотребления лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропные вещества, рассмотрено.

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., стороной которой является Российская Федерация, ставит задачу перед своими участниками, с одной стороны, обеспечивать больных по медицинским показаниям лекарственными средствами, в том числе наркотическими, с другой стороны – не допускать их поступления в незаконный оборот.

Таким образом, при решении вопроса об установлении мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ, необходимо учитывать социальную значимость масштаба злоупотребления такими препаратами, их терапевтическую ценность и доступность для нуждающихся, а также возможные социальные и медицинские последствия установления мер контроля над указанными препаратами.

В соответствии с частью 5 статьи 2 Федерального закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” порядок применения мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ, устанавливается Правительством Российской Федерации, однако до настоящего времени указанный нормативный правовой акт не принят.

В качестве одной из мер решения проблемы злоупотребления кодеинсодержащими препаратами до вступления в силу указанного нормативного правового акта может стать введение их рецептурного отпуска.

По инициативе ФСКН России, вопрос о возможности введения рецептурного отпуска из аптек комбинированных лекарственных средств, содержащих кодеин, обсуждался на заседаниях нескольких специализированных комиссий Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России.

В ходе заседаний специалистами было отмечено, что кодеинсодержащие препараты являются наиболее эффективными по сравнению с другими противокашлевыми лекарственными средствами и введение рецептурного отпуска данных препаратов может усложнить процедуру их использования.

Учитывая, что у некоторых больных приступ кашля вызывает серьезные нарушения функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, приводя в отдельных случаях к летальному исходу, было принято решение о сохранении комбинированных кодеинсодержащих препаратов в разряде безрецептурных.

Вместе с тем на территории ряда регионов России отмечается рост масштабов немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина (“Терпинкод”, “Коделак”, “Тетралгин”, “Пенталгин-Н”, “Седал-М” и др.), а также их использования для незаконного изготовления наркотического средства дезоморфин, что обусловлено их незначительной стоимостью и безрецептурным отпуском.

В этой связи, по нашему мнению, мерой контроля, позволяющей в определенной степени предотвратить немедицинское потребление препаратов с малым содержанием подконтрольных средств и веществ, а также их использование в кустарном производстве дезоморфина, может быть введение их предметно-количественного учета.

В то же время для повторного рассмотрения Минздравсоцразвития России вопроса об установлении мер контроля над препаратами с малым содержанием наркотических средств и психотропных веществ указанных мер контроля необходимо

наличие данных, объективно подтверждающих необходимость применения таких мер.

С этой целью ФСКН России планирует во взаимодействии с органами управления здравоохранением, органами образования, другими заинтересованными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также представителями научных учреждений в области наркологии и общественными организациями обобщить и проанализировать всю имеющуюся информацию о фактах немедицинского потребления кодеинсодержащих препаратов и их использования наркозависимыми лицами для незаконного изготовления дезоморфина, характеризующую масштабы проблемы.

По результатам анализа предполагается инициировать обращение в Минздравсоцразвития России с просьбой повторно рассмотреть вопрос о включении лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина, в перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами.

С уважением,

И.о. заместителя руководителя – начальника
Управления по контролю за легальным оборотом
наркотиков

В.В. Демченко

2.5 Ответ ДПЦ из Минздравсоцразвития России по вопросу злоупотребления лекарственными препаратами (11.09.2006)

Письмо №4799ВС от 11.09.2006
(На № 74/04 от 16.08.2006)

Направлено:

иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело Ваше обращение по вопросу злоупотребления лекарственными препаратами и сообщает следующее.

Министерство обеспокоено распространением случаев использования лекарственных средств без назначения врачей, особенно препаратов, вызы-

вающих негативные последствия бесконтрольного приема, привыкание, а также физическую или психическую зависимость.

Однако, следует обратить внимание, что не все перечисленные в Вашем письме лекарственные средства находятся в свободной розничной продаже. Нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития России установлены определенные меры контроля за лекарственными средствами. Так, например, перечисленные Вами лекарственные препараты “Залдиар”, “Буторфанол”, “Трамал”, “Коаксил”, “Дикафен”, “Кодипронт”, “Туссин Плюс” и “Гликодин” никогда не входили в перечень лекарственных средств, отпускаемых из аптечных учреждений без рецепта врача.

Лекарственный препарат “Кодипронт” (состав: кодеин 30 мг + фенилтолоксамин 10 мг) постановлением Правительства Российской Федерации от 08.07.2006 № 421 включен в Список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Данный препарат отпускается из аптек по специальным рецептурным бланкам на наркотическое лекарственное средство.

Лекарственные препараты “Залдиар” (состав: трамадола гидрохлорид 37,5 мг + парацетамол 325 мг), “Коаксил”, “Дикафен”, “Туссин Плюс” (состав: декстрометорфана гидробромид 10 мг+гвайфенезин 100 мг – 5 мл), “Гликодин” (состав: декстрометорфана гидробромид 10 мг+левоментол 3,75 мг+ терпингидрат 10 мг – 5 мл) относятся к рецептурным препаратам и отпускаются из аптечных учреждений по рецептам, выписанным на бланках рецептурной формы № 107/у.

Препараты “Буторфанол (морadol, стадол)” и “Трамadol (трамал)” включены в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785.

Одновременно лекарственный препарат “Трамadol (трамал)” включен в список № 1 Сильнодействующих веществ, утвержденных Постоянным комитетом по контролю наркотиков. Оба лекарственных препарата (“Буторфанол” и “Трамadol”) отпускаются из аптечных учреждений по рецептам, выписанным на рецептурных бланках учетной формы № 148-1/у-88.

Ваше предложение об ужесточении мер контроля над лекарственными препаратами “Залдиар” и “Коаксил”, включив их в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, будет рассмотрено в установленном порядке.

Вопрос о целесообразности исключения комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов (“Терпинкод”, “Коделак”, “Кодтерпин”, “Тетралгин”, “Пенталгин”, “Седалгин Нео”, “Седал М”, “Нурофен плюс”) из Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвер-

жденного приказом Минздравсоцразвития России от 13 сентября 2005 г. № 578, планируется рассмотреть на заседании Фармакологического комитета Минздравсоцразвития России. О решении комитета Вам будет сообщено дополнительно.

По вопросу разработки нормативных правовых актов, предусмотренных Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах", необходимо отметить следующее.

До настоящего времени Правительством Российской Федерации не утвержден План мероприятий по совершенствованию нормативной правовой базы в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия незаконному обороту таких средств и веществ, разработанный ФСКН России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти. Поэтому Минздравсоцразвития России, в инициативном порядке проводит работу по подготовке, обсуждению и согласованию проекта постановления Правительства Российской Федерации "Об утверждении Порядка применения мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров".

Кроме того, Минздравсоцразвития России рекомендовал включить в План работы Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, состав которой утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 09.06.2006 № 362, вопросы по координации действий государственных органов для проведения совместного анализа немедицинского использования лекарственных средств, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами, но которые могут применяться в комбинациях с ними, или из которых они могут извлекаться легкодоступными способами (кодеинсодержащие лекарственные препараты, сильнодействующие лекарственные препараты и др.).

С уважением,
Заместитель министра

В.И. Стародубов

2.6 ЛЕГАЛЬНЫЙ НАРКОРЫНОК – обращение ДПЦ к Генеральному прокурору Российской Федерации Ю.Я.Чайке (06.10.2006)

Письмо №92/04 от 06.10.2006

Направлено:

Ю.Я. Чайке, генеральному прокурору Российской Федерации, государственному советнику юстиции 1 класса.

Копии:

В.В. Черкесову, директору Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, сопредседателю Попечительского Совета Душепопечительского Православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского генералу полиции;

С.М. Миронову, председателю Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации ;

Б.В. Грызлову, председателю Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации;

К.В. Кабанову, и.о. председателя Национального Антикоррупционного Комитета Российской Федерации.

Уважаемый Юрий Яковлевич!

Душепопечительский центр святого праведного Иоанна Кронштадтского Московской патриархии активно занимается реабилитацией лиц с химическими и другими зависимостями с середины 1998 года по разработанной сотрудниками Центра программе, ориентированной на принимающих Православие. За это время через наш центр прошло более четырех тысяч наркозависимых, более двух тысяч лиц, зависимых от алкогольсодержащих продуктов и около трёхсот больных, страдающих игровой зависимостью (лудоманией). Разработанная нами программа реабилитации от данных зависимостей позволила ввести в состояние устойчивой ремиссии от 71 до 85-90% наркозависимых. Эта разница в показателях зависит от групп реабилитируемых, времени реабилитации (по годам) и длительности реабилитации. Выявлен парадоксальный факт, резко отличающий реабилитацию по нашей методике от светских реабилитационных программ: чем больше времени проходило от начала реабилитации, тем большее число больных входило в состояние ремиссии. В светских реабилитационных центрах наблюдалась обратная тенденция – чем больше проходило времени от момента окончания реабилитации, тем большее число реабилитируемых возвращалось к употреблению наркотиков. Через год в состоянии устойчивой ремиссии оставалось от 5 до 10% человек.

За последние 3 года к нам стала поступать тревожная информация, свидетельствующая о наметившихся негативных тенденциях к высоким темпам роста на территории большинства регионов России масштабов немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина ("Терпинкод", "Коделак", "Тетралгин", "Пенталгин-Н", и др.), некоторых синтетических опиоидных анальгетиков и иных медикаментозных средств, употребляемых с целью достижения наркотического эффекта. Это обусловлено их незначительной стоимостью и безрецептурным отпуском, либо халатностью сотрудников аптечных учреждений, пренебрегающих требованиями выдавать эти медицинские препараты строго по рецептам установленного образца.

Считаю необходимым назвать имеющиеся на данный момент в аптечной сети группы лекарственных препаратов, способных со временем вызвать стойкий синдром зависимости, тем не менее свободно реализуемых в розничной аптечной сети:

1. Препараты, содержащие кодеин.

- "Коделак";
- "Кодипронт";
- "Кодтерпин";
- "Нурофен Плюс";
- "Пенталгин";
- "Седал М";
- "Седалгин Нео";
- "Терпинкод";
- "Тетралгин".

2. Синтетические опиоидные анальгетики.

- "Бутарфанол";
- "Залдиар";
- "Морадол";
- "Стадол";
- "Трамал", "Трамал-ретард" (по незаконно выписанным врачами рецептам).

3. Антидепрессанты, главным образом "Коаксил", употребление которых стало особенно широко распространяться по всей России в течение последних полутора лет.

4. DXM (Ди-Экс-Эм – декстрометорфан). Содержится в сиропах от кашля "Туссин Плюс" и "Гликодин".

5. Семена мака, условно продающиеся для кондитерских целей.

В последнее время ведущие отечественные специалисты в области наркологии стали отмечать снижение роста числа наркозависимых. Но это не столько самообман, сколько следствие осуществления неполноценного

контроля со стороны Росздравнадзора за реальными масштабами трагедии, связанной с нарастающим злоупотреблением населением нашей страны подобными препаратами. По моему мнению (со мной согласны многие врачи, работающие в наркологической службе) это вызвано несовершенством существующей системы статистического анализа показателей распространённости наркотизации населения России. За прошедший 2005 год через наш Центр прошло 560 лиц, употребляющих те или иные наркотики. Из них 50%, как выяснилось, постоянно употребляли лекарственные препараты, содержащие малые количества наркотических веществ, приобретая их без всяких проблем в аптеках по месту проживания. Причём, только 30% из их числа стали вынужденными потребителями **"легальных наркопрепаратов"** в связи с возникшими трудностями приобретения героина (что в этом случае свидетельствует о высокой эффективности работы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков). Остальные стали первично наркозависимыми вследствие абсолютно свободной торговли данными препаратами. Похожая тенденция прослеживается во многих наркологических отделениях по всем городам России, куда в итоге так или иначе попадает большинство наркопотребителей. Таким образом, наши данные чётко показывают, что количество наркозависимых, употребляющих "уличные" наркотики, действительно снижается, однако это ни в коем случае не свидетельствует о тенденции к снижению общего числа лиц, злоупотребляющих различными наркотическими веществами. Ибо, как мы видим, многие любители "кайфа" переходят на постоянное употребление лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотиков, либо используют их в процессе изготовления наркотических веществ с ещё более высокой степенью наркогенности. Одновременно с этим, как правило, надолго выпадая из статистических показателей, характеризующих распространение наркотизации населения России. Это, безусловно, искажает статистику, приводя всех нас к самообольщению по поводу кажущегося улучшения наркоситуации в Российской Федерации. На самом же деле она по-прежнему ухудшается.

В этом году Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело обращение премьер-министра Правительства Республики Башкортостан Р.И. Байдавлетова, поступившее к ним из Аппарата Правительства Российской Федерации, в котором речь шла об учащении случаев немедицинского употребления различных **кодеинсодержащих лекарственных средств**. В своём ответе заместитель министра В.И. Стародубов сообщил следующее: "По информации, полученной из Национального научного центра наркологии, Государственного научного центра социальной и судебной экспертизы имени В.П.Сербского, Постоянного комитета по контролю наркотиков комбинированные лекарственные препараты, содержащие кодеин или его соли, могут применяться подрост-

ками-наркоманами для снятия абстинентного синдрома (ломки) или вместе с алкоголем для “приятного опьянения”.

На сегодняшний день Минздравсоцразвития России не обладает данными о том, что надвигается “кодеиновая” наркомания. На основании отчётности, представляемой в Постоянный комитет по контролю наркотиков, зарегистрированы лишь единичные случаи кодеиновых наркоманов”.

Меня не может не возмущать столь откровенная ложь, прописанная представителем государства, призванного охранять здоровье граждан Российской Федерации! Ведь в то же время, оперативно-розыскной департамент Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в своём письме-ответе (от 20.06.2006 года №2/3/3576) на моё обращение в связи с продолжением роста немедицинского потребления психоактивных веществ населением нашей страны, сообщает о совсем иной, приближенной к реальности, обстановке: “...на территории ряда регионов России отмечается рост масштабов немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина (**“Терпинкод”, “Коделак”, “Тетралгин”, “Пенталгин-Н”, “Седал-М”** и др.), а также их использования для незаконного изготовления наркотического средства **дезоморфин**, что обусловлено их незначительной стоимостью и безрецептурным отпуском”.

И действительно, комбинированные препараты, содержащие кодеин, наркозависимые принимают внутрь в виде таблеток средним количеством от 20 до 60 штук. Или извлекают из них при помощи химических реактивов наркотик – дезоморфин, судя по всему, имеющий уже свойства героина, и употребляют его внутривенно. Техника изготовления довольно проста и не требует особых знаний химии(прим. сост. – эта часть текста изъята во избежание его использования во вред.) Затем вводят внутривенно. Наркотические переживания подобны героиновым. Продолжительность эффекта составляет 1-2 часа, поэтому внутривенное введение наркотика осуществляют до 5-6 раз в сутки, в связи с чем часто случаются передозировки. При постоянном введении изготовленного кустарным способом наркотического вещества наблюдаются ухудшение походки (по-видимому, за счет токсической полиневропатии), трофические язвы в месте введения наркотического препарата, флебиты по ходу инъецируемых вен и другие серьёзные последствия, всегда сопровождающие жизнь каждого злоупотребляющего любым психоактивным веществом.

А вот что говорит Сергей Золотухин, известный в наркологических кругах специалист, заместитель главного врача 17-й московской наркологической больницы, комментируя складывающуюся непростую ситуацию: “Наша больница сталкивалась со случаями первичной зависимости от подобных таблеток. Кодеин, присутствующий в свободно продающихся препаратах, вызывает серьёзную зависимость (Интервью газете **“Труд”**, №039 от 09.03.2005 г.)”.

В том же Центре социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, в отделении терапии больных алкоголизмом и наркоманией всё чаще встречаются случаи не только полинаркомании с совместным употреблением “аптечных” и “уличных” наркотиков, но и наблюдаются пациенты с уже сформированной стойкой психической и физической зависимостью исключительно от медицинских препаратов, приобретаемых через аптечную сеть без рецепта врача. При этом никакие требования и приказы Минздравсоцразвития России и Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСНН России) не выполняются. У таких пациентов в наркологическом анамнезе отсутствуют данные о злоупотреблении какими-либо другими наркотическими веществами, кроме свободно приобретаемых в различных аптечных учреждениях по всей стране. Некоторые из них рассказали о хитростях, которые используют производители кодеинсодержащих препаратов для поддержания высокого уровня продаж своих ядовитых изделий. Так, таблетки **“Нурофен Плюс”**, изначально декларируемые просто как эффективное обезболивающее средство, изготовлены весьма оригинально – в одной половине таблетки содержится только кодеин, в другой – вспомогательные вещества и противовоспалительное средство ибупрофен. Наркоманы, зная это (кстати, с помощью многочисленных форумов на различных Интернет-сайтах, где они могут спокойно обсуждать между собой различные способы изготовления и употребления великого многообразия существующих в современной действительности наркотических веществ) используют ту, кодеиновую, половину, а балласт отбрасывают в сторону. Естественно, у любого трезво рассуждающего человека возникнет вопрос: зачем обычному средству для устранения боли иметь такой вид? Здесь явно ощущается двойное предназначение данного препарата. Правда, не все серии этого лекарственного средства сделаны таким образом, часть из них выполнена в стандартной форме. Причём в соответствии с выпущенной серией, можно определить, где существует разделение наркотического вещества от остальной начинки, а где всё смешано в цельную комбинированную таблетку. Стоимость одной упаковки **“Нурофен Плюс”** (12 таблеток), в зависимости от серии выпуска сегодня колеблется от 84 до 129 рублей. В среднем “таблеточнику” для получения удовольствия от его приёма, в зависимости от стажа употребления, в день необходимо от 2-х до 4-х упаковок. Если таблетка делится на две части, значит у её потребителя нет проблем. Если же купленная серия неделима, наркоману приходится с помощью нехитрых манипуляций освобождать кодеин от других содержащихся в препарате **“Нурофен Плюс”** балластных веществ. Затем можно принимать внутрь. Но только в дозах, на порядок превышающих среднетерапевтические, с соответствующими последствиями.

По данным отделения детской наркологии Национального научного центра наркологии Росздрава, достаточно часто встречаются клинические

случаи, когда заболевание наркоманией у детей начиналось именно после регулярного приёма этих средств. При этом постепенно формируется психологическая установка на получение удовольствия только при помощи химических веществ, что в свою очередь способствует дальнейшему переходу заблудившихся подростков на постоянное употребление сильных наркотиков, окончательно превращая их в рабов своей зависимости.

Тем не менее, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации упорно не замечает реальную опасность, исходящую от ныне существующего подхода к выдаче комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов, в том числе отнесённых к безрецептурным. В том же ответе В.И. Стародубов на обращение Премьер-министра Правительства Республики Башкортостан Р.И. Байдавлетова, лишь сообщается, что они “применяются в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной или зубной боли, посттравматических болях, лихорадочном синдроме”. Неплохо было бы проверить частоту применения всех лекарственных наркосодержащих средств для купирования вышеозначенных состояний и сравнить её с количеством случаев их немедицинского использования для достижения наркотического эффекта. К сожалению, никто такого анализа не проводил. Слишком страшным может оказаться результат...(прим. сост. – нам удалось сделать это позднее, см. стр. 173)

Однако, в любом случае, пишет дальше в своём тексте представитель Минздравсоцразвития России: “нецелесообразно лишать граждан возможности приобретать в аптечных учреждениях комбинированные лекарственные средства, содержащие в своём составе кодеин или его соли в малых количествах, без рецепта врача для использования в медицинских целях”.

Слава Богу, что у ФСКН России в лице В.В.Демченко совершенно другое мнение: “...по нашему мнению, мерой контроля, позволяющей в определённой степени предотвратить немедицинское потребление препаратов с малым содержанием подконтрольных средств и веществ, а также их использование в кустарном производстве дезоморфина, может быть введение их предметно-количественного учёта. С этой целью ФСКН России планирует во взаимодействии с органами управления здравоохранением, органами образования, другими заинтересованными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также представителями научных учреждений в области наркологии и общественными организациями обобщить и проанализировать всю имеющуюся информацию о фактах немедицинского потребления кодеинсодержащих препаратов и их использования наркозависимыми лицами для незаконного изготовления дезоморфина, характеризующую масштабы проблемы.

Так, по результатам анализа предполагается инициировать обращение в Минздравсоцразвития России с просьбой повторно рассмотреть вопрос о включении лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина, в перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами”.

Очень надеюсь, что в ближайшее время благодаря совместным усилиям всех заинтересованных государственных и общественных институтов будут получены достоверные данные о происходящем в сфере производства и сбыта наркосодержащих медицинских препаратов, реализуемых через аптечную сеть. Далее на основании полученной информации будут приняты жёсткие меры в отношении лиц и организаций, допускающих распространение вышеперечисленных лекарственных средств с целью личной наживы.

Насколько мне известно, на нескольких заседаниях специализированной комиссии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздравсоцразвития России уже обсуждалась возможность введения рецептурного отпуска из аптек лекарственных средств, содержащих кодеин. Хотя и этого мало – для действительно эффективного решения данного вопроса необходимо введение их предметно-количественного учёта. При этом такая мера ни в коей степени не противоречит Международной Конвенции Организации Объединённых Наций 1961 года, поскольку не ущемит прав больных, а лишь ограничит доступ к наркосодержащим лекарственным средствам лиц, злоупотребляющих ими. В ходе проведённых заседаний этими неизвестными нам специалистами, было отмечено, что “кодеинсодержащие препараты являются наиболее эффективными по сравнению с другими противокашлевыми средствами и введение рецептурного отпуска данных препаратов может усложнить процедуру их использования”. Всякому здравомыслящему врачу любой специальности покажется, мягко говоря, странным, что рецептурный отпуск лекарств может усложнить процедуру их использования, а каждый здравомыслящий гражданин России поймёт, что подобные “специалисты” защищают не здоровье своих сограждан, а интересы фармацевтических компаний и аптек, никак не желающих терять огромные доходы, пусть даже заработанные на смерти наших юных соотечественников. И, по видимому, только Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации не понимает этого, раз идёт на поводу у таких “специалистов”.

Кроме того, мне, как и моим коллегам по врачебной деятельности кажется издевательски смехотворной утверждение ведущих специалистов Института доклинической и клинической экспертизы лекарственных средств о том, что “у некоторых больных **приступ кашля** вызывает серьёзные нарушения функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, приводя в отдельных

случаях **к летальному исходу...**” И в соответствии с этим было принято решение о сохранении комбинированных кодеинсодержащих препаратов в разряде безрецептурных. Это как понять??? Когда мы показали эту формулировку опытным практикующим врачам, в том числе в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, некоторым педиатрам и терапевтам клиники Российского государственного медицинского университета, самым мягким проявлением реакции на эти слова было выражение недоумения на их лицах, переходящее в критические высказывания в адрес специалистов, приводящих подобные “веские” аргументы. Каждому опытному практикующему врачу известно, что такого рода состояния действительно могут иметь место в реальной жизни, но они наблюдаются настолько редко и при таких тяжёлых, запущенных, заболеваниях, что требуют немедленной госпитализации с последующим длительным и серьёзным курсом лечения. А вот самолечение в подобных случаях действительно может привести к летальному исходу. И никаким “Терпинкодом” такого больного уже не спасти! При прочтении столь невероятно глупого утверждения малоизвестных широкому кругу врачей “специалистов”, сразу же возникает вопрос об их профессиональной пригодности и возможности дальнейшего участия в принятии решений по жизненно важным для страны и общества вопросам.

Напомню, что именно на основании подобных, мягко говоря, одурачивающих нас, мнений и было принято недостаточно взвешенное решение “о сохранении комбинированных кодеинсодержащих препаратов в разделе безрецептурных”. Тысячи, десятки тысяч граждан России продолжают гибнуть от покупаемых в аптеке наркотиков, а нас тем временем пичкают такими вульгарными псевдонаучными заверениями! Разве прилагающиеся к этому документу фотоизображения не пробуждают ужас и содрогание нашей совести(см. гл. 6 стр. 369)?! А ведь это чья-то **реальная** трагедия!

Возникает законный вопрос: сколько “Терпинкода”, “Нурофена Плюс”, “Залдиара”, “Коаксила” или какого-либо иного наркосодержащего медицинского препарата должно производиться на территории нашей страны или завозиться извне, чтобы насытить жаждущий “дешёвого” химического удовольствия наркорынок?

Несомненно, люди, желающие без особых проблем покупать медицинские препараты для достижения наркотического эффекта, всегда найдутся. Предположим, 100 тысяч наркозависимых в течении суток купят по 3 пачки “Терпинкода”. Получается 300000 пачек в день. За 1 месяц они приобретут 9 миллионов пачек этой отравы. Выручка у производителей данного препарата составит более 1 миллиарда рублей в месяц. А если учесть, что реальное количество злоупотребляющих кодеинсодержащими препаратами выше, то и сумма доходов, соответственно, возрастает. Сами работники аптек говорят, что выручка от продажи подобных меди-

каментов составляет минимум одну треть от среднесуточной. Это что же, получается, наша фармацевтическая промышленность в основном работает на производство этого самого “жизненно необходимого” лекарства? На основании анализа имеющейся на сегодняшний день информации о реальном уровне немедицинского потребления определённых лекарственных средств, можно сделать вывод, что почти вся современная отечественная фармацевтическая индустрия ориентирована на выпуск медицинских препаратов, содержащих наркотические вещества. И это направлено непосредственно на убийство российской молодёжи. В связи с чем имеем полное право предположить наличие в нашей стране легальной фармацевтической наркомафии.

Ведь можно же решить этот вопрос, если серьёзно и ответственно подойти к выполнению всех обязанностей, вменённых Минздравсоцразвития России и другим заинтересованным ведомствам и структурам, а они, с моей точки зрения, и должны проявлять такую инициативу, а не какие-то церковные учреждения. Я уже неоднократно писал об опасности безрецептурной продажи в аптечной сети лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, говорил об этом в Государственной Думе РФ, Совете Федерации, выступал по телевидению и в прессе, однако в итоге мы добились лишь запрещения свободной продажи (без рецептов) препарата “Трамал-ретард” в декабре 2002 года. Тем не менее практически сразу после этих событий, в январе 2003 года, в свободной продаже появился другой, не менее опасный комбинированный препарат той же фирмы-производителя.

Состав и форма выпуска: **Залдиар®**, таблетки, покрытые оболочкой, по 10, 20, 30 или 50 шт. в упаковке. 1 таблетка Залдиар® содержит **трамадол** (в виде гидрохлорида) 37,5 мг; **парацетамол** 325 мг; вспомогательные вещества.

Примечательно, что немецкая фармацевтическая компания “Грюненталь (Grünenthal)”, выпускающая препараты данной группы и аптечная сеть “Союзфарма”, успешно их реализующая и активно продвигающая на российский рынок фармпрепаратов, наградили коллективы 21 аптеки города Москвы за то, что они первыми стали реализовывать новый обезболивающий препарат “Залдиар”. Этот факт свидетельствует не только об огромных доходах в этом невероятно прибыльном бизнесе, но и о чётко продуманной стратегии сбыта этого обезболивающего препарата профессиональной группой менеджеров. Сама фирма ведёт свою деятельность с 1946 года, став единственным производителем антибиотиков в Германии. В 1962 году, во время эксперимента по синтезу новых противоаллергических компонентов была синтезирована молекула трамадола гидрохлорида. К 80-м годам прошлого века “Трамал” – препарат на основе нового синтезированного вещества, завоевал фармакологический рынок обезболивающих препаратов, а к 2000-му – стал одним из самых популярных анальгетиков по всему

миру, в том числе и в России. Последующие мои заявления и выступления в средствах массовой информации по данной проблеме никакой положительной реакции не дали. В конце ноября 2005 года по поводу “Залдиара”, активно употребляемого наркозависимыми по всей стране, я выступал в телепередаче “Момент истины”. Фирма “Грюненталь”, производящая этот препарат и её деловой партнёр – компания “Фармлоджик” сильно обиделись на меня и редакцию телепередачи “Момент истины”, посчитав, что их обвиняют в производстве и продаже препаратов, являющихся наркотическими веществами. И 8 декабря 2005 года провели в связи с этим пресс-конференцию. Представители компании и определённой части медицинского сообщества заявили о необоснованности обвинений в адрес фармацевтического концерна “Грюненталь” и производимых им препаратов “Трамал” и “Залдиар”. По их словам, компетентные органы подтвердили безопасность вышеуказанных препаратов в терапевтических дозах и возможность реализации их в розничной торговле. Однако никто ведь не ставил под сомнение терапевтическую ценность и безопасность вышеуказанных препаратов в терапевтических дозах. Мы говорили лишь о том, что наркоманы употребляют их в высоких дозах, 20-30 таблеток одновременно, получая при этом сильный наркотический “кайф”. Причём методика извлечения трамадола из “Залдиара” чрезвычайно проста (прим. сост. – снова извлекаем лишние подробности) Далее полученный осадок аккуратно процеживают, и затем пьют долгожданную жидкость, либо вводят её инъекционным путём, всё глубже погружаясь в мир иллюзий...

Стоимость одной упаковки “Залдиара” (10 таблеток) составляет на сегодняшний день в среднем 220 рублей, 20 таблеток – около 310 рублей. Неплохой маркетинговый ход – естественно, что потребители этого лекарственного средства предпочитают покупать минимум по 20 таблеток, находя в этом некую экономию своих денежных средств. И понятно, что даже если кто-то из них хотел ограничиться 10 таблетками за один приём, вряд ли он избежит соблазна съесть сразу все 20. Тем временем продолжают расти прибыли производителей и продавцов этого чрезвычайно опасного товара. Наркопотребители, в отличие от некоторых чиновников из Минздравсоцразвития России, уже давно знают о наркотических свойствах этого трамадолсодержащего препарата и активно скупают его в аптеках и аптечных киосках.

В соответствии с поступающей информацией уже ставился вопрос о выдаче этих препаратов действительно нуждающимся людям строго по рецептам, включив указанные лекарственные средства в Перечень лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учёту. Однако теоретически дело лишь ограничивается выдачей препарата “Залдиар” по рецептам, выписанным на бланках рецептурной формы №107/у. Но из повседневной наркологической практики многим специалистам известно, что данное требование в подавляющем большинстве случаев не соблюдается.

На опыте Украины известно, что в 2004 году приказом Министерства здравоохранения этой страны трамадол из каких-то не всем понятных побуждений вдруг вывели из списка ядовитых веществ. В результате была упразднена уголовная ответственность за его незаконную продажу, вследствие чего украинская наркомафия на 80% легализовала свой бизнес, перейдя на этот ставший вскоре популярный среди молодёжи наркотик. Разве и это не является свидетельством того, что “Залдиар”, содержащий тот же трамадол, является таким же наркотиком и не пора ли полностью прекратить его свободную продажу через аптечную сеть? Если в 2002 году Минздрав России по нашему настоянию всё же решился запретить безрецептурную продажу препарата “Трамал-ретард”, разве этим он нарушил право пациента на лечение? Неужели сильно затруднил действительно нуждающимся больным людям в лице их родственников или опекунов приобретение данного лекарственного средства?

Необходимо отдельно сказать несколько слов о семени мака, которое, несмотря на проводимую серьёзную работу по борьбе с его распространением на территории Российской Федерации, до сих пор свободно продаётся в некоторых продуктовых магазинах и рынках якобы исключительно для пищевых целей. Однако практика показывает, что очень часто этот продукт покупают совсем не любители вкусной еды, а обычные наркоманы.

Несмотря на проводимую различными заинтересованными в улучшении ситуации органами и структурами работу, ситуация с количеством лиц, употребляющих внутривенно этот чрезвычайно токсический продукт, остаётся не только критической, но и постоянно ухудшается. Одного опийсодержащего пакета семян мака хватает наркоману со стажем употребления в 1 год на 1 сутки (4 дозы). А на следующий день снова приходится добывать деньги на очередной “паёк”. При этом абстинентный синдром в случае невозможности своевременно употребить раствор, приготовленный из семян мака, протекает тяжелее, чем при злоупотреблении героином. В течение последнего года к нам за помощью обращаются наркозависимые из Воронежской, Рязанской и некоторых других областей Центральной России, которые в силу невозможности достать в их городах героин и другие “уличные” наркотики (что, по видимому, говорит о качественной работе ФСКН РФ), вынуждены потреблять в больших количествах кодеинсодержащие препараты, преимущественно “Терпинкод”, а также семя мака. Так, в Воронежской области десятки тысяч наркозависимых покупают совершенно свободно, без рецептов “Терпинкод” в количестве от 20 до 100 таблеток в день и семя мака в расфасованных пакетах по 100, 200, 500 грамм. На упаковках мака указано, что расфасовка его проводилась в городе Краснодаре. В настоящее время из некоторых граничащих с нашей страной государств, особенно из Турции, на территорию России вагонами завозится этот продукт. Сегодня огромное количество фирм заинтересовано в реализации столь прибыльного товара.

Данная тенденция характерна не только для регионов Центральной России, но и для северных городов, в том числе и для Москвы. Южные регионы Российской Федерации также наполнены семенем мака, содержащего высокие концентрации наркотических веществ и предназначенного явно не для кондитерских нужд.

Обнадёживает тот факт, что Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков старается отслеживать текущую ситуацию. Так, согласно “поступившей от них информации” с целью устранения условий, способствующих обращению на территории Российской Федерации семян мака, содержащих примеси наркотических средств, и в соответствии с решением Правительственной комиссии по техническому регулированию (Протокол от 6 июня 2005 г. № 3) ФСКН России подготовлен проект указа Президента Российской Федерации “Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств”. Проектом указа предусмотрено, что семена мака не должны содержать примесь наркотических средств “опий” и “маковая солома”, в количествах, выявляемых утвержденными в установленном порядке методами исследований (испытаний) и измерений. В конце июня 2006 года он был согласован с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и направлен на заключение в Минэкономразвития России. Хочется верить, что это ведомство уже одобрило данный законопроект и скоро он вступит в силу. Ведь на сегодняшний день приобрести семена мака при желании не представляет особого труда. Стоит он дороже обычного примерно в 3 раза. Если за простой кондитерский мак в Москве просят 120 рублей, то за наркотический мак требуют 380 рублей. Достаточно подойти к палатке, торгующей кондитерскими изделиями и внимательно осмотреть представленный ассортимент (прим. сост. – в последнее время это может быть практически любая торговая палатка). В некоторых случаях можно обнаружить расположенный в каком-нибудь из дальних углов пакет с прикрепленным ценником. Причём достаточно часто мак, содержащий повышенные концентрации наркотических веществ, не представлен на витрине – о нём нужно спрашивать дополнительно. При этом далеко не каждый желающий сможет его получить. Человек, продающий такой достаточно опасный товар, исходя из собственного опыта подобных продаж, знает, как выглядит его потенциальный покупатель и предпочитает не связываться с подозрительными для него субъектами. Расфасованные ёмкости с наркотическим полуфабрикатом он кладёт в тёмный непрозрачный пакет и передаёт клиенту. Пациенты наркологических стационаров рассказывают, что рядом с подобными пунктами продаж наркотического зелья иногда формируются небольшие очереди из наркоманов, стремящихся любой ценой приобрести долгожданный наркотик. Следует отметить, что по непроверенным данным, вы-

живаемость при ежедневном внутривенном введении опийного раствора, приготовленного из семени мака, составляет от 6 месяцев до полутора лет.

По результатам обращений в наш Центр наркозависимых, проживающих в городе Москве, мы утверждаем, что по-прежнему в аптеках и аптечных киосках свободно продаются синтетические опиоидные анальгетики **“Буторфанол”**, **“Стадол”** и **“Морадол”**. На этом моменте акцентировал внимание и генерал-лейтенант полиции Александр Михайлов, руководитель Департамента межведомственной информационной деятельности ФСКН России. В августе 2005 года он отмечал: “Ещё одна наркотическая тема – опиаты “Стадол” и “Бутарфанол”, препараты для внутривенного введения, появились в аптеках города сравнительно недавно, однако наркоманы передают новости почище телеграфа... “Стадол” и “Буторфанол” – сильнодействующие опиатные препараты, которые стоят дешево, а вред наносят немыслимый. А кодеиносодержащий препарат “Терпинкод”, уже не первый год муссированный в прессе? Продолжает продаваться открыто, и даже сумел недавно стать вторым по продаже лекарственным препаратом в столице! Это при том, что для получения эффекта наркоманы пожирают по 20-30 таблеток в день... Однако фармацевты при таких барышах, как от торговли наркосодержащими препаратами, забывают и о клятве Гиппократова, и об ответственности за совершенные поступки.”

Как ни странно, люди, призванные оберегать здоровье своих сограждан, располагают совершенно другой информацией. Так, в своём очередном ответе на наши запросы в отношении создавшейся ситуации в сфере легального наркорынка заместитель министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубов отмечает, что “лекарственные препараты “Буторфанол”, “Стадол” и “Морадол” отпускаются из аптечных учреждений по рецептам, выписанным на рецептурных бланках учётной формы №148-1/у-88”. Но здесь нужно чувствовать разницу – “должны отпускаться” или “отпускаются”... То, что написано на бумаге, к сожалению, далеко не всегда исполняется в строго установленном порядке. Напомню, что цена вопроса – жизни молодых людей! И они продолжают угасать с помощью различных аптечных учреждений, предлагающих им всё новые и новые варианты химического рабства. В наш Центр за последнее время обратилось немалое количество людей, страдающих зависимостью именно от “Буторфаноло” (“Стадола”, “Морадола”). При этом все они покупали данные медицинские препараты в большинстве аптек совершенно свободно!

Также считаю крайне необходимым обратить Ваше внимание на свободную продажу сиропов от кашля **“Туссин Плюс”** и **“Гликодин”**, содержащих опасный наркотик. Оказывается, наркоманы с помощью определённых манипуляций научились получать из этих микстур **дексстрометорфан (DXM)** – сильный наркотик-галлюциноген.

Недавно ко мне поступило письмо из Православного Душепопечительского центра Луки (Войно-Ясенецкого) расположенного в городе Красноярск. В нём сообщается, что наркотик DXM в виде сиропа от кашля был объявлен на лекции в городской школе милиции одним из самых опасных и сильнодействующих наркотиков, когда-либо употреблявшихся в этом регионе. Он получил быстрое и широкое распространение в городе и крае. Хорошо известны "Туссин Плюс", "Гликодин" и московским наркоманам. Недавно у меня на приеме был молодой человек 25-ти лет, медицинский работник, фельдшер скорой помощи, который после месячного приема "Туссин Плюс" был госпитализирован в одну из психиатрических больниц города Москвы в связи с развившимся у него острым психозом. В последнее время работниками психиатрических служб в крупных городах России всё чаще фиксируются случаи развития острых психозов на фоне приема достаточно большого количества этих сиропов вместе с препаратами группы каннабиноидов. Находясь под воздействием действующего вещества декстрометорфана, испытывая выраженное психическое возбуждение, молодые люди в некоторых случаях чрезвычайно агрессивны по отношению к окружающим и в таком состоянии могут совершать противоправные действия. В соответствии с выявленными фактами достаточно быстрого появления выраженных побочных эффектов после даже непродолжительного периода употребления вышеуказанных микстур, до сих пор свободно продающихся в аптеках, необходимо их в самые ближайшие сроки перевести не просто на продажу по рецептам, выписанным на бланках рецептурной формы №107/у, но и включить к тому же в Перечень лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учёту. Поскольку на бумаге приказы существуют, но контроль над их исполнением не проводится должным образом, крайне необходимо в крайчайшие сроки принять меры, обеспечивающие адекватное исполнение современных норм законодательства в сфере производства и сбыта наркосодержащих препаратов через аптечную сеть!

О злоупотреблениях **"Коаксилом"** считаю необходимым добавить следующее. Данный антидепрессант с целью достижения состояния наркотического опьянения употребляют следующим образом (прим. сост. — пропускаем подробности) При постоянном употреблении "Коаксила" отмечено быстрое развитие слепоты за счет токсической ретинопатии и токсического поражения глазного нерва. В обычных терапевтических дозах он не проявляет наркотических и токсических свойств, в связи с чем широко применяется в психиатрии и неврологии и некоторых других медицинских специальностях как эффективный антидепрессант. Введённый же внутривенно в дозах, превышающих терапевтические, помимо сильно выраженного наркотического и токсического эффекта, также вызывает стойкие нарушения свертываемости крови, повышает ее вязкость, способствуя образованию тромботических сгустков, что в итоге приводит к закупорке магистральных сосудов

конечностей, а также микроциркуляторного русла глазного дна. При этом его наркотический эффект по сравнению с таковым у героина весьма непродолжителен, что требует ежечасного введения. И как следствие подобных регулярных манипуляций — быстро прогрессирующая гангрена конечности вместе с серьёзным поражением сетчатки глаза. В случае продолжения наркотизации этим препаратом, больной вынужден через некоторое время (не более полугода) обращаться к врачам, только уже не к наркологам, а к хирургам и офтальмологам. К сожалению, в таких случаях может быть слишком поздно. При несвоевременном обращении дело может закончиться ампутацией поражённой конечности или частичной утратой зрения вплоть до необратимой полной слепоты. Так, по непроверенным данным, в городе Сургут на протяжении 2005 года было проведено более 200 ампутированных конечностей пациентам, страдающим выраженной зависимостью от "Коаксила". Только в одном из хирургических отделений г. Москвы **за месяц май** было проведено **17 ампутиаций** верхних конечностей этим несчастным людям, сравнительно недолго злоупотребляющим "Коаксилом" в высоких дозах.

В качестве наглядной иллюстрации страшных последствий инъекционного употребления "Коаксила" приводим фотоснимки развивающейся гангрены кисти, предплечья у двух больных, регулярно вводивших его внутривенно на протяжении полугода, у одного из которых дело окончилось ампутиацией конечности, а другого мы вовремя успели взять на лечение и реабилитацию и сосудистые нарушения конечности не успели прогрессировать. Также представляем Вашему вниманию фотоснимки больного с выраженными нарушениями кровоснабжения голени и стопы, вводившего "Коаксил" в вены голени. На следующих снимках показано состояние глазного дна коаксильного зависимого с развившейся у него атрофией и фиброзными изменениями сетчатки, приведшей к необратимой слепоте. Вот к чему приводит преступная халатность чиновников из Минздравсоцразвития России и работников аптечных учреждений (см. гл 6., стр.369).

Безвредный в общетерапевтической практике, но чрезвычайно опасный в наркологии и смежных медицинских специальностях, "Коаксил" до настоящего момента так и не внесён в список лекарственных средств, **подлежащих предметно-количественному учёту**. И это несмотря на то, что при постоянном злоупотреблении в больших дозах данный медицинский препарат на всю оставшуюся жизнь превращает в калек сотни, а возможно и тысячи ребят и девочек повсеместно (пока мы не располагаем точными достоверными данными)!

В качестве наглядного примера, более детально описывающего последствия развития зависимости от первоначально кажущегося безобидным эффективным современным антидепрессанта, приведём историю из личной жизни молодого человека, в своей жизни вкусившего все прелести "Коаксила". Текст взят с одного из Интернет-сайтов, где функционирует форум для

обсуждения различных тем, связанных с употреблением наркотических средств. Приводим его дословно в оригинале автора без исправлений:

Ultimate: "Глубокоуважаемые камрады! Заранее хочу извиниться, если тема попала под оффтоп, но я просто должен рассказать..."

Довелось мне сегодня попробовать НЕЧТО. Нечто называется "Коаксил". Я его пил и до этого, прописывали от депрессии, но пил по 2-3 таблетки, т.е. чисто в терапевтических дозах. А на днях мне рассказали, что данный сабж(прим. сост. – имеется в виду "коаксил" психоактивное вещество) можно пускать по вене. Само собой, очищать и т.д., промывать и вперёд. Сегодня попробовал... Ощущения сильные. Должен сказать, что было мне нехорошо до этого, 2 месяца медленных движений (прим. сост. – употребления героина) дают о себе знать... Теперь непосредственно об ощущениях – приход сильный, тяга не очень, но чувствуется тем не менее. На чела (потребителя) приходится одна упаковка (280-350р., в зависимости от жадности владельцев аптек). Процесс приготовления очень легкий, кому интересно – в приват. Суть такова, что реально помогает! Чудо просто какое-то...

Вот и всё."

Ultimate: "Мдааааа..... Погорячился я..... Уважаемые камрады, прошу прощения за столь раннее высказывание, а те, кто повёлся – заканчивайте скорее... Тогда я был просто в шоке от того, что есть в аптеках вещи, которые можно ставить в/в и эффект как от сами-знаете-чего..... Уж не говоря о бешеном приходе..... Но, все мы ошибаемся и я ещё раз приношу свои извинения..... Теперь о последствиях..."

У меня кровь стала густая, как повидло. Еле шла, даже при условии сильно пережатой предплечной области, вернее почти совсем не шла... Промывали различными растворами меня целый месяц..... Мерз как дворник ранним утром при 40-градусном морозе, все затекало постоянно.... Какой компьютер? Я телевизор-то смотреть не мог – депресняки жуткие, настроения никакого, веревку на шею – пожалуйста....

Сделал плазмоферез с горем пополам, вместо обычных 5 сеансов сделал 9, т.к. кровь не шла и затромбовывалась прямо в магистралах от аппарата переливания..... не говоря уж о венах..... Денег ушло, даже не скажу сколько, т.к. надо было как минимум 5-6 раз в день..... Не сплю до сих пор, иногда алкоголь помогает..... Не знаю, кто сказал, что не кумарит с "Коаксила", да мне бы очень хотелось чтобы этот человек попробовал бы его ставить по 5-6 раз в день в течение недель 3-4х. Вот и посмеялись бы..... Нет, я не злой, просто за всё нужно и приходится отвечать в этой жизни.... Вот.

Ещё раз мои глубочайшие извинения тем, кто сбился с толку моим ноябрьским постом... НЕ ПРОБУЙТЕ. Может и не подсядете, но здоровье подсадите основательно".

Вот на что способен новый чудодейственный препарат, если его использовать не по назначению...

Ещё раз отмечу, что возможность приобрести его без рецепта существует в подавляющем большинстве случаев и в настоящее время, несмотря на все предписания заинтересованных ведомств и структур, требующие обязательного предъявления рецептурных бланков при совершении подобных покупок.

В наш Центр с каждым днём приходит всё больше и больше ребят с выраженными изменениями микроциркуляторного русла конечностей и глазного дна. При этом срок употребления составляет всего лишь несколько месяцев, а по тяжести последствий подобные состояния напоминают нарушения органов и систем после нескольких лет внутривенного употребления опиатов.

А ведь ещё 23 июня 2004 года Федеральная служба безопасности Российской Федерации ставила вопрос перед Постоянным комитетом по контролю наркотиков (ПККН) об учащении случаев злоупотребления препаратом "Коаксил". Ниже приводим выписку из протокола заседания ПККН на котором обсуждался данный вопрос:

"ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА N 4/93-2004 ЗАСЕДАНИЯ ПОСТОЯННОГО КОМИТЕТА ПО КОНТРОЛЮ НАРКОТИКОВ ОТ 23 ИЮНЯ 2004 Г.

СЛУШАЛИ:

3: Обсуждение письма из ФСБ по поводу злоупотребления препаратом "Коаксил" (Тианептин).

ПОСТАНОВИЛИ:

1. Просить Фармакологический комитет МЗ РФ принять решение, предусматривающее, что "Коаксил" (Тианептин), также как и другие антидепрессанты, отпускаются только по рецепту врача в ограниченном количестве в одни руки, с оставлением рецепта в аптеке для учета.

2. Запросить органы здравоохранения некоторых регионов России (Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Новосибирска, Иркутска) и Центра наркологии МЗ РФ о том, имеются ли зарегистрированные случаи злоупотребления препаратом "Коаксил" в их регионах (и сколько их), а также сообщить, в каком режиме препарат отпускается в аптеках (по рецепту врача или без рецепта). В случае получения информации о наличии зарегистрированных фактов злоупотребления "Коаксилом" вынести вопрос на повторное обсуждение ПККН.

3. Запросить фирму-производителя предоставить данные клинических исследований и научные статьи по препарату, а также официально утвержденную Минздравом России инструкцию по медицинскому применению препарата "Коаксил".

4. Целесообразно опубликовать официальную инструкцию по применению препарата, утвержденную Минздравом России, в журнале "Новые лекарственные препараты" с четким указанием с том, что препарат должен отпускаться строго по рецепту врача.

Председатель ПККН
д.м.н., проф., акад.

Э.А.БАБАЯН

Приходится признать, что практически все вышеуказанные пункты на сегодняшний день так и не выполнены. Несмотря ни на что, недавно из Минздравсоцразвития России на наш адрес поступил ответ, где в краткой форме дана попытка изобразить активные действия этой государственной структуры в борьбе с немедицинским потреблением лекарственных средств, реализуемых через аптечную сеть. На самом деле, в течение нескольких лет, никаких реальных действий, уменьшающих масштабы распространения немедицинского употребления всех вышеперечисленных лекарственных средств, до сих пор свободно реализуемых через сеть аптек учреждений, так и не было предпринято. В итоге всё большее количество молодых людей попадает в сети фармацевтических концернов. В тексте, подписанном тем же заместителем Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.Стародубовым, сообщается, что наше "предложение об ужесточении мер контроля над лекарственными препаратами "Залдиар" и "Коаксил", включив их в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту, будет рассмотрено в установленном порядке". Никаких конкретных сроков вновь не определено, а время идёт, и больные либо умирают, либо становятся инвалидами с потерей трудоспособности на всю оставшуюся жизнь, превращаясь в обузу для государства.

Наша переписка с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации продолжается уже не один год. К сожалению, на конкретные запросы о происходящем в сфере контроля отпуска из аптек учреждений наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также препаратов, содержащих в малых дозах наркотические вещества, мы получаем лишь короткие, порой противоречащие друг другу ответы. Так, например, в своём письме от 14.05.2005 года №2086-Пр на имя Председателя Комитета Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Федерального Собрания Российской Федерации В.Е. Шудегова господин Стародубов сообщает, что **"Терпинкод таблетки №10"** (состав: кодеин 8 мг, натрия гидрокарбонат 250 мг, терпингидрат 250 мг) отпускаются из аптек и аптечных пунктов **по рецептам формы №107/у**, утвержденным приказом Минздрава России от

23.08.99 №328. А уже в письме, подписанном всё тем же представителем Минздравсоцразвития РФ, от 11.09.2006 года №4799-ВС на имя руководителя Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского иеромонаха Анатолия (Берестова) сообщается, что "вопрос о целесообразности исключения комбинированных кодеиносодержащих лекарственных препаратов, включая **"Терпинкод"**, из перечня лекарственных средств, отпускаемых **без рецепта** врача, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 13 сентября 2005 года №578 планируется рассмотреть на заседании Фармакологического комитета Минздравсоцразвития России". Далее по тексту: "Минздравсоцразвития России рекомендовал включить в План работы Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, состав которой утверждён постановлением Правительства Российской Федерации от 09.06.2006 года №362, вопросы по координации действий государственных органов для проведения совместного анализа немедицинского использования лекарственных средств, не являющихся наркотическими, но которые могут применяться в комбинациях с ними, или из которых они могут извлекаться легкодоступными способами". Несмотря на высокую степень смысловой загруженности вышеприведённого предложения, никаких развёрнутых ответов о дальнейших запланированных мероприятиях по противодействию распространения масштабов злоупотребления кодеиносодержащими препаратами с конкретными сроками исполнения в данном тексте мной не обнаружено. Таким образом, очень сложно понять, что происходит на самом деле с отпуском вышеуказанных лекарственных средств через аптечную сеть. Налицо полная потеря контроля учреждения, прямо отвечающего за здоровье нации, над ситуацией, явно угрожающей нашей популяции!

Несмотря ни на что, представители этого ведомства продолжают упорно настаивать на том, что они контролируют ситуацию.

В том же письме от 11.09.2006 года №4799-ВС, ответе В.И. Стародубова на моё обращение к министру здравоохранения и социального развития, сообщается, что "нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития России установлены определённые меры контроля за лекарственными средствами. Так, например, перечисленные лекарственные препараты "Залдиар", "Буторфанол", "Трамал", "Коаксил", "Кодипронт", "Туссин Плюс" и "Гликодин" никогда не входили в перечень лекарственных средств, отпускаемых из аптек учреждений без рецепта врача". Это нам известно. Но в любом случае все ребята, приходящие к нам с проблемой злоупотребления медицинскими препаратами, приобретали их в подавляющем большинстве аптек без предъявления какого бы то ни было рецептурного бланка. Как быть с этой информацией? Работники подобных учреждений спокойно продолжают отпускать явно отличающееся от нормально-

го количество вышеуказанных лекарственных средств, помогая всем желающим приобрести за определённую сумму дозу химического удовольствия. Такая же ситуация наблюдается практически во всех регионах Российской Федерации. Достаточно просто пройти рядом с аптечными лотками, палатками, киосками, автофургонами, магазинами, в огромном количестве возникшими за последнее время повсеместно. Внимательно присмотревшись, мы обязательно заметим поблизости пустые коробки или конвалюты с до боли знакомыми торговыми названиями вдруг ставших невероятно популярными медицинских препаратов. Данная проблема возникла не вчера — на протяжении последних как минимум десяти лет её масштабы постоянно угрожающе расширяются! Фармацевтические концерны принимают в ряды потребителей своих продуктов всё большее количество молодых людей в нашей стране. С каждым годом их число растёт, независимо от точки зрения аналитиков на этот счёт.

В данном случае я полностью согласен с исполняющим обязанности заместителя начальника Управления по контролю за легальным оборотом наркотиков В.В. Демченко, что “при решении вопроса об установлении мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ, необходимо учитывать социальную значимость масштаба злоупотребления такими препаратами, их терапевтическую ценность и доступность для нуждающихся, а также возможные социальные и медицинские последствия установления мер контроля над указанными препаратами”.

К сожалению, как сообщается в одном из писем (см. гл.2 стр. 67) Минздравсоцразвития России, на этом печальном фоне “до настоящего времени Правительством Российской Федерации так и не утверждён План мероприятий по совершенствованию нормативной правовой базы в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия незаконному обороту таких средств и веществ, разработанный Федеральной службой по контролю за незаконным оборотом наркотиков и психотропных веществ России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти”. Надеюсь, что моё обращение позволит обратить Ваше внимание к решению всех перечисленных выше проблем, бесспорно являющихся жизненно важными не только для молодых граждан Российской Федерации, но и для всего российского сообщества в целом.

В связи со всем вышеизложенным, в целях реализации мер, направленных на выявление и предупреждение причин и условий, способствующих злоупотреблению всеми вышеуказанными лекарственными препаратами, прошу Вас требовать от Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации незамедлительных действий, способных предотвратить дальнейшее ухудшение наркоситуации, связанное с повсеместным

употреблением в немедицинских целях лекарственных средств, содержащих в своём составе наркотические вещества или их прекурсоры, но при этом свободно реализуемых через сеть аптечных учреждений. А именно:

- Включить все лекарственные средства, содержащие малые количества кодеина и его солей в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами;

- Включить “Коаксил” в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами;

- Включить сиропы от кашля “Туссин Плюс”, “Гликодин” и иные лекарственные средства, содержащие в своём составе декстрометорфан (DXM), в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами;

- Запросить органы здравоохранения регионов России и Центра наркологии МЗ РФ о том, зарегистрированы ли случаи злоупотребления всеми перечисленными (и иными) лекарственными средствами в регионах, а также инициировать сбор сведений о всех зафиксированных клинических случаях нанесения ущерба здоровью и формирования синдрома зависимости, вследствие немедицинского использования вышеуказанными (но не только) медицинскими препаратами;

- Запросить и проанализировать данные клинических исследований и научные статьи по всем означенным препаратам: их действию, побочным эффектам, вероятностью формирования наркотической зависимости вследствие злоупотребления ими (в том числе из зарубежных источников);

- При проведении клинических испытаний новых и регистрируемых фармакологических средств осуществлять тщательную проверку на возможность формирования от них синдрома зависимости для рассмотрения вопроса о включении данного средства в соответствующие списки. При этом данные списки должны динамично дополняться в соответствии с вновь поступающей информацией о нанесении подобными лекарственными средствами ущерба здоровью, а также о всех зафиксированных случаях формирования синдрома зависимости, вследствие их немедицинского использования;

- Усилить контроль за выполнением наркологическими, психиатрическими и психоневрологическими учреждениями, отделениями и кабинетами требований приказа Минздравмедпрома РФ от 4 августа 1995 г. N 239 “О дополнительных мерах по контролю наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ” в отношении регулярного направления в Минздравсоцразви-

тия “Извещения о больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (токсикомании)” для проведения анализа динамики наркомании в России и представления соответствующих отчетов во все заинтересованные государственные органы и структуры. При этом расширить данное извещение, выделив отдельной строкой случаи формирования синдрома зависимости от лекарственных средств, продающихся в розничной аптечной сети;

- Запросить отделение детской наркологии ННЦ наркологии Росздрава о всех зарегистрированных случаях злоупотребления подростками перечисленными (и иными) лекарственными средствами в регионах, о всех зафиксированных клинических случаях нанесения ущерба здоровью, а также о степени вероятности формирования синдрома зависимости, вследствие их немедицинского использования;

- Провести статистический анализ объема продаж всех указанных выше лекарственных средств в субъектах Российской Федерации и в целом по стране. Рассчитать корреляцию их с реальными потребностями в подобных препаратах у лиц, нуждающихся в них по медицинским показаниям;

- В соответствии со статьёй 2 Федерального Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” установить предельно допустимое количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, содержащихся в пункте 5 данной статьи. Исходя из установленных нормативов, подготовить для рассмотрения в Правительство Российской Федерации постановление о порядке применения мер контроля в отношении вышеуказанных препаратов. Обращаю Ваше внимание на тот факт, что **столь необходимые в процессе борьбы с ростом наркотизации населения документы, на протяжении более чем 8 лет находятся в стадии разработки;**

- Росздравнадзору в соответствии с установленной нормативно-правовыми актами сферой компетенции обеспечить контроль за соблюдением аптечными учреждениями установленного порядка отпуска вышеперечисленных лекарственных препаратов (применительно к тем, которые должны отпускаться по рецептурным бланкам). Принять строгие меры за соблюдением соответствующего контроля;

- Организовать через средства массовой информации постоянный контакт с широкой аудиторией в целях предупреждения немедицинского потребления лекарственных средств, содержащие малые количества наркотических средств и психотропных веществ, “Коаксила” и других препаратов, приводящих к нанесению ущерба здоровью людей. При этом необходимо учесть, что потенциальный вклад средств массовой информации (СМИ) в кампанию по предупреждению наркомании огромен. И наоборот, публикации и передачи на наркотические темы могут нанести существенный вред и привести к крайне отрицательным результатам. Кроме того, очень важно усилить контрпропаганду употребления наркотиков и в электронных СМИ. Ведь в информации, поступающей из различных источников, очень часто используется неточная

или вводящая в заблуждение терминология в отношении наркотических средств и психотропных веществ, а также их свойств. В частности, искусственное разделение на так называемые “сильные” и “слабые” наркотики, выступления за легализацию немедицинского потребления наркотиков, восхваление наркомании в песнях, кинофильмах и других коммерческих произведениях, привлечение внимания людей к огромным прибылям, которые могут быть получены от незаконного сбыта наркотиков, информацией об уличной стоимости конфискованных партий, а также сообщения о потреблении наркотиков людьми, добившимися успеха или славы в обществе, – все это ведет к тому, что у человека складывается ложное представление о механизмах формирования наркомании. Плохо разработанные и неграмотно проведенные кампании по предупреждению наркомании также могут производить обратный эффект, возбуждая нездоровый интерес и провоцируя нежелательные поступки вместо того, чтобы предупреждать их. Поэтому чрезвычайно важно обеспечить непрерывный анализ и оценку принятых мер, осуществляемых программ и результатов воздействия сообщений, передающихся СМИ. При этом следует принять соответствующие меры для соблюдения основных прав человека – свободы слова и печати, других форм самовыражения;

- В целях выработки адекватных сложившейся ситуации мер создать независимую комиссию из компетентных в этих вопросах специалистов, так или иначе работающих на стыке наркологии: врачей – психиатров, наркологов, неврологов, терапевтов, педиатров, эпидемиологов; социальных работников; педагогов; представителей органов правопорядка, а также священнослужителей-врачей, занимающихся проблемами наркомании для вынесения действительно объективного решения по данной острой проблеме с учётом поступающей информации о вновь выявленных препаратах, способных в той или иной степени вызвать наркотическую зависимость.

Мы уже направляли в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации данные предложения, однако в своём ответе его представитель никак не отреагировал на них, ограничившись очередной отпиской в наш адрес.

Очень жаль, до сих пор данное ведомство так и не смогло внятно объяснить, что конкретно может оно противопоставить лавине беспрепятственно хлынувших на прилавки отечественных аптек, СВОБОДНО продающихся медицинских препаратов, продолжающих убивать нашу молодёжь. Все требования и инструкции заинтересованных ведомств и структур об ограничении выдачи их населению игнорируются сотрудниками аптечных учреждений. И никто их не контролирует, по крайней мере результата подобного контроля не видно. Зато каждый день в своей работе специалисты, работающие в области наркологии, сталкиваются с жертвами подобной разрушительной деятельности. Срочно нужно навести порядок в отечественной фармацевтической индустрии, ныне часто

работающей не на обеспечение телесного и психического здоровья своих сограждан, а на полное его уничтожение. Ведь дальше может быть слишком поздно – Российская Федерация с каждым годом катастрофическими темпами продолжает терять свой генофонд!

В конце данного обращения ещё раз коротко изложу свою позицию в отношении современной ситуации с легальным наркорынком в нашей с Вами России:

- Лекарственные препараты, содержащие небольшие дозы наркотических веществ в широких масштабах применяются наркозависимой молодёжью с немедицинскими целями для достижения наркотического эффекта. Их наименования указаны выше;

- Как правило, эти лекарственные препараты потребляются в больших дозах, превышающих терапевтические в десятки и сотни раз;

- Ядовитыми для организма оказываются не только наркотические вещества, содержащиеся в лекарствах, но и огромное количество ингредиентов, входящих в их состав;

- Нередко из этих лекарственных препаратов путём химических реакций с помощью ядовитых реактивов извлекаются наркотические вещества, являющиеся более активными и сильными, чем находящиеся в самих лекарствах (пример – дезоморфин, добываемый из кодеинсодержащих препаратов);

- Масштабы немедицинского применения указанных препаратов принимают огромные размеры по всей стране;

- Смертность от употребления высоких доз этих лекарственных препаратов или добываемых из них химическим путём наркотиков выше, чем при употреблении “уличных” наркотиков, а некоторые из них приводят к глубокой инвалидности. Например, “Коаксил”, при злоупотреблении которым развиваются сухая гангрена или необратимая слепота;

- Из-за того, что многие наркозависимые стали употреблять легально продаваемые наркотики, изменяется статистика современной наркоситуации в России;

- Обращает внимание на себя тот факт, что фармацевтическая промышленность производит необоснованно большое количество медицинских препаратов, содержащих наркотические вещества, получая при этом огромные прибыли. Это можно рассматривать как настоящий легализованный наркотеррор против молодёжи России;

- Признанная многими специалистами ситуация прогрессирует в нашей стране в течение многих лет, однако Минздравсоцразвития России не предпринимает никаких мер против неё. При этом следует отметить, что в это ведомство постоянно поступают запросы из различных государственных и общественных организаций, описывающие реальную картину постоянно растущей проблемы. Однако чиновники из вышеназванного ведомства ограничиваются лишь короткими отписками. Такая бездеятельность, безус-

ловно, является преступной халатностью и наносит огромный, часто непоправимый, урон нашей стране в лице её молодых граждан, либо становящихся инвалидами, либо погибающих от последствий.

Каждому из нас необходимо осознать, что от скорейшего решения всех вышеозначенных проблем напрямую зависит реализация практически всех объявленных Президентом Российской Федерации **Национальных проектов**, направленных на дальнейшее процветание нашей России и сохранение духовного и физического здоровья нации.

Заканчивая своё обращение к Вам, приведу мнение заместителя председателя Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья Николая Герасименко: “Всплеск наркотизации не может не тревожить. Уверен, проблему свободной продажи препаратов, которые используют наркоманы, следует решать кардинально: продавать по рецептам строгой отчётности. В России вообще неоправданно много специфических лекарств продаётся без ограничений” (интервью газете “Труд”, №039 за 09.03.2005 г.). Полностью разделяю высказанные соображения и поддерживаю их! Уверен, что только совместными усилиями государства и общества мы сможем остановить волну наркотиков, хлынувших на прилавки отечественных аптек. Чтобы ни говорили или писали высокопоставленные чиновники из Минздравсоцразвития России, эти смертоносные медицинские препараты продолжают беспрепятственно попадать в руки людей, жаждущих вкушать максимум искусственного удовольствия, вскоре превращающегося в мучительные страдания. Не только для самих наркозависимых, но и для их близких родственников и друзей. Жизнь для всех них превращается в ад на земле... И в этом виноваты мы с Вами, поскольку продолжаем молчать, делая вид, что ничего страшного не происходит. Опустили руки там, где **можно и нужно бороться!**

Сотрудники Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского просят Вас использовать все рычаги воздействия на Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также органы исполнительной и законодательной власти на всех уровнях для принятия молниеносных решений в отношении устранения ситуации, угрожающей нашему народу. Кто будет отвечать за легальное распространение наркомании в стране, гибель тысяч молодых соотечественников, искусственное превращение многих из них в глубоких инвалидов и ответит ли?

С уважением,

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий
(Берестов)

2.7 Ответ ДПЦ из Управления по контролю за оборотом легальных наркотиков ФСКН России по вопросу роста немедицинского потребления некоторых лекарственных препаратов (25.10.2006)

Письмо №2/3/6130 от 25.10.2006
(На №93/04 от 06.10.2006)

Направлено:
иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

О немедицинском употреблении некоторых лекарственных препаратов

Ваше преподобие!

Управлением по контролю за легальным оборотом, наркотиков в пределах своей компетенции рассмотрено Ваше обращение к Генеральному прокурору Российской Федерации по вопросу роста немедицинского потребления лекарственных препаратов, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации не являются наркотическими, а также незаконного изготовления из таких препаратов наркотиков.

В этой связи сообщаем, что рассмотрение вопроса “О мерах по усилению контроля за реализацией лекарственных препаратов, из которых возможно выделение (извлечение) наркотиков легкодоступным способом” запланировано на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконном обороте в IV квартале 2006 года.

Заместитель руководителя – начальник Управления
по контролю за легальным оборотом наркотиков

В.В. Демченко

2.8 Ответ ДПЦ от руководителя Росздравнадзора в части организации контроля за соблюдением аптечными учреждениями порядка отпуска рецептурных лекарственных средств или “Волга впадает в Каспийское море...” (16.01.2007)

Письмо № 09-Б-6108/2 от 16.01.2007
(На № 92/04 от 06.10.2006)

Направлено:
иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

О контроле за порядком отпуска лекарственных средств аптечными учреждениями.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития рассмотрела Ваше обращение, поступившее в адрес Генеральной прокуратуры России, в части организации контроля за соблюдением аптечными учреждениями порядка отпуска рецептурных лекарственных средств и сообщает.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 “Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития” государственный контроль за производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств в Российской Федерации осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Государственный контроль за соблюдением требований к отпуску лекарственных средств в аптечных учреждениях осуществляется Росздравнадзором и его территориальными управлениями в субъектах Российской Федерации в ходе инспекционных проверок.

При выявлении нарушения аптечными учреждениями порядка отпуска лекарственных средств, установленного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2006 № 785 “О порядке отпуска лекарственных средств”, составляется протокол об административном правонарушении.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416 “Об утверждении положения о лицензировании фармацевтической деятельности” несоблюдение аптечными учреждениями правил розничной торговли лекарственными средствами, в том числе порядка отпу-

ска лекарственных средств, является грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрено административное взыскание в виде наложения штрафа или приостановления действия лицензии. Решение по каждому конкретному случаю принимается Арбитражным судом.

	Р.У.Хабриев
--	-------------

2.9 Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785 "О порядке отпуска лекарственных средств" (в редакции Приказов Минздравсоцразвития России от 24.04.2006 № 302, от 13.10.2006 № 703)

ПРИКАЗ
от 14 декабря 2005 г. N 785

О ПОРЯДКЕ ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302,
от 13.10.2006 N 703)

В соответствии со статьей 32 Федерального закона от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 26, ст. 3006; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок отпуска лекарственных средств.
2. Признать утратившими силу приложение 3 "Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях/организациях, предприятиях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами" и приложение 4 "Порядок отпуска лекарственных средств в аптечных учреждениях/организациях", утвержденные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 1999 г. N 328 "О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 октября 1999 г. N 1944), с изменениями и дополнениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2003 г. N 206 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Россий-

ской Федерации 5 июня 2003 г. N 4641) и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2005 г. N 216 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 апреля 2005 г. N 6490).

Министр	М.Ю. ЗУРАБОВ
---------	--------------

Утвержден
Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 14 декабря 2005 г. N 785

**ПОРЯДОК
ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302,
от 13.10.2006 N 703)

I. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок определяет требования к отпуску лекарственных средств аптечными учреждениями (организациями) <*> независимо от организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности.

1.2. Отпуску аптечными учреждениями (организациями) подлежат лекарственные средства, в том числе наркотические средства, психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке.

1.3. Отпуск лекарственных средств по рецепту врача и без рецепта врача осуществляется аптечными учреждениями (организациями), имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность.

1.4. Выписанные по рецепту врача лекарственные средства подлежат отпуску аптеками и аптечными пунктами.

Лекарственные средства в соответствии с Перечнем лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 г. N 578 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 сентября 2005 г. N 7053) (далее – Перечень лекар-

<*> Аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски, аптечные магазины.

ственных средств, отпускаемых без рецепта врача), подлежат реализации всеми аптечными учреждениями (организациями) <*>.

1.5. Для бесперебойного обеспечения населения лекарственными средствами аптечные учреждения (организации) обязаны иметь в наличии минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 апреля 2005 г. N 312.

II. Общие требования к отпуску лекарственных средств

2.1. Все лекарственные средства, за исключением включенных в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, должны отпускаться аптечными учреждениями (организациями) только по рецептам, оформленным в установленном порядке на рецептурных бланках соответствующих учетных форм.

2.2. По рецептам, выписанным на рецептурных бланках, формы которых утверждены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 1999 г. N 328 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 октября 1999 г. N 1944), аптечными учреждениями (организациями) отпускаются:

- наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 27, ст. 3198; 2004, N 8, ст. 663; N 47, ст. 4666) (далее – Перечень), выписанные на специальных рецептурных бланках на наркотическое лекарственное средство;

- психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня, выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-88;

- иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, Перечень которых предусмотрен приложением N 1 к настоящему Порядку (далее – иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету), выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-88;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.09.2005 N 601 признан утратившим силу приказом Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 N 665, утвердившим новый перечень.

- лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании до-

<*> Аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски, аптечные магазины.

полнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 сентября 2005 г. N 601 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 сентября 2005 г. N 7052) (далее – лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой, выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-04 (л));

- анаболические стероиды, выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-88;

- остальные лекарственные средства, не включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, выписанные на рецептурных бланках формы N 107/у.

2.3. Рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня, действительны в течение пяти дней.

Рецепты на психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня; иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету; анаболические стероиды действительны в течение десяти дней. (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

Рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой, за исключением рецептов на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня, на психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня, на иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, на анаболические стероиды действительны в течение одного месяца.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

Рецепты на остальные лекарственные средства действительны в течение двух месяцев со дня выписки рецепта и до одного года в соответствии с пунктом 2.19 Инструкции о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 1999 г. N 328 (далее – Инструкция).

2.4. Аптечным учреждениям (организациям) запрещается отпускать лекарственные средства по рецептам с истекшим сроком действия, за исключением лекарственных средств по рецептам, срок действия которых истек в период нахождения рецептов на отсроченном обслуживании.

2.5. Лекарственные средства отпускаются аптечными учреждениями (организациями) в количестве, указанном в рецепте, за исключением лекар-

ственных средств, нормы отпуска которых указаны в абзаце втором пункта 2.18 Инструкции, приложениях 1 и 3 к Инструкции.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

2.6. При отпуске лекарственных средств по рецепту врача работник аптечного учреждения (организации) делает отметку на рецепте об отпуске препарата (наименование или номер аптечного учреждения (организации), наименование и дозировка лекарственного средства, отпущенное количество, подпись отпустившего и дата отпуска).

2.7. При наличии в аптечном учреждении (организации) лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптечного учреждения (организации) может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств в случае, если дозировка лекарственного средства меньше дозировки, указанной в рецепте врача, с учетом перерасчета на курсовую дозу.

В случае если дозировка имеющегося в аптечном учреждении (организации) лекарственного средства превышает дозировку, указанную в рецепте врача, решение об отпуске больному лекарственного средства принимает врач, выписавший рецепт.

Больному предоставляется информация об изменении разовой дозы приема лекарственного средства.

2.8. В исключительных случаях при невозможности аптечным учреждением (организацией) выполнить назначение врача (фельдшера) допускается нарушение вторичной заводской упаковки.

При этом лекарственное средство должно отпускаться в аптечной упаковке с обязательным указанием наименования, заводской серии, срока годности лекарственного средства, серии и даты по лабораторно-фасовочному журналу и предоставлением больному другой необходимой информации (инструкция, листок-вкладыш и т.д.).

Не допускается нарушение первичной заводской упаковки лекарственных средств.

2.9. При отпуске лекарственных средств по рецептам врача, действующим в течение одного года, рецепт возвращается больному с указанием на обороте наименования или номера аптечного учреждения (организации), подписи работника аптечного учреждения (организации), количества отпущенного препарата и даты отпуска.

При очередном обращении больного в аптечное учреждение (организацию) учитываются отметки о предыдущем получении лекарственного средства. По истечении срока действия рецепт гасится штампом "Рецепт недействителен" и оставляется в аптечном учреждении (организации).

2.10. В исключительных случаях (отъезд больного за город, невозможность регулярно посещать аптечное учреждение (организацию) и т.д.) фармацевтическим работникам аптечного учреждения (организации) разрешается

производить единовременный отпуск назначенного врачом лекарственного средства по рецептам, действующим в течение одного года, в количестве, необходимом для лечения в течение двух месяцев, за исключением лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, Перечень которых предусмотрен приложением N 1 к настоящему Порядку.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

2.11. В случае отсутствия в аптечном учреждении (организации) выписанного врачом лекарственного средства, за исключением лекарственного средства, включенного в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иного лекарственного средства, отпускаемого бесплатно или со скидкой, работник аптечного учреждения (организации) может осуществлять его синонимическую замену с согласия пациента.

При отпуске лекарственного средства, включенного в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иного лекарственного средства, отпускаемого бесплатно или со скидкой, работник аптечного учреждения (организации) может осуществлять синонимическую замену лекарственного средства по согласованию с врачом, выписавшим рецепт.

2.12. Рецепты на лекарственные средства с пометкой "statim" (немедленно) обслуживаются в срок, не превышающий один рабочий день с момента обращения больного в аптечное учреждение (организацию).

Рецепты на лекарственные средства с пометкой "cito" (срочно) обслуживаются в срок, не превышающий двух рабочих дней с момента обращения больного в аптечное учреждение (организацию).

Рецепты на лекарственные средства, входящие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не превышающий пяти рабочих дней с момента обращения больного в аптечное учреждение (организацию).

2.13. Рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), и не вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не превышающий десяти рабочих дней с момента обращения больного в аптечное учреждение (организацию).

Рецепты на лекарственные средства, назначаемые по решению врачебной комиссии, утвержденной главным врачом лечебно-профилактического учреждения, обслуживаются в срок, не превышающий пятнадцати рабочих дней с момента обращения больного в аптечное учреждение (организацию).

2.14. Рецепты на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, Перечень которых предусмотрен приложением N 1 к настоящему Порядку; лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой;

анаболические стероиды остаются в аптечном учреждении (организации) для последующего раздельного хранения и уничтожения по истечении срока хранения.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

2.15. В аптечном учреждении (организации) должны быть обеспечены условия сохранности оставленных на хранение рецептов на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, Перечень которых предусмотрен приложением N 1 к настоящему Порядку; лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой; анаболические стероиды.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

2.16. Сроки хранения рецептов в аптечном учреждении (организации) составляют:

- на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иные лекарственные средства, отпускаемые бесплатно или со скидкой, – пять лет;
- на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня, и психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня, – десять лет;
- на иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, за исключением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II Перечня, и психотропных веществ, внесенных в Список III Перечня; анаболические стероиды – три года.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

По истечении срока хранения рецепты подлежат уничтожению в присутствии комиссии, о чем составляются акты, форма которых предусмотрена приложениями N 2 и N 3 к настоящему Порядку.

Порядок уничтожения рецептов, оставляемых в аптечном учреждении (организации) по истечении установленных сроков хранения, и состав комиссии по их уничтожению может определяться органами управления здравоохранением или фармацевтической деятельностью субъекта Российской Федерации.

2.17. Приобретенные гражданами лекарственные препараты надлежащего качества не подлежат возврату или обмену в соответствии с Перечнем непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 января 1998 г. N 55 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 4, ст. 482; N 43, ст. 5357; 1999, N 41, ст. 4923; 2002, N 6, ст. 584; 2003, N 29, ст. 2998; 2005, N 7, ст. 560).

Не допускается повторный отпуск (реализация) лекарственных средств, признанных товаром ненадлежащего качества и возвращенных гражданами по этой причине.

2.18. Рецепты на транквилизаторы, не подлежащие предметно-количественному учету; антидепрессивные, нейролептические средства; спиртосодержащие лекарственные средства промышленного производства погашаются штампом аптечного учреждения (организации) “Лекарство отпущено” и возвращаются больному на руки.

Для повторного отпуска лекарственного средства больному необходимо обратиться к врачу за новым рецептом.

2.19. Неправильно выписанные рецепты погашаются штампом “Рецепт недействителен” и регистрируются в журнале, форма которого предусмотрена приложением N 4 к настоящему Порядку, и возвращаются больному на руки.
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

Информация обо всех неправильно выписанных рецептах доводится до сведения руководителя соответствующего лечебно-профилактического учреждения.

2.20. Аптечные учреждения (организации) производят раздельный учет лекарственных средств, включенных в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), отпущенных гражданам, проживающим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, и гражданам, временно находящимся на территории данного субъекта Российской Федерации.

III. Требования к отпуску наркотических средств и психотропных веществ; лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету; анаболических стероидов

3.1. Отпуску аптечными учреждениями (организациями) подлежат наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня, и психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня.

3.2. Право работы с наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II Перечня, и психотропными веществами, внесенными в Список III Перечня, имеют только аптечные учреждения (организации), получившие соответствующие лицензии в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.3. Отпуск больным наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II Перечня, и психотропных веществ, внесенных в Список III Перечня, осуществляется фармацевтическими работниками аптечных учреждений (организаций), имеющими на это право в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 мая 2005 г. N 330 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 10 июня 2005 г. N 6711).

3.4. В аптечном учреждении (организации) отпуск наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II Перечня, осуществляется боль-

ным, прикрепленным к конкретному амбулаторно-поликлиническому учреждению, которое закреплено за аптечным учреждением (организацией).

Закрепление амбулаторно-поликлинического учреждения за аптечным учреждением (организацией) может осуществляться органом управления здравоохранением или фармацевтической деятельностью субъекта Российской Федерации по согласованию с территориальным органом по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

3.5. Выписанные врачом наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня, отпускаются больному или лицу, его представляющему, при предъявлении выданного в установленном порядке документа, удостоверяющего личность.

3.6. Наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня и включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также отпускаемые бесплатно или со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на специальном рецептурном бланке на наркотическое лекарственное средство, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л).

Психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня, иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, анаболические стероиды, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также отпускаемые бесплатно или со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке N 148-1/у-88, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л).

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

3.7. Аптечным учреждениям (организациям) запрещается отпуск наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II Перечня; психотропных веществ, внесенных в Список III Перечня; иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету; анаболических стероидов по рецептам ветеринарных лечебных организаций для лечения животных.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

3.8. Не допускается отдельный отпуск лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, и других лекарственных средств, входящих в состав комбинированного лекарственного средства, изготавливаемого по индивидуальной прописи (далее – экстенпоральный лекарственный препарат).

3.9. Фармацевтический работник аптечного учреждения (организации) при получении рецепта на лекарственную пропись индивидуального изготовления обязан отпустить лекарственное средство, подлежащее предметно-количественному учету, в половине высшей разовой дозы в случае выписывания врачом лекарственных средств в дозе, превышающей высший однократный прием.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

3.10. При изготовлении экстенпоральных лекарственных препаратов, содержащих лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, в соответствии с рецептами, выписанными врачом, провизор аптечного учреждения (организации) расписывается на рецепте о выдаче, а фармацевт аптечного учреждения (организации) – в получении требуемого количества лекарственных средств.

3.11. Отпуск этилового спирта производится:

- по рецептам, выписанным врачами с надписью “Для наложения компрессов” (с указанием необходимого разведения с водой) или “Для обработки кожи” – до 50 граммов в чистом виде;

- по рецептам, выписанным врачами на лекарственную пропись индивидуального изготовления, – до 50 граммов в смеси;

- по рецептам, выписанным врачами на лекарственную пропись индивидуального изготовления, с надписью “По специальному назначению”, отдельно заверенной подписью врача и печатью лечебно-профилактического учреждения “Для рецептов”, для больных с хроническим течением болезни – до 100 граммов в смеси и в чистом виде.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 302)

3.12. При отпуске наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II Перечня; психотропных веществ, внесенных в Список III Перечня; экстенпоральных лекарственных препаратов, содержащих лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, больным вместо рецепта выдается сигнатура с желтой полосой в верхней части и надписью черным шрифтом на ней “Сигнатура”, форма которой предусмотрена приложением N 5 к настоящему Порядку.

IV. Контроль за отпуском аптечными учреждениями (организациями) лекарственных средств

4.1. Внутренний контроль за соблюдением работниками аптечного учреждения (организации) порядка отпуска лекарственных средств (в том числе подлежащих предметно-количественному учету; лекарственных средств, включенных в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), а также иных лекарственных средств, отпускаемых бесплатно или со скидкой) осуществляет руководитель (заместитель руководителя) аптечного учреждения (организации) или уполномоченный им фармацевтический работник аптечного учреждения (организации).

4.2. Внешний контроль соблюдения аптечными учреждениями (организациями) порядка отпуска лекарственных средств осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в пределах их компетенции.

Приложение N 1
к Порядку
отпуска лекарственных средств,
утвержденному Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 14 декабря 2005 г. N 785

ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ
ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ В АПТЕЧНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ (ОРГАНИЗАЦИЯХ), ОРГАНИЗАЦИЯХ
ОПТОВОЙ ТОРГОВЛИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ,
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И
ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИМИ ВРАЧАМИ

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2006 N 703)

1. Наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II, и психотропные вещества, внесенные в Список III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681 <*> (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 27, ст. 3198; 2004, N 8, ст. 663; N 47, ст. 4666).

2. Вещества, внесенные в Перечень прекурсоров, ввоз (вывоз) которых осуществляется государственными унитарными предприятиями при наличии лицензии на указанный вид деятельности, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 августа 1998 г. N 890 <*> (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 33, ст. 4008).

3. Лекарственные средства, входящие в список N 1 "Сильнодействующие вещества" Постоянного комитета по контролю наркотиков.

4. Лекарственные средства, входящие в список N 2 "Ядовитые вещества" Постоянного комитета по контролю наркотиков.

5. Субстанции апоморфина гидрохлорида, атропина сульфата, дикаина, гоматропина гидрохлорида, серебра нитрата, пахикарпина гидройодида.

6. Этиловый спирт.

7. Раствор медицинский антисептический.

8. "Клозапин" ("Лепонекс", "Азалептин").

9. "Буторфанол" ("Стадол", "Морадол").

<*> Запрещены для использования частнопрактикующими врачами.

10. "Коаксил" (тианептин).

(п. 10 введен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2006 N 703)

11. "Залдиар" (трамадола гидрохлорид 37,5 мг + парацетамол 325 мг).

(п. 11 введен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2006 N 703)

2.10 Письмо-обращение ДПЦ на имя председателя
Государственной Думы Федерального Собрания
Российской Федерации Б.В.Грызлова (06.12.2006)

Письмо №115/04 от 06.12.2006

Направлено:

Б.В. Грызлову, председателю Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации.

Уважаемый Борис Вячеславович!

Считаем Вас достойным гражданином России и ответственным руководителем, работающим на благо нашей страны. Понимая степень Вашей загруженности, всё же хотим ещё раз обратить внимание на проблемы, связанные с ростом наркотизации в основном молодого поколения россиян. Необходимо более подробно остановиться на проблемах повального злоупотребления нашей молодёжью кодеинсодержащих препаратов, что мы и постарались сделать в представленном Вам анализе текущей ситуации. Этот документ уже направлен ответственному секретарю Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, начальнику Управления межведомственного взаимодействия в сфере профилактики Департамента межведомственной и информационной деятельности Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) Яневскому Александру Сергеевичу. Однако понимаем, что решение поставленных в тексте вопросов потребует консолидации российских государственных структур на всех уровнях, поскольку в связи с серьёзной коммерческой заинтересованностью некоторых фармацевтических корпораций, выпускающих данные лекарственные средства, велика вероятность давления этих структур на ответственных участников претворения намеченных решений в законодательные акты. Надеемся на Вашу поддержку и контроль за исполнением предложенных в тексте мер по противодействию хаосу, наблюдающемуся в этом секторе фармацевтического рынка.

На протяжении последних пяти лет к нам всё чаще стала поступать информация, свидетельствующая о наметившихся негативных тенденциях

распространения на территории ряда регионов Российской Федерации масштабов немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина ("Терпинкод", "Коделак", "Тетралгин", "Пенталгин-Н", и др.), а также их использования для незаконного изготовления сильнодействующего наркотического средства **дезоморфин**.

В связи с активными мерами, предпринимаемыми органами Госнарконконтроля совместно с другими правоохранительными структурами по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, возникла ситуация, когда при наличии спроса среди наркопотребителей, приобрести наркотические средства стало затруднительно. Значительно сократилось количество мест незаконного сбыта наркотиков, возросла их стоимость на нелегальном рынке. Так, стоимость одного грамма "героина" в некоторых регионах России возросла с 1000 рублей в 2004 году до 2500-3000 рублей в 2006 году.

Однако в последнее время в этой области наметились новые угрозы здоровью населения, выразившиеся в увеличении немедицинского потребления комбинированных лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ, а так же рост незаконного изготовления из таких препаратов наркотических средств, внесенных в Список I Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. №681, как для собственного потребления, так и в целях их незаконного сбыта.

Как сообщает Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России), в медицинской практике комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты применяются в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых препаратов при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной и зубной боли, постравматических болях, лихорадочном синдроме.

В тоже время по имеющейся у нас и ФСКН России информации, для немедицинского потребления и незаконного изготовления кодеина или дезоморфина используются следующие комбинированные кодеинсодержащие медицинские препараты, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации до настоящего момента не считаются наркотическими:

Лекарственный препарат	Состав	Порядок отпуска лекарственных препаратов
Терпинкод	Кодеин 8 мг, натрия гидрокарбонат 250 мг, терпингидрат 250 мг	Без рецепта

Коделак	Кодеин 8 мг, натрия гидрокарбоната 200 мг, солодки корни 200 мг, термопсиса трава 20 мг	Без рецепта
Тетралгин	Кодеин 8 мг, кофеин 50 мг, метамизол натрий 300 мг, кофеин 50 мг, фенobarбитал 15 мг	Без рецепта
Солпадеин	Кодеин 8 мг, кофеин 30 мг, парацетамол 500 мг	Без рецепта
Пиралгин	Кодеин 8 мг, напроксен 100 мг, метамизол натрий 300 мг, кофеин 50 мг, фенobarбитал 10 мг	Без рецепта
Каффетин	Кодеина фосфат сесквигидрат 10 мг, кофеин 50 мг, парацетамол 250 мг, пролифеназон 210 мг	Без рецепта
Нурофен Плюс	Кодеина фосфат 12,8 мг, ибупрофен 200мг	Без рецепта
Седалгин-Нео	Кодеина фосфат полугидрат 10 мг, кофеин 50 мг, метамизол натрий 150 мг, парацетамол 300 мг, фенobarбитал 15 мг	Без рецепта
Седальгин	Кодеин 10 мг, фенацетин 200 мг, фенobarбитал 25 мг, кофеин 50 мг, ацетилсалициловая кислота 0,2 г	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у
Седал-М	Кодеин 10 мг, парацетамол 300 мг, метамизол натрий 150 мг, кофеин 50 мг, фенobarбитал 15 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у
Пенталгин	Кодеин 10 мг, аминофеназон 0,3г, метамизол 0,3 г, кофеин 10 мг, кофеина бензоат натрия 50 мг, фенobarбитал 10 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у
Дикафен	Кодеин 15 мг, метамизол натрий 250 мг, фенацетин 250 мг, кофеина бензоат натрия 50 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у

Все вышеуказанные препараты не числятся в "Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации", утвержденном Постановлением Правительства РФ от 30.06.98 г. № 681 (в ред. от 17.11.2004 г.), а также в "Списках сильнодействующих и ядовитых веществ" Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН) при Минздравсоцразвития России по состоянию на 1 марта 2003 года (в редакции от 22.10.2003 года).

При рассмотрении рецептуры лекарственных препаратов, содержащих наркотические или сильнодействующие средства, в соответствии со своими полномочиями и исходя из требований международного права и характеристик фармакологического действия препаратов Постоянный комитет по контролю наркотиков самостоятельно решает вопрос, об отнесении конкретного комбинированного препарата к наркотическим средствам или силь-

нодействующим веществам и соответственно о разрешении его отпуска по наркотическим рецептам или по врачебным рецептам с печатью лечебного учреждения.

Эти решения Постоянного комитета по контролю наркотиков обязательны для всех органов здравоохранения. Если такое решение ПККН не принято и рассматриваемые лекарственные средства не включены в "Перечень наркотических и психотропных веществ" или в "Список сильнодействующих и ядовитых веществ", то такие комбинированные препараты могут отпускаться без рецепта врача. Однако необходимо учесть, что в подобных случаях Минздравсоцразвития России имеет право решить вопрос о выдаче таких комбинированных препаратов по врачебным рецептам, руководствуясь своими соображениями. Таким образом, данное ведомство способно более строго подойти к вопросу об отпуске препаратов и запретить их отпуск без рецепта врача.

В конце марта 2005 года комитет по охране здоровья Московской городской Думы (МГД) направил в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации официальный запрос, в котором потребовал включить кодеинсодержащие препараты в Перечень лекарственных средств, отпускаемых строго по рецепту врача. Проанализировав объёмы продаж этих препаратов в Москве, столичные депутаты пришли к выводу, что "в городе распространилась кодеиновая наркомания". После того, как кодеинсодержащие препараты появились в свободной продаже, "в Москве начался неадекватный спрос на эти таблетки". Так, по данным комитета, в 2003 году противокашлевой препарат "Терпинкод" занял второе место по объёмам продаж среди всех лекарств. В связи с этим Мосгордума повторно обратилась в соответствующую государственную структуру, призванную оберегать здоровье сограждан, с требованием отнести все кодеинсодержащие препараты к разряду медикаментов, подлежащих строгому рецептурному отпуску, и включить их в Перечень лекарств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптеках и лечебно-профилактических учреждениях.

Подобный запрос МГД направляла в Минздравсоцразвития России ещё девять месяцев назад (то есть, в 2004 году), однако никаких мер так и не было принято. В марте 2005 года депутаты просили главу этого ведомства, Михаила Зурабова, объяснить, почему он до сих пор разрешает продавать кодеинсодержащие таблетки без рецепта. Внятных объяснений не последовало.

Вот что говорит депутат Мосгордумы, координатор по направлению "Охрана общественного здоровья" Валентина Присяжнюк в интервью, данном одному из столичных периодических печатных изданий: "Скачок продаж препаратов, содержащих кодеин, произошел после их включения в "Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача". Это препараты, рекомендованные для лечения от кашля и обезболиваю-

щие средства. МГД отреагировала соответствующим обращением "Об ограничении торговли кодеинсодержащими лекарственными средствами" к министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Михаилу Зурабову".

Российские производители препаратов, содержащих в различных пропорциях кодеин или его соли, тогда решили воздержаться от официальных комментариев на этот счёт, ссылаясь на то, что "не желают влезать в личные разборки между Московской городской Думой и Минздравом", а сами они не являются контролирующими и регламентирующими органами. "Россия далеко не единственная страна, где кодеинсодержащие препараты продаются свободно, – заявила журналистам газеты "Коммерсантъ" директор по маркетингу одного из заводов-производителей, пожелавшая остаться неизвестной, – Всемирная организация здравоохранения утвердила определённый регламент по содержанию кодеина в препаратах, отпускаемых безрецептурно, – до 10 мг в одной таблетке. Мы строго соблюдаем этот регламент и удивляемся, почему московские депутаты обвиняют в наркомании пациентов, страдающих кашлевым синдромом или, к примеру, туберкулёзом".

Видимо, сотрудники фармацевтической индустрии считают всех остальных людей недоразвитыми, если позволяют себе так просто объяснять повышенный спрос на свои в любом случае наркотические продукты. И не стоит в данном случае оглядываться на зарубежный опыт, как известно, "голь на выдумки хитра" и отечественные наркозависимые – тому подтверждение.

Госнаркоконтроль абсолютно правильно поддержал инициативу московских депутатов запретить свободную продажу этих препаратов. Заместитель директора Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков Олег Харичкин сообщил журналистам издания "Коммерсантъ", что "наркоконтролёры зачастую сталкиваются с таблеточной наркоманией". "Использование кодеинсодержащих препаратов не в медицинских целях действительно чрезвычайно распространено, – добавил он, – меры реагирования должны быть сиюминутными. Если проблему не стабилизировать, последствия могут быть печальными".

К сожалению, после данного обращения прошло уже более полутора лет, никаких видимых эффективных мер так и не предпринято, а ситуация, соответственно, не только не улучшается, но и с каждым днём, месяцем, годом продолжает ухудшаться – всё больше молодых людей вовлекается в "таблеточную" наркоманию, аптеки же продолжают наращивать объёмы продаж этих вредоносных препаратов с учётом безмерно возросшей потребности в них. Кто понесёт наказание за смерти и инвалидизацию подростков, попавших в ловушку фармацевтической индустрии? Вопрос пока остаётся без ответа...

По информации ФСКН России, достаточно широкое использование перечисленных выше препаратов для их немедицинского потребления перорально в таблетированном виде или изготовления наркотических средств кодеин или дезоморфин с последующим внутривенным введением обусловлено свободой их приобретения в аптечных учреждениях, относительно невысокой стоимостью и простотой изготовления, а также низкой себестоимостью получаемого наркотика. Лекарственные препараты с более высоким содержанием кодеина или кодеина фосфата подлежат обязательному предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, что затрудняет их получение и вероятность их немедицинского потребления или использования в незаконном изготовлении дезоморфина сведена к минимуму.

Сегодня стоимость одного кубического миллилитра дезоморфина на "чёрном рынке" составляет 800-1000 рублей. Затраты на покупку веществ необходимых для изготовления дезоморфина составляют от 150 до 250 рублей. Соответственно разница между себестоимостью изготовления дезоморфина и его ценой на "чёрном рынке" составляет 600-800 рублей.

В соответствии с этим в некоторых регионах дезоморфин постепенно вытесняет с нелегального рынка наркотиков героин и кустарно изготовленные наркотики из псевдоэфедрина или из препаратов, содержащих псевдоэфедрин (метамфетамин (первитин) и меткатинон (эфедрон).

Подробная информация о технологии изготовления данного наркотика размещена в свободном доступе на сайтах сети "Интернет" и доступна каждому индивидууму, владеющему основами работы с компьютерами, имеющему сетевой доступ, а также желающему испытать сильные наркотические переживания с помощью современной фармацевтики (см. Приложение №1).

По данным органов здравоохранения, по фармакологическому действию дезоморфин является наркотическим анальгетиком, схожим с морфином. Однако его действие наступает быстрее, чем у морфина, продолжительность — короче и седативный эффект менее выражен. Длительность наркотического опьянения от этого вещества составляет 2-4 часа. Анальгетическая активность дезоморфина в 10 раз превышает аналогичную активность морфина. Вместе с тем, дезоморфин обладает большим наркогенным потенциалом, чем морфин. Минимальная летальная доза для человека оценивается в 200 мг.

При систематическом потреблении дезоморфина происходит нарушение функции опорно-двигательного аппарата, прогрессируют заболевания, связанные с иммунодефицитом, тромбофлебитом, пневмонией, разрушаются печень и почки.

По степени вреда здоровью дезоморфин существенно превосходит героин. По некоторым оценкам это вещество в 15 раз токсичнее героина!

Считается, что средняя продолжительность жизни героинового наркомана составляет 5-7 лет, а наркомана, систематически употребляющего дезоморфин — 1-2 года.

Как правило, дезоморфин изготавливается в домашних условиях, в наркопритонах, в процессе участвует группа лиц.

В связи с вышеизложенным, можно прогнозировать образование устойчивых преступных групп, специализирующихся на незаконном изготовлении дезоморфина, как для личного потребления, так и для его незаконного сбыта, а так же рост количества наркопритонов, что, безусловно, окажет негативное влияние на криминогенную обстановку в обществе.

Вместе с тем, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2006 г. № 76 "Об утверждении крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации" крупным размером для дезоморфина определено 0,5 г., особо крупным — 2,5 г. Таким образом, значение крупного размера дезоморфина увеличено в 500 раз по сравнению со значением, определенным постановлением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2004 г. № 231 (отменено), что послужило причиной увеличения отказов в возбуждении уголовных дел по фактам незаконного изготовления дезоморфина в ряде субъектов Российской Федерации, так как задержанные по данным фактам, как правило, изготавливали дезоморфин для личного немедленного однократного потребления.

Необходимо отметить, что только "репрессивных" методов борьбы правоохранительных органов (привлечение к уголовной ответственности) явно недостаточно, так как они не устраняют причин и условий, способствующих незаконному обороту дезоморфина.

В соответствии с пунктом 2 статьи 4 закона РФ "О наркотических средствах и психотропных веществах" государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на принципах приоритетности мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации отмечают следующие особенности определения мер контроля над лекарственными препаратами, содержащими малые количества наркотических средств и психотропных веществ:

"Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., стороной которой является Российская Федерация, ставит задачу перед своими участниками, с одной стороны, обеспечивать больных по медицинским показаниям лекарственными средствами, в том числе наркотическими, с другой стороны — не допускать их поступления в незаконный оборот.

Таким образом, при решении вопроса об установлении мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ, необходимо учитывать социальную значимость масштаба злоупотребления такими препаратами, их терапевтическую ценность и доступность для нуждающихся, а также возможные социальные и медицинские последствия установления мер контроля над указанными препаратами.

Минздравсоцразвития России в соответствии имеющимися полномочиями устанавливает предельно допустимые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, содержащихся в комбинированных препаратах, определяет для них меры контроля и совместно с Росздравнадзором и МВД России осуществляет надзор за их соблюдением”.

Отсутствие действенной системы мониторинга в этой сфере не даёт возможности своевременно выявлять такие лекарственные препараты и устанавливать меры контроля над ними, обеспечивающие устранение и предупреждение причин и условий, способствующих злоупотреблению вышеуказанными лекарственными препаратами.

В тоже время в Министерстве существует специально уполномоченный совещательный орган – Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по совершенствованию порядка розничной торговли лекарственными средствами на территории Российской Федерации. К сожалению, нам неизвестно, функционирует ли он в настоящий момент. Судя по тому, что происходит в настоящее время на фармацевтическом рынке, приходится признать его бездеятельность. Ведь сегодня мы продолжаем наблюдать быстрое расширение масштабов злоупотребления вышеуказанных препаратов молодыми людьми, входящими в “группу риска” и наркозависимыми лицами, что обусловлено их незначительной стоимостью, пероральным способом применения и отсутствием контроля за их отпуском.

Источники в Минздравсоцразвития России вот уже который год продолжают заверять нас, что в ближайшее время вопрос по кодеинсодержащим препаратам будет рассмотрен на очередном заседании Фармакологического Комитета. Но до сих пор в этом направлении никаких реальных шагов данным ведомством так и не предпринято. Всё как всегда ограничивается бестолковыми словесными и письменными рассуждениями высокопоставленных чиновников, отвечающих по определению за охрану здоровья своих сограждан, но своевременно не предпринимающих ничего для её обеспечения. А ведь в данном случае любое промедление – чья-то смерть!

Тем временем, региональные органы здравоохранения уже не первый год сообщают своему руководству в Москву о росте злоупотребления кодеинсодержащими препаратами. Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа ещё в 2004 году в своей информации о

выполнении Закона Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО) – Югры от 27.05.2004 года № 25-оз (с изменениями) “О Программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту” на 2004 – 2007 годы”, указывал на опасность возникающей проблемы и предлагал ввести продажу всех кодеинсодержащих лекарственных препаратов по рецепту в связи с постоянным ростом злоупотребления ими. С 1 января 2005 года в этом регионе вступило в силу распоряжение главы города Урай ХМАО-Югры Александра Петрова об ограничении продажи кодеинсодержащих препаратов без рецепта. Этот документ рекомендовал работникам аптек продавать некоторые наркотические лекарственные средства только по рецептам врачей. Власти города решили, что таким образом смогут эффективно бороться с наркоманией, а точнее с тем, что эти лекарства всё чаще после определённой обработки стали применять внутривенно. В списке из 7 препаратов, которые уже не отпускаются без рецепта – 2 вида “Пенталгина”, “Седал” и “Седалгин”, “Терпинкод”, “Коделак”. Местные специалисты отметили, что сразу за первые 2 месяца такой практики появились положительные результаты. Молодых людей, которые стремятся получить удовольствие от кодеина, на учёте у наркологов стало меньше. Правда, теперь, чтобы купить “Пенталгин”, приходилось похлопотать – отстоять очередь в поликлинике, взять рецепт у врача, и только потом – идти в аптеку к провизору. Работники местных аптечных учреждений отметили, что за 2 месяца после вступления в силу данного распоряжения с рецептами на вышеперечисленные лекарственные средства обратились всего несколько человек, что в свою наглядно демонстрирует истинную потребность граждан в них. Чтобы избавиться от лишней волокиты тех, кто о рецепте ещё не позаботился, провизоры предложили посетителям аптек заменить кодеинсодержащий препарат его аналогом – тоже обезболивающим средством, но уже без всякого кодеина. 12 апреля 2006 года депутаты Думы Ханты-Мансийского автономного округа-Югры обратились к Правительству Российской Федерации с предложением о необходимости внесения изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 года № 578 “Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача” в виде исключения из Перечня препаратов, содержащих наркотическое вещество “кодеин”. На заседании Думы об этом докладывал председатель комиссии по социальной политике, заместитель председателя Думы ХМАО-Югры Александр Сальников. По его словам, речь в обращении идёт об исключении из этого перечня кодеинсодержащих препаратов. Известно о смертельных случаях, когда подростки, наглотавшись таблеток с кодеином, запивали их спиртным. И таких случаев в ХМАО – уже не один и не два...А сколько их по всей России?! Далее Александр Сальников пояснил: “В Думу ХМАО-Югры поступают многочисленные

обращения от представительных органов местного самоуправления муниципальных образований, выражающие серьёзную обеспокоенность ситуацией, связанной со свободным отпуском (без рецепта врача) аптеками препаратов, содержащих наркотическое вещество кодеин. Кодеин оказывает наркотический эффект, что порождает приобретение кодеинсодержащих препаратов молодёжью с целью получить одурманивающий эффект при их применении. Сложившаяся ситуация, связанная со свободным отпуском подобных лекарственных средств, порождает разгул наркомании среди молодёжи". В соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесёнными в неё в соответствии с протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (далее – Конвенция), одной из сторон которой является Российская Федерация, кодеин, а также его изомеры и соли включены в перечень наркотических средств, подлежащих мерам контроля. Отдельно отмечается пункт "б" статьи 34 Конвенции, в соответствии с которым стороны требуют, чтобы правительственные власти, торгующие организации и больницы вели записи, показывающие количества каждого изготовленного наркотического средства и каждого отдельного приобретения и использования наркотических средств. Эти записи соответственно сохраняются в течение не менее двух лет. Ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в связи со свободным отпуском кодеинсодержащих препаратов, никак не укладывается в рамки вышеуказанной нормы Конвенции, стороной которой является и наше государство. В обращении звучат и другие нормы законодательства Российской Федерации. В частности, пункт 2 статьи 25 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах", который также нарушается свободной продажей кодеинсодержащих препаратов. Тем более, что и в других документах, регламентирующих продажу подобных лекарственных средств, речи о предельно допустимых количествах этого препарата не ведётся (информация взята из газеты "Сургутская трибуна" от 19.04.2006 года). 26 апреля 2006 года глава того же города Урай подписал ещё одно постановление, согласно которому специалисты Центральной городской больницы теперь должны выписывать больным кодеинсодержащие препараты на рецептурных бланках врача, а городские аптеки – отпускать лекарства только по данным бланкам.

Приведённый пример показывает, что при желании можно навести порядок на фармацевтическом рынке, для этого нужно лишь любить свой народ и не идти на поводу у людей, стремящихся любой ценой заработать огромные прибыли на извечном стремлении современных молодых людей получить удовольствие любым путём. В начале своего жизненного пути они сразу сталкиваются с порочным лозунгом: "Бери от жизни ВСЁ!", и берут, совершенно не задумываясь о последствиях. К сожалению, средства массовой информации вместе с представителями соответствующих государственных структур совер-

шенно не занимаются вопросами информирования населения о тяжёлых последствиях злоупотребления вышеперечисленными медицинскими препаратами. Да и как они могут этим заниматься, если сами не владеют такими данными. Не владеют, потому что Минздравсоцразвития России не даёт её им. А вот почему сотрудники руководящего органа здравоохранения продолжают игнорировать создавшуюся по их вине катастрофическую ситуацию – это уже вопрос для Генеральной Прокуратуры Российской Федерации. Надеемся, у нас ещё представится возможность задать его в данном надзорном органе...

Заместитель главного врача Коломенской психиатрической больницы №6 Евгений Липатов также сообщает о реалиях нашей безумной современности: "Самое страшное, что в последнее время таблетки, содержащие кодеин, стали особенно популярны в подростковой среде, среди старшеклассников. Для детей 16-17 лет такой наркотик наиболее доступен. В основном, они употребляют "Седалгин" (2 вида), "Темпалгин". В последнее время к этому ряду присоединился "Терпинкод".

И действительно, по всей России в последнее время участились случаи "терпинкодовой наркомании" – в основном молодые люди, никогда не употреблявшие героин или другие опиаты начинают усиленно принимать эти таблетки, что, в конечном итоге приводит к той же самой физической и психологической зависимости от кодеина. Нам известны случаи, когда суточная доза "Терпинкода" составляла 15-20 пачек. В его состав, кроме кодеина, входит сода и терпингидрат, поэтому употребление большого числа таблеток одновременно крайне вредно для здоровья – это верный путь к язве желудка и проблемам с желудочно-кишечным трактом (кодеин, как и все алкалоиды опия, вызывает стойкий запор). Безусловно, употребление чистого кодеина мало чем отличается от героиновой или опиальной наркомании.

Тем временем, житель города Москвы в начале этого года услышал по радио "Эхо Москвы", будто кодеинсодержащие препараты скоро должны внести в Список сильнодействующих веществ. Поскольку он иногда использовал для борьбы с периодически возникающей головной болью один из них – "Седалгин-Нео", решил написать электронное письмо в Правительство Российской Федерации с просьбой разъяснить ситуацию. В установленные законом сроки пришёл ответ из Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Далее приводим его текст в полном объёме:

"б/н 27.02.2006 на №21.01.2006
ОТ МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздравсоцразвития России)
Сигалы Л.И.

Уважаемый Лев Исаакович!

Департамент фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Министерства здравоохранения и социально-

го развития Российской Федерации рассмотрел Ваше обращение, полученное из Аппарата Правительства Российской Федерации, и сообщает следующее. Лекарственный препарат “Седалгин-Нео” состава: Кодеин 8 мг (Кодеина фосфат полугидрат 10 мг) + Метамизол натрий + Парацетамол + Кофеин + Фенобарбитал, включен в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 13 сентября 2005 года №578.

Данный комбинированный кодеинсодержащий лекарственный препарат применяется в качестве анальгезирующего, жаропонижающего, противомигренозного средства при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной и зубной боли, посттравматических болях, лихорадочном синдроме.

В настоящее время не имеется достаточных оснований для отнесения данного лекарственного препарата к рецептурным препаратам, а тем более для включения его в Список сильнодействующих веществ.

Директор Департамента

Н.Н. Володин”

Такой вот успокаивающий ответ... А ведь написан он в то время, когда достаточно зайти на определённые сайты в Интернете и найти там элементарную технологию извлечения из этого препарата соли кодеина и её употребления как перорально, так и внутривенно с целью достижения выраженного наркотического эффекта! И приобрести его можно, как и большинство других кодеинсодержащих препаратов без всяких проблем в ближайшей аптеке. Это не просто ошибка, по своей сути это очередное проявление преступной халатности, которое, к нашему глубокому сожалению, становится характерной чертой большинства руководителей этого некогда авторитетного ведомства, теоретически стоящего на страже здоровья всех россиян. Здесь ни в коем случае нельзя забывать, что цена подобной бездеятельности чиновников от медицины – искалеченные судьбы молодых людей и слёзы их матерей и отцов! А иногда такие эксперименты со своим здоровьем заканчиваются и смертью... Многие родственники ребят, превратившихся в жалкое подобие людей, во многом благодаря стараниям работников большинства аптечных учреждений, а также с молчаливого согласия “хранителей здоровья”, готовы в любой момент подать в суд на господина Зурабова и его команду, однако мы сдерживаем их порывы, всё же надеясь на скорейшее мирное решение поднимаемых в этом обращении вопросов.

Не представляет особого труда объяснить тот факт, что препараты, содержащие в различных количествах кодеин или его соли, стабильно входят в десятку самых продаваемых на территории Российской Федерации лекарственных средств. Так, отечественной компании “Фармстандарт”, по мнению некоторых депутатов Мосгордумы, которое мы полностью разделяем, лидирующие позиции по продажам помогают занимать... наркоманы.

Кроме известных препаратов “Пенталгин-Н” (обезболивающее средство, также содержащее кодеин) и “Компливит” (комплекс витаминов и микроэлементов), компания выпускает кодеинсодержащие средства от кашля – “Коделак” и “Терпинкод”. На последний, по сравнению с первым кварталом прошлого года, пришёлся впечатляющий прирост – 21%. Как мы уже писали выше, с позапрошлого (2004) года депутаты Мосгордумы неоднократно направляли в Минздравсоцразвития России письма с требованием продавать эти препараты исключительно по рецептам, их даже поддержали высокопоставленные представители Госнаркоконтроля. Как сообщили корреспонденту RBC daily в комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья, – “эти таблетки пачками скупают неблагополучные подростки. Как только сошёл снег, стало видно, что в некоторых школьных дворах валяются десятки пустых упаковок от этих препаратов”. Тем не менее, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации эту позицию “внимательно рассмотрело” и в который раз не поддержало.

Несмотря ни на какие поступающие тревожные данные, в специализированном журнале фармакологов “Фармацевтический вестник”, №15 (420) от 25 апреля 2006 года сообщается, что “на сегодняшний день Минздравсоцразвития России не располагает данными о том, что надвигается “кодеиновая” наркомания. На основании отчётности, представляемой в ПККН, зарегистрированы лишь единичные случаи кодеиновой наркомании”. Далее автор данной статьи, Николаева Наталья Михайловна, заместитель начальника отдела нормативно-правового регулирования в сфере обращения лекарственных средств Департамента фармдеятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования, отмечает, что “Комиссия ООН по наркотикам рекомендовала относить к безрецептурным препаратам все комбинированные ЛС, содержащие не более 8 мг кодеина на разовую дозу. В соответствии со ст. 2 Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.98 “О наркотических средствах и психотропных веществах” в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, злоупотребление которыми не представляет значительную опасность и из которых указанные средства не извлекаются легкодоступными способами, могут исключаться некоторые меры контроля, предусмотренные настоящим законом”.

При чём здесь ООН, когда на наших глазах происходит умерщвление российской молодёжи? Ведь все без исключения кодеинсодержащие препараты, реализуемые сегодня свободно через аптечную сеть, представляют угрозу здоровью и даже жизни ребят, злоупотребляющих ими в больших количествах! Ещё раз подчеркнём, что с помощью Интернета сейчас не представляет особого труда найти различные способы извлечения кодеина из них, а также получение более мощного и, соответственно, вредного для

организма наркотика – дезоморфина. И если несколько лет назад наркозависимые чаще употребляли подобные лекарственные средства перорально, то в настоящее время их приобретают для внутривенного употребления (после соответствующей обработки).

Что касается отчётности, то такая она может быть, если при заполнении медицинской карты на поступившего для стационарного лечения наркозависимого, злоупотребляющего кодеинсодержащими препаратами (как и любыми другими с высокой вероятностью формирования синдрома зависимости от злоупотребления ими), невозможно отдельно отразить тот факт, что пациент принимал в немедицинских целях какое-либо из вышеперечисленных веществ. И диагноз ему ставится в соответствии с принятой формой заполнения медицинских карт – синдром зависимости от опиоидов или же токсикомания. При этом выпадает из статистики факт злоупотребления именно кодеинсодержащими препаратами или любыми другими, изменяющими сознание человека веществами, приобретаемыми через аптечную сеть. В связи с этим необходимо выделить отдельно синдром зависимости от подобных лекарственных средств, то есть ввести в заполняемую для статистических и научных исследований медицинскую карту наркологического больного отдельный пункт, где будет указываться, каким конкретно медицинским препаратом он злоупотреблял и где его приобретал (если возможно получить эту информацию). Только тогда можно будет увидеть приближённое к реальности количество лиц, ставших финансовыми донорами фармацевтического бизнеса.

Кроме того, в инструкциях к подобным лекарственным средствам должно содержаться предупреждение о том, что при их приёме возможно развитие зависимости. Однако, при тщательном рассмотрении аннотаций, нами не было обнаружено никакой информации о возможных пагубных последствиях вследствие злоупотребления данными медицинскими препаратами. На некоторых из них лишь написано, что они могут продаваться в свободной продаже, без рецепта.

В интервью газете “Аргументы и факты – Здоровье” (№05 (495) от 02.02.2006), руководитель Постоянного комитета по контролю наркотиков в России профессор Эдуард Арменакович Бабаян сообщает: “Полгода назад мы тоже проявили инициативу по препаратам с кодеином, только по противокашлевым. Предложили запретить их продавать без рецепта врача и ограничить отпуск в одни руки десятью таблетками, не больше. Наше предложение приняли, и Росздравнадзор подготовил решение об этом”. Нам неизвестно, о принятии каких предложений говорил всеми уважаемый профессор, но так или иначе большинство кодеинсодержащих (и других наркотических) препаратов по-прежнему разрешено продавать без рецептов. И то, что мы видим на улицах российских городов и посёлков, особенно около аптечных учреждений, явно свидетельствует о полном отсутствии контроля в этой сфере.

Следует признать, что в некоторых субъектах Российской Федерации началась работа по определению истинных масштабов наркотизации населения вышеуказанными препаратами. Так, управлению Росздравнадзора по Рязанской области поручено подготовить до 15 января 2007 г. информацию об объёмах реализации кодеинсодержащих препаратов в аптечной сети области за 2003-2006 гг., сообщила зам. руководителя управления Валентина Греченко. Помимо этого предписано, проанализировав ситуацию с безрецептурным отпуском кодеинсодержащих лекарственных средств, подготовить до 1 ноября 2006 г. предложения по ограничению их свободной продажи. Предварительный анализ объёмов реализации препаратов “Коделак”, “Терпинкод” и “Тетралгин” уже выявил рост спроса на них. Здесь необходимо ещё раз отметить, что количество кодеинсодержащих препаратов, превращающих в процессе постоянного употребления некогда нормальных людей в лиц с выраженным синдромом зависимости, не ограничивается этими тремя наименованиями и на сегодняшний день составляет более 10-ти (см. таблицу). По данным местных врачей-наркологов, кодеиновая наркомания в Рязани распространена, в основном, среди подростков. Причем имеются клинические случаи, когда формирование зависимости происходило непосредственно на фоне “Терпинкода”. Проще говоря, в превращении десятков рязанских школьников в наркоманов непосредственно повинен именно этот препарат – с него они начинали, он и поломал их судьбы.

А куда же смотрят соответствующие госструктуры? Ведь налицо всплеск наркомании, надо как-то бороться с происходящим! Журналисты одной из рязанских газет обратились с этим вопросом к заместителю начальника Управления ФСКН РФ по Рязанской области полковнику Пожогину. “Вся проблема в том, что кодеинсодержащие препараты, о которых идёт речь, разрешены к свободному обороту, – прокомментировал ситуацию Геннадий Иванович, – поэтому ни органы Госнарконтроля, ни другие правоохранительные структуры в настоящее время по закону не правомочны применять какие-либо формы воздействия на продавцов этих лекарств. Вместе с тем всплеск немедицинского их употребления является действительно серьёзной проблемой. С учётом сложившейся ситуации разумной мерой было бы ограничить свободную продажу кодеинсодержащих препаратов и отнести их к разряду медикаментов, подлежащих строгому рецептурному отпуску. Решение этого вопроса в компетенции Минздрава, который, я уверен, давно в курсе дела. Совсем недавно Московская городская Дума обратилась с соответствующим обращением к министру здравоохранения и социального развития Михаилу Зурабову. Более того, по некоторым данным, новый Перечень подконтрольных лекарственных средств, в который включены и препараты кодеинового ряда, уже сформирован, но пока неизвестно, когда будет утверждён”.

Снова всё упирается в руководство Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Но оно, к нашему глубокому сожалению, вот уже который год пребывает в состоянии анабиоза по отношению к разворачивающейся трагедии. Поэтому мы и обращаемся к силовым структурам и представителям государственной власти, способным реально повлиять на тех, кого, судя по всему, мало волнует будущее нашего государства и судьба его граждан.

В качестве заключения этой части нашего обращения, посвящённой острым проблемам, связанным с продолжающимся безрецептурным отпуском кодеинсодержащих медицинских препаратов, считаем целесообразным Приложение №3 посвятить одному из пациентов отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского, ставшему зависимым исключительно от лекарственных средств данного ряда. Другой молодой человек, с помощью сотрудников Душепопечительского Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского освободившийся от “аптечной” зависимости, решил написать на Ваше имя своё, короткое, выстраданное видение этой проблемы с просьбой о помощи в принятии незамедлительных, адекватных тяжести наблюдаемой ситуации, мер. Также направляем его на Ваше имя (Приложение №4).

Кроме того, считаем необходимым ещё раз обратить внимание на продолжающуюся свободную продажу сиропов от кашля “Туссин Плюс” и “Гликодин”, содержащих опасный для психического здоровья наркотик. Употребляют его перорально, подкожно, внутривенно, внутримышечно, интраназально (путем вдыхания выделенного в виде порошка вещества через нос). Декстрометорфан (Dextromethorphan), или DXM, – подавитель кашля, содержащийся в медикаментах, которые до сих пор можно купить без предъявления рецепта, несмотря на существующие директивы Минздравсоцразвития России. Он используется в рекреационных целях на протяжении 30 последних лет без особой публичности. Хотя по химической структуре близок к опиатам, его эффекты подобны кетамину. В мозге DXM блокирует обратный захват дофамина, активирует сигма-рецепторы, блокирует открытые NMDA (N-methyl-D-aspartat) каналы. Есть лишь малая вероятность того, что когда он был изобретён, его корни лежали среди опиатов – механизм подавления кашля у DXM совершенно отличен от такого механизма у опиатов. В последнее время работниками психиатрических служб в крупных городах России всё чаще фиксируются случаи развития острых психозов на фоне приёма достаточно большого количества этих сиропов, либо вместе с препаратами группы каннабиноидов. Дело в том, что некоторые люди особенно плохо реагируют на диссоциативы (вещества, вызывающие расстройства сознания), особенно при приеме больших доз, и могут под их воздействием многократно испытывать сильнее приступы па-

ники. В других случаях, находясь под воздействием действующего вещества декстрометорфана, испытывая выраженное психическое возбуждение, молодые люди нередко становятся чрезвычайно агрессивны по отношению к окружающим и в таком состоянии могут совершать противоправные действия. Применение DXM в больших дозах и в течение длительного периода времени может вызвать проблемы из-за накопления его в организме, и последующей избыточной активностью сигма-рецепторов. Они играют важную управляющую роль в нейронах, вероятно, вызывая постоянные или полупостоянные изменения при длительном возбуждении (для таких изменений в большинстве случаев необходимо более 3-х дней высокой концентрации DXM). Кроме того, сигма-активность, похоже, коррелирует с бредовым мышлением, появление которого и является причиной чрезвычайно агрессивного поведения в отношении окружающих людей. В соответствии с выявленными фактами достаточно быстрого появления выраженных побочных эффектов после даже непродолжительного периода употребления вышеуказанных микстур, как и прежде свободно продающихся в аптеках, необходимо в самые ближайшие сроки также перевести их не просто на продажу по рецептам, выписанным на бланках рецептурной формы №107/у, но включить к тому же в Перечень лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учёту. Только такой шаг сможет реально остановить разрушительное воздействие на юную неокрепшую психику ставших за последнее время чрезвычайно популярными среди молодёжи крупных российских городов “аптечных” галлюциногенов.

Как известно, с января 2003 года, после запрещения в свободной продаже медицинского препарата “Трамадол-ретард”, на фармацевтический рынок России было выпущено трамадолсодержащее лекарственное средство “Залдиар”. Как заявили представители фирмы-изготовителя нового обезболивающего препарата: “Важным преимуществом трамадола перед всеми истинными опиатами и большинством синтетических опиоидов является его крайне низкий потенциал развития толерантности и физической зависимости. Способность разных опиоидов вызывать пристрастие характеризуют по потенциалу пристрастия (аддиктивному потенциалу), отражающему соотношение между дозами, вызывающими анальгезию и эйфорию. Соотношение этих доз является основным критерием наркологической безопасности препарата. В ходе проведенных исследований различий между плацебо (“пустышкой” – веществом без какого-либо действия на организм, используемым в подобных случаях для выяснения эффективности действия испытываемого медицинского препарата) и трамадолом по аддиктивному потенциалу не было выявлено. Способность вызывать психическую и физическую зависимость у трамадола практически отсутствует”. Всё сказанное выше – чудовищная ложь, ведь в то же время тысячи наркологических больных на койках специализированных стационаров, злоупотребляющих в том

числе и трамадолсодержащими веществами, свидетельствуют об обратном. Предоставление фальшивой информации, к сожалению, становится характерной чертой некоторых зарубежных и отечественных фармацевтических предприятий и концернов. Там, где начинаются огромные прибыли, часто заканчивается правда ... И этот факт всегда нужно учитывать!

Несмотря на все свои серьёзные погрешности, уводящие тысячи молодых людей сначала в мир грёз, а затем в мир безысходности и тоски, “Залдиар” в течение почти четырёх лет являлся рецептурным препаратом, не входящим в списки ПККН и не подлежащий предметно-количественному учёту. И только совсем недавно лекарственные средства “Залдиар” и “Коаксил” всё же были включены в списки строгой учётности. Во многом на столь долгожданное решение повлияло наше обращение в Генеральную Прокуратуру РФ с рассылкой копий в основные государственные структуры, в том числе и в Ваше ведомство. Слава Богу, что Вы, как и все остальные получатели предыдущего документа, смогли оперативно отреагировать на часть информации, изложенной в нём.

Несмотря на то, что “Коаксил (тианептин)” теперь также будет выдаваться населению только по рецептурным бланкам строгой отчётности (по крайней мере, теоретически), всё же считаем своим долгом сообщить Вам некоторую дополнительную информацию о нём. За 2,5 месяца работы ДПЦ святого праведного Иоанна Кронштадтского (с 10 августа по 25 октября 2006 года) к нам обратилось 60 наркозависимых, употребляющих преимущественно лекарственные препараты с содержанием в малых дозах наркотических веществ, а так же “Коаксил” – 30 из них. Стаж его употребления составлял от 2-х месяцев до 1 года. У 30% (10 чел.) выявлены начальные признаки недостаточности кровообращения в конечностях (преимущественно в верхних). В отделение терапии больных наркоманией и алкоголизмом ГНЦ ССП им. В.П.Сербского также стали поступать больные с выраженным синдромом зависимости от этого ставшего в последнее время невероятно популярным (по вполне понятным причинам) антидепрессанта.

По всей России наркологи, хирурги и офтальмологи практически каждый день начали сталкиваться с новыми жертвами этого, казалось бы, безобидного медицинского препарата. Московские сосудистые хирурги рассказали нам, что впервые столкнулись с тяжёлыми последствиями злоупотребления “Коаксила” инъекционным путём около двух лет назад. В городах других российских регионов эта проблема пришла несколько позже. Так, волна поступления в больницы “коаксильщиков” (так называют их сами врачи) впервые прокатилась по городу Екатеринбургу в начале 2006 года. Тогда оштрафовали руководителей нескольких аптек, сейчас речь идёт уже о лишении лицензии. “Если в аптеке реализуют без рецепта препарат, который должен продаваться только по рецепту, — это грубое административное правонарушение, и такая аптека будет наказываться — вплоть до отъёма ли-

цензии”, — заверил Игорь Трофимов, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Свердловской области. Очень надеемся, что подобные мероприятия будут регулярно проводиться во всех регионах России. В Свердловской областной наркологической клинике действие “Коаксила” в неконтролируемых дозах сравнивают с героином, здесь часто лечатся люди, попавшие в зависимость именно от этого препарата. “Это очень опасно, “Коаксил” сравним по эффекту с сильнодействующим наркотиком, организм ждёт “Коаксила”, как героина. В первую очередь меняется психическое состояние человека”, — говорит Борис Тепляков, главный нарколог города Екатеринбурга.

Именно этими свойствами объясняется его огромная популярность среди наркозависимых. Так, лидерами стоимостного ТОПа – 10 наиболее продаваемых торговых наименований антидепрессантов в аптечных учреждениях города Санкт-Петербурга за февраль 2004 года – январь 2005 года стали: **“КОАКСИЛ” (24.67%)**, “ЛЕРИВОН” (13,1%), “ЦИПРАМИЛ” (10,06%) – данные лекарственные препараты заняли 1-ое, 2-ое и 3-е места соответственно. Суммарно на них пришлось около 45% от всего стоимостного объёма продаж. Первые три места в рейтинге по количеству проданных упаковок заняли: “АМИТРИПТИЛИН” (22,54%), **“КОАКСИЛ” (15,33%)**, “АМИТРИПТИЛИН НИКОМЕД” (7,94%) – их общая доля от натурального объёма составила также около 45%. Это является ещё одним неоспоримым доказательством нездорового интереса россиян к данному продукту фармацевтического рынка.

К нам попал заслуживающий внимания документ, в котором описано проведение конкурса на право заключения государственного контракта на поставку препарата Тианептин (торговое название – “Коаксил”), таблетки 12,5мг., в рамках реализации централизованных мероприятий за счёт средств федерального бюджета. Это мероприятие проходило в начале августа этого года в главном здании Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В принципе, проведение подобных конкурсов ни для кого не секрет – это нормальное явление. Но дело в том, что на тот момент руководители этого ведомства уже неоднократно получали из разных российских регионов информацию о страшных последствиях злоупотребления этим антидепрессантом. Они не могли не знать правды о нём. И тем не менее организует конкурс на закупку этого весьма дорогостоящего медицинского препарата. В мире существуют более дешёвые антидепрессанты, незначительно уступающие по силе и продолжительности фармакологического действия “Коаксилу”. Да и сумма контракта немаленькая – 4 500 000 рублей! Кому предназначалась та партия, нам вряд ли станет известно, но кажется несколько несвоевременным заключение этого контракта, тем и подозрительным. Поэтому мы решили приложить информацию о проведённом конкурсе к этому обращению (см. Приложение №2).

Безусловно, Минздравсоцразвития России к настоящему времени накопило уже достаточно сведений о тяжёлых последствиях инъекционного злоупотребления “Коаксилом” для принятия решения о внесении его в список лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту. Жаль, что только обращение отца Анатолия (Берестова) к Генеральному прокурору Российской Федерации смогло окончательно убедить чиновников этого, судя по всему, недееспособного ведомства, в необходимости принятия безотлагательных строгих мер в отношении продаж этого чрезвычайно опасного для здоровья препарата. Собственной инициативы высокопоставленные медики так и не проявили.

Конечно, это всего лишь промежуточная победа – вокруг ещё очень много свободно продающихся медицинских препаратов, способных в той или иной степени приводить к достаточно быстрому формированию выраженного синдрома зависимости от их постоянного приёма в высоких дозах. Надеемся, что все данные, указанные в предыдущем обращении (см. гл. стр.

), а также в этом, сыграют свою роль в принятии соответствующих грамотных решений и позволят если не остановить полностью, то хотя бы резко снизить рост немедицинского употребления лекарств из аптек. При этом нужно обязательно учитывать, что даже внесение этих препаратов в списки строгой учётности не решит полностью вопрос их безрецептурной продажи. Очень часто работники аптечных учреждений нарушают закон и должностные инструкции и без предъявления рецептурного бланка соответствующего образца продают наркозависимым требуемые медикаменты.

Кроме того, исходя из информации наркозависимых, обращающихся за помощью в Душепопечительский Центр святого праведного Иоанна Кронштадтского, можно смело утверждать, что по-прежнему в российских аптеках и аптечных киосках продолжают свободно продаваться синтетические опиоидные анальгетики “Буторфанол”, “Стадол” и “Морадол”. Недавно один из наркозависимых в приватной беседе рассказал, что на протяжении всей зимы 2005-2006 гг. без рецепта свободно приобретал “Буторфанол” в нескольких аптеках города Мытищи. Мы сами неоднократно были свидетелями сцен употребления вышеуказанных наркотиков, в частности “Буторфанол” в общественных местах. Причём инъекции производились без всякого стеснения в местах скопления большого количества людей (Курский вокзал, город Москва). Вот это реалии нашей жизни, а не надуманные отписки некоторых государственных служащих, в силу своего высокого положения лишённых возможности наблюдать столь живописные картины.

В тоже время сегодня при заполнении медицинской карты на поступившего для стационарного лечения наркозависимого, злоупотребляющего кодеинсодержащими препаратами (как и любыми другими с высокой вероятностью формирования синдрома зависимости от злоупотребления ими), не представляется возможным отдельно отразить тот факт,

что пациент принимал в немедицинских целях какое-либо из вышеперечисленных веществ. И диагноз ему ставится в соответствии с принятой формой заполнения медицинских карт – синдром зависимости от опиоидов или же токсикомания. В таком случае выпадает из статистики факт злоупотребления каким-либо из вышеуказанных медицинских препаратов или любым другим, изменяющим сознание человека веществом, приобретаемым через аптечную сеть. В связи с этим необходимо выделить отдельно синдром зависимости от подобных лекарственных средств, то есть ввести в заполняемую для статистических и научных исследований медицинскую карту наркологического больного отдельный пункт, где будет указываться, каким конкретно “аптечным” наркотиком он злоупотреблял и где его приобретал (если возможно получить эту информацию). Только тогда можно будет увидеть приближённое к реальности количество лиц, ставших финансовыми донорами фармацевтического бизнеса.

Одновременно с этим обязательно нужно провести статистический анализ объёма продаж всех указанных выше лекарственных средств в субъектах Российской Федерации и в целом по стране. Рассчитать корреляцию их с реальными потребностями в подобных препаратах у лиц, нуждающихся в них по медицинским показаниям.

С учётом поступающей информации, инициировать обращение органов здравоохранения субъектов Российской Федерации в Минздравсоцразвития России с обоснованием включения всех вышеуказанных медицинских препаратов, содержащих малое количество наркотических средств и психотропных веществ (и иных выявляемых лекарственных средств, немедицинское потребление которых может сформировать синдром зависимости от них) в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами.

В качестве одной из мер решения проблемы и в целях усиления контроля за отпуском комбинированных лекарственных средств, содержащих малые количества наркотических средств и психотропных веществ и других лекарственных средств, предлагаем ограничить действие рецептов на указанные препараты пределами субъекта Российской Федерации, области, района, города, округа и т.д. Решение об ограничении места действия рецептов на вышеуказанные лекарственные средства должно приниматься органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Для предупреждения появления на российском фармацевтическом рынке новых медицинских препаратов, способных в процессе постоянного злоупотребления ими сформировать выраженный синдром зависимости, при проведении клинических испытаний регистрируемых фармакологических средств необходимо осуществлять более тщательную про-

верку для рассмотрении вопроса о включении данного средства в соответствующие списки. При этом данные списки должны динамично дополняться в соответствии с вновь поступающей информацией о нанесении подобными лекарственными средствами ущерба здоровью, а также о всех зафиксированных случаях формирования синдрома зависимости, вследствие их немедицинского применения.

Одной из эффективных мер, позволяющих качественно бороться в сложившейся непростой ситуации с нарушителями действующего законодательства, считаем использование межведомственных координационных и совещательных органов в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту.

Очень важным шагом в борьбе с аптечными учреждениями-нарушителями, практикующими выдачу всех вышеуказанных медицинских препаратов без учёта существующих нормативно-правовых актов, то есть без рецептурных бланков установленного образца по нашему мнению, будет создание бесплатной "горячей" телефонной линии, куда смогут обращаться граждане и сообщать номера и координаты аптечных учреждений, где были замечены случаи подобных незаконных продаж. Общаясь с родственниками молодых людей, ставших наркозависимыми в том числе по вине недобросовестных фармацевтов, мы видим их настойчивое желание сообщить в соответствующие структуры координаты аптечных учреждений, где их близкие без проблем приобретали одурманивающие лекарства. Да и сами ребята, ставшие на путь освобождения от пагубного пристрастия, весьма охотно рассказывают, где конкретно им без особых трудностей продавали лекарственные средства, разрушающие их здоровье. Естественно, необходимо будет известить население о данной акции и поддерживать постоянный контакт с ним, но это уже, как говорится, дело техники.

Рекомендовать Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальным подразделениям, а также органам МВД всех субъектов Российской Федерации усилить контроль за соблюдением рецептурного отпуска и принятия мер к недобросовестным аптечным учреждениям, нарушающим установленные юридические нормы, в соответствии со ст. 14.2 КоАП РФ, а так же в части приостановления действия лицензии на фармдеятельность. Считаем, что к данному делу во всех регионах необходимо привлечь соответствующих сотрудников ФСКН России для осуществления координации и контроля за проведением совместных мероприятий по выявлению и привлечению к ответственности работников аптечных учреждений за безрецептурную продажу всех вышеуказанных медицинских препаратов. В настоящее время контроль практически отсутствует, по крайней мере его результатов абсолютно не наблюдается, о чём свидетельствуют пациенты наркологических стационаров,

до 50% из которых составляют жертвы современной фармацевтической промышленности.

Более того, считаем наиболее действенной мерой, могущей остановить волну повсеместной наркотизации населения наркосодержащими препаратами или их прекурсорами, свободно выдаваемыми в аптечных учреждениях страны, ужесточение ответственности фармацевтам, нарушающим должностные инструкции и в погоне за сиюминутной наживой преступающие закон. По сути своей, они являются распространителями наркотиков, и должны нести наказание, в полной мере соответствующее тяжести деяния. В статье 228 УК РФ речь идёт как раз о таких нарушениях существующего законодательства Российской Федерации. Лишь угроза потери свободы сможет остановить руку алчного фармацевта, протягивающую заблудившемуся человеку дозу смертельного удовольствия.

Из ФСКН России нам сообщили, что рассмотрение вопроса "О мерах по усилению контроля за реализацией лекарственных препаратов, из которых возможно выделение (извлечение) наркотиков легкодоступным способом" запланировано на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороте в IV квартале 2006 года. Надеемся, что данное обращение поможет Вам и Вашим соратникам принять наиболее правильное в данной ситуации решение, а предложения по существу вопроса помогут разработать верную тактику в противодействии фармацевтическим монстрам, продолжающим зарабатывать капитал на горе и страданиях наших сограждан и их родственников.

Безусловно, в это непростое для России время, только жёсткие безотлагательные меры смогут остановить аптечный беспредел, убивающий нашу молодёжь. Именно здесь и сейчас любое промедление смерти подобно!

С большим уважением к Вам,

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий
(Берестов)

Клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Росздрава, врач-эпидемиолог

Н.В.Каклюгин

Приложение №1
к обращению на имя
Председателя Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации
Грызлова Б.В.

Методы извлечения наркотических веществ из лекарственных средств, свободно продающихся через аптечную сеть независимо от требований и инструкций надзорных органов.

(все сведения получены через информационную
компьютерную сеть "Интернет")

Мы решили не публиковать текст данного приложения во избежание возможного попадания этой информации к наркозависимым лицам, способным использовать ее в своих собственных интересах. Просто немного прокомментируем текущую ситуацию.

К нашему глубокому сожалению, в компьютерной сети "Интернет" не представляет особого труда найти многочисленные варианты получения веществ, обладающих наркотическим эффектом, из целого ряда разнообразных фармацевтических средств, таких как: "Коаксил", "Залдиар", "Терпинкод", "Коделак", "Седалгин", "Седалгин-Нео", "Седал-М", "Пенталгин", "Тетралгин", "Нурофен Плюс", "Туссин Плюс", "Гликодин", "Бронхолитин", "Колдакт" и т.д. и т.п. Список здесь, безусловно, можно продолжать долго. С каждым годом количество торговых наименований одинаковых по сути наркосодержащих "лекарств" от кашля, боли, простуды, депрессии и прочих недугов множится — этот бизнес чрезвычайно прибылен в нашей стране и, к сожалению, приходится признать, до настоящего времени слабо контролируется соответствующими государственными органами.

Начитавшись подобной информации, в деталях описывающей способы изготовления и употребления наркотиков из лекарственного сырья, подросток бежит в ближайшую аптеку для того, чтобы самостоятельно приступить к изучению чудодейственных свойств в подавляющем большинстве случаев свободно продающихся там медицинских препаратов, даже не подозревая о тех мучениях, что ждут его впереди. Ведь на всех этих наркосайтах авторы статей и участники форумов стараются сделать акцент исключительно на положительных моментах употребления всех вышеперечисленных медикаментов, а о тяжелых для здоровья последствиях хронической наркотизации не пишется практически ничего — зачем отпугивать потенциальных клиентов? Таким образом, до 70% выручки разбросанных по всей стране по-

чети на каждом углу "либеральных" аптечных учреждений, зарабатывается на, как правило, молодых людей. Большинство из них слишком поздно понимают, что они попали в лапы хитроумных дельцов фармацевтической индустрии, которые вместе с деньгами вытягивают последние жизненные соки из измученных душ и тел некогда здоровых людей. Причем далеко не все из них до этого употребляли "уличные" наркотики: опиаты, психостимуляторы, галлюциногены — многие пришли в аптеку с целью войти в незнакомый им до этого мир наркотических переживаний, поддавшись навязчивой рекламе в "Интернете" всего многообразия психоактивных веществ, которые можно достаточно легко получить из приобретенных у "щедрого" фармацевта медицинских препаратов. А затем их пьют, вводят внутримышечно, внутривенно, особо опытные даже внутриаптекарно для усиления эффекта. Зависимость порой настолько велика, что прекратить употребление эти ребята не способны и тогда, когда вследствие токсического воздействия извлекаемых или синтезируемых из медикаментов наркотических веществ необратимо пропадает зрение, разрушается печень, желудок, нарушаются мозговые функции, кровообращение, практически прекращает свою работу мозг, формируется хроническая иммунная недостаточность, хирурги амputируют фаланги пальцев, конечности. Несмотря на столь страшные последствия молодые люди, в свои 15-30 лет превратившиеся в дряхлых стариков, продолжают упорно находить аптеки, где им, несмотря на их безобразный внешний вид, характерный исключительно для асоциальных личностей, бессовестные фармацевты без каких-либо рецептов продолжают продавать все те же известные всем нам медицинские препараты. Это, действительно, СТРАШНО! И пока никто должным образом не пресекает происходящее на наших глазах убийство российской молодежи...

Лишь производители и реализаторы этой смертоносной продукции и реализаторы этой смертельной продукции понимают плоды своей коммерческой деятельности, в том числе продвигающих наркотический товар из аптек на страницах многочисленных интернет источников.

Приложение №2 к обращению на имя
Председателя Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации
Грызлова Б.В.

ПРОТОКОЛ
заседания конкурсной комиссии
по вскрытию поступивших на конкурс конвертов

№ 219к-856/1
7 августа 2006 года
город Москва

ПРЕДМЕТ КОНКУРСА:

Право заключения государственного контракта на поставку препарата Тианептин, таблетки 12,5мг в рамках реализации централизованных мероприятий за счет средств федерального бюджета, извещение в бюллетене "Конкурсные торги" от 3 июля 2006 года №219к-856.

ПРИСУТСТВОВАЛИ:

Председатель конкурсной комиссии:

Негодов В.Е.

Заместитель председателя конкурсной комиссии:

Воропай Л.А.

Члены конкурсной комиссии:

Гукежев В.Б., Глушенкова В.А., Выхристюк Т.А., Янчук Е.Б., Летникова А.Б.

Представители участников конкурса:

согласно журналу регистрации

СЛУШАЛИ:

Председателя конкурсной комиссии Негодова В.Е.

ВОПРОСЫ ЗАСЕДАНИЯ КОНКУРСНОЙ КОМИССИИ:

Целью данного заседания конкурсной комиссии является вскрытие поступивших на конкурс конвертов.

На данный конкурс в соответствии со сроками, указанными в конкурсной документации, было представлено 2 (два) запечатанных конверта, как это отражено в журнале регистрации заявок на участие в конкурсе.

Вскрытие конвертов имело место 7 августа 2006 года в здании Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по адресу Москва, Славянская пл., д. 4, стр.1. Начало процедуры – 12 час. 00 мин. (время московское).

Непосредственно перед началом заседания конкурсной комиссии было сделано объявление о возможности подать заявки на участие в конкурсе, изменить заявки на участие в конкурсе или отозвать заявки на участие в конкурсе. В ответ на данное объявление дополнительно заявок на участие в конкурсе, изменений заявок на участие в конкурсе или отзывать заявок на участие в конкурсе не поступило.

Каждый из полученных конвертов на момент его вскрытия был опечатан и его целостность не была нарушена, что демонстрировалось присутствовавшим членам конкурсной комиссии.

Первый вскрытый конверт содержал следующие сведения:

Наименование участника размещения заказа: ООО "Оптимальное здоровье".

Почтовый адрес участника размещения заказа: 121309, г. Москва, ул. Барклая, д.13, стр.1.

Наличие документов, предусмотренных конкурсной документацией:

№ п/п	Наименование документа	Нал. док. (да / нет)	Кол-во листов	Прим.
1.	Основные документы			
1.1	Письмо об участии в конкурсе	есть	1	
1.2	Проект государственного контракта	есть	8	
1.3	Таблица соответствия	есть	1	
1.4	Анкета участника	есть	2	
2.	Документы, подтверждающие соответствие участника размещения заказа установленным требованиям			
2.1	Выписка из единого государственного реестра юридических лиц	есть	10	
2.2	Копия устава в действующей редакции	есть	14	
2.3	Копия лицензии	есть	2	
2.4	Документы, подтверждающие полномочия лица, подписавшего заявку на участие в конкурсе, на право представлять интересы участника размещения заказа (доверенность, решения или приказы о назначении руководителя), оригиналы или копии	есть	2	
2.5	Документ, подтверждающий внесение денежных средств в качестве обеспечения заявки на участие в конкурсе	есть	1	
3.	Документы, подтверждающие соответствие продукции установленным требованиям			
3.1	Регистрационное удостоверение (нотариально заверенная копия)	есть	1	
3.2	Сертификат соответствия (нотариально заверенная копия)	есть	1	
3.3	Инструкция на русском языке (заверенная участником копия)	есть	3	

Предварительная проверка документов, проведенная на заседании конкурсной комиссии, показала наличие всех сведений, требуемых конкурсной документацией.

Участник размещения заказа предлагает следующие условия выполнения государственного контракта:

Функциональные характеристики (потребительские свойства) или качественные характеристики продукции	Тианептин, таблетки 12,5мг "Коаксил, таблетки покрытые оболочкой 12,5 мг (блистеры)"
Производитель	Лаборатории Сервье Индастри, Франция
Цена Контракта	4 500 000, 00руб
Количество	15 550 упаковок

Второй вскрытый конверт содержал следующие сведения:

Наименование участника размещения заказа: ЗАО "ЗиО Здоровье"

Почтовый адрес участника размещения заказа: 142103, Московская область, г. Подольск, ул. Железнодорожная, д.2

Наличие документов, предусмотренных конкурсной документацией:

№ п/п	Наименование документа	Нал. док. (да / нет)	Кол-во листов	Прим.
1.	Основные документы			
1.1	Письмо об участии в конкурсе	есть	1	
1.2	Проект государственного контракта	есть	8	
1.3	Таблица соответствия	есть	1	
1.4	Анкета участника	есть	2	
2.	Документы, подтверждающие соответствие участника размещения заказа установленным требованиям			
2.1	Выписка из единого государственного реестра юридических лиц	есть	8	
2.2	Копия устава в действующей редакции	есть	19	
2.3	Копия лицензии	есть	2	
2.4	Документы, подтверждающие полномочия лица, подписавшего заявку на участие в конкурсе, на право представлять интересы участника размещения заказа (доверенность, решения или приказы о назначении руководителя), оригиналы или копии	есть	3	
2.5	Документ, подтверждающий внесение денежных средств в качестве обеспечения заявки на участие в конкурсе	есть	1	

№ п/п	Наименование документа	Нал. док. (да / нет)	Кол-во листов	Прим.
3.	Документы, подтверждающие соответствие продукции установленным требованиям			
3.1	Регистрационное удостоверение (нотариально заверенная копия)	есть	1	
3.2	Сертификат соответствия (нотариально заверенная копия)	есть	1	
3.3	Инструкция на русском языке (заверенная участником копия)	есть	3	

Предварительная проверка документов, проведенная на заседании конкурсной комиссии, показала наличие всех сведений, требуемых конкурсной документацией.

Участник размещения заказа предлагает следующие условия выполнения государственного контракта:

Функциональные характеристики (потребительские свойства) или качественные характеристики продукции	Тианептин, таблетки 12,5мг "Коаксил, таблетки покрытые оболочкой 12,5 мг (блистеры)"
Производитель	Лаборатории Сервье Индастри, Франция
Цена Контракта	4 500 000, 00руб
Количество	16 017 упаковок

ПОДПИСИ ЧЛЕНОВ КОНКУРСНОЙ КОМИССИИ:

Председатель конкурсной комиссии:

В.Е. Негодов

(подпись)

Заместитель председателя конкурсной комиссии:

Л.А. Воропай

Члены конкурсной комиссии:

1. В.Б. Гукеев

2. А. Глушенкова

3. Т.А. Выхристюк

4. Е.Б. Янчук

5. А.Б. Летникова

Р.Т.Хасанов

От имени государственного заказчика

Р.Т.Хасанов

P.S. Если взглянуть на дату проведения конкурса на закупку за счет средств федерального бюджета медицинского препарата “Коаксил” (тианептин) – август 2006 года, когда уже практически всем в Минздравсоцразвития России было известно, почему так популярно это вещество и в каких целях оно часто используется, то возникает целый ряд вопросов к упомянутому в тексте государственному заказчику.

Вот основные: с какой целью на деньги налогоплательщиков было приобретено 16017 упаковок этого сильнодействующего лекарственного средства на сумму 4 500 000, 00 рублей и что скрывается за написанной в начале вышеприведенного документа фразой “в рамках реализации централизованных мероприятий”?! Внятный ответ от участников данной сделки вряд ли будет получен когда-либо, если только эти и другие сопутствующие вопросы не зададут сотрудники Генеральной прокуратуры Российской Федерации...

Приложение №3
к обращению на имя
Председателя Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации
Грызлова Б.В.

Выписка из истории болезни.

Пациент Ш., 1983 г.р., проживает: г. Москва, студент 5 курса, находился на стационарном лечении в наркологическом блоке ФГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского” Росздрава 20 суток (октябрь 2006г.).

Диагноз: синдром зависимости от психоактивных веществ, средняя стадия, хронический алкогольный гепатит.

Лечение: дезинтоксикационное, симптоматическое, общеукрепляющее, психотерапевтическое.

Курит сигареты с 13 лет (7-й класс общеобразовательной школы), с 16 лет – ежедневно.

Алкогольные напитки употребляет с 15 лет. Поначалу выпивал 1-3 раза в неделю за компанию с приятелями в барах, дискотеках, переезжая из заведения в заведение. Достаточно было выпить 1/2 литра пива, чтобы почувствовать его опьяняющий эффект. Напивался до состояния выраженного опьянения, которое наступало после 1 литра пива в сочетании с 0,3 литра водки. Быстро обнаружил, что теряет контроль над количеством выпитого – начав пить, не мог остановиться. В состоянии алкогольного опьянения чувст-

вует расторможенность, темп мышления и речи ускоряется, становится очень добрым. По утрам болела голова, ощущал слабость, спал до второй половины следующего дня. Иногда запоминавал отдельные события, происходившие с ним накануне, когда был пьян. В опьянении был веселым, спокойным, повышенно общительным. С 20 лет пропал интерес к выпивке и загулам, постепенно прекратил употребление алкогольных напитков.

Препараты конопли курил около 10 раз за жизнь, состояние одурманивания не очень нравится.

В январе 2004 года на дискотеке вместе с бывшим одноклассником попробовал MDMA (“экстази”). Отметил лишь сильное сердцебиение, повышенную потливость, сексуальную озабоченность. Почти сразу сел в бар и пил пиво.

Первым комбинированным наркосодержащим препаратом, в аптеке для совместного употребления с братом, был “Терпинкод”, имеющий в своём составе в небольших количествах кодеин. Это было в конце сентября 2004 года. На тот момент младший брат Сергей (в свои 15 лет!) уже успел найти в Интернете много информации о способах изготовления и употребления наркотических веществ, получаемых из свободно продающихся в аптечных учреждениях лекарств. Благодаря своей домашней химической мини-лаборатории, подаренной ему отцом для лучшего освоения теории химии, тот мог кое-что приготовить для получения искусственного удовольствия. Вместе со своим другом они к тому времени успели попробовать довольно много разных наркотиков. Однажды Сергей попросил нашего пациента приобрести в аптеке пачку “Терпинкода”, якобы для химических экспериментов. Раньше он уже упоминал в разговорах, что некоторые медицинские препараты, продающиеся в аптеке, могут при употреблении вызвать интересные приятные ощущения. Брат раздавил принесённые таблетки, затем после нескольких манипуляций в домашней лаборатории принёс раствор с белой жидкостью. Это был отделённый от дополнительных веществ кодеин. С учётом того, что каждый употребил относительно небольшое количество наркотического вещества (по 5 таблеток), наркотический эффект был слабо выражен. Через несколько дней повторили эту процедуру, увеличив разовую дозу до 10 таблеток на одного человека. Только на четвёртый раз в полной мере ощутил эйфорические переживания, вызванные приёмом препарата: почувствовал прилив тепла к голове, внутренним органам, конечностям, приятную слабость во всём теле, присутствовавшее напряжение исчезло. Очень понравилось ощущение некоего душевного облегчения и прояснения в мыслях. В таком состоянии усиливалось желание общаться, разговаривать со знакомыми и не очень людьми. Примерно в то же время дома вместе с братом ещё один раз употребил “экстази”. Вновь отметил лишь учащение сердечного ритма, расширение зрачков, повышение по-

тливости. Той же осенью в третий раз попытался ощутить действие мощного психостимулятора. Вместе с Сергеем употребили по 1/2 таблетки этого психоактивного вещества. Одновременно выпили раствор приготовленной соли кодеина, извлечённой из 20 таблеток другого приобретенного в аптеке кодеинсодержащего препарата “Нурофен Плюс”. Особых отличий от ставшей привычной кодеиновой эйфории не почувствовал. Больше не возвращался к психостимуляторам. В начале ноября 2004 года принимал “Терпинкод” или “Нурофен Плюс” не реже 2-х раз в неделю в высоких дозах. Всегда делал это только в домашних условиях и с ведущим участием младшего брата Сергея. К новому, 2005 году, злоупотребление кодеином, извлекаемым чаще всего из анальгетика “Нурофен Плюс”, стало ежедневным в количестве 2 пачки (24 таблетки) в сутки. Обычно таблетки приобретали по пути после учёбы, предварительно договариваясь об очередности похода в аптеку. С середины февраля 2005 года с целью изменения картины наркотического опьянения начали применять “Залдиар” – средство для снятия боли, содержащее достаточно сильное вещество, обладающее наркотическим действием, трамадола гидрохлорид, парацетамол и некоторые другие добавки. С помощью информации, размещённой в Интернете на определённых сайтах, извлекали трамадол, избавляясь в процессе от гепатотоксичного парацетамола и ненужных балластных веществ. Наркотическое опьянение в этом случае было сильнее выражено, в некоторых случаях вызывало состояние оглушённости, что не приносило особого удовольствия, даже немного пугало. Больше всего нравилось состояние эйфории, которое испытывал при употреблении внутрь раствора, приготовленного из таблеток “Нурофен Плюс”.

В мае 2005 года вечером вместе с пивом выпил 5 таблеток найденного у родителей какого-то сильнодействующего седативного препарата (скорее всего, “Карбамазепина”). На следующее утро принял 10 таблеток “Терпинкода” и ещё 2 таблетки “Клоназепам”. Не успел отойти от дома далеко, как почувствовал сильное головокружение и быстро вернулся домой, где открылась сильная рвота. Кроме того, присоединились слуховые галлюцинации. Родители вызвали скорую медицинскую помощь. В результате пациент был на 10 дней госпитализирован в психиатрическую клинику им. Корсакова. Была проведена дезинтоксикационная терапия. В начале нахождения в стационаре под контролем медицинского персонала принимал нейрореплетики в высоких дозах. Условия нахождения в психиатрическом отделении шокировали больного. На фоне терапии вновь развился энурез, который прекратился после снижения суточной дозы. Во время нахождения в больнице окончательно решил жениться на девушке, с которой на тот момент жил уже более 3-х лет. Выписавшись из больницы, продолжал принимать на протяжении 3-х месяцев “Налтрексон”. Сохранял трезвость. Ездил с её родителями на рыбалку, отдыхал в деревне. Изредка в кругу семьи мог выпить пару кружек пива.

С августа 2005 года стал по совету брата вместе с каким-либо вышеперечисленным медицинским препаратом пить небольшое количество химического вещества ГНВ (гамма-гидроксibuтират), усиливающего действие принимаемых таблеток, а также, судя по информации в интернете, уменьшающего выраженное побочное действие содержащихся в них наркотических средств. Он не оказывает прямого наркотического эффекта, однако способен за счёт опосредованных воздействий на те же структуры, вызывать состояние эйфории. Его получают из промежуточного продукта, реализуемого через фирмы, поставляющие в Россию вещества для химической промышленности. Совершив серию определённых манипуляций с химическими реактивами можно получить ГНВ в чистом виде. После проведения расчётов необходимой дозы вещества в зависимости от массы тела и количества использованной жидкости – прекурсора ГНВ, выпивали строго отмеренное количество приготовленного раствора. Принимали его до 4-5 раз в день в течение недели. Далее приходилось делать перерыв, поскольку к тому моменту ожидаемый эффект от ранее достаточной дозы был трудно достижим. Под воздействием ГНВ состояние эйфории в течение дня то усиливалось, то полностью исчезало, наблюдалась волнообразная динамика. Были случаи, когда при превышении дозы начинал неадекватно воспринимать ситуацию, вследствие выраженного стимулирующего действия препарата на все органы и системы. Если с братом делали перерыв в его употреблении, первые 2-3 дня чувствовали выраженную депрессию. Затем вновь чувствовал необъяснимый подъём сил, но менее выраженный, чем на момент начала длительного употребления ГНВ. Иногда присоединялась боль в сердце, которая исчезала после нового приёма данного вещества. Появились нарушения сна.

С сентября 2005 года, снова возобновил регулярное употребление таблеток “Терпинкод” (от 10 таблеток в сутки), или “Нурофен Плюс” (не меньше 12 таблеток), или “Залдиар” (5-10 таблеток), или “Коделак” (10 таблеток), или “Коаксил” (15-30 таблеток). Принимал таблетки перорально 1-2 раза в день. В интоксикации испытывал повышение настроения, приятные ощущения в теле. С марта 2006 года в случае вынужденного перерыва в употреблении более суток отмечались тревога, неусидчивость, неприятные ощущения в мышцах, боль в суставах, жидкий стул 5-6 раз в день, потливость, озноб, бессонница. Эти явления тут же проходили после приёма очередной дозы тех или иных продающихся в аптеке наркосодержащих таблеток. В то время перешёл на постоянное употребление антидепрессанта “Коаксил” в высоких дозах (15-30 таблеток), “чтобы слезть с кодеиновых таблеток”. По сравнению с ними и “Залдиаром”, состояние эйфории сопровождалось повышенной активностью и некоторой весёлостью. В течение марта и начала апреля употреблял в основном только его. Далее снова перешёл на употребление кодеинсодержащих медицинских препаратов. Па-

тологическое влечение к ПАВ носило стойкий постоянный характер. Жена впервые узнала о существовании у пациента зависимости от некоторых лекарственных средств весной 2006 года, обнаружив при поиске утерянных водительских прав упаковку “Залдиара”. После серьёзного разговора она решила помочь ему избавиться от пагубной привычки, постепенно снижая выдаваемую ежедневно дозу этого трамадолсодержащего препарата. Но, получив дома от жены явно недостаточное для достижения привычного состояния количество требуемого вещества, заезжал по пути на учёбу в аптеку и приобретал любое из вышеуказанных лекарственных средств в необходимом количестве (от 1 до 3-х упаковок). Предъявляет жалобы на снижение аппетита и периодическое появление тошноты с апреля 2006 года, за несколько последних месяцев похудел на 8 кг. В мае начал ежедневный приём в больших дозах любого из вышеназванных медицинских препаратов. Летом этого же года в течении дня мог питаться одними йогуртами или просто пить воду. Вместе с тем продолжал принимать ежедневно или 2-3 пачки “Нурофен Плюс” (обычно 24-36 таблеток, максимально до 50 таблеток), или (и) 1-2 пачки “Залдиара” (10 таблеток). В июле в полной мере ощутил всю тяжесть складывающейся с ним ситуации и решил попасть на исповедь в Церковь. Приехал на Крутицкое подворье, где расположен Душепопечительский Центр святого праведного Иоанна Кронштадтского. Со слов знакомых слышал, что там бесплатно оказывают помощь всем наркозависимым. Однако он приехал слишком поздно и священника Анатолия (Берестова), руководящего этим Центром не застал. Пообщался с медицинским персоналом, получил рекомендации перед исповедью и причастием лечь в наркологический стационар и уехал. Последние 2 месяца до госпитализации вместе с братом ежедневно употребляли 1-3 пачки покупаемого в аптеке “Нурофен Плюс”.

За 3 дня до госпитализации братья рассказали родителям о своих проблемах. На семейном совете решили стационарировать сразу двоих, но в разные отделения...

Вот так обычный московский парень стал “таблеточным” наркоманом. Теперь, после проведённого лечения, он сохраняет трезвость, однако вынужден так рассчитывать дорогу в Университет и обратно домой, чтобы избежать прохода мимо любой аптеки, поскольку желание употребить какой-нибудь кодеинсодержащий препарат всё ещё очень велико. Один Бог знает, как дальше сложится его жизнь, искривлённая наркотическим товаром с аптечного прилавка. Будем стараться всячески поддерживать его трезвый настрой.

Приложение №4
к обращению на имя
Председателя Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации
Грызлова Б.В.

Уважаемый Борис Вячеславович! К написанию этого письма меня подвиг личный опыт борьбы с тяжким недугом – наркоманией. Наркотики я начал употреблять несколько лет назад. Однако наступил момент, когда я осознал безысходность своего положения, созрело решение выйти из замкнутого круга, в корне изменив жизнь. Началась страшная битва с самим собой, битва за выживание, которая продолжается около полутора лет.

Не могу не выразить огромную благодарность сотрудникам Душепопечительского центра во имя св. прав. Иоанна Кронштадтского и руководителю центра – лично о. Анатолию Берестову, которые приняли на себя серьёзный тяжелейший труд служения и возвращения к жизни тысяч наркозависимых.

Проходя реабилитацию в центре, наблюдая за собой и общаясь с товарищами по несчастью я убедился в духовной природе болезни. В подтверждение своего мнения хочу сказать о преобладании психологической зависимости от наркотика. Физическая зависимость или “ломка” наркомана страшна, но на мой взгляд тяжелее и опаснее то что следует дальше. А дальше стойкая психологическая зависимость или т.н “тяга” к наркотику, сопровождающаяся депрессивными состояниями. В этом случае, с помощью Божией собрав свою волю, человек в состоянии оградить себя от употребления т. н. тяжёлых наркотиков. Можно убедить себя, что это смертельно опасно, что это преступно, что наркотик в конце концов дорог и недоступен. Но как же быть, когда в этот самый момент исстрадавшуюся душу подстерегает страшный соблазн – в каждой аптеке и аптечном киоске легко доступен сильнейший наркотик – кодеин. А ведь кодеинизм едва ли уступает по своей остроте, зависимости от морфия или героина. Беда в том, что не всякий наркоман знает об этом, и он начинает “баловаться” “Терпинкодом” или “Коделаком”. Далее, как правило срыв, опять ломка, тяга... Порочный круг замыкается. Но ещё страшнее то, что из кодеинсодержащих препаратов (“Терпинкод”, “Коделак”, “Седал-М”, “Тетралгин” и пр.) легко, в домашних условиях можно изготовить сильнейший по своей разрушительной силе наркотик – дезоморфин. Сегодня нашу страну захлёстывает гибельная волна новой дезоморфиновой наркомании. Интернет-сайты пестрят форумами наркоманов которые делятся опытом изготовления наркотика и об этом знают даже дети. Число таких наркоманов стремительно растёт с каждым днём, а продолжительность их жизни резко сокращается ввиду чрезвычайной токсичности кустарного наркотика. Как тяжело удержаться от этого со-

блазна подросткам или наркоманам решившим “завязать”, ведь всё так открыто, доступно, дешево.

Медик по образованию, знаю по опыту, что применение кодеинсодержащих препаратов весьма ограничено, и не носит решающего характера. К примеру, от кашля крайне редко назначаются “Терпинкод” или “Коделак”. Чаще да и эффективней “Амброгексал”, “АЦЦ”, сироп “Д-р МОМ” и пр., а при зубной боли или радикулите гораздо лучше действует скажем “Кеторол”. Становится непонятным для чего в таком широком ассортименте так доступны средства содержащие кодеин.

Уважаемый Борис Вячеславович! В Ваших силах остановить набирающую обороты машину кодеиновой и дезоморфиновой наркомании, ежедневно уносящей жизни сотен молодых людей. Проблема наркомании в целом уже носит общегосударственный характер. В связи с этим, прошу Вас, быть может пока не поздно, принять надёжные меры по усилению контроля за использованием лекарственных препаратов, содержащих кодеин.

С уважением,

Антон Б.
20.10.2006 г.

2.11 Информационное письмо ДПЦ в государственные правоохранительные органы о проблеме злоупотребления населением России семян пищевого мака (06.12.2006)

Письмо №116/04 от 06.12.2006

Направлено:

Ю.Я.Чайке, генеральному прокурору Российской Федерации государственному советнику юстиции 1 класса.

Копии:

С.М. Миронову, председателю Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации ;

Б.В. Грызлову, председателю Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации;

К.В. Кабанову, и.о. председателя Национального Антикоррупционного Комитета Российской Федерации.

Уважаемый Юрий Яковлевич!

Прежде всего, хочу поблагодарить Вас за содействие в постановке медицинских препаратов “Залдиар” и “Коаксил” на предметно-количественный

учёт. К сожалению, даже такая мера не во всех случаях препятствует продаже этих лекарств наркозависимым. Некоторые из них продолжают реализовываться всем желающим совершенно свободно. Только ужесточение ответственности недобросовестным фармацевтам сможет остановить этот беспредел. Но для этого необходимо внести данные медикаменты (особенно “Коаксил”) в Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список II). Только тогда возможен реально жёсткий контроль, столь необходимый сегодня в этой смертоносной сфере, пропитанной беззаконием и коррупцией.

Обратиться к Вам ещё раз меня вынудила наблюдаемая сегодня в России катастрофическая ситуация с повсеместными последствиями злоупотребления ацетилованного опия, изготовленного из сырья, до сих пор в огромных количествах ввозимого различными путями на территорию нашей страны. И пока, к сожалению, соответствующие меры на правительственном уровне в достаточном объёме, способном остановить рост злоупотребления наркотических веществ, извлекаемых из данного продукта, так и не приняты.

Часть представленного ниже текста мне помогли написать сотрудники Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, поскольку некоторые юридические сложности в решении существующей проблемы им известны лучше, чем мне. Подобную версию данного документа для работников правоохранительных органов с конкретными предложениями по стабилизации создавшейся ситуации на имя руководителя оперативно-розыскного Департамента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, генерала полиции А.А.Чуваева и министра внутренних дел, генерал-полковника милиции Р.Г. Нургалиева, я направил в конце ноября. Однако считаю своим долгом сообщить и Вам, как руководителю главного в стране надзорного органа, о ставшем чрезвычайно актуальным в последнее время вопросе, требующим принятия незамедлительных, но в тоже время в полной мере адекватных мер, способных блокировать дальнейшее распространение среди молодых россиян случаев хронической наркотизации данным высокотоксичным продуктом, получаемым из семян, казалось бы, обычного пищевого мака.

Впервые о том, что из кондитерского мака можно получить сильный наркотик, у нас в стране узнали не так давно, не более пяти лет назад. Злополучные семена приобретались и продолжают приобретаться на некоторых продовольственных мини-рынках, в магазинах и киосках, реализующих продукты питания, а также через хорошо налаженную сеть сбытчиков. О ситуации с оптовыми закупками этого все чаще наркотичес-

кого сырья Вы можете ознакомиться с помощью приложения, которое помещено в конце основного текста.

Простота и доступность домашнего способа изготовления из примесей семян пищевого мака экстракта опия, низкая себестоимость получаемого наркотика привели фактически к оттеснению на рынке сбыта во многих субъектах Российской Федерации такого наркотика, как героин. Оперативные данные, поступающие из различных регионов в ФСКН России, свидетельствуют, что экстракт опия становится наиболее распространённым средством, употребляемым наркозависимыми лицами в притонах.

Сотрудникам нашего Центра, как и многим практикующим специалистам-наркологам известно, что применение такого “грязного” наркотика, содержащего в своём составе много вредоносных примесей, влечёт за собой серьёзные нарушения внутренних органов, психической сферы, нервной и иммунной систем и как следствие – тяжёлый абстинентный синдром и выраженные личностные изменения. Продукты, содержащиеся в семенах мака, настолько загрязняют организм, что плохо помогает даже примитивная очистка через капельницы. В данном случае прекратить употребление или прожить более двух лет при продолжении ежедневного приёма этого вещества мало кому удаётся...

В 2004 году, как сообщает газета “Трибуна”, специалисты из управления Госторгинспекции по Северному Кавказу и Госнарконоконтроля совместно проверили некоторые предприятия городов Ставрополя, Невинномысска и Кочубеевского района Ставропольского края. Всего было досмотрено около 30 производственных баз, торгующих семенами мака. **Ни на одной из них** не были представлены необходимые документы, подтверждающие качество и безопасность продукции, а также документы от поставщика! По итогам проверки было изъято около полутонны опиумного мака. Как выяснилось, мак на Ставрополье по большей части завозной: из Турции, Австралии и т.д. На территорию края он поступает в мешках по 50 кг., а местные “умельцы” расфасовывают его в пакеты по 500 г. и продают желающим в розницу. Часто в “комплекте” к маку предлагают также аммиачную воду и растворитель, которые являются необходимыми ингредиентами для приготовления опиумного наркотика. Опиные наркоманы, поступающие к нам из ряда других регионов Российской Федерации, сообщают практически идентичную информацию.

И всё это происходит несмотря на то, что ещё в ноябре 2003 года Постоянным комитетом Российской Федерации по контролю наркотиков (ПККН) был установлен порядок, согласно которому государство-экспортёр должно представлять сертификат качества на поставляемые партии семян мака, с обязательным указанием об отсутствии в них примесей соломы, остатков коробочек мака и другого подобного сора. Кроме того, импортёр обязан провести контрольный анализ, а при несоответствии его результатов с дан-

ными, указанными в сертификате, в установленном порядке вернуть продукт экспортёру. Но так должно быть, что касается реального претворения в жизнь подобных указаний, то здесь пока имеются трудности юридического характера. И пока вопросы по соблюдению существующих норм решаются на государственном уровне, во многих субъектах Российской Федерации местные власти сами пытаются изменить ситуацию ставшую трагической для тысяч российских семей.

В октябре этого года я вместе с сотрудниками нашего Центра посетил Краснодарский край, где проводилось много встреч с общественностью и должностными лицами в разных его районах. В том числе состоялась беседа с главным наркологом Краснодарского края и Южного федерального округа Колесниковым Владимиром Витальевичем, в которой он сообщил, что по официальным данным, основным наркотиком, который употребляют сегодня в крае, являются семена мака. В Краснодарском городском наркологическом диспансере сегодня проходят стационарное лечение от наркозависимости более 90% молодых людей, злоупотребляющих исключительно наркотическими продуктами, извлекаемыми из пищевого мака. Эти цифры ужасают, тем более что мак, производимый и реализуемый в этом городе, расходуется по всей России, включая и регионы Дальнего Востока. Мы в регистратуре ДПЦ регистрировали пациентов, поступающих к нам из Благовещенска, Владивостока, некоторых городов Ханты-Мансийского, Ямало-Ненецкого национальных округов, злоупотребляющих теми же семенами мака. Возникает закономерный вопрос – **какое же их количество закупается для кондитерских целей и необходимо ли такое количество семян для пищевой индустрии?** Если тщательно просчитать соотношение количества ввозимых семян пищевого мака с содержащимися наркотическое вещество растительными примесями к количеству мака, потребляемого населением и кондитерскими фабриками для пищевых нужд, сразу становится предельно ясно, что семя мака закупается именно с целью распространения его как наркотического средства.

Администрация некоторых городов Кубани пытается на своём уровне противодействовать нарастающей наркоугрозе. Так, решение Армавирской городской Думы от 24 ноября 2005 года № 115 “О принятии мер по пресечению распространения наркотиков и наркомании на территории муниципального образования город Армавир” вызвало у общественных советников понимание и поддержку. Рассмотрев и обсудив информацию главы города Армавира Е.В. Пивень о сложившейся ситуации по распространению наркотиков в городе, Армавирская Дума решила приостановить оптовую и розничную продажу мака на срок, необходимый для проведения соответствующими службами анализа возможности получения из них наркотических средств в домашних условиях.

Необходимость принятия таких мер была обусловлена статистикой роста

преступлений, имеющих отношение к незаконному обороту наркотиков. С начала года в Армавирском МРО зарегистрировано 96 преступлений подобного характера, 46 из которых связано с оборотом наркотиков, изготовленных кустарным способом посредством семян мака и растворителя. На сегодняшний день 70 % лиц в городе, зарегистрированных как наркоманы, употребляют в качестве наркотического вещества именно этот, казалось бы, продукт.

“Главная беда – доступность наркотика”, – говорит глава города. По сути, некоторые магазины превратились в пункты его раздачи. То, что львиная доля ввозимого кондитерского сырья используется нецелевым способом не вызывает сомнения. Самое крупное Армавирское предприятие кондитерской отрасли для производства своих изделий в день использует примерно 30-40 килограмм семян мака, несмотря на это в город регулярно завозится несколько тонн. Становится ясно, что такое количество кондитерского сырья просто невозможно употребить по назначению. Ценовая политика семян также изменилась в связи с явной динамикой роста их потребления. Из экономических законов следует, что если увеличивается предложение товара и цена, то это не что иное, как увеличения спроса на данный вид товара.

Оценивая в совокупности сложившуюся в Армавири ситуацию, глава города выступил со следующей инициативой: во-первых, в сжатые сроки обратиться в Законодательное Собрание Краснодарского края с предложением ограничить ввоз и реализацию на территории Кубани кондитерского мака. Во-вторых, Евгений Владимирович призвал общественность города проявить личную заинтересованность в этой угрозе. Также была выражена явная критика в отношении отсутствия общественного порицания по поводу сложившейся ситуации, в том числе свободной продажи кондитерского мака. Однако, как говорится, воз и ныне там – семена мака с чьей-то активной помощью расползаются по всей России.

Сегодня без всякого преувеличения можно сказать, что страшной бедой для Кубани становится повсеместное распространение сравнительно дешёвого зелья, которое изготавливают из семян пищевого кондитерского мака. В республике Адыгея, граничащей с кубанскими землями, также очень часто встречаются лица, злоупотребляющие наркотическими веществами, извлекаемыми из данного наркотического сырья с помощью несложных манипуляций и бытовых реактивов.

Вот что ответил на заданные по этой теме корреспондентом ИТАР-ТАСС вопросы начальник Управления федеральной службы Госнарконтроля по Республике Адыгея, кандидат юридических наук, полковник Николай Михейкин (23.01.2006 года, город Майкоп).

“Три года назад я возглавил отдел по контролю за легальным оборотом наркотиков в управлении по Южному федеральному округу Департамента Федеральной службы Госнарконтроля России. Сначала мы, опираясь на

мнение специалистов, считали, что наркотик варят из маковой соломки, которую предприимчивые торговцы добавляют почти во все пакетики с семенами пищевого мака. Потом, проведя ряд лабораторных исследований, убедились: наркосодержащие вещества тебонин, кофеин и морфин содержатся именно в семенах, а не в маковой соломке. Причем, в семенах незрелого мака, который десятками тонн ввозят в Краснодарский край и Адыгею через Новороссийскую таможню. А туда он прибывает по морю из Турции, Голландии, Чехии, Румынии. Другой путь транзита мака на юг России – поступление с предприятий Москвы и Московской области, расфасованный в пакетики по 100 и 500 граммов. В месяц его поступает **на Кубань до 750 тонн**. Из них в Адыгею попадают **43 тонны** смертоносного груза. (I)

Пока, в рамках существующего закона, противодействовать этому практически нельзя, поскольку семена пищевого мака не включены в федеральный список запрещённых для ввоза в страну и реализации продуктов. Значит, его продажа легальна. Мы уже несколько раз отправляли соответствующие письма руководителям нашей федеральной службы, но не всё зависит от нас. В Москве на первом месте другая проблема – тяжёлые наркотики. А то, что к зелью из семян мака молодёжь привыкает буквально с первой дозы, то, что смерть от его употребления наступает в самый короткий период – от полугода до двух лет, в такое пока мало кто верит, хотя наши исследования убедительно это доказывают. А если к этому добавить, что наркоманы готовят себе дозы для инъекций в антисанитарных “полевых” условиях и варят дешёвый наркотик с добавлением ацетона, аммиака и уксусной кислоты, то можно представить себе, какой ядовитой, гремучей смесью они наполняют свои сосуды! Как подчеркивают специалисты, эти примеси влияют на состав плазмы крови, количество эритроцитов, вызывают частичное отмирание слизистых оболочек и стойкие спазмы сосудов, что приводит к нарушению микроциркуляции крови в организме наркомана...

Семена мака продавать не запрещено, официально он идёт для нужд пищевой промышленности. А то, что рецепт изготовления наркотика доступен, – все претензии к безымянному Интернету... Именно поэтому я не устаю повторять, что свободная торговля семенами мака – это идеологическая диверсия. Нашему населению внушается мысль о том, что этот наркотик легален и доступен, потому что продаётся без всяких ограничений и очень дёшево: 100-граммовый пакетик семян мака стоит всего от 30 до 40 рублей (прим. сост. – по ценам 2003 года). И цена на них в отличие от многих других наркотиков не повышается... Вот и получается – очень дёшево и очень “сердито” по своим чудовищным и необратимым последствиям, особенно у нас, на юге России, в Адыгее. Ведь абсолютное большинство наркоманов республики потребляют именно маковый дурман...”

Потребители наркотика, извлекаемого из семян мака, как правило, мало-

имущие люди разных возрастов, хотя в этой группе встречаются и юноши из обеспеченных семей, у которых в силу каких-либо причин затруднён доступ к героину. Поэтому нет ничего удивительного в том, что в Краснодарском крае резко возросло количество фактов производства и торговли ацетилованным опиумом, изготовленным из теоретически чистого кондитерского продукта. Кроме того, “пакет” (около 5 г.) с частью урожая выращенной в местных условиях конопли стоит 250-300 рублей, а один миллилитр экстракта маковой соломы дешевле – 40-70 рублей (начинающему наркоману достаточно трёх миллилитров). С учётом продолжительности наркотического эффекта и силы переживаемой эйфории, очень часто молодые люди стали выбирать шприц с наркотическим раствором, полученным из семян пищевого мака. Естественно, спрос рождает предложение. В последнее время на Кубани было прикрыто немало крупных наркопритонов, снабжавших наркотическим сырьём целые районы: в Краснодаре, посёлке Пашковский, станице Медведовская, Полтавская, Динская и некоторых других. В большинстве случаев хозяева притонов закупали оптом кондитерский мак, собственноручно изготавливали из него кустарный опиум и продавали его гостям-наркоманам. Но это лишь часть макового океана, удовлетворяющего потребности наркозависимых южных городов – большие его потоки проходят вне поля зрения оперативных сотрудников антинаркотических государственных структур. Те, кто лично столкнулся с этой проблемой, также говорят о несовершенстве современной законодательной базы, не позволяющей адекватно бороться с нарастающей в последние годы серьёзной проблемой.

В своём недавнем интервью начальник Кропоткинского межрайонного отдела УФСКН по Краснодарскому краю Сергей Ситливый также подтвердил прослеживаемую тревожную тенденцию: “Последние два года особой популярностью пользуются наркотические средства, изготавливаемые из семян кондитерского мака. Об этом уже довольно много писалось в прессе. Поступающие в Россию из Турции семена мака, соответствующие ГОСТу, имеют примеси в допустимых размерах. Из этих примесей, которые имеются в каждой пачке семян кондитерского мака и изготавливаются наркотические средства в кустарных условиях. Во-первых, это экономически выгодно. Во-вторых – более безопасно, так как сами семена мака находятся в законном обороте. В связи с этим в городе упала доля потребления других видов наркотиков, в частности, тяжёлых – героина и опия”.

Следует поблагодарить сотрудников ФСКН и МВД России за ведение активных действий на антинаркотическом фронте, в том числе и с необоснованно большим импортом и свободной продажей семян опийсодержащего кондитерского мака в нашей стране. Однако, из-за юридической немоги существующего законодательства, средства воздействия на поставщиков пока крайне ограничены.

Опыт других государств и некоторых субъектов Российской Федерации в борьбе с этим злом также необходимо учитывать при выработке соответствующих мер по противодействию распространению данного вида наркомании.

Так, с 1 декабря 2005 года по приказу министра внутренних дел Республики Грузия Георгия Барамидзе из торговой сети начали изыматься и уничтожаться все предназначенные для кондитерского производства семена мака. “Ввоз в Грузию семян мака вообще должен быть запрещён”, – сообщил министр журналистам газеты “Свободная Грузия”. Также он заявил, что, согласно законодательству, реализация этого заменителя наркотика была разрешена, но он лично берёт на себя ответственность за изъятие и уничтожение семян мака. И это очень правильная гражданская позиция!

В Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков сообщают, что такой запрет введён в некоторых регионах нашей страны, но с точки зрения законности он не имеет юридической силы. Согласно российскому законодательству, выращивать мак на территории нашей страны запрещено. Поэтому все сырьё завозится извне, транзитом практически бесконтрольно идёт с Украины. Сам по себе кондитерский мак не является наркотическим веществом, и использовать его в качестве сырья для получения наркотика нельзя. Как известно, наркотическое зельё добывается из сора, который встречается в маке – маковой соломы и семенных коробочек. Предназначенный для питания продукт проходит термическую обработку, что исключает появление в нём сора. По данным Управления ФСКН РФ по Кабардино-Балкарии, наибольшим спросом среди местных наркоманов на сегодняшний день пользуется кондитерский мак с более тёмным цветом. По мнению специалистов, такой мак не прошёл достаточную термическую и механическую очистку, в соответствии с чем содержание опия в таких зёрнах достигает наибольшего количества. Другие виды кондитерского мака, имеющие цвета от серого до голубого, наркоманы не употребляют. И в последнее время предприниматели, зная это, целенаправленно закупают неочищенный и дешёвый мак. Их цель ясна – пока велик спрос и созданы благоприятные для такой выгодной торговли условия, нужно зарабатывать капитал. При этом их мало интересует, что получаемые из этого сырья наркотические продукты настолько токсичны (**ацетилованный опиум, дезоморфин**), что при систематическом употреблении за более короткое время, в сравнении с героином, могут привести к инвалидизации зависимого от них человека или даже смерти, не говоря о полной деградации личности.

Вполне возможно, что и сами семена пищевого мака каким-то образом вымачиваются в растворе опия или, возможно, изначально содержат высокие концентрации наркотических веществ в соответствии с выращенным сортом.

Не так давно правительство Карачаево-Черкесии поддержало инициативу глав некоторых субъектов Российской Федерации и на подконтрольной

территории ввело ограничения на ввоз кондитерского мака. Власти объяснили этот шаг желанием защитить население республики от распространения ставшего легкодоступным наркотического зелья, приготовленного с помощью обычного, казалось бы, безвредного пищевого мака. Ограничения на ввоз данного продукта, введенные правительством КЧР, должны были просуществовать до момента принятия ГОСТа, который будет регламентировать количество содержащихся в пищевом маке наркотических веществ с учётом современных реалий. Существующие сегодня государственные стандарты пищевого мака регулируют только цвет, запах и качество семян мака, а также содержание в них примесей сорных растений. Тем не менее, эти ограничения в настоящий момент в Карачаево-Черкесии сняты в связи с их несоответствием федеральному законодательству и кондитерский мак с повышенным содержанием наркотических примесей снова стал без особых проблем завозиться на территорию республики, продолжая наносить непоправимый ущерб здоровью и благополучию местного населения.

По данным правоохранительных органов республики Северная Осетия-Алания, на подконтрольной территории расфасованные семена кондитерского мака продолжают использоваться в качестве сырья для изготовления высокотоксичных наркотиков, способных в некоторых случаях привести к летальному исходу. По их мнению, единственный вариант борьбы с завозимым наркотическим маком на сегодняшний день – ужесточение ГОСТов для ввозимых семян.

Пока российские правоохранительные органы вынуждены руководствоваться устаревшими нормативными документами, в Республике Северная Осетия-Алания запрещена торговля кондитерским маком. “Правительство республики подписало запрет на ввоз, приобретение, хранение и распространение кондитерского мака, – сообщил журналистам газеты “Новые Известия” главный государственный санитарный врач территориального управления Роспотребнадзора по Северной Осетии Таймураз Бутаев, – товар зачастую шёл без сопроводительной документации. Мы давали рекомендации поставщикам, но, увы, документация так и не появилась”.

По сообщению информационного агентства “Альянс Медиа”, в Сахалинской области депутаты областной Думы и городского Собрания, администрации области, представители силовых и правоохранительных структур, управления Роспотребнадзора, здравоохранения и общественности 14 июля 2006 года также обсудили вопрос, нужно ли вводить ограничения на ввоз кондитерского мака на территории области. Учитывая актуальность проблемы, было решено разработать и принять нормативные документы, ограничивающие розничную продажу пищевого мака, а также усилить контроль за его реализацией. Кроме того, постановили обратиться к предпринимателям Сахалина с призывом отказаться от ввоза кондитерского мака. Я считаю,

что **на всех уровнях власти, федеральном и региональном, сейчас необходима едиனுдушная поддержка подобных инициатив.**

Как рассказал начальник Управления ФСКН России по Сахалинской области Борис Мисилевич в одном из своих интервью журналистам местного печатного издания: “Официально на территорию Сахалина завозится около 50 тонн так называемого “кондитерского мака” но этот же продукт везут и нелегально под видом семян, семечек фурами из Таджикистана. Там он стоит 60 рублей за килограмм, здесь же – 650. А если продукт “заряженный”, то есть в нём больше мусора: коробочек мака, маковой соломки, – то целых 800 рублей. Однако ни ограничить, ни запретить ввоз пищевого мака не получится. Даже распоряжение мэра Южно-Сахалинска будет незаконно, потому что его потом опротестуют. Хотя на какой-то период и в какой-то мере нам и нашим единомышленникам, коих большинство среди здравомыслящих людей, все же удастся ограничить поставки “дури” на остров. Но, я думаю, что решающую роль в этой борьбе должны сыграть не ограничения, а **консолидация тех государственных органов, которые должны контролировать завоз этой продукции.** Если говорить точнее, то Роспотребнадзор должен исправить документы – практически весь мак изымается потому, что коммерсанты не могут предоставить необходимой документации. Также здесь должны поработать и соответствующие органы Санэпидемнадзора, поскольку в этом “пищевом маке” несложно найти и другие вредные вещества. Наши возможности, естественно, ограничены. Конечно же, мы приходим, смотрим, фотографируем, шлём сигналы во все структуры власти, пытаемся в этой сфере осуществлять надзор, отслеживать ситуацию, но в целом торговля “заряженным” кондитерским маком, который, по сути, представляет собой сырьё для производства наркотиков, продолжается”.

В Управлении ФСКН России по Курганской области также считают, что сложившаяся ситуация с пищевым маком требует принятия всех возможных мер и на территории Зауралья. Растущий спрос на него уже привёл к тому, что курганские предприниматели подняли цены на этот продукт более чем в два раза. Не исключено, что в погоне за большей прибылью они увеличат и объёмы его поставок. В принципе, уже сегодня можно, проведя приблизительный подсчёт количества поступающего в регион мака, содрогнуться от полученных цифр.

В городе Каменск-Уральский любой, даже школьник, может купить кондитерский мак. Из этого “кондитерского” мака, мало-мальски знакомый с химией и обладающий необходимыми (вполне доступными) ингредиентами человек в домашних условиях может получить ацетилованный опиум – тяжёлый наркотик, стоящий на одной ступени с героином.

Привлекательность раствора наркотика, изготовленного из семян мака и в этом регионе объясняется его дешевизной и легкодоступностью,

в сравнении с отсутствием таковых у героина и метадона. В Каменске-Уральском средняя доза ацетилированного опия, изготовленного из данного кондитерского изделия стоит 150 рублей, тогда как диапазон стоимости разовых доз героина в зависимости от места приобретения – 300-700, метадона – 1200-1600 рублей. Некоторые местные наркоманы даже называют героин “грязным”: после выпаривания остаётся гораздо больше “химии”, чем наркотика. Здесь необходимо отметить, что дополнительных вредных примесей предостаточно и в экстракте опия, полученного из семян кондитерского мака, просто информацию о сравнительном вреде героина распространяют те, кто финансово заинтересован в росте продаж кондитерского мака в регионе.

Таким образом, как это ни прискорбно, на сегодняшний день приобрести семена мака практически в любой точке России при желании не составит особого труда. По последней информации, цена одного пакета с наркотическим “пищевым” маком выросла в Москве с 300 до 450-500 рублей. Скорее всего, такой значительный взлет цен обусловлен повышенным спросом на этот наркосодержащий продукт. Кроме того, ребята, приходящие к нам в Центр, рассказывают о наметившейся тенденции к реализации опийсодержащего мака через сеть мелких дилеров, реализующих его по завышенной цене из своих квартир, в некоторых случаях из припаркованного неподалёку от метрополитена автотранспорта по предварительной договорённости. Это уже напоминает обычные героиновые точки продаж, что также является ещё одним доказательством принадлежности данного сырья к наркотическим средствам, подлежащим строгому контролю на территории Российской Федерации, но никак не к продуктам питания.

Вместе с тем необходимо отметить, что маковая солома включена в Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещён (список 1) Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 года №681.

В соответствии с примечанием к списку 1 на все смеси, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества данного списка, независимо от их количества, также распространяются меры контроля, предусмотренные для указанных средств и веществ. Из этого следует, что **весь объём семян мака, содержащий в виде примеси маковую солому независимо от их количества, является наркотическим средством**. А любые записи в таможенных декларациях и других сопроводительных документах о принадлежности данного товара к продуктам питания в случае обнаружения превышения допустимой в этой группе концентрации опия необходимо рассматривать как грубое нарушение действующего российского законодательства и подобные противоправные действия должны караться по всей

строгости закона (которая, кстати, недостаточно жестка к ним). Ведь в этом случае с криминологической точки зрения следует говорить о фальсификации назначения пищевого продукта, то есть создании заведомо ложной информации об объекте и его возможном криминальном видоизменении. Таким образом, и происходит дальнейшее незаконное распространение запрещённых к обороту на территории Российской Федерации наркотических средств, что в свою очередь отражается на темпах роста наркотизации населения.

При этом также следует иметь в виду, что **абзацем 3 пункта 4 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 15 июня 2006 года №14 определено, что, если наркотическое средство или психотропное вещество списка 1 входит в состав смеси, то его размер определяется весом всей смеси**.

Что касается ГОСТ 12094-76, то в данном случае, на наш взгляд, ссылка на его требования неправомерна, поскольку при конкуренции положений государственного отраслевого стандарта и постановления Правительства Российской Федерации следует руководствоваться последним с учётом иерархии нормативных правовых актов Российской Федерации.

В соответствии с этим, в действиях лиц, реализующих пищевой мак, содержащий в виде примеси маковую солому, усматриваются признаки объективной стороны преступного деяния и при наличии остальных элементов состава преступления, могут быть квалифицированы по **определённым пунктам статьи 228 Уголовного Кодекса Российской Федерации** в соответствии с тяжестью совершённого противоправного деяния.

В связи с этим в целях устранения причин и условий свободной реализации на территории Российской Федерации семян мака кондитерского, содержащего примеси в виде маковой соломы, остатков листьев, стеблей и коробочек мака, млечного сока, ФСКН России в соответствии с решением Правительственной комиссии по техническому урегулированию (протокол №3 от 6 июня 2005 года) подготовлен проект указа Президента Российской Федерации “Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств”, согласованный в установленном порядке с Минздравсоцразвития России – 31.10.05 г., Минпромэнерго России – 08.11.05 г., Минсельхозпром России – 07.12.05 г., Минюстом России – 18.01.06 г. Получены заключения Минфин России от 26.02.06 г., Минэкономразвития России от 15.06.06 г.

Напомню, что проектом указа предусмотрено, что семена мака не должны содержать примесь наркотических средств “опий” и “маковая солома”, в количествах, выявляемых утверждёнными в установленном порядке методами исследований (испытаний) и измерений. Таким образом, в качестве одной из мер, направленной на решение данной проблемы, ФСКН России предлагает введение **законодательного запрета на ввоз на территорию**

Российской Федерации семян мака, загрязнённых наркотикосодержащими примесями.

28.06.2006 года данный проект был направлен на рассмотрение экспертной комиссией по техническому регулированию в Минпромэнерго России, 4 октября получено положительное заключение экспертной комиссии.

В настоящее время ФСКН России готовится комплект документов для направления на согласование в Аппарат Правительства Российской Федерации. В соответствии с чем считаю необходимым **в кратчайшие сроки провести согласование в Аппарате Правительства Российской Федерации проекта указа Президента Российской Федерации "Об утверждении специального технического регламента "Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств"**, поскольку без него невозможно построение эффективной линии обороны от губящего российскую молодёжь потока кондитерского мака.

Несомненно, если этот документ в самое ближайшее время будет подписан Президентом, то атака "маковых дельцов" на Россию будет резко остановлена. Уверен, что Вы со своей стороны сделаете всё возможное для снятия этого вопроса с повестки дня. Но почему в очередной раз мы задерживаемся с принятием жизненно важных для тысяч соотечественников решений? Кто повинен в несвоевременном донесении информации об уже не новой для страны наркоугрозе? Почему так долго продвигается по различным министерствам и ведомствам столь долгожданный всеми силовыми структурами документ? Надеюсь, Генеральная прокуратура Российской Федерации сможет вникнуть в суть происходящих всё это время "торможений" и выяснит степень заинтересованности определённых лиц в неоправданно больших поставках описанного выше наркотического сырья под прикрытием продовольственных нужд населения.

Помимо принятия и ввода в действие вышеназванного указа, считаю целесообразным после проведения тщательного расчёта реальных потребностей российской кондитерской промышленности и частных предпринимателей, использующих в производстве своей продукции семена пищевого мака, введение жёстких ограничений на ввоз в нашу страну семян пищевого мака, даже очищенного в самой лучшей степени. Зачем нам лишние десятки тонн сырья, если реальная потребность отечественных кондитеров в нём меньше во много раз? Ведь теоретически при наличии определённых условий возможно и после ввоза на территорию Российской Федерации семян пищевого мака повысить в них концентрацию наркотических веществ, то есть к нам их могут импортировать без существенного количества примесей.

Так или иначе, эту проблему необходимо решать тщательно и с разных сторон, не ограничиваясь только лишь ожиданием подписания проекта

указа, разработанного ФСКН России. Уверен, что все получившие моё обращение смогут внести свой вклад в полноценное, но, тем не менее, незамедлительное решение поставленных в тексте вопросов.

С уважением,

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий (Берестов)

Приложение к письму
руководителя Душепопечительского Православного
Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского
№116/04 от 06.12.2006 года
на имя генерального прокура России
Ю.Я Чайки.

Некоторые примеры
предложений по закупке и продаже
семян пищевого мака, полученные из Интернета.

Среди них есть и наркотический мак...

1. Продам: **прямые поставки голубого кондитерского мака**

Голландская фирма предлагает прямые поставки голубого кондитерского мака (любой очистки и упаковки) из Голландии.

Пишите нам по адресу senaexport@planet.nl тел. +31-655711917.

Предприятие: Holland,

Контактное лицо: Matewosjan Телефон: +31-655711917.

2. **АБ-Маркет, ООО**

Адрес: 115035 Россия, Москва, Раушская наб., д.4, оф.214

Тел: (495) 2300006, 9593306, 2380817; факс: (495) 9593306

регистрация: 10.01.2000

проверено: 20.10.2006

...Начало деятельности компании АБ МАРКЕТ связано с поставками из многих стран мира

высококачественного сырья для хлебопекарной и кондитерской промышленности: **мак**, кунжут, арахис, повидло...

3. Продам: **предлагаем мак продовольственный.**

Фирма SAIK s.r.o. предлагает чешский голубой мак продовольственный.

Условия поставки: FCA, CPT, CFR по договоренности. Условия оплаты:

100% предоплата. Тел./факс: + 420 274 783 336, моб.: +420 603 252 359,
e-mail: saik@volny.cz. С уважением, Александр.

4. Предприятие: SAIK s.r.o., Прага, Чехия

Мак пищевой.

Контактное лицо: Терешин Александр (написать письмо)

Телефон: 420 603252359

5. Продукты питания: Кондитерские изделия

Предлагаем мак из Чехии

Уважаемые господа, разрешите сообщить Вам о актуальных ценах на мак от нашего чешского партнёра. Мак голубой, 1. сорт чистота 99,9%, упаковка по договорённости, условия поставки EXW – Зноймо, Чехия цена на указанных условиях 1030EUR за тонну условия платежа – 100% предоплата. Надеемся на долгосрочное сотрудничество с Вами. С уважением Максим Маковецкий (Maksym Makovetskyi)

6. Продать: **мак**

Чешская фирма продает **мак голубой машинными нормами.**

Контактная персона: viktor Регион: Любой город

Телефон: 420-776035349.

7. Чешское предприятие заключает контракты на поставку **мака голубого** на 2004-2005 гг. Viktor
(Александрович?) Shilingovsky

8. Деловое предложение

Предприятие : ООО "АгроНив"

Страна : УКРАИНА

Город : Одесса

Текст предложения : Предлагаем: **семена мака кондитерского (голубой), цена 1 тонны 2000\$.**

- Семена амаранта, сорт "Ультра" (Amaranthus), в семенах содержание масла 10-15 % (активное вещество – сквален, используется в фармакологии).

- Пажитник голубой (чаман, шамбала)-используется как специи для изготовления мясопродуктов (бастурма), кол-во ограничено (5-6 тонн), цена 1 тонны 3000\$.

- Семена расторопши пятнистой – Silybum Mariana – лекарственное растение (для производства лекарств, типа "гепатрин" от болезней печени).

- сорис – гибрид сорго и риса, ценная производственная культура/

- сухофрукты (яблоко – 60 т, упак. по 4 кг, цена 3\$/кг, чернослив – 48 т, упак. по 30 кг, цена 4\$/кг),

- зизифус (Ziziphus jujuba) 5 т, упак. по 3 кг, цена 3,5\$/кг.

Дата окончания срока действия : 01.04.2007

Телефон :

Факс : 8 (048) 7289329

E-Mail : murmurfly@ukr.net

Язык переписки : English-Russian

9. Скальд, ООО

Адрес: 198099 Россия, Санкт-Петербург, ул. Калинина, 57

Тел: (812) 252-1500

факс: (812) 252-5500

контакт: Александр Ефимов

регистрация: 11.12.2001

проверено: 07.11.2006

раздел: орехи/ сухофрукты

Продажа и поставка высококачественного сырья (арахис, какао-порошок, шоколадная глазурь, изюм, кокосовая стружка, **мак**, патока, фундук, курага, тмин, ванилин, повидло и др) для хлебопекарной и кондитерской промышленности. Поставки со складов в Санкт-Петербурге, Москве, Воронеже, а также со складов наших зарубежных партнеров.

10. Голландская фирма производитель предлагает

Дата размещения: 11:39:52 23 октября 2006

Уважаемые дамы и господа.

Голландская фирма производитель предлагает вам следующие наименования товаров: (**кондитерский голубой мак**, лук, картофель, морковь а также цветочные луковицы всех сортов и гибридов.

Тел.0031655711917 или пишите нам по адресу senaexport@planet.nl

Разместил: soluterra international

Тел: 0031-655711917

11. Предлагаю Мак голубой

Продам мак **голубой сорт "Беркут" урожай 2006 г.**

от 20т. до 200т.

ООО "Трек" г. Херсон

38 050 504 40 03

Олег Николаевич

ООО "Трек" Инна

Украина, Херсон

38 0552 42 39 18

Добавлено 25 сен

12. Требуется **Мак голубой**
Куплю **мак голубой, чистый, урожай 2006 года**
lkosynets@mail.ru
Елена Варчук
Украина, Одесса
+380482328260
Добавлено 28 авг.

13. info@formmak.net:
Смогу ли я Вас заинтересовать предложением **по пищевому голубому маку** производства Турции? 1150\$/т SIF Новороссийск.

Здесь мы привели лишь маленькую часть информации, представляющую интерес как для законопослушных поставщиков продукции для производства кондитерских изделий, так и для преступных элементов, желающих нажиться на поставках в Россию наркотического сырья, приносящего в последние годы невероятно высокие прибыли от продаж.

Безусловно, всю подобную продукцию, выставленную на торги, в том числе и через Интернет, необходимо проверять на содержание в ней наркотических примесей и концентрацию соответствующих веществ, причастных к тому, что великое множество наркологических стационаров на территории Российской Федерации сегодня заполнено пациентами, злоупотребляющими изо дня в день именно семенами так называемого “кондитерского” мака. И отсутствие к настоящему моменту законодательной базы, способной чётко, в соответствии с ситуацией, регламентировать действия правоохранительных и контролирующих органов в этой сфере, не позволяет стражам порядка полноценно реагировать на вторжение очередного смертоносного зелья в нашу страну!

Прошу Вас всеми имеющимися в распоряжении силами способствовать прекращению беспрецедентного по своим масштабам регулярного ввоза сотен тонн этого продукта, абсолютно ненужного в таких количествах отечественной кондитерской промышленности, но востребованного на российском наркорынке, продолжающем калечить и убивать нашу молодёжь!

2.12 Ответ ДПЦ из оперативно-розыскного департамента ФСКН России о мерах по пресечению незаконного оборота наркотических средств, изготавливаемых из семян пищевого мака, реализуемого через торговую сеть (14.11.2006)

Письмо № 2/3/6532 от 14.11.2006
(на №96/04 от 30.10.06)

Направлено:
иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., профессору.

О мерах по пресечению незаконного оборота наркотических средств.

Ваше преподобие!

Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков Ваше обращение в части принятия мер по пресечению незаконного оборота наркотических средств, изготавливаемых из семян пищевого мака, реализуемого через торговую сеть, рассмотрено.

Изучение данной проблемы показало, что ввозимые на территорию Российской Федерации семена мака содержат в виде примесей наркотические средства: маковую солому и опий, вследствие чего представляют интерес для лиц, осуществляющих незаконный оборот наркотиков.

В качестве одной из мер, направленной на решение данной проблемы, ФСКН России предлагает введение законодательного запрета на ввоз на территорию Российской Федерации семян мака, загрязненных наркотикосодержащими примесями.

ФСКН России во исполнение решения Правительственной комиссии по техническому регулированию (протокол от 6 июня 2005 г. № 3) подготовлен проект указа Президента Российской Федерации “Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств” (далее – проект указа).

На проект указа, согласованного с Минпромэнерго России, Минсельхозом России и Минздравсоцразвития России, получены положительные заключения Минюста России, Минфина России, Минэкономразвития России.

Получено положительное заключение экспертной комиссии по техническому регулированию Минпромэнерго России. Проект указа направлен на

рассмотрение Правительственной комиссии по техническому регулированию для принятия решения о его направлении для подписания Президенту Российской Федерации.

Наряду с этим органы наркоконтроля реализуют предоставленные законодательством полномочия, позволяющие привлекать к административной и уголовной ответственности лиц, причастных к незаконному обороту наркотических средств, изготовленных из семян мака.

Заместитель руководителя – начальник
Управления по контролю за легальным оборотом
наркотиков

В.В. Демченко

2.13 Ответ ДПЦ из оперативно-розыскного департамента ФСКН России о злоупотреблении ацетилированным опиумом, изготавливаемым из семян мака (04.12.2006)

Письмо № 2/3/7001 от 4.12.2006
(На № 111/04 от 23.11.06)

Направлено:
иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

О злоупотреблении ацетилированным опиумом.

Ваше преподобие!

Оперативно-розыскным департаментом Ваше обращение от 23.11.2006 г. № 111/04 рассмотрено, и копия его направлена в Правительственную комиссию по техническому регулированию (далее – Комиссия) для использования при обсуждении на ближайшем заседании вопроса о специальном техническом регламенте “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств”.

При положительном решении Комиссии проект Указа Президента Российской Федерации “Об утверждении специального технического регламента “Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств” будет направлен для подписания Президенту Российской Федерации.

В свою очередь, вступление в силу данного Указа позволит сотрудникам

правоохранительных органов активнее реализовывать полномочия по привлечению к ответственности юридических и физических лиц, осуществляющих на территории Российской Федерации оборот семян мака, содержащих примесь наркотических средств.

Заместитель руководителя – начальник
Управления по контролю за легальным оборотом
наркотиков

В.В. Демченко

2.14 Ответ ДПЦ из Генеральной прокуратуры Российской Федерации о проблемах, связанных с противодействием распространению наркотиков в Российской Федерации (06.02.2007)

Письмо № 69/2-251-06 от 06.02.2007

Направлено:
иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

В Генеральной прокуратуре Российской Федерации рассмотрено Ваше обращение о проблемах, связанных с противодействием распространению наркотиков в Российской Федерации.

По поводу включения медицинских препаратов “Залдиар” и “Коаксил” в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, следует иметь в виду, что в соответствии с действующим законодательством внесение изменений и дополнений в него осуществляется Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения совместно с федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Генеральной прокуратурой Российской Федерации, правоохранительными органами и органами федеральной исполнительной власти принимаются предусмотренные законом меры к пресечению незаконного оборота пищевого мака с примесями наркотика – маковой соломой.

При выявлении подобных фактов правоохранительными органами возбуждаются уголовные дела.

Дополнительным барьером для незаконного распространения такого рода наркотиков станет утвержденный Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28.03.2006 № 44-ст

национальный стандарт Российской Федерации "Мак пищевой. Технические условия" (ГОСТ Р 52533-2006), не допускающий содержания в семенах мака примесей маковой соломы. Дата его введения – 01.01.2007.

В настоящее время в Правительственной комиссии по техническому регулированию находится проект специального технического регламента "Требования, предъявляемые к семенам мака в части недопущения содержания примеси наркотических средств", который при положительном заключении будет направлен для подписания Президенту Российской Федерации.

В целях снижения доступности наркотиков для незаконного потребления одним из мероприятий по реализации Федеральной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы" (п.52) предусмотрено создание безалкалоидных сортов мака с высокой масличностью семян, безнаркотических сортов (гибридов) мака, государственным заказчиком которого является Минсельхоз России.

Вопросы, затронутые в Вашем обращении, в Генеральной прокуратуре Российской Федерации находятся на постоянном контроле.

Помощник Генерального прокурора Российской Федерации

В. И. Пискарев

2.15 Ответ ДПЦ из Минздравсоцразвития России – общие вопросы наркологии (07.02.2007)

Письмо № 831-ВС от 07.02. 2007

Направлено:

иеромонаху Анатолию (Берестову), руководителю Душепопечительского Православного Центра святого праведного Иоанна Кронштадского, д.м.н., профессору.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело Ваше обращение, поступившее из Генеральной прокуратуры Российской Федерации, и сообщает следующее.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, в том числе наркомания, отнесены к социально значимым заболеваниям.

В 2005 г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 343,5 тыс. больных наркоманией или 241,3 на 100 тыс. населения (табл. 1). Распространенность наркоманией имела тенден-

цию к росту до 2000 г. далее наметилась тенденция к ее снижению, которая сохранялась и в 2004 г.; Данный показатель составил 240,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2004 г. число больных наркоманией увеличилось на 0,5%, что свидетельствует о стабилизации процесса. Следует отметить, что распространенность потребления наркотиков среди подростков за последние 6 лет существенно снизилась. Распространенность наркомании среди подростков уменьшилась с 159,2 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 27,5 на 100 тыс. населения в 2005 г.

Число впервые выявленных случаев наркомании 2005 г. составило 17,1 на 100 тыс. населения (табл. 1). Впервые за последние пять лет данный показатель увеличился по сравнению с предыдущим годом на 16,3 %. Однако показатель первичной заболеваемости среди подростков снизился с 13,9 на 100 тыс. населения в 2004 г. до 10,8 на 100 тыс. населения в 2005 г.

Распространенность и впервые выявленные случаи наркомании в 2000-2005 г.

ПОКАЗАТЕЛЬ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Темп прироста (%)
Распространенно наркомании	286 630	335 317	342 446	343 335	342 719	343 509	0,5
на 100 тыс. человек населения	198,4	233,2	239,6	239,3	240,2	241,3	
Впервые выявленные случаи наркомании	73271	62846	27307	22894	21 027	24390	16,3
на 100 тыс. человек населения	50,7	43,6	19,1	16,0	14,7	17,1	

Структура заболеваемости наркоманией следующая: большинство больных имеют зависимость от опиоидов – 86,2%, больные с зависимостью, вызванной употреблением каннабиса, составляют 7,9 %, психостимуляторами – 1,1 %, больные полинаркоманией – 4,8 % соответственно. Таким образом, наметившаяся в 2002 г. стабилизация показателей распространенности наркомании сохраняется. Наряду с этим, в 2005 г. впервые за 5 лет вновь наметился рост первичной заболеваемости наркоманией.

Показатели распространенности и первичной заболеваемости зависимости от ненаркотических веществ за 2000-2005 г. представлены в таблице:

Распространенность и первичная заболеваемость синдромом зависимости от ненаркотических веществ в 2000-2005 г.г.

ПОКАЗАТЕЛЬ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Темп прироста/убыли (%)
Распространенность зависимости от ненаркотических веществ	13 773	13 651	14 191	15 043	15 474	16 005	3,4

на 100 тыс. человек населения	9,5	9,5	9,9	10,5	10,8	11,8	
Первичная заболеваемость зависимостью от наркотических веществ	1 373	1 722	2227	2327	2 192	2007	-8,4
на 100 тыс. человек населения	1,0	1,2	1,6	1,6	1,5	1,4	

Распространенность зависимости от наркотических веществ за истекший период имеет тенденцию к росту. В 2005 г. данный показатель составил 11,8 на 100 тыс. населения, что на 3,4 % выше по сравнению с 2004 г. (10,8 на 100 тыс. населения). Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом зависимости от наркотических средств в 2005 г. составила 1,5 на 100 тыс. человек населения. Темп убыли данного показателя равен 8,4 % по сравнению с предыдущим годом (1,4 на 100 тыс. населения).

Значительный вклад в снижение показателей заболеваемости наркоманией вносит развитие отвечающей реальным потребностям общества специализированной психиатрической-наркологической медицинской помощи больным, включающей в себя медицинскую, психолого-психотерапевтическую, медико-социальную (реабилитационную) помощь.

В 2005 г. число наркологических диспансеров составило – 182. Стационарная наркологическая помощь оказывалась в 14 наркологических стационарах и 146 диспансерах, имеющих стационарные отделения. Учитывая значимость реабилитации как решающего условия повышения эффективности лечения, в течение последних пяти лет органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации продолжается планомерная работа по созданию сети реабилитационных учреждений. В 2005 г. существовало 3 самостоятельных реабилитационных центра на 400 коек, а число отделений, проводящих реабилитационные программы, возросло до 26.

В соответствии с пунктом 3.7. Протокола заседания Межведомственной комиссии Совета безопасности Российской Федерации по общественной безопасности от 29 ноября 2006 г. № 4 в 2007 г. будет продолжаться дальнейшее развитие сети наркологических и реабилитационных учреждений, в том числе для несовершеннолетних, а также повышение уровня их ресурсного обеспечения.

Одновременно сообщаем, что в соответствии с подпунктом 21 статьи 26.3. Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” организация оказания специализированной медицинской помощи в наркологических учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации) относится к полномочиям органов государственной

власти субъектов Российской Федерации, осуществляемым ими самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Вместе с тем, в настоящее время финансирование мероприятий по снижению масштабов алкоголизма и наркомании, укреплению основ здорового образа жизни, обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению, а также профилактике заболеваний, вызванных употреблением психоактивных веществ, и связанных с ними правонарушений, осуществляется из федерального бюджета в рамках федеральной целевой программы “Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы”, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 13.09.2005 № 561. В рамках федеральной целевой программы осуществляются научно-исследовательские, опытно-конструкторские, учебные и организационно-методические работы. Минздравсоцразвитием России разрабатывается нормативная правовая база организации оказания психиатрической-наркологической помощи в наркологических учреждениях. Также программой предусмотрено около 50 программных мероприятий по различным аспектам профилактики распространения наркомании и связанных с ней правонарушений.

По вопросам злоупотребления лекарственными средствами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, сообщаем следующее.

Из указанных в Вашем письме лекарственных средств:

- “Кодипронт” (состав: кодеин 30 мг + фенилтолоксамин 10 мг) и “Кодтерпин” (состав: кодеин 15 мг + натрия гидрокарбонат 250 мг + терпингидрат 250 мг) включены в раздел “Наркотические средства” Списка II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.98 № 681;

- “Буторфанол (Морадол, Стадол)”, “Залдиар”, “Трамадол (Трамал)” и “Коаксил” включены в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных и лечебно-профилактических учреждениях, организациях оптовой торговли лекарственными средствами и частнопрактикующими врачами.

В отношении иных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, сообщаем, что на очередное заседание Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, состоявшееся 19 декабря 2006 года, был вынесен вопрос о мерах контроля за реализацией лекарственных средств, из которых возможно выделение (извлечение) наркотиков легкодоступными способами.

Минздравсоцразвития России предложил следующие пути решения существующей проблемы немедицинского применения лекарственных средств, не

снижая при этом качества оказания медицинской помощи населению.

В первую очередь, в целях контроля за соблюдением аптечными учреждениями правил и порядка отпуска лекарственных средств, необходима активизация работы Росздравнадзора и правоохранительных органов (ФСКН России и МВД России).

Во-вторых, принимая во внимание целесообразность наличия в свободной продаже широкого ассортимента лекарственных средств для лечения, необходимо установления нормы отпуска безрецептурных лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры. Для этого Минздравсоцразвитием России подготовлены **соответствующие ограничения норм отпуска данных лекарственных средств до двух упаковок.**

В третьих, необходимо установить порядок контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, предусмотренный статьей 4 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах".

И, кроме того, Министерство полагает целесообразным в рамках Федеральной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы" создание системы мониторинга, позволяющей получать и анализировать информацию об использовании лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, наркозависимыми лицами для немедицинского потребления и незаконного изготовления наркотиков.

Предложения Минздравсоцразвития России включены в решение заседания Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту.

С уважением,

В.И. Стародубов

2.16 Письмо Министерства здравоохранения Челябинской области руководителям аптечных учреждений о фактах злоупотребления некоторыми лекарственными средствами, содержащими наркотические вещества (21.03.2007)

Письмо №01/1722 от 21.03.2007г.

Направлено:

Руководителям аптечных учреждений.

На основании письма Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков от 5.02.2007г. №3/1/406 Министерство здравоохранения сообщает о существенном росте количества выявленных фактов незаконного изготовления дезоморфина, включенного в Список I Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681. Для этих целей используют комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты **"Коделак", "Терпинкод", "Тетралгин", "Седал-М", "Седалгин", "Пенталгин", "Солпадеин", "Дикафен", "Пиралгин", "Каффетин" и "Нурофен плюс"**, разрешенные к отпуску без рецепта врача согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.09.2005г. №578 "Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача".

Для незаконного изготовления наркотических средств стали использоваться лекарственные препараты **"Бронхолитин", "Бронхотусен" и "Антасман"**, которые содержат сильнодействующее вещество и прекурсор эфедрина гидрохлорид и подлежат отпуску из аптечных учреждений по рецепту врача.

Остается актуальной проблема злоупотребления препаратами **"Буторфанол" (торговые наименования "Буторфанол", "Стадол", "Морадол", "Буторфанола тартрат")**, подлежащими отпуску по рецепту, выписанному на бланке бланке формы № 148-1/у-88, и предметно-количественному учету в аптечных учреждениях в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005г. № 785 "О порядке отпуска лекарственных средств".

Министерство здравоохранения Челябинской области предлагает:

1. Довести данное письмо до сведения фармацевтических работников.
2. Обеспечить соблюдение правил отпуска лекарственных средств согласно приказам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.09.2005 г. №578, от 14.12.2005 г. №785.
3. В соответствии с пунктом 7 статьи 32 Федерального закона от 22.06.1998г. №86-ФЗ "О лекарственных средствах" обеспечить отпуск лекарственных средств, разрешенных к отпуску без рецепта врача, в количествах, необходимых для выполнения врачебных назначений.
5. Применять меры дисциплинарного взыскания к фармацевтическим работникам, нарушающим порядок отпуска лекарственных средств.
6. Принять к сведению, что:
 - 6.1. Работники аптечных учреждений, осуществляющие безрецептурный отпуск лекарственных препаратов, подлежащих обязательному рецептурному отпуску, могут привлекаться к административной ответственности по статье 14.2 Кодекса РФ об административных нарушениях (далее КоАП) за незаконную продажу товаров или иных вещей, свободная реализация которых запрещена или ограничена.

6.2. В соответствии с Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416, нарушение порядка отпуска лекарственных препаратов является грубым нарушением лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности, что может повлечь привлечение должностных лиц аптечных учреждений, в которых допущены такие нарушения, к административной ответственности по ст. 14.1. КоАП.

Министр здравоохранения Челябинской области

В.А.Шепелев

2.17 Письмо Минздравсоцразвития России о допустимых мерах контроля за отпуском препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (06.04.2007)

Письмо N 2731-ВС от 6.04.2007

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело обращение по усилению контроля за отпуском препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, и сообщает следующее.

В соответствии с пунктом 5 статьи 2 Федерального закона от 08.01.98 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" порядок применения мер контроля в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, и поэтому не представляющих опасности в случае злоупотребления ими или представляющих незначительную опасность, и из которых указанные средства и вещества не извлекаются легкодоступными способами, устанавливается Правительством Российской Федерации. К сожалению, до настоящего времени не определен единый концептуальный подход в отношении мер контроля над указанными препаратами.

Поэтому Минздравсоцразвития России, используя предоставленные ему полномочия в соответствии с Федеральным законом от 22.06.98 N 86-ФЗ "О лекарственных средствах", определил порядок отпуска лекарственных средств, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 N 785 (в редакции приказа от 12.02.2007 N 109).

Часть лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, включена в Перечень лекарствен-

ных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами. Это комбинированные препараты, содержащие декстрометорфан, фенилпропаноламин, псевдоэфедрин, эфедрин, в сочетании с фармакологически активными компонентами. Для данных препаратов предполагается установить нормы выписывания на 1 рецепт.

Другая часть лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, включена в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 13.09.2005 N 578 (в редакции приказа от 04.12.2006 N 823), и должны отпускаться из аптечных учреждений в количестве не более 2-х упаковок.

Включить все препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, в перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, невозможно. Как известно, действующие Конвенции ("О наркотических средствах" 1961 года, "О психотропных веществах" 1971 года, "О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ" 1988 года), Стороной которых является Российская Федерация, ставят задачу перед своими участниками обеспечивать больных по медицинским показаниям обезболивающими средствами, в том числе содержащими наркотические средства. Для выполнения этой задачи важно иметь большую номенклатуру обезболивающих средств, не отнесенных к контролируемым веществам, каковыми являются комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты.

Комбинированные лекарственные препараты, содержащие кодеин в малых дозах до 10 мг, применяются при оказании самопомощи и взаимопомощи в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых препаратов при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной и зубной боли, постравматических болях, лихорадочном синдроме. Комбинированные препараты, содержащие декстрометорфан в количестве 10-15 мг на прием в сочетании с муколитиком, жаропонижающим или антигистаминным средством, применяются при бронхитах, вирусных заболеваниях, пневмонии, туберкулезе легких и др. По выраженности противокашлевого действия декстрометорфан не уступает, а, по мнению ряда исследователей, превосходит кодеин, не обладая негативными побочными реакциями последнего (угнетение дыхания, привыкание). Кроме того, декстрометорфан является противокашлевым средством длительного действия, и его прием в вечернее время обеспечивает противокашлевый эффект в течение всей ночи, что способствует нормализации сна.

На основании изложенного, Минздравсоцразвития России полагает, что утвержденные требования по порядку выписывания, учета и отпуска

лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, а также лицензирование указанных препаратов в рамках фармацевтической деятельности позволяют осуществлять действенный контроль за их легальным оборотом.

<http://www.admhmao.ru/socium/zdrav/Farmazia/inform/pismo2731.htm>

В.И.Стародубов

2.18 Информационное письмо ДПЦ на имя Директора ФСКН России В.В.Черкесова и Директора ФСБ России Н.П.Патрушева о результатах сравнительного анализа объёмов продаж наркотических и ненаркотических средств от кашля и роли в данных процессах фармацевтической компании "Фармстандарт" (06.07.2007 и 25.07.2007 соответственно)

Письмо №180/04 от 06.07.2007
(исх. №184/04 от 25.07.2007)

Направлено:

В.В.Черкесову, директору Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, генералу полиции;

Н.П.Патрушеву, директору Федеральной службы безопасности, Российской Федерации.

Уважаемые Виктор Васильевич и Николай Платонович!

Я уже неоднократно обращался во многие соответствующие надзорные службы и правоохранительные органы в связи с чрезвычайным ростом немедицинского потребления лекарственных средств, содержащих малые количества наркотических веществ. Эта проблема, безусловно, вносит свой вклад в острый демографический кризис, который переживает сегодня Россия. По данным нашего Душепопечительского центра за 2006 год, 50% пришедших на приём наркозависимых употребляли в высоких дозировках кодеин- и трамадолсодержащие медицинские препараты, а также "Коаксил" (тианептин), инъекционное употребление которого приводило к трагическим последствиям в виде быстро прогрессирующей гангрены верхних и нижних конечностей с последующей их ампутацией, а также некоторые другие медикаменты, способные привести к возникновению наркотической

зависимости. Среди кодеинсодержащих препаратов самым употребляемым с целью наркотизации был и остаётся "Терпинкод".

По информации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на очередное заседание Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, состоявшееся 19 декабря 2006 года, был вынесен вопрос о мерах контроля за реализацией лекарственных средств, из которых возможно выделение (извлечение) наркотиков легкодоступными способами. Минздравсоцразвития России предложило несколько путей решения существующей проблемы немедицинского применения лекарственных средств, как было отмечено, «не снижая при этом качества оказания медицинской помощи населению».

Один из пунктов звучал следующим образом: «принимая во внимание целесообразность наличия в свободной продаже широкого ассортимента лекарственных средств для лечения, необходимо установление нормы отпуска безрецептурных лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры». Для этого специалистами данного ведомства были подготовлены соответствующие ограничения норм отпуска данных лекарственных средств до двух упаковок. Удивительное решение вопроса! Насколько этот ход поможет изменить текущую напряжённую ситуацию в этой сфере фармацевтического рынка, нетрудно догадаться. А вот какое количество человеческих трагедий произошло с момента принятия подобных бессмысленных решений и ещё произойдёт, подсчитать будет очень сложно.

В связи с этим недавно мною совместно с сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского был проведён обзор текущей ситуации на российском фармацевтическом рынке, сравнивающий объём продаж производных опиоидов в сравнении с таковым у ненаркотических противокашлевых препаратов, а также анализ причин столь небывалого роста данного показателя. В итоге были получены неопровержимые данные, подтверждающие тот факт, что противокашлевые медицинские препараты, содержащие кодеин или его соли, ежегодно выбрасываются в огромных количествах в свободную продажу через аптечную сеть, главным образом, фармацевтической компанией "Фармстандарт" и употребляются населением вне зависимости от сезонных эпидемических всплесков заболеваний верхних дыхательных путей, то есть исключительно с целью наркотизации.

Источники данных:

- база данных "DSM" (выборка по России составила 1000 аптек, экстраполирована на все аптеки РФ, большая часть аптек – сетевые, киоски и небольшие аптеки представлены слабо, экстраполяция на РФ даёт, вероятно, завышенные данные;

- база данных "ФАРМЭКСПЕРТ" (выборка по России – 4500 аптек, экстраполирована на все аптеки РФ, выборка равномерно распределена по регионам и типам аптек, репрезентативность выборки выше, чем у "DSM", экстраполяция на РФ, вероятно, даёт более точные данные).

Указанные объёмы в упаковках и USD (долларах США) – закупочные объёмы аптек по товарно-транспортным накладным.

Данные по рецептурным препаратам (RX) доступны только по базе "DSM", так как версия базы "ФАРМЭКСПЕРТ", которую мы использовали, включает только безрецептурные лекарственные средства (ОТС).

Для расчёта соотношений использовались данные "DSM", так как они более полные, но необходимо при оценке абсолютных объёмов делать поправку в меньшую сторону. Ошибка, приводящая к завышению объёмов "DSM" – системная ошибка, поэтому при рассмотрении не абсолютных, а относительных показателей она снижается. Данные по объёмам продаж ОТС по базе "ФАРМЭКСПЕРТ" приведены как справочные, так как "ФАРМЭКСПЕРТ" регулярно сверяет свои данные по объёмам продаж с крупнейшими фармацевтическими компаниями Российской Федерации, в том числе ООО "ФАРМСТАНДАРТ".

ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ СРЕДСТВА С ПРОИЗВОДНЫМИ ОПИЯ

В настоящее время на территории Российской Федерации населению отпускается большое количество противокашлевых лекарственных средств, содержащих наркотические вещества – кодеин и декстрометорфан.

Кодеин входит в следующие противокашлевые препараты:

"Терпинкод" (РФ, ООО "ФАРМСТАНДАРТ")

"Коделак" (РФ, ООО "ФАРМСТАНДАРТ")

"Теркодин" (РФ, ОАО "Интерхим")

"Кодипронт" ("PFIZER")

"Туссамаг" с кодеином ("RATIOPHARM INTERNATIONAL GMBH")

"Нео-Кодион" для детей ("LABORATORIES BOUCHARA-RECORDATI") и некоторые другие наименования лекарственных средств, содержащих в малых дозах кодеин или его соли (см. приложение к письму).

Декстрометорфан в виде солей входит только в импортные фармацевтические препараты:

"Туссин плюс" ("SAGMEL INC.")

"Гликодин" ("ALEMBIC LIMITED")

"Парацетамол ДМ" ("VITALE-XD LTD") – эта разновидность парацетамола зарегистрирована именно как средство для устранения симптомов ОРЗ и гриппа.

Заметные объёмы (более 1 000 000 USD в год по данным на 2006 г.) из перечисленных на рынке РФ занимают 5 фармацевтических препаратов.

Из этих препаратов два отечественных средства производства ООО "ФАРМСТАНДАРТ" являются однозначными лидерами с большим отрывом по объёмам – 40 млн. USD у "Терпинкода" и 15 млн USD у "Коделака" соответственно, против объёмов менее 2 млн. USD у остальных (импортных). И именно отечественные "Терпинкод" и "Коделак" вместе с некоторыми другими комбинированными кодеинсодержащими медицинскими препаратами являются безрецептурными, тогда как все импортные лидеры продаж должны продаваться строго по рецепту, однако, как правило, и это происходит очень редко (см. приложение к письму).

При общем объёме реализуемых населению Российской Федерации опийсодержащих противокашлевых средств в 59 723 961,68 USD за 2006 год, объём продаж безрецептурных препаратов ООО "Фармстандарт" составил 54 699 971,00 USD, то есть 92% от всего рынка опийсодержащих противокашлевых средств.

ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ СРЕДСТВА БЕЗ ПРОИЗВОДНЫХ ОПИЯ

Объём продаж противокашлевых средств, не содержащих опий, составил в 2006 г. 12 109 220,77 USD, т.е. всего 1/5 часть от объёма опийсодержащих средств и всего 17% от объёма рынка противокашлевых препаратов. При этом среди средств этой группы рецептурными являются большее количество наименований, чем среди опийсодержащих.

Лидерами (объёмы более 1 000 000 USD в год) этого сегмента являются 3 препарата, занимающие 88% от объёма продаж опийнесодержащих противокашлевых средств.

Период	Торговое наименование	Фармакологическая группа	Фирма-производитель	Международное номенклатурное название	По данным "ФАРМЭКСПЕРТ"	По данным "DSM"	ОТС /RX
2006	БРОНХО-ЛИТИН	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ+ СИМПАТОМИМИТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО)	SOPHAR-MA AD	ГЛАУЦИН+ЭФЕДРИН+БАЗИЛИКОВОЕ МАСЛО	Нет данных	4279108,50	RX
2006	ЛИБЕКСИН	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ	SANOFI-AVENTIS	ПРЕНОКСДИАЗИН	2437871,00	3567795,50	ОТС
2006	СИНЕКOD	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ	NOVARTIS	БУТАМ ИРАТ	1819657,00	2795749,25	ОТС

СЕЗОННОСТЬ ПРОДАЖ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ

Использовать по нецелевому назначению рецептурные средства значительно сложнее, поэтому рассматриваем из противокашлевых только препараты, отпускаемые без рецепта врача (ОТС).

В таблице представлены объёмы продаж по месяцам за 2006 год БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ противокашлевых препаратов в абсолютных значениях.

Месяц, год \ Вид противокашлевых препаратов	Не содержащие производные опия, USD	Содержащие производные опия, USD
Январь	438 671,38	4 258 390,00
Февраль	419 772,53	4 560 215,91
Март	628 337,44	5 161 131,03
Апрель	438 109,59	4 717 390,09
Май	467 417,31	4 856 852,69
Июнь	363 421,66	4 235 018,16
Июль	268 900,34	4 312 533,00
Август	350 682,75	4 390 101,83
Сентябрь	631 979,94	4 365 508,02
Октябрь	931 562,81	4 603 271,18
Ноябрь	802 685,62	4 187 458,92
Декабрь	871 895,75	5 060 245,05
Всего:	3 238 124,12	54 708 115,88

Поскольку объёмы продаж отличаются почти на порядок, для сравнения сезонности будем рассматривать этот показатель в % от максимального месячного объёма продаж за 2006 год. Данные представлены в таблице ниже.

Из представленных таблиц видно, что для противокашлевых средств, не содержащих опий, сезонность ярко выражена – объёмы в июле составляют 29% от максимальных объёмов в октябре. Для опийсодержащих средств сезонность практически не наблюдается, что наглядно видно на графиках 1 и 2 (см. Приложение). Сезонное снижение объёмов для опийсодержащих средств составляет около 18% против 71% для опийнесодержащих. Если предположить, что при целевом использовании (против кашля) сезонность

Месяц, год \ Вид противокашлевых препаратов	Не содержащие производные опия, USD	Содержащие производные опия, USD
Январь	47,09%	82,51%
Февраль	45,06%	88,36%
Март	67,45%	100,00%
Апрель	47,03%	91,40%
Май	50,18%	94,10%
Июнь	39,01%	82,06%
Июль	28,87%	83,56%
Август	37,64%	83,56%
Сентябрь	67,84%	84,58%
Октябрь	100,00%	89,19%
Ноябрь	86,17%	81,13%
Декабрь	93,59%	98,05%

должна быть примерно одинаковой, то **разница в 53% покажет объём противокашлевых средств с производными опия, которые используются не по назначению.** Это составляет около 29 млн. USD за 2006 год. При этом речь идёт лишь о части возможного объёма “легального” рынка опиатных наркотиков, так как кодеин и другие производные опия входят во многие анальгезирующие средства, но в этом случае нет ярко выраженной сезонности.

В графиках 3 и 4 показана сезонность для двух наиболее продаваемых наркотических противокашлевых препаратов (“ТЕРПИНКОД” и “КОДЕЛАК” производства ООО “ФАРМСТАНДАРТ”) и двух наиболее известных и прода-

ваемых брендов простудных средств, не содержащих производные опия: “ШАЛФЕЙ” и “БРОМГЕКСИН”. Здесь суммированы продажи всех производителей средств под данными брендами, т.е. в “ШАЛФЕЙ” входят “Др. Тайс шалфей”, “Лист шалфея”, “Шалфей трава” и т.д., для опийсодержащих средств зонтичные бренды не рассматривались, поскольку указанные средства (“ТЕРПИНКОД” и “КОДЕЛАК”) занимают более 90% сегмента опийсодержащих безрецептурных противокашлевых средств.

“ШАЛФЕЙ” и “БРОМГЕКСИН” не являются именно противокашлевыми средствами, но традиционно очень широко используются при всех простудных заболеваниях, связанных с воспалением горла и кашлем. “Бромгексин” – давно проверенный временем и эффективный муколитик, которому доверяют врачи и рекомендуют его при любых жалобах на кашель, поэтому его часто приобретают уже без рекомендации врача сами потребители при первых симптомах заболевания верхних дыхательных путей.

Видно, что для “БРОМГЕКСИНА” сезонность выражена очень ярко (продажи в июле составляют 38% от октябрьских – перед осенним пиком простуд в ноябре). Сезонность для “ШАЛФЕЯ” несколько смазана, так как шалфей продается как антисептическое средство природного происхождения и помимо простуд широко используется для наружного применения (обработка

кожи при подростковых угрях), а также зачастую принимается профилактически. Несмотря на это, сезонность продаж средств под брэндом “ШАЛФЕЙ” более выражена, чем у “ТЕРПИНКОДА” и “КОДЕЛАКА”, что указывает на нецелевое использование последних.

При анализе графиков 3 и 4 следует учитывать, что разрыв между высоким объёмом продаж в декабре и низким в январе обусловлен тем, что статистические данные – это ЗАКУПКА лекарств аптеками, а не продажа их конечным покупателям. Аптеки перед длительными новогодними каникулами формируют запас лекарств, соответственно, следующая закупка в новом году осуществляется тогда, когда запас подходит к концу. Истинные объёмы продаж в декабре-январе находятся между высокими декабрьскими и низкими январскими.

Таким образом, на основании приведённых данных, можно сделать однозначный вывод, что **комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты, продающиеся совершенно свободно, без рецептов и каких бы то ни было ограничений, производятся именно для немедицинских целей.** Во многих городах России “Терпинкод”, как и любые другие медицинские препараты, содержащие кодеин или его соли, реализуются населению в аптечных учреждениях по первому требованию. Мне знакомы случаи, когда наркозависимые приобретали их сразу на 1500-2000 рублей. Некоторые реализаторы узаконенных наркотических продуктов смеются и говорят: «У нас установлен такой режим: утром на завтрак покупают по 2-4 упаковки, днём на обед – по 2-3 упаковки и вечером на ужин ещё по 2-3 упаковки».

Как известно, кодеинсодержащие лекарства выпускаются в подавляющем большинстве при участии ОАО “Фармстандарт”, основанного компанией “Профит-хаус” четыре года назад. По информации корреспондентов газеты “Ведомости” (07.05.2007 г.): «В 2003 г. Millhouse Capital приобрела за 55 млн USD у американской “ICN Pharmaceuticals” весь российский бизнес, включающий в себя пять фармацевтических заводов и 96 аптек. Millhouse Capital UK Limited управляет непрофильными бизнес-активами акционеров “Сибнефти” и представляет интересы чукотского губернатора Романа Абрамовича и его партнёров. Номинальным держателем акций стала компания “Профит Хаус”, которой принадлежат башкирский фармзавод “Уфавита” и сеть аптек “Чудо-доктор”. После реструктуризации (аптеки продали, одни заводы закрыли, другие добавили) на базе этих активов и была создана компания “Фармстандарт”. Согласно аналитическому отчёту банка UBS в 2004-2006 гг. в развитие компании было инвестировано 74 млн USD». За это сравнительно непродолжительное время она стала одной из самых крупных на российском фармацевтическом рынке. На данный момент в её состав входит пять заводов: ОАО “Фармстандарт – Октябрь” (г.Санкт-Петербург), ОАО “Фармстандарт – Лексредства” (г.Курск), ОАО “Фармстандарт – Томскхимфарм” (г.Томск), ОАО “Фармстандарт – Уфавита” (г.Уфа), ООО

“Фармстандарт – Фитофарм – НН” (г.Нижний Новгород). Данное объединение предприятий выпускает более 240 наименований разнообразных лекарственных средств, **при этом ведущими из них являются** иммуностимулирующее противогриппозное средство “Арбидол” и **кодеинсодержащий “Терпинкод”, который по объёму продаж недалеко отстоит от “Арбидола”.**

Журнал “Деньги”, № 44(600) от 06.11.2006 года, в своей статье «“Фармстандарт” выходит на биржу» приводит следующие цифры: «Согласно исследованию Citigroup, в ближайшие три года “Фармстандарт” намерен серьёзно улучшить свои финансовые показатели. Если в 2005 году оборот компании вместе с фармпроизводителем “Мастерлек” (приобретен “Фармстандартом” в начале осени этого года) составил \$201 млн, EBITDA – \$61 млн, чистая прибыль \$32 млн, то по итогам 2006 года выручка составит уже \$302 млн, EBITDA – \$123 млн, чистая прибыль – \$75 млн, а в 2007 году – \$415 млн, \$175 млн и \$105 млн соответственно. Стоимость “Фармстандарта” в Citigroup оценивают в \$1,504-2,102 млрд долларов США.»

По полученным данным, в ноябре 2006 года была завершена модернизация производственного оборудования “Фармстандарт – Лексредства” (г.Курск), что позволило увеличить мощности по выпуску 4-х наименований кодеинсодержащих препаратов (“Терпинкод”, “Коделак”, “Пенталгин-Н”, “Пенталгин ICN”) и довести их **до 5 млн. упаковок в месяц и более, то есть свыше 60 миллионов упаковок в год!** Зачем, спрашивается, необходимо выпускать такое огромное количество наркотических препаратов? Ответ ясен – для их немедицинского потребления. Получается, что эти теоретически лекарственные средства нужны не для больных, а для потребителей наркотиков. Тем временем, как пишет в своей статье журналист Курского регионального выпуска издания “Фармацевтический вестник” Д. Пронин: «Один из крупнейших и старейших российских заводов “Фармстандарт-Лексредства” в Курске за период с 2004 по 2006 годы затратил на модернизацию и расширение производства более 1 млрд руб. В результате предприятие владеет большинством технологий по производству современных лекарственных форм... После того как завод вошёл в группу “Фармстандарт”, увеличились инвестиции в производство, а ассортимент выпускаемых препаратов заметно расширился. Сейчас ОАО “Фармстандарт-Лексредства” производит более 90 наименований субстанций и лекарственных средств различных фармакологических групп, а также **широкий спектр наркотических анальгетиков и кодеинсодержащих препаратов.** В ближайшее время запланировано внедрение и начало промышленного производства 22 новых лекарственных средств различных фармакологических групп... Запуск новых мощностей позволил заводу выйти на уровень 414 млн упаковок в 2006 году. В 2007 году **планируется увеличить выпуск до 590 млн. упаковок** ... Благодаря инвестициям “Фармстандарта” мы активно модернизировались и в 2006 г. затратили 892 млн руб. на реконструкцию и строительство новых произ-

водственных линий», – говорит генеральный директор Курского филиала фармацевтического концерна Е.Ф. Прохода [“Фармацевтический вестник”, №7 (454) от 27 февраля 2007 года]. По другой информации, общий объём инвестиций ОАО “Фармстандарт” в обновление и развитие промышленной составляющей “Фармстандарт-Лексредства”, расположенного в городе Курск, за период времени с 2004 по 2006 годы превысил 1,6 млрд рублей [http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2007_01/rating-farm.htm].

С сожалением приходится признать, что в стране как происходил разгул легального наркорынка, так и происходит по сей день, и пока отсутствие прописанных в законе ограничений по отпуску населению данной группы так или иначе наркотических средств или их прекурсоров не позволяет адекватно противодействовать возникшей и стремительно набирающей обороты проблеме. Более того, как мы видим, намечено планомерное увеличение производства лекарственных средств, содержащих в малых дозах наркотические вещества опиоидного ряда. Это, безусловно, свидетельствует не о существующей сегодня на территории Российской Федерации высокой потребности населения в противокашлевых и обезболивающих медицинских препаратах, а о стабильно растущей популярности их в среде потребителей наркотиков. По данным редакции “Эксперт-онлайн” (1–9.05.2007 г.), **«одним из самых популярных средств “Фармстандарта” являются таблетки “Терпинкод”, которые позиционируются как лекарство от кашля и содержат наркотик – кодеин. Тем не менее, компании удалось пролоббировать дело так, что “Терпинкод” и многие другие опиоидсодержащие лекарственные средства до сих пор продаются в аптечных учреждениях страны без рецепта. Таким образом, “Терпинкод” (10 таблеток за 120 рублей) стал одним из любимых средств российских наркоманов».**

Тем временем, в результате продажи 40% акций компании в России и на Лондонской бирже в начале 2007 года было выручено 880 млн. долларов США. На продажу были выставлены те, которые принадлежали текущему акционеру компании – Angment Investments Limited. По неофициальным данным, до начала торгов 49% акций принадлежало председателю совета директоров Виктору Харитонину, 21% – топ-менеджеру Егору Кулькову, 17% – Роману Абрамовичу, 6% – Евгению Швидлеру, 7% – Millhouse Capital Management. Новая структура акционерного капитала будет объявлена позже, сообщила пресс-секретарь “Фармстандарта” Ольга Лещанская журналистам газеты “Ведомости”, однако уточнила, что «объём проданных акций пропорционален долям бенефициаров в Augment до начала размещения». Если это так, Виктор Харитонин получил 440 млн USD (снизив свою долю до 29,4%), Егор Кульков – 185 млн USD (12,6%), Роман Абрамович – 149 млн USD (10,2%), Евгений Швидлер – 53 млн USD (3,6%), Millhouse Capital Management – 62 млн USD (4,2%).

Как сообщила “Эксперт On-line” Ольга Лещанская: «Размещение на Лондонской бирже (LSE) повысит статус компании, что позволит ей в будущем получать от инвесторов деньги на более выгодных условиях и привлекать для работы более квалифицированный персонал. Аналитик ЦМИ “Фармэксперт” Давид Мелик-Гусейнов также считает, что проведение IPO позволит компании “обелить” деятельность и финансовую отчетность, что повысит её инвестиционную привлекательность...» Тот же сотрудник компании “Фармэксперт” в других своих комментариях к развернувшейся дискуссии по данной проблематике сообщил: «Главное, чтобы борьба с лекарствами, содержащими незначительное количество наркотического вещества, не приняла гротескные формы. Иначе может исчезнуть что-нибудь нужное [<http://www.radiomayak.ru/doc.html?id=9660&cid=44>]». Кому и для чего это нужно? Это основные вопросы, тревожащие тех, кто пытается улучшить текущую наркологическую ситуацию.

«Весь доход от продажи акций поступит акционерам, – сообщает вышеупомянутая госпожа Лещанская в своём интервью информационному агентству “РБК daily”, – у компании в данный момент имеется достаточный запас доходности, который позволяет делать инвестиции в развитие самостоятельно, без привлечения капитала со стороны». С этим соглашается генеральный директор DSM Group Александр Кузин: “Фармстандарт” провёл в прошлом году одну из крупнейших сделок по поглощению (покупка “Мастерлека”. – РБК daily). Это лишний раз подтверждает, что денежный поток вполне достаточен для планового развития и необходимости в привлечении дополнительных средств нет». Как известно, выручка ООО “Фармстандарт” в 2006 году составила 8,5 млрд руб., чистая прибыль (по МСФО) – 2,03 млрд руб.

Таким образом, без зазрения совести и каких бы то ни было преград, владельцы этого фармацевтического гиганта богатеют на жизнях молодых россиян, на страданиях их родителей и близких людей, на будущем России. Тот же Роман Абрамович на этом бесчеловечном бизнесе заработал не один десяток миллионов долларов. Поэтому неудивительно, что эта корпорация при участии некоторых заинтересованных чиновников из Министерства здравоохранения и социального развития России так борется за сохранение права свободно продавать эти без преувеличения смертоносные медицинские препараты. При этом на Россию, судьбу её молодёжи, им наплевать. Известно, что на нескольких заседаниях специализированной комиссии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздравсоцразвития России уже обсуждалась возможность введения рецептурного отпуска из аптек лекарственных средств, содержащих кодеин в малых дозах. В ходе проведённых заседаний этими неизвестными нам специалистами, было отмечено, что «кодеинсодержащие препараты являются наиболее эффективными по сравнению с другими противокашлевыми средствами и введение рецептурного отпуска данных препаратов может усложнить проце-

дуру их использования». С учётом представленных выше материалов, говорить о частом использовании лекарственных средств, содержащих в своём составе кодеин или его соли, против кашля не представляется возможным. А утверждать, что безрецептурные опиоидсодержащие медицинские препараты в огромных количествах стабильно потребляются определённым контингентом исключительно с целью достижения состояния наркотического опьянения – теперь имеем полное право.

К сожалению, подробная информация о технологии изготовления данного наркотика по-прежнему размещена в свободном доступе на многочисленных Internet-сайтах и по-прежнему открыта каждому человеку, владеющему азами работы с персональным компьютером, имеющему выход в Internet, а также желающему испытать сильные наркотические ощущения с использованием современных фармацевтических средств. Более того, в последнее время на различных телеканалах демонстрируются видеоролики, рекламирующие те или иные наименования медицинских препаратов, содержащих в малых дозах кодеин или его соли.

Вместе с тем, специалистам ФСКН России известно, что основным источником (прекурсором) при незаконном изготовлении наркотического средства **дезоморфин**, оборот которого на территории Российской Федерации запрещён в соответствии с действующим законодательством и международными обязательствами нашей страны, являются те самые **комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты**, не подлежащие предметно-количественному учёту и отпускаемые аптечными учреждениями без рецепта или по рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у. Достаточно широкое использование безрецептурных противокашлевых опиоидсодержащих медицинских препаратов для их немедицинского потребления перорально в таблетированном виде или с целью изготовления наркотических средств кодеин или дезоморфин с последующим внутривенным введением обусловлено свободой их приобретения в аптечных учреждениях, относительно невысокой стоимостью и простотой изготовления, а также низкой себестоимостью получаемых продуктов. То же самое можно сказать и о некоторых наименованиях опиоидсодержащих противоболевых препаратов. Необходимо отметить, что лекарственные препараты с более высоким содержанием кодеина или кодеина фосфата подлежат обязательному предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, что затрудняет их получение и вероятность их немедицинского потребления или использования в незаконном изготовлении дезоморфина сведена к минимуму.

Как бы то ни было, по официальным данным ФСКН России, употребление дезоморфина в настоящее время распространено в 12 регионах Российской Федерации, преимущественно Центрального федерального окру-

га. Но это лишь официальные данные, реально проблема ещё более масштабна. Так, по мнению сотрудников Управления ФСКН России по Рязанской области и местных специалистов-наркологов, только по самым скромным подсчётам количество дезоморфиновых наркоманов по городу Рязани составляет от 1,5 до 2 тысяч человек. О темпах распространения дезоморфиновой наркоэпидемии можно судить уже по тому факту, что в 2005 году эта проблема была зафиксирована только в областном центре, а к 2007 году распространилась уже на Сасовский, Скопинский, Шиловский, Новомичуринский, Касимовский и другие районы области.

Оперативная информация, регулярно поступающая в ФСКН России из всех субъектов Российской Федерации, продолжает свидетельствовать о том, что во многих регионах страны дезоморфин постепенно вытесняет с нелегального рынка наркотиков героин и кустарно изготовленные наркотики из псевдоэфедрина или из препаратов, содержащих псевдоэфедрин (метамфетамин (первитин) и меткатинон (эфедрон)). В связи с этим представители Госнарконконтроля достоверно прогнозируют образование устойчивых организованных преступных групп, специализирующихся на незаконном изготовлении дезоморфина, как для личного потребления, так и с целью его незаконного сбыта, а так же предполагают рост количества наркопритонов, что, безусловно, окажет негативное влияние на криминогенную обстановку в российском обществе со всеми соответствующими последствиями.

Надеюсь, что моё обращение будет внимательно изучено и проанализировано и в дальнейшем сыграет свою роль при принятии соответствующих грамотных решений, позволяющих если не прекратить полностью, то хотя бы резко снизить рост немедицинского употребления наркосодержащих лекарственных средств, свободно реализуемых с аптечных прилавков страны. Здесь необходимо отметить, что очень часто работники аптечных учреждений нарушают закон и должностные инструкции и без предъявления рецептурного бланка соответствующего образца продают наркозависимым требуемые медикаменты. Для ликвидации подобной незаконной практики необходима чёткая координация подразделений Росздравнадзора, Министерства внутренних дел Российской Федерации, оперативных сотрудников ФСКН России и в некоторых случаях представителей Вашего ведомства, осуществляющих надлежащий контроль за отпуском населению всех наркосодержащих лекарственных средств, внесённых в соответствующие списки Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН).

Для многих специалистов-наркологов в настоящее время совершенно бесспорным является тот факт, что регулярное употребление комбинированных опиоидсодержащих лекарственных средств способно сформировать чётко очерченный синдром зависимости. В специализированных медицинских журналах, посвящённых проблемным вопросам наркологии, уже неоднократно описывались клинические случаи формирования ярко выраженного

синдрома зависимости от их приёма (О.В.Дёмина, 2005; Ю.Б.Шевцова, 2007) и выдвигались предложения о внесении всех существующих на российском фармацевтическом рынке комбинированных медицинских препаратов, содержащих в любых количествах кодеин или его соли, в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами. В частности, было отмечено, что «у больных с зависимостью от кодеинсодержащих средств ремиссии были непродолжительными (1-3 месяца) и плохого качества. Примерно половина больных возвращалась к приёму тех же медицинских препаратов, а остальные начинали злоупотреблять алкоголем, антидепрессантом “Коаксил”, либо возобновляли употребление опиатов инъекционным путём. Пока больным удавалось сохранять трезвость, у них отмечались такие расстройства, как затяжное субдепрессивное состояние с навязчивым влечением к таблеткам, ощущение “дефицитарности” качества жизни. До полугода сохранялись тоска и апатия, нежелание и невозможность учиться, работать, приводить в порядок собственное жильё. Много месяцев подряд сон был поверхностным, прерывистым, с невозможностью заснуть, в результате чего до середины следующего дня держались вялость и слабость. Приступы одышки и сердцебиений до 120 ударов в минуту возникали при минимальной физической нагрузке, при лёгком волнении [Журнал “Наркология”, №6, 2007 год]».

Безусловно, сегодня крайне необходимо остановить смерти и инвалидизацию молодых россиян, попавших в ловушку фармацевтических магнатов. Сделать это возможно – необходимо в чрезвычайно сжатые сроки перевести все лекарства, содержащие даже в малых дозах кодеин или его соли, на предметно-количественный учёт. Иначе наметившийся в 2006 году рост распространённости в стране опийной наркомании остановить нам не удастся никогда. К сожалению, до сих пор никаких эффективных мер так и не предпринято, в соответствии с чем ситуация не только не улучшается, но и с каждым днём, месяцем, годом продолжает осложняться – всё больше молодых людей вовлекается в “таблеточную” наркоманию, в связи с чем аптечные учреждения продолжают наращивать объёмы продаж этих смертоносных препаратов.

Прошу Вас использовать все полномочия вверенной Вам службы и остановить происходящее убийство молодых людей с помощью условно лекарственных средств, являющихся на самом деле потенциально опасными наркотическими средствами или компонентами для их изготовления.

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, д.м.н., проф.

иеромонах Анатолий (Берестов)

Приложение
к обращению руководителя
Душепопечительского Центра
святого праведного
Иоанна Кронштадтского,
иеромонаха Анатолия (Берестова)
на имя Директора ФСКН России
В.В.Черкесова
и Директора ФСБ России
Н.П.Патрушева

Перечень комбинированных кодеинсодержащих медицинских препаратов, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации не считающихся наркотическими.

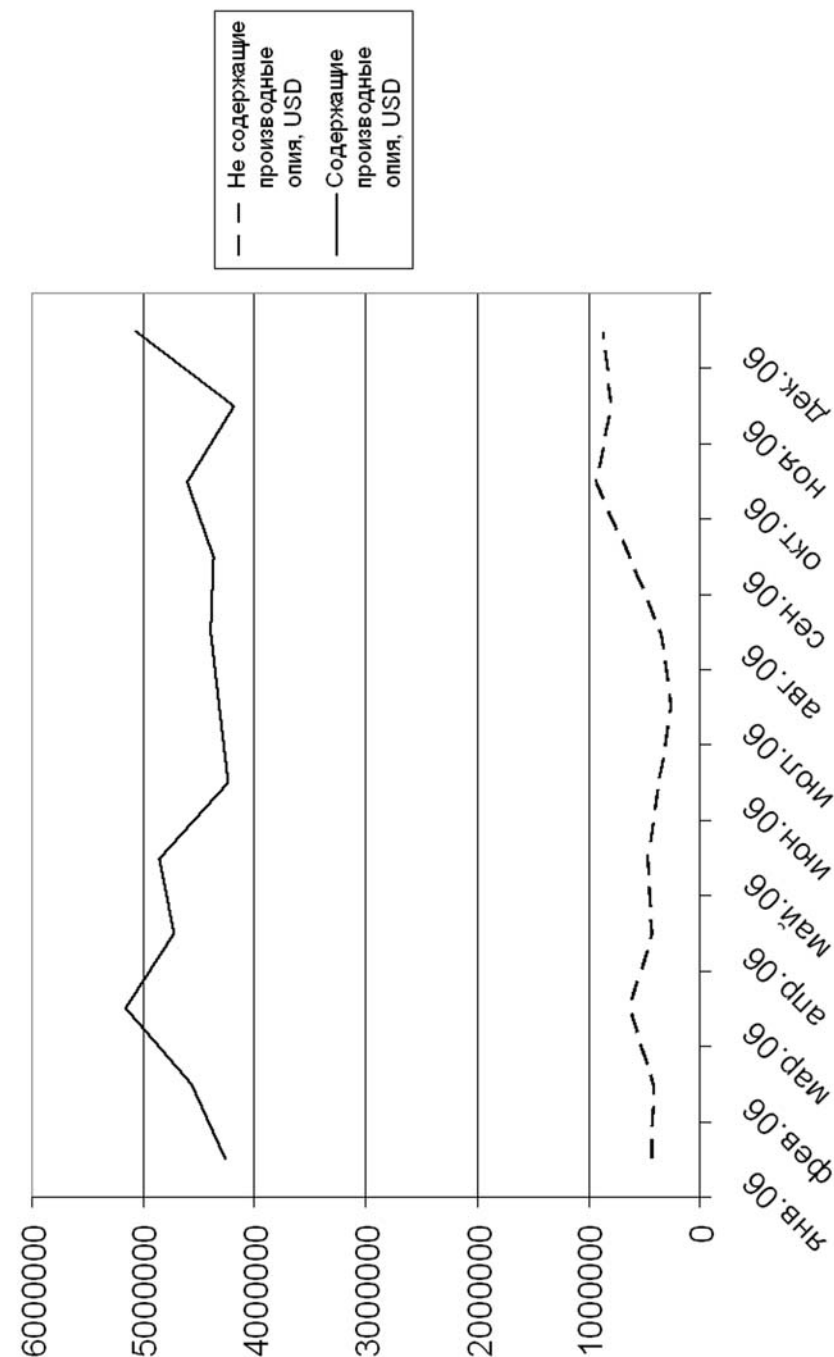
Лекарственный препарат	Состав	Порядок отпуска лекарственных препаратов
Терпинкод	Кодеин 8 мг, натрия гидрокарбонат 250 мг, терпингидрат 250 мг	Без рецепта
Коделак	Кодеин 8 мг, натрия гидрокарбоната 200 мг, солодки корни 200 мг, термопсиса трава 20 мг	Без рецепта
Тетралгин	Кодеин 8 мг, кофеин 50 мг, метамизол натрий 300 мг, кофеин 50 мг, фенobarбитал 15 мг	Без рецепта
Солпадеин	Кодеин 8 мг, кофеин 30 мг, парацетамол 500 мг	Без рецепта
Пиралгин	Кодеин 8 мг, напроксен 100 мг, метамизол натрий 300 мг, кофеин 50 мг, фенobarбитал 10 мг	Без рецепта
Каффетин	Кодеина фосфат сесквигидрат 10 мг, кофеин 50 мг, парацетамол 250 мг, пролифеназон 210 мг	Без рецепта
Нурофен Плюс	Кодеина фосфат 12,8 мг, ибупрофен 200мг	Без рецепта
Седалгин - Нео	Кодеина фосфат полугидрат 10 мг, кофеин 50 мг, метамизол натрий 150 мг, парацетамол 300 мг, фенobarбитал 15 мг	Без рецепта
Седалгин	Кодеин 10 мг, фенацетин 200 мг, фенobarбитал 25 мг, кофеин 50 мг, ацетилсалициловая кислота 0,2 г	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у

Седал-М	Кодеин 10 мг, парацетамол 300 мг, метамизол натрий 150 мг, кофеин 50 мг, фенобарбитал 15 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у
Пенталгин	Кодеин 10 мг, аминофеназон 0,3г, метамизол 0,3 г, кофеин 10 мг, кофеина бензоат натрия 50 мг, фенобарбитал 10 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у
Дикафен	Кодеин 15 мг, метамизол натрий 250 мг, фенацетин 250 мг, кофеина бензоат натрия 50 мг	По рецептам, выписанным на рецептурных бланках формы № 107-у

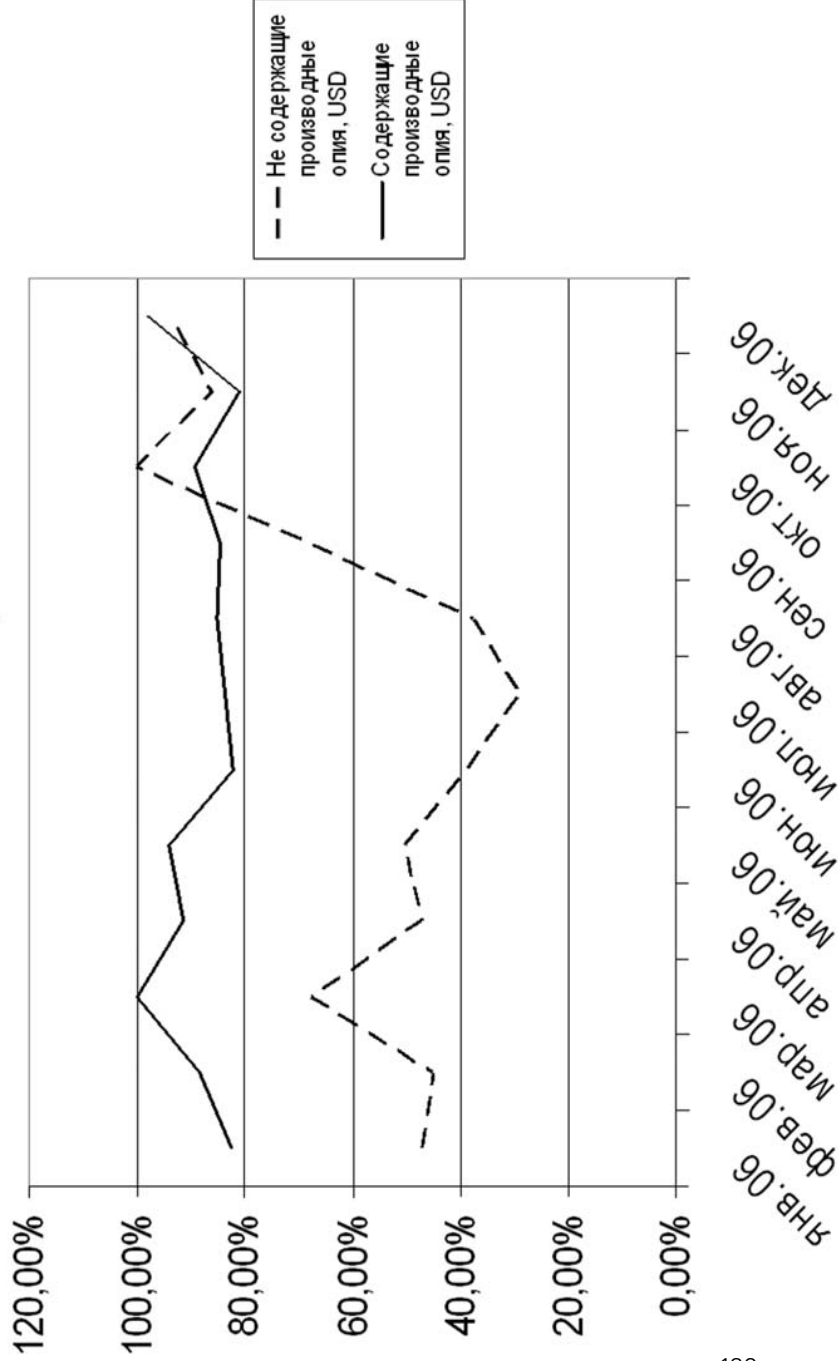
Объёмы продаж в России некоторых противокашлевых фармацевтических препаратов, USD.

Период	Торговое наименование	Фармакологическая группа	Фирма-производитель	Международное номенклатурное название	По данным "ФАРМЭК СПЕРТ"	По данным "DSM"	ОТС /RX
2006	ТЕРПИН-КОД	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ ОПИОИДНОЕ СРЕДСТВО+ОТХАРКИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО)	ООО "ФАРМСТА НДАРТ"	КОДЕИН+НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТ+ТЕРПИНГИДРАТ	24 087 540,00	39 632 808,00	ОТС
2006	КОДЕЛАК	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ ОПИОИДНОЕ СРЕДСТВО+ОТХАРКИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО)	ООО "ФАРМСТА НДАРТ"	КОДЕИН+НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТ+ СОЛОДКИ КОРНИ+ ТЕРМОПС ИСА ТРАВА	8 891 452,00	15 067 163,00	ОТС
2006	ТУССИН ПЛЮС	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ ОПИОИДНОЕ СРЕДСТВО+ОТХАРКИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО)	"SAGMEL INC."	ДЕКСТРОМ ЕТОРФАН+ ГВАЙФЕНЕЗИН	Нет данных	1 899 563,50	ОТС
2006	ГЛИКОДИН	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ ОПИОИДНОЕ СРЕДСТВО+ОТХАРКИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО)	"ALEMBIC LIMITED"	ДЕКСТРОМ ЕТОРФАН+ ТЕРПИНГИДРАТ+ЛЕВОМЕНТОЛ	Нет данных	1 668 515,50	RX
2006	КОДЕЛАК ФИТО	ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ СРЕДСТВО КОМБИНИРОВАННОЕ (ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ ОПИОИДНОЕ СРЕДСТВО+ОТХАРКИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО)	ООО "ФАРМСТА НДАРТ"	КОДЕИН+НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТ+ СОЛОДКИ КОРНИ+ ТЕРМОПС ИСА ТРАВА + ЧАБРЕЦА ТРАВА	Нет данных	1 446 957,88	RX

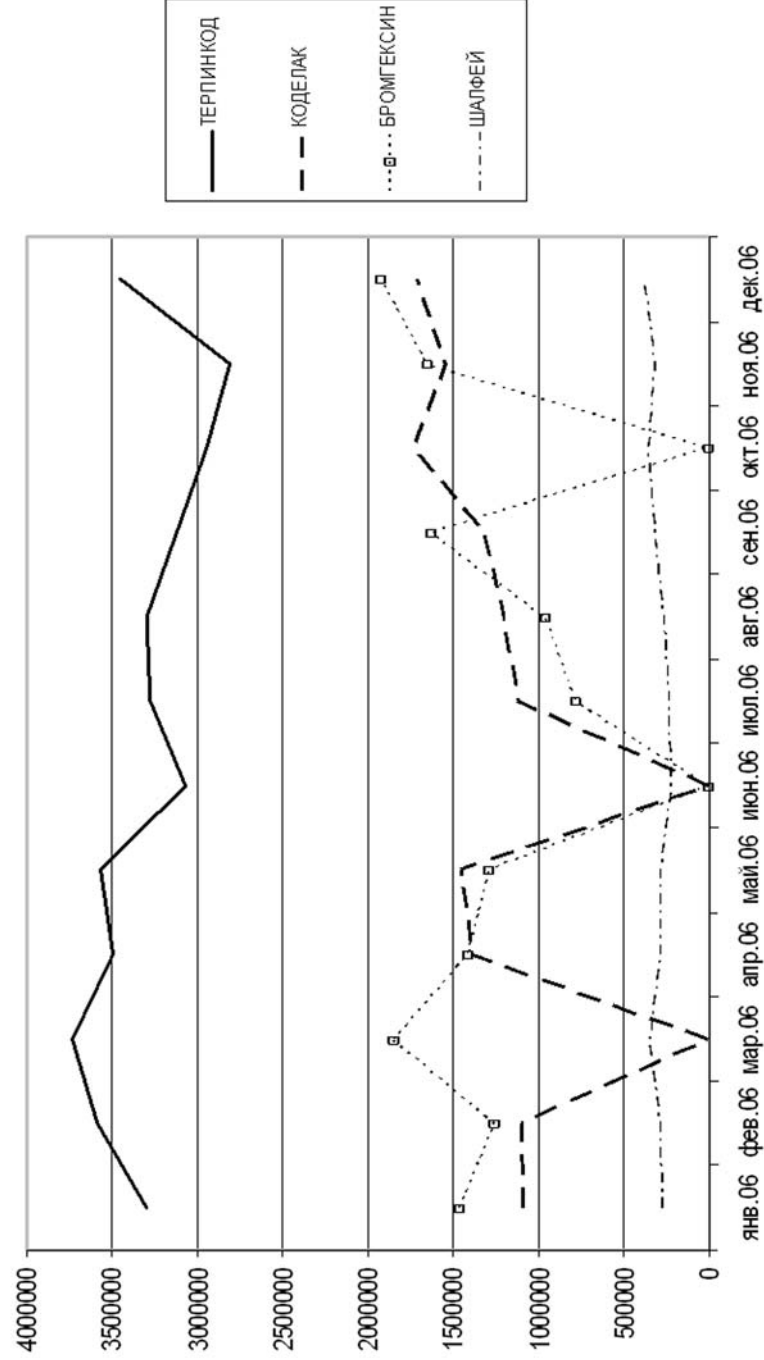
Сравнение сезонности и объёма продаж противокашлевых безрецептурных средств с производными опия и без них, USD



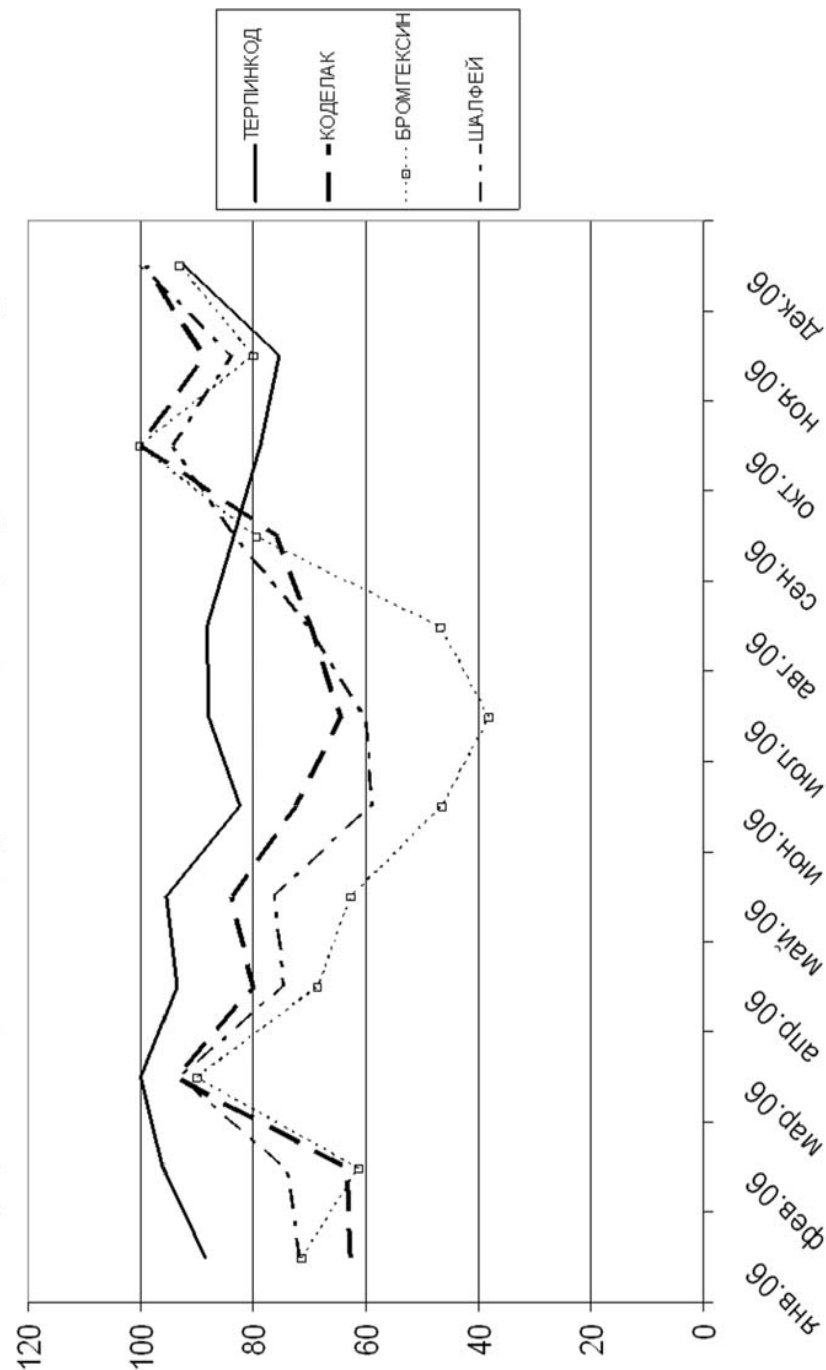
Сравнение сезонности и объёма продаж противокашлевых
безрецептурных средств с производными опия и без них,
% от максимума



Сравнение сезонности и объёма продаж отдельных
противопростудных средств
(терпинкод, коделак, бромгексин, шалфей), USD



Сравнение сезонности и объёма продаж отдельных
противопропустудных средств
(терпинкод, коделак, бромгексин, шалфей), % от пика продаж



2.19 Ответ Минздравсоцразвития России на запрос ФСН России в связи с полученным из ДПЦ информационным письмом (см. п. 2.18.) или "Эхолалия – автоматический повтор слогов и словосочетаний" (27.08.2007)

Письмо № 6455-ВС от 27.08.2007
(На № АФ-2116 от 23.07. 2007)

Направлено:

В Федеральную службу Российской Федерации по контролю за
оборотом наркотиков.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской
Федерации рассмотрело обращение руководителя Душепопечительского
православного центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадского
иеромонаха Анатолия (Берестова) и сообщает следующее.

По информации, полученной из Национального научного центра нарко-
логии, Государственного научного центра социальной и судебной экспер-
тизы им. В.П. Сербского, Постоянного комитета по контролю наркотиков
комбинированные лекарственные препараты, содержащие кодеин или его
соли, могут применяться подростками-наркоманами для снятия абстинентно-
го синдрома (ломки) или вместе с алкоголем для "приятного опьянения".
Однако, на основании отчетности, представляемой в Постоянный комитет
по контролю наркотиков, зарегистрированы лишь единичные случаи "коде-
иновых" наркоманов.

Следует отметить некоторые особенности определения мер контроля
над кодеинсодержащими лекарственными препаратами.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 3 января 1998 г.
№ 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" в отноше-
нии препаратов, содержащих малые количества наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, не представляющие значительную
опасность, и из которых указанные средства не извлекаются легкодоступны-
ми способами, могут исключаться некоторые меры контроля. Минздравсоц-
развития России в соответствии с имеющимися полномочиями устанавлива-
ет предельно допустимых количества наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, содержащихся в комбинированных лекарственных
препаратах, и определяет для них меры контроля.

Как известно, действующие Конвенции ("О наркотических средствах"
1961 года, "О психотропных веществах" 1971 года, "О борьбе против неза-
конного оборота наркотических средств и психотропных веществ" 1988 года),
стороной которых является Российская Федерация, ставят задачу перед

своими участниками обеспечивать больных по медицинским показаниям обезболивающими средствами, в том числе содержащими наркотические средства. Для выполнения этой задачи важно иметь большую номенклатуру обезболивающих средств, не отнесенных к контролируемым веществам, каковыми являются комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты. Кроме того, следует отметить, что Комиссия ООН по наркотикам рекомендовала относить к безрецептурным препаратам все комбинированные лекарственные средства, содержащие в своем составе не более 8 мг кодеина на разовую дозу.

На сегодняшний день комбинированные лекарственные препараты, содержащие в своем составе кодеин (кодеина фосфат) в сочетании с другими фармакологически активными веществами, подразделяются на несколько групп. В зависимости от степени злоупотребления некоторые препараты отнесены к наркотическим средствам, другие – к общей группе лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, и лишь небольшая часть – к безрецептурным препаратам.

Комбинированные лекарственные препараты, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 13 сентября 2005 г. № 578, содержат в своем составе кодеина до 8 мг и кодеина фосфата до 12,8 мг на разовую дозу.

Это препараты следующего состава:

- Кодеин 8 мг + Ацетилсалициловая кислота + Парацетамол + Кофеин (таблетки),
- Кодеина фосфат 12,8 мг + Ибупрофен (таблетки),
- Кодеин 8 мг + Метамизол натрий + Кофеин + Фенобарбитал (таблетки),
- Кодеин 8 мг + Метамизол натрий + Парацетамол + Кофеин + Фенобарбитал (таблетки),
- Кодеин 8 мг + Напроксен + Метамизол натрий + Кофеин + Фенобарбитал (таблетки),
- Кодеин 8 мг + Натрия гидрокарбонат + Солодки корни + Термопсиса трава (таблетки),
- Кодеин 8 мг + Натрия гидрокарбонат + Терпингидрат (таблетки),
- Кодеина фосфат 10 мг + Парацетамол (таблетки),
- Кодеина фосфат 10 мг + Парацетамол + Кофеин (капсулы, таблетки),
- Кодеина фосфат 10 мг + Пропифеназол + Парацетамол + Кофеин (таблетки).
- Комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты, отнесенные к безрецептурным, применяются при оказании самопомощи и взаимопомощи в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых препаратов при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, миг-

рени, головной и зубной боли, постравматических болях, лихорадочном синдроме.

Минздравсоцразвития России полагает нецелесообразным вводить более строгие меры контроля в отношении комбинированных кодеинсодержащих препаратов, тем самым лишая возможности граждан приобретать их в аптечных организациях для использования в медицинских целях.

Однако, учитывая случаи злоупотребления указанными лекарственными средствами, Минздравсоцразвития России в приказе от 12.02.2007 № 109 “О внесении изменений в Порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 785” (регистрация в Минюсте России от 30.03.2007 № 9198) предусмотрел норму по ограничению отпуска до 2-х упаковок всех безрецептурных лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры.

В.И Стародубов

Глава 3.

Разъяснительные письма о немедицинском потреблении некоторых медицинских препаратов

3.1 Вопросы к ПККН о наркотических средствах и психотропных веществах (1998)

ВОПРОС: Все ли кодеинсодержащие препараты относятся к наркотическим средствам?

ОТВЕТ: В соответствии с международным правом препараты, содержащие наркотическое средство, в частности кодеин, и кроме кодеина содержащие лишь нейтральные наполнители (крахмал, сахар, соду и др.), независимо от дозировки должны числиться в Списке наркотических средств. Если же при низкой дозировке наркотического средства (не более 100 мг) препарат содержит также другие фармакологически активные вещества, то вопрос об отнесении такого препарата к наркотическим средствам решается индивидуально. Если такой комбинированный препарат будет считаться наркотическим, то он должен быть включен в Список наркотических средств с полным указанием не только его фирменного или непатентованного наименования, но и его полного рецептурного состава.

Исходя из сказанного, препараты – “Пенталгин”, “Терпинкод”, “Седалгин”, “Коффетин”, “Солпадеин” не отнесены к наркотическим средствам. Не относятся также к наркотическим средствам и другие препараты, если в Списках наркотических средств не приводится их рецептура.

Необходимо подчеркнуть, что Правительство Российской Федерации постановлением от 30 июня 1998 г. N 681 утверждает перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. В п.2 Примечания к этому перечню специально отмечено: «Контроль распространяется только на препараты, содержащие средства и вещества, указанные в настоящем перечне, независимо от их

количества и наличия нейтральных компонентов (вода, крахмал, сахар, бикарбонат натрия, тальк и т.д.).

В отношении комбинированных лекарственных препаратов, содержащих кроме основного контролируемого вещества другие фармакологически активные компоненты, контроль устанавливается в индивидуальном порядке путем включения данного комбинированного лекарственного препарата в соответствующий список настоящего Перечня.»

Председатель Постоянного комитета по контролю наркотиков д.м.н., профессор, академик

Э.А.БАБАЯН
10.1998

Источник в Интернете: <http://www.lawmix.ru/med.php?id=13892>

ВОПРОС: Каков порядок получения и использования наркотических рецептурных бланков?

ОТВЕТ: В соответствии с установленным порядком, наркотические рецептурные бланки распределяются Минздравом РФ по согласованию с ПККН.

Необходимо иметь в виду, что наркотическими рецептурными бланками снабжаются лишь те лечебно-профилактические, фармацевтические и другие юридические лица, которые имеют официальные лицензии на право деятельности с наркотическими средствами.

Кроме того, необходимо учесть, что в связи с введением в действие нового Уголовного кодекса РФ, которым приравниваются уголовные наказания за противоправные действия, связанные не только с наркотическими средствами, но и с психотропными веществами Списков ПККН, то таковые должны выписываться также на бланках наркотических рецептов.

Получатели рецептурных бланков должны обеспечить их сохранность; они не имеют права передавать эти бланки другим юридическим лицам.

Правила выписывания рецептов, порядок их хранения и другие особенности, связанные с рецептами для наркотических средств, содержатся в Приказе Минздрава РФ N 326 от 10 ноября 1997 г., чем и следует руководствоваться.

Председатель Постоянного комитета по контролю наркотиков д.м.н., профессор, академик

Э.А.БАБАЯН
10.1998

Источник в Интернете: <http://www.lawmix.ru/med.php?id=13893>

ВОПРОС: Как объяснить значение квот на наркотические средства?

ОТВЕТ:

В соответствии с международным правом с целью ограничения производства и применения наркотических средств Постоянная комиссия по определению потребностей правительств в наркотических средствах Международного комитета по контролю над наркотиками ООН, учитывая требования действующих конвенций, устанавливает для каждого государства те макси-

мальные количества наркотических средств, которые необходимы для удовлетворения законных нужд в этих наркотиках для медицинских, научных и экспертных целей.

Эти количества, включенные в расчеты потребностей МККН, издаваемые для всех государств, являются квотами наркотических средств.

В пределах установленной квоты правительства имеют право производить соответствующее наркотическое средство в определенном количестве или импортировать, либо частично импортировать его, или частично производить, не превышая указанную квоту.

Также в пределах данной квоты можно экспортировать соответствующее наркотическое средство в другие страны, имеющие квоту на это средство.

Если правительство того или иного государства считает, что квота недостаточна, то оно должно представить обоснованный расчет с объяснением причин, обуславливающих необходимость увеличения квоты.

Имея зарегистрированные квоты, правительство того или иного государства может планировать на соответствующие годы объемы производства, экспорта, импорта, не превышая в общей сумме установленную для него квоту.

Ежегодно установленные квоты сохраняются, если правительство того или иного государства не обратилось с просьбой увеличить квоту, или если МККН не предлагает правительству сократить квоту, когда, по мнению МККН, квоты были заведомо завышены.

В соответствии с Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах" Правительство Российской Федерации утверждает квоты для Российской Федерации на наркотические средства и психотропные вещества.

Председатель Постоянного комитета по контролю наркотиков д.м.н., профессор, академик

Э.А.БАБАЯН
10.1998

Источник в Интернете: <http://www.lawmix.ru/med.php?id=13894>

3.2 Вопрос к юристу об ограничении оборота наркотических, сильнодействующих, ядовитых и психотропных веществ (2005)

18.01.2005 года – ответ на вопрос, размещенный в Интернете.

Данный вопрос относится к следующим темам:

Организация работы фармацевтических предприятий

Оборот наркотических, сильнодействующих, ядовитых, психотропных веществ

Вопрос: В аптеках учащаются случаи обращения граждан за препаратами "Терпинкод", "Седалгин-Нео", "Седал-М", "Тетралгин", а в их отсутствие и за всеми другими препаратами безрецептурного отпуска, содержащими кодеин в любых, даже самых малых количествах. Все эти препараты безрецептурного отпуска (Перечень № 294-22/24). Местные власти и отделы Госнарконоконтроля на местах пытаются вести борьбу путем запрета реализации этих препаратов. Как поступать в этой ситуации аптеке? (Препараты в аптеках реализуются по одной упаковке в руки) Не планируется ли ПККН ввести ограничения на отпуск этих препаратов? На мой взгляд, это была бы единственно действенная мера в том случае, если употребление этих препаратов может привести к наркотическому опьянению, а если их применение не может привести к наркотическому опьянению или зависимости, то ПККН нужно дать разъяснительную информацию всем заинтересованным лицам, т.к. на сегодняшний день нас пытаются обвинить едва ли не в распространении наркомании, несмотря на то, что ни один нормативный документ по отпуску кодеинсодержащих препаратов аптеки не нарушают.

Ответ: Ситуация с рядом указанных препаратов спровоцирована изданием бывшим Департаментом государственного контроля лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Минздрава РФ нового "Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача (по состоянию на 01.01.04 г.)". В этот Перечень были включены содержащие кодеин препараты "Седал-М", "Терпинкод" и "Коделак", которые не фигурировали в предыдущем "Перечне лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача", утвержденном Приказом Минздрава РФ от 19.07.1999 г. N 287. Ситуация усугубляется тем, что юридический статус Письма Департамента госконтроля лекарственных средств от 9.02.2004 г. № 294-22/24, которым "доведен до сведения" "новый" Перечень, и его соотношение с Приказом Минздрава РФ от 19.07.99 г. N 287 "О перечне лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача" в этом письме не определены.

В соответствии с п. 3 статьи 32 Федерального закона РФ от 22.06.98 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах" (в ред. от 22.08.2004 г.) "Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, пересматривается и утверждается один раз в пять лет федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств".

"Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача", утвержденный Приказом Минздрава РФ от 19.07.99 г. N 287, зарегистрирован в Минюсте РФ 23.08.99 г. за номером 1875. Признать этот приказ утратившим силу может только равный или больший по юридической силе нормативный акт, то есть, как минимум, Приказ Минздрава РФ (Минздрав-

соцразвития РФ), зарегистрированный в Минюсте РФ и опубликованный не на Интернет-сайте Департамента госконтроля лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а установленным порядком в соответствии с Указом Президента РФ от 23.05.96 г. N 763 "О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти" (в ред. от 13.08.98 г.).

Таким образом, в принципе, Приказ Минздрава РФ от 19.07.99 г. является действующим нормативным актом со всеми вытекающими отсюда последствиями. Письмо Департамента государственного контроля лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Минздрава РФ от 09.02.2004 г. N 294-22/24, напротив, не является нормативным правовым актом и может служить только справочным информационным материалом. Однако, с учетом того, что установленные Законом "О лекарственных средствах" ежегодные дополнения к Перечню лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, с момента опубликования Приказа N 287 в 1999 году ни разу не издавались, Перечень, "доведенный до сведения" Письмом Департамента Минздрава РФ от 09.02.2004 г. N 294-22/24, на сегодняшний день является наиболее актуальным. В связи с этим, скорее всего, контролирующие органы будут использовать в работе именно "новый" Перечень безрецептурного отпуска, несмотря на то, что способ его юридической регламентации совершенно не соответствует действующему законодательству и "новый" Перечень, в принципе, не имеет никакой юридической силы.

Что касается существа вопроса об ограничениях на отпуск перечисленных лекарственных средств, содержащих кодеин, то здесь можно сказать следующее.

Все вышеуказанные препараты не числятся в "Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации", утвержденном Постановлением Правительства РФ от 30.06.98 г. № 681 (в ред. от 17.11.2004 г.), а также в "Списках сильнодействующих и ядовитых веществ" Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН) по состоянию на 1 марта 2003 г. (в ред. от 22.10.2003 г.).

Необходимо напомнить, что в соответствии с положениями Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года все комбинированные препараты, содержащие наркотические средства Списка III, могут не контролироваться, если они содержат контролируемые вещества в низких дозах, в частности, кодеин – не выше 0,01 г. В указанных препаратах, как видно из рецептуры, содержание кодеина не превышает эту величину (Коделак, Тетралгин и Терпинкод – 8 мг., Седал-М – 10 мг.) и он находится в сочетании с другими фармакологически активными веществами или даже вообще не входит в состав лекарственного средства в свободном виде, например, Седалгин-Нео (кодеина

фосфат – 10 мг.). Таким образом, данные препараты не числятся под контролем в полном соответствии с требованиями международного права.

При рассмотрении рецептуры лекарственных препаратов, содержащих наркотические или сильнодействующие средства, в соответствии со своими полномочиями и исходя из требований международного права и характеристик фармакологического действия препаратов Постоянный комитет по контролю наркотиков самостоятельно решает вопрос, об отнесении конкретного комбинированного препарата к наркотическим средствам или сильнодействующим веществам и соответственно о разрешении его отпуска по наркотическим рецептам или по врачебным рецептам с печатью лечебного учреждения.

Эти решения Постоянного комитета по контролю наркотиков обязательны для всех органов здравоохранения. Если такое решение ПККН не принято и рассматриваемые лекарственные средства не включены в "Перечень наркотических и психотропных веществ" или в "Список сильнодействующих и ядовитых веществ", то они могут отпускаться без рецепта врача. Однако необходимо учесть, что в подобных случаях Минздравсоцразвития РФ имеет право решить вопрос о выдаче таких комбинированных препаратов по врачебным рецептам, руководствуясь своими соображениями. Таким образом, Минздравсоцразвития России может более строго подойти к вопросу об отпуске препаратов и запретить их отпуск без рецепта врача.

В связи с этим заметим, что Московская городская Дума своим Письмом от 30 июня 2004 г. N 6 "Об ограничении торговли кодеиносодержащими лекарственными средствами" обратилась к Министру здравоохранения и социального развития РФ М.Ю.Зурабову с просьбой отнести все кодеиносодержащие препараты к разряду медикаментов, подлежащих строгому рецептурному отпуску, а в перспективе включить их в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях/организациях, предприятиях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами.

В заключение в качестве рекомендации по обеспечению "безопасности" деятельности аптечного учреждения можно посоветовать следующее. Препараты "Тетралгин" и "Седалгин-НЕО" включены и в "старый" и в "новый" Перечни безрецептурного отпуска, следовательно, их реализация без рецепта врача полностью соответствует действующему законодательству. Препараты "Седал-М", "Коделак" и "Терпинкод" в "старый" Перечень не входили, но включены в "новый" Перечень, юридический статус которого не определен. Таким образом, отпуск этих препаратов без рецепта врача может привести к плохо прогнозируемым последствиям. Контролирующие службы могут удовлетвориться указанным Письмом Департамента госконтроля лекарственных средств, а могут и не принять его во внимание со всеми вытека-

ющими из этого последствиями для хозяйствующих субъектов и ответственных должностных лиц.

Директор юридической компании "Юнико-94"

М.И.Милушин

3.3 Меры контроля за оборотом комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов (2006)

Фармацевтический вестник, №15 (420) 25 апреля 2006 г.

В прессе появилась информация о том, что в России злоупотребление кодеинсодержащими препаратами среди подростков носит угрожающий характер. По информации, полученной из Национального научного центра наркологии, Государственного научного центра социальной и судебной экспертизы им. В.П. Сербского, Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН), комбинированные ЛС, содержащие кодеин или его соли, могут применяться подростками-наркоманами для снятия абстинентного синдрома (ломки) или вместе с алкоголем для "приятного опьянения". Однако на сегодняшний день Минздравсоцразвития России не располагает данными о том, что надвигается "кодеиновая" наркомания. На основании отчетности, представляемой в ПККН, зарегистрированы лишь единичные случаи кодеиновой наркомании. Следует отметить некоторые особенности определения мер контроля над кодеинсодержащими ЛС.

В соответствии со ст. 2 Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.98 "О наркотических средствах и психотропных веществах" в отношении препаратов, содержащих малые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, злоупотребление которыми не представляет значительную опасность и из которых указанные средства не извлекаются легкодоступными способами, могут исключаться некоторые меры контроля, предусмотренные настоящим законом.

Минздравсоцразвития России в соответствии с имеющимися полномочиями устанавливает предельно допустимые количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, содержащихся в комбинированных ЛС, и определяет для них меры контроля.

Как известно, действующие конвенции ("О наркотических средствах" от 1961 г., "О психотропных веществах" от 1971 г., "О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ" от 1988 г.),

участником которых является Российская Федерация, ставят задачу обеспечивать больных по медицинским показаниям обезболивающими средствами, в т.ч. содержащими наркотические средства. Для выполнения этой задачи важно иметь большую номенклатуру обезболивающих средств, не относенных к контролируемым веществам, каковыми являются комбинированные кодеинсодержащие ЛС.

Кроме того, следует отметить, что Комиссия ООН по наркотикам рекомендовала относить к безрецептурным препаратам все комбинированные ЛС, содержащие не более 8 мг кодеина на разовую дозу.

На сегодняшний день комбинированные препараты, содержащие кодеин (кодеина фосфат) в сочетании с другими фармакологически активными веществами, можно подразделить на три группы, в соответствии с которыми устанавливаются меры контроля.

1-я группа – это комбинированные ЛС, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России № 578 от 13.09.2005, с содержанием кодеина до 8 мг и кодеина фосфата до 12,8 мг на разовую дозу.

Это препараты следующего состава:

- Кодеин 8 мг + ацетилсалициловая кислота + парацетамол + кофеин (таблетки);
- Кодеина фосфат 12,8 мг + ибупрофен (таблетки);
- Кодеин 8 мг + метамизол натрия + кофеин + фенobarбитал (таблетки);
- Кодеин 8 мг + метамизол натрия + парацетамол + кофеин + фенobarбитал (таблетки);
- Кодеин 8 мг + напроксен + метамизол натрия + кофеин + фенobarбитал (таблетки);
- Кодеин 8 мг + натрия гидрокарбонат + солодки корень + термопсиса трава (таблетки);
- Кодеин 8 мг + натрия гидрокарбонат + терпингидрат (таблетки);
- Кодеина фосфат 10 мг + парацетамол (таблетки);
- Кодеина фосфат 10 мг + парацетамол + кофеин (капсулы, таблетки);
- Кодеина фосфат 10 мг + пропифеназол + парацетамол + кофеин (таблетки).

Комбинированные безрецептурные кодеинсодержащие ЛС применяются в качестве анальгезирующих, жаропонижающих, противомигренозных, противокашлевых препаратов при болевых синдромах слабой и умеренной выраженности: артралгии, миалгии, невралгии, мигрени, головной и зубной боли, посттравматических болях, лихорадочном синдроме.

2-я группа – это комбинированные ЛС, содержащие кодеин (кодеина фосфат) в количестве более 8 мг и до 10 мг (более 12,8 мг и до 15 мг). Данные ЛС подлежат отпуску из аптечных учреждений (организаций) только по рецепту учетной формы № 107-у.

3-я группа – это комбинированные препараты, содержащие кодеин от 10 мг или кодеина фосфат от 15 мг. Указанные ЛС включены в Список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.98), и отпускаются по специальному рецепту на наркотическое лекарственное средство.

К данным препаратам относятся такие хорошо известные препараты, как:

- Алнагон, таблетки (состав: кодеина фосфата 20 мг, кофеина 80 мг, фенобарбитала 20 мг, кислоты ацетилсалициловой 20 мг);

- Кодтерпин, таблетки (состав: кодеина 0,015 г; натрия гидрокарбоната 0,25 г; терпингидрата 0,25 г);

- Таблетки от кашля (состав: травы термопсиса в порошке 0,01 г (0,02 г); кодеина 0,02 г (0,01 г); натрия гидрокарбоната 0,2 г; корня солодки в порошке 0,2 г) и другие.

Зам. начальника отдела нормативно-правового регулирования в сфере обращения лекарственных средств Департамента фармдеятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования

Н. М. Николаева

3.4 Комментарий составителей сборника к статье Н.М.Николаевой “Меры контроля за оборотом комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов”

Следует отметить, что Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. (далее – Конвенция), стороной которой является Российская Федерация, ставит перед своими участниками не только задачу обеспечивать больных по медицинским показаниям лекарственными средствами, в том числе наркотическими, но и не допускать их поступления в незаконный оборот.

Более того, статья 8 Конвенции прямо обязывает стороны делать все от них зависящее, чтобы применять к веществам, не подпадающим под действие настоящей Конвенции, но которые могут быть использованы для незаконного изготовления наркотических средств, такие меры надзора, какие могут быть практически осуществимы.

Таким образом, при решении вопроса об установлении мер контроля в отношении лекарственных препаратов, содержащих малые количества наркотических средств (кодеина или кодеина фосфата), необходимо, с одной стороны, учитывать их терапевтическую ценность и сохранение доступности этих препаратов для больных по медицинским показаниям, с другой – принимать во внимание социальную значимость масштаба злоупотребления такими препаратами, а также широкое распространение их использования для незаконного изготовления наркотического средства дезоморфина, оборот которого на территории Российской Федерации запрещён в соответствии с законодательством и международными обязательствами нашей страны.

Проблема роста немедицинского потребления лекарственных препаратов, содержащих малое количество кодеина и не подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), является актуальной и требующей скорейшего принятия конкретных мер, направленных на устранение ее причин и условий.

В отношении применения рекомендаций Комиссии ООН об отнесении к безрецептурным препаратам все комбинированные лекарственные средства, содержащие не более 8 мг кодеина на разовую дозу, следует отметить, что они не носят обязательный характер и могут применяться только с учетом специфики складывающейся ситуации в конкретной стране с немедицинским потреблением указанных препаратов и возможности их использования для незаконного изготовления наркотических средств оборот которых на территории Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством и международными обязательствами нашей страны.

По нашему мнению, мерой контроля, позволяющей в определённой степени предотвратить немедицинское потребление препаратов с малым содержанием подконтрольных средств и веществ, а также их использование в кустарном производстве дезоморфина, может быть введение их предметно-количественного учета, включив их в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2005 г. № 785.

Таким образом, те люди, которым эти лекарства нужны по медицинским показаниям, получают рецепт врача и купят их. Это не те препараты, без которых нельзя прожить несколько дней.

Проблема обеспечения больных по медицинским показаниям такими лекарственными средствами перестает существовать при разумной организации работы по назначению и выписыванию рецептов в медицинских учреж-

дениях для этих категорий нуждающихся. Именно на этом следует сконцентрировать свои усилия руководителям федеральных органов здравоохранения и органов здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Руководитель Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, руководитель ОНДБ АБОП, д.м.н., проф. иеромонах Анатолий (Берестов)

Клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Росздрава, врач-эпидемиолог Н.В.Каклюгин

3.5 Информационное письмо фармацевтической компании "Морон" о введении ограничений на отпуск населению "Коаксила" (2006)

02.11.2006

Как Вы знаете, в последнее время Росздравнадзор ужесточил контроль за отпуском рецептурных лекарственных средств в аптечных учреждениях. Проведенные инспекции выявили нарушения отпуска рецептурных лекарственных средств, включая отпуск "Коаксила".

15.11.2006 года опубликован Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №703 от 13.10.06, зарегистрированный в Минюсте РФ 7.11.06, включающий дополнение в "Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях, организациях оптовой торговли ЛС, ЛПУ и частнопрактикующими врачами" 2-х препаратов, "Коаксил" (тианептин) и "Залдиар" (трамадола гидрохлорид 37,5 мг + парацетамол 325 мг) в целях усиления контроля за оборотом лекарственных средств. Общее требование по отпуску препаратов, входящих в данный список, изложено в приказе МЗ РФ от 23.08.1999 № 328.

В связи с нарушениями правил отпуска рецептурных ЛС в аптечных учреждениях, которые были выявлены Росздравнадзором, "Коаксил" был переведен в список препаратов, подлежащих предметно-количественному учету. В настоящее время не существует нормативного правового акта, который

205

бы регламентировал требования при отпуске лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету оптовыми организациями, поскольку при оптовой торговле все товары подлежат предметно-количественному учету.

Лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету, выписываются на рецептурных бланках формы № 148-1/у-88. Общие требования к отпуску таких лекарственных препаратов из аптечных учреждений изложены в приказе Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785.

Медицинские представители компании "Сервье" приступили к информированию врачей относительно правил выписки "Коаксила" на рецептурном бланке формы №148-1/у-88 в связи с изменившейся ситуацией.

Электронный адрес письма:
http://www.fc-moron.ru/info_coaxil.htm

3.6 Комментарий Минздравсоцразвития России об изменениях, внесённых в Порядок отпуска аптечными учреждениями лекарственных средств

09.04.2007

Директор Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Минздравсоцразвития России Виктор Ступин комментирует приказ Минздравсоцразвития России № 109 от 12.02.2007 г. "О внесении изменений в Порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 785" (зарегистрирован Минюстом России 30 марта 2007 г. № 9198). Документ предусматривает:

- внесение дополнений в пункты 2.2., 2.5. Порядка отпуска лекарственных средств, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 785 (далее – Порядок отпуска лекарственных средств);

- внесение изменения в пункт 2.11. Порядка отпуска лекарственных средств;

- изменение редакции приложения № 1 "Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами" к указанному порядку.

206

1. Внесение дополнения в пункт 2.2. Порядка отпуска лекарственных средств обусловлено необходимостью приведения требований приказа Минздрава России от 14 декабря 2005 г. № 785 в соответствие с требованиями, установленными приказом Минздрава России в части назначения и выписывания лекарственных средств. В соответствии с приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 328 (в редакции приказа от 13.06.2006 г. № 476) для выписывания лекарственных средств, включенных в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, а также иных лекарственных средств, отпускаемых бесплатно или со скидкой, наряду с рецептурным бланком № № 148-1/у-04 (л) введена новая машиночитаемая форма рецептурного бланка № 148-1/у-06 (л). Внесение дополнения в пункт 2.5. Порядка отпуска лекарственных средств обусловлено необходимостью ограничения отпуска лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, и включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденный приказом Минздрава России от 13 сентября 2005 года № 578 (в редакции приказа от 4 декабря 2006 г. № 823), до 2-х упаковок. В последнее время особую озабоченность вызывают факты злоупотребления кодеинсодержащими лекарственными препаратами, а также некоторыми препаратами, содержащими декстрометорфан и псевдоэфедрин. По информации, получаемой из Национального научного центра наркологии Росздрава, Государственного научного центра социальной и судебной экспертизы им В.П. Сербского и ФСКН России кодеинсодержащие лекарственные препараты применяются наркоманами (особенно с опиатной зависимостью) для снятия абстинентного синдрома (ломки), в качестве заместительной терапии или вместе с алкоголем для «приятного опьянения». Кроме того, из ненаркотических анальгетиков, содержащих кодеин и кодеина фосфат, путем несложных химических реакций наркоманы научились незаконно изготавливать наркотическое средство «дезоморфин» с целью получения наркотического опьянения. Опасность применения полученного наркотика состоит в том, что в данном случае наряду с наркотическим средством в организм вводится токсическое опасное экстрагирующее вещество (ацетон, производные уксусной кислоты и т.д.), и это значительно увеличивает его одурманивающий эффект и способствует развитию токсикомании.

2. Для своевременного, качественного и эффективного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, необходимыми лекарственными средствами подготовлено изменение редакции второго абзаца пункта 2.11. Порядка отпуска лекарственных средств. Новая редакция пункта позволяет фармацевтическому работнику аптечного учреж-

дения, в случае отсутствия выписанного врачом лекарственного средства в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения, осуществлять его синонимическую замену без согласования с врачом. При этом замена лекарственного средства осуществляется в рамках одного международного непатентованного наименования.

3. Изменение редакции приложения № 1 «Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами» обусловлено необходимостью внесения номенклатуры лекарственных средств, ранее входившей в списки № 1 «Сильнодействующие вещества» и № 2 «Ядовитые вещества», утверждаемые на заседании независимого экспертного органа – Постоянного комитета по контролю наркотиков (далее – ПККН). ПККН не является органом государственной власти и не имеет полномочий по утверждению списков сильнодействующих и ядовитых веществ. Тем более, что Пленум Верховного Суда Российской Федерации в новом постановлении от 15 июня 2006 года № 14 не воспроизвел рекомендацию судам Российской Федерации руководствоваться при рассмотрении дел о преступлениях, связанных с незаконным оборотом сильнодействующих и ядовитых веществ в целях сбыта (статья 234 Уголовного кодекса Российской Федерации), списками сильнодействующих и ядовитых веществ, издаваемыми ПККН. Кроме того, к Перечню лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, отнесены все прекурсоры, внесенные в Список IV Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, применяемые в медицинской практике (калия перманганат, эрготамин, эргометрин, эфедрин). Необходимо отметить, что Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, состоит из 5 разделов:

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры.

2. Фармацевтические субстанции ряда веществ списка А (атропина сульфат, серебра нитрат, гоматропина гидрохлорид, дикаин, апоморфина гидрохлорид) и списка Б (пахикарпина гидрохлорид), утвержденных приказом Минздрава России от 31.12.99 № 472.

3. Лекарственные средства, содержащие определенные вещества (их соли) в сочетании с фармакологически неактивными компонентами, вне зависимости от лекарственной формы.

4. Комбинированные лекарственные средства.

5. Иные лекарственные средства. Лекарственные средства, внесенные в разделы 3 и 4 Перечня, ранее были включены в списки сильнодействующих

и ядовитых веществ ПККН, и поэтому подлежат особым условиям хранения в соответствии с приложениями 1 и 5 приказа Минздрава России от 12 ноября 1997 г. № 330.

По материалам сайта www.pharmvestnik.ru
http://www.farmoboz.ru/news.php?line=news_farm&tema=132
Фармобоз.ру – Фармацевтическое обозрение

Глава 4.

Медицинские клинические статьи и литературные обзоры

4.1 Синдром зависимости от приёма “Коаксила” (тианептина) и последствия злоупотребления им с точки зрения врача-клинициста

4.1.1 Зависимость от “Коаксила”: сообщение о случае

Опубликовано в журнале “Наркология”, №1, 2007 год, с.73-75.

Е.М. Крупицкий д.м.н., проф., руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний института фармакологии им. А.В. Вальдмана Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, главный нарколог Ленинградской области;
А.М. Бураков к.м.н., заведующий отделением Ленинградского областного наркологического диспансера

Описан случай психической и физической зависимости от “Коаксила” (тианептина). Сходство клинической картины интоксикации тиапетидом и синдрома отмены тиапетидина с таковыми при героиновой зависимости, а также преципитация “Налоксоном” выраженного синдрома отмены тиапетидина дают определенные основания рассматривать данный препарат в качестве лиганда опиатных рецепторов, а зависимость от тиапетидина – в качестве разновидности опиатной зависимости.

Больной С. обратился в стационар Ленинградского областного наркологического диспансера (ЛОНД) с жалобами на выраженные боли в мышцах и суставах нижних конечностей, пояснице, судорожные сокращения мышц ног, повышенную потливость, озноб, сниженное настроение, плохой сон.

Анамнез. Старший ребенок в семье. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Младшая сестра страдала героиновой наркоманией, умерла от передозировки героина. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Преморбид синтонный. Женат, от брака маленький ребенок. Работает менеджером в крупной компании.

Анамнез заболевания. Употребление кустарных опиатов (экстракт маковой соломки) с 19 лет (с 1993 г.). Эпизодически в течение месяца, а затем ежедневно внутривенно употреблял экстракт маковой соломки. Через 2-3 месяца сформировалась психическая и физическая зависимость от опиатов. Употребление кустарных опиатов продолжалось до 1996 г., затем начал употреблять внутривенно героин. С 1997 г. сочетал употребление героина с внутривенным употреблением эфедрона. С 1997 по 1999 гг. имела место сочетанная зависимость от опиатов и эфедрона. С 1993 по 1999 гг. длительных ремиссий не отмечалось. В 1999 г. прошел комплексное лечение в ЛОНД по поводу синдрома зависимости от опиатов и эфедрона. С 1999 по 2006 гг. наблюдалась устойчивая ремиссия. Никаких наркотических веществ, а также алкоголя не употреблял. В марте 2006 г. отметил появление очень ярких образных сновидений наркотической тематики. Просыпаясь, долго не мог понять, где сон, а где явь. Причиной появления сновидений считал случайно увиденную в Интернете информацию о наркотиках и их употреблении. В течение дня отмечал сниженное настроение, испытывал выраженное влечение к наркотикам, нарастал психологический дискомфорт. Несколько дней пытался самостоятельно справиться с возникшей проблемой, однако после неудавшейся попытки приобрести наркотики принял решение обратиться за медицинской помощью.

Амбулаторно был проконсультирован врачом, лечившим его 7 лет назад. Нарколог расценил состояние как предрецидивное, назначил симптоматическое лечение и курс индивидуальной психотерапии. Поскольку в клинической картине доминировали депрессивные расстройства с умеренно выраженным тревожным компонентом, в качестве антидепрессанта был избран "Коаксил" (тианептин) в суточной дозе 37,5 мг. Выбор в его пользу, кроме того, был сделан в связи с отсутствием влияния препарата на когнитивное функционирование. Принимал "Коаксил" в этой дозировке около недели, не отмечая положительного эффекта: по-прежнему сохранялись сниженное настроение, тревога, плохой поверхностный сон с яркими сновидениями наркотической тематики. В течение дня не мог сосредоточиться на своей работе, испытывал выраженное влечение к героину, который употреблял последний раз 7 лет назад. Считая, что в такой дозировке "Коаксил" неэффективен, перед сном принял сразу 5 таблеток. Через 10-15 мин после приема препарата в такой дозировке испытал приятное расслабление, истому, ощущение "теплой волны", прошла тревога, улучшилось настроение. Свое состояние сравнил с испытанным много лет назад "приходом" при употреблении героина.

Отмечал также характерное для опийной интоксикации сужение зрачка. Данное состояние длилось около 30-40 минут и перешло в сон. Утром чувствовал себя бодрым, активным, хорошо отдохнувшим. Самостоятельно начал принимать "Коаксил" по 5 таблеток 3 раза в день. Через две недели отметил уменьшение выраженности и длительности действия препарата, в связи с чем увеличил прием "Коаксила" до 10 таблеток 3 раза в сутки. Через месяц употребления препарата в такой дозировке при прекращении приема появился выраженный абстинентный синдром, весьма напоминающий по клинике таковой при отмене героина. Через 6 ч. после приема "Коаксила" постепенно появлялись выраженные боли в мышцах и суставах ног, боли в пояснице, судорожные сокращения мускулатуры, повышенная потливость, озноб, сниженное настроение и снижение работоспособности, расширялся зрачок, а также появлялась обусловленная страхом дальнейшего ухудшения самочувствия выраженная потребность в приеме "Коаксила". Прием "Коаксила" приводил к быстрой нормализации состояния. В течение последующих 2-3 недель больной неоднократно пытался снизить дозировку и прекратить злоупотребление самостоятельно, но из-за ухудшения самочувствия сделать это не удавалось. Рост толерантности обусловил быстрое увеличение суточной дозы, вследствие чего через 2 мес. после начала употребления "Коаксила" больной принимал по 30 таблеток через каждые 6 ч. (таким образом, суточная доза достигла 120 таблеток). После очередной безуспешной попытки прекратить употребление "Коаксила", длившейся один день, больной поступил на лечение в стационар ЛОВД.

При поступлении: кожные покровы чистые, отмечены следы от старых внутривенных инъекций в виде "дорожек" на руках. Свежих следов инъекций не обнаружено. Тоны сердца приглушены, ритмичны, артериальное давление 110/80 мм. рт. ст. Пульс 64 уд./мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: без очаговой симптоматики. Психиатрический статус: ориентирован правильно, контактен, охотно вступает в беседу с врачом. Бредовой и галлюцинаторной продуктивной симптоматики не отмечается. Фон настроения ровный (последнее употребление "Коаксила" за 3 часа до осмотра). Интеллектуально-мнестического снижения не выявлено. Данные лабораторных исследований: АЛТ – 41 ед., АСТ – 32 ед., мочевины – 6,17 мм/л, глюкозы крови – 4,8 мм/л, клинические анализы крови и мочи, а также ЭКГ – без патологии.

Употребление каких-либо иных психотропных препаратов, кроме "Коаксила", отрицает. При поступлении больному был дважды проведен иммунохимический тест на определение наркотиков в моче. Тест был оба раза отрицательным в отношении всех исследованных групп наркотиков (опиатов, амфетаминов, каннабиноидов и бензодиазепинов).

Лечение. Учитывая схожесть клиники интоксикации и синдрома отмены “Коаксила” с таковыми героина, больному был назначен “Клофелин” 0,000075 мг 4 раза в день, “Тиапридал” в суточной дозе 800 мг, “Циклодол” 2 мг 3 раза в день, нестероидные противовоспалительные анальгетики (“Найс” 1 таблетка 3 раза в день), “Седуксен” 5 мг 3 раза в день. В связи с тем, что, по некоторым данным [2], механизм действия “Коаксила” связан с активацией обратного захвата серотонина и, следовательно, с функциональным дефицитом серотонина в синаптической щели, больному, кроме того, был назначен “Циталопрам”, наиболее селективный ингибитор обратного захвата серотонина, в дозе 20 мг в сутки.

В результате проводимой терапии отмечались быстрое (в течение 3-4 дней) и существенное улучшение состояния больного, редукция симптоматики синдрома отмены “Коаксила”. Через 5 дней больного лишь изредка беспокоили невыраженные боли в ногах и неустойчивый фон настроения с тенденцией к снижению.

Следует отметить, что клиническая картина синдрома отмены “Коаксила” была практически идентична клинике синдрома отмены опиатов (СОО), а традиционная терапия СОО оказалась эффективной при отмене “Коаксила”. Это позволяет предположить вовлечение опиоидных систем мозга в механизмы действия “Коаксила”.

Больной по собственному желанию прервал курс стационарного лечения и был выписан на 6-й день после госпитализации с рекомендацией посещения сеансов амбулаторной индивидуальной психотерапии и приема “Циталопрама” (20 мг в сутки) в течение месяца. Несмотря на рекомендации, на индивидуальную амбулаторную психотерапию не приезжал.

После выписки из стационара ремиссия продолжалась около месяца. Больной принимал назначенный ему “Циталопрам”, однако отмечал выраженное снижение настроения, астению и влечение к “Коаксилу”, в связи с чем через месяц возобновил его прием. В течение двух недель суточное употребление препарата возросло до 45 таблеток, вследствие чего больной вновь обратился за наркологической помощью в стационар ЛОНД.

При поступлении был проведен стандартный иммунохимический тест для определения содержания наркотиков в моче. Тест был отрицательным для всех групп наркотиков. Со слов пациента, последний раз употреблял “Коаксил” за 3 часа до поступления в стационар. В связи с предположением об опиоидном механизме действия данного препарата при поступлении в наркологический стационар больному был проведен налоксоновый тест: внутривенно было введено 0,8 мг налоксона гидрохлорида (прим. сост. – вещества, блокирующего эффекты опиатов). Перед введением налоксона состояние пациента было оценено по объективной и субъективной шкалам оценки синдрома отмены опиоидов [1]. Показатель объективной шкалы имел значение “0” при максимальном значении

“13”. Показатель субъективной шкалы – “37” при максимальном значении “64”. Через 10 мин после введения налоксона показатель объективной шкалы – “13”, субъективной – “50”. Пациент отмечал резкое ухудшение состояния уже через 1 минуту после введения налоксона. Появилась выраженная типичная симптоматика синдрома отмены опиоидов: боли в мышцах, насморк, слезотечение, выраженные боли в животе, тошнота, озноб, потливость, рвота, расширился зрачок. Кроме того, отмечались выраженная тревога, беспокойство, нервозность. Больной сравнивал свое состояние с тяжелым синдромом отмены опиатов, который он испытывал ранее при употреблении героина.

Таким образом, результат налоксонового теста был расценен как положительный, что убедительно свидетельствует о непосредственном взаимодействии “Коаксила” с опиатными рецепторами мозга. Больной прошел полный курс лечения синдрома отмены “Коаксила”, аналогичный лечению синдрома отмены опиатов у больных опиоидной зависимостью. После стабилизации состояния и купирования синдрома отмены на 7-й день больному повторно был проведен налоксоновый тест. Введение налоксона не вызвало существенных изменений в самочувствии больного, результат теста расценен как отрицательный. Для стабилизации ремиссии при выписке из стационара больному были назначены “Антаксон” (50 мг в сутки) и “Прозак” (20 мг в сутки), а через 2 недели после выписки проведена имплантация “Продетоксона” для стабилизации ремиссии и профилактики рецидива зависимости от “Коаксила”.

Следует отметить, что описанный случай не является единичным. Нами отмечались и другие случаи злоупотребления и зависимости от “Коаксила” среди лиц, в прошлом зависимых от героина. Случаи зависимости от “Коаксила” регистрировались, насколько нам известно, не только в нашей клинике. Так, руководитель отделения клинических исследований наркомании Национального научного центра наркологии Росздрава С.О.Мохначев отмечал более 20 аналогичных случаев, причем у некоторых из его больных переход на внутривенное введение “Коаксила” сопровождался сухой гангреной конечностей (Мохначев С.О., личное сообщение).

Поскольку клиника интоксикации и синдрома отмены “Коаксила” сходны в основных чертах с таковой при героиновой наркомании, а также учитывая положительный результат налоксонового теста, можно заключить, что аддитивный потенциал данного препарата опосредован не его влиянием на серотонинергическую нейромедиаторную систему мозга, а прямым агонистическим взаимодействием с опиоидными рецепторами в ЦНС. В связи с вышеизложенным следует отметить, что “Коаксил”, очевидно, обладает достаточно выраженным аддитивным потенциалом, в связи с чем представляется нецелесообразным его назначение больным химической зависимостью (прежде всего опийной наркоманией). Кроме

того, необходим более строгий контроль за правильным отпуском “Коаксила” в аптеках в соответствии с выписанными рецептами.

Список литературы:

1. Handelsman L., Cochrane, Aronson M, Ness R., Rubinstein R., Kanof P. Two new rating scales for opiate withdrawal // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 1987. – Vol. 13, №3. – P. 293-308.
2. Kato G., Weitsch A.F. Neurochemical profile of tianeptine, a new antidepressant drug // Clin. Neuropharmacol. – 1988. – Vol. 11, Suppl. 2. – P. 43-50.
3. Leterme L., Singlan Y.S., Auclair V., Le Boisselier R., Frimas V. Misuse of tianeptine: five cases of abuse // Ann. Med. Interne (Paris).;X- 2003. – Vol. 154, Spec. №2. – P. 58-63.

4.1.2 Злоупотребление “Коаксилом” (тианептином) в качестве заместительного средства больными с героиновой зависимостью

В.С. Холодов, заведующий наркологическим отделением;
В.Г. Иутин, заслуженный врач России, к.м.н., врач-психиатр высшей категории, заместитель главного врача по медицинской части;
Н.В. Каштанова, психиатр-нарколог наркологического отделения;
А.В. Спильный, психиатр-нарколог наркологического отделения;
Т.Ю. Шашкова, психиатр-нарколог наркологического отделения;
О.О. Ларионова, психолог наркологического отделения;

Из материалов Научно-практической конференции
“Актуальные проблемы наркоманий”,
29-30 марта 2007 года,

Наркологическая клиническая больница №17,
город Москва.

*(Наркологическая клиническая больница № 17 Департамента
здравоохранения г. Москвы)*

В последнее время в связи с усилением работы правоохранительных органов и “перекрытием” каналов сбыта наркотиков, больные, страдающие героиновой зависимостью, используют ряд медикаментозных средств с заместительной целью. Это в том числе средство от кашля “Терпинкод”, ненаркотический анальгетик “Триган “Д””, антидепрессант “Коаксил” (тианептин).

“Терпинкод” – это кодеинсодержащий препарат. Злоупотребление им в больших дозах, до 100 таблеток в сутки вызывает клиническую картину, идентичную кодеиновой наркомании, подробно описанную в специальной литературе.

“Триган “Д”” – ненаркотический анальгетик, содержащий парацетамол и дицикловерина гидрохлорид. Одной из особенностей злоупотребления “Триганом “Д”” от 10 до 20 таблеток на один прием, является частое развитие интоксикационных психозов длительностью до суток.

“Коаксил” (тианептин) – трициклический антидепрессант, обладающий сопутствующим стимулирующим эффектом, уменьшает тоску, улучшает настроение, купирует двигательную заторможенность, повышает психический и общий физический тонус организма.

Тианептин по характеру действия занимает промежуточное положение в биполярной классификации между седативными и стимулирующими антидепрессантами, повышает спонтанную активность в пирамидах клеток в гиппокампе и увеличивает скорость их восстановления после функционального торможения, повышает обратный захват серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа (1).

В течение последних 2-3 лет все чаще отмечаются случаи использования “Коаксила” (тианептина) в качестве заместительного средства у больных с героиновой зависимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе наркологической клинической больницы (НКБ) № 17 проведено исследование 100 больных, страдающих героиновой зависимостью в возрасте от 19 до 41 года, которые злоупотребляли “Коаксилом” (средний возраст составил 26,33 года). Доза принимаемого препарата колебалась от 15 до 300 таблеток в сутки (в среднем 87,67 таблеток). По способу употребления “Коаксила” (тианептина) больные распределялись следующим образом: внутривенно – 80 человек (80%), перорально – 20 человек (20%). Срок пребывания в стационаре от 10 до 30 суток (в среднем 14 дней).

Доза героина, которую использовали больные до злоупотребления “Коаксилом”, соответствовала 1-4 г. в сутки внутривенным способом. На период злоупотребления этим антидепрессантом пациенты героин не употребляли или употребляли эпизодически, а также использовали каннабиноиды, алкоголь, “Залдиар”, “Терпинкод” и некоторые другие лекарственные препараты для усиления действия “Коаксила”. Стаж злоупотребления данным медицинским препаратом составил от 2 недель до 2 лет, что в среднем составило 5,27 месяца (см. таблицу в приложении к статье). Все без исключения больные использовали “Коаксил” (тианептин) с заместительной целью или не хотели “связываться” с органами правопорядка и свободно приобретали его в аптечной сети. Нередко

они использовали “Коаксил” для самостоятельного купирования абстинентных проявлений героиновой зависимости.

Длительность действия принимаемых больших доз “Коаксила” на фоне героиновой абстиненции составляла 2-3 часа, а эйфоризирующий эффект на поминал таковой при приеме героина. Путь введения препарата, в основном, был внутривенный и только те больные, у которых периферические вены были полностью облитерированы, принимали “Коаксил” перорально. Практически у всех пациентов отмечались подкожные нагноения по ходу периферических вен, вплоть до развития абсцессов подкожной клетчатки, при неточных самостоятельных внутривенных введениях “Коаксила” (тианептина).

Абстинентные проявления при злоупотреблении этим веществом были менее выражены, чем при чисто героиновой абстиненции, но компульсивное влечение оставалось очень выраженным и требовало проведения стандартной терапии лечения больных героиновой зависимостью. Часть больных с твердой установкой на трезвый образ жизни проходили полный курс лечения от 21 до 30 дней (26,6%). Другая часть довольствовалась улучшением состояния, купированием абстинентного синдрома и выписывалась в связи с отказом от дальнейшего лечения (73,4%).

Кроме того, двое больных были переведены в другие стационары с тяжелыми соматическими осложнениями на фоне внутривенного введения “Коаксила” (тианептина) с диагнозами “бактериальный перикардит” и “септический эндокардит”.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Таким образом, к большому сожалению, препарат “Коаксил”, обладающий рядом достоинств в лечении аффективных нарушений, различного типа депрессии, тревожно-фобических расстройств, занял свою викарную (заместительную) нишу у больных с героиновой зависимостью. Клиника “коаксильной” интоксикации и абстиненции мало отличается от героиновой, часто требуя медицинской помощи, аналогичной последней. Популярность злоупотребления “Коаксилом” занимает не последнее место среди наркоманов, наряду с “Терпинкодом” и “Триганом Д”. Принятое решение о включение “Коаксила” в Список сильнодействующих веществ, хоть и запоздалое, но адекватное.

№	Возраст	Стаж злоупотребления “Коаксилом”	Доза вещества в сутки, табл.	Пути приема	Сроки лечения, в днях	Другие вещества
1	41	2 недели	30	в\в	10	героин
2	28	6 месяцев	30	в\в	10	героин
3	22	3 месяца	30	в\в	10	героин, “Трамал”
4	21	1 год	30	в\в	11	героин
5	22	2 недели	15	в\в	10	героин, “Залдиар”
6	26	2 недели	45	per os	30	героин, “Залдиар”
7	25	2 года	30	в\в	10	героин, каннабис
8	25	1 год	210	в\в	19	героин
9	28	1 месяц	60	в\в	10	героин
10	30	2 недели	15	в\в	14	героин
11	29	6 месяцев	120	в\в	9	героин
12	19	7 месяцев	180	в\в	10	каннабис
13	34	6 месяцев	150	в\в	10	героин, алкоголь
14	29	7 месяцев	80	в\в	17	героин
15	36	6 месяцев	30	в\в	10	героин
16	29	2 месяца	200	в\в	29	героин, алкоголь
17	23	2 недели	40	в\в	30	героин
18	25	1 месяц	150	в\в	10	героин, каннабис
19	30	2 месяца	90	в\в	21	героин
20	28	1 год	30	в\в	29	героин
21	30	2 месяца	75	в\в	10	героин, алкоголь
22	26	2 месяца	30	в\в	10	героин
23	26	2 недели	80	в\в	10	героин
24	28	2 месяца	60	per os	10	героин
25	21	4 месяца	210	в\в	10	героин
26	28	8 месяцев	30	per os	22	героин
27	25	3 месяца	60	в\в	10	каннабис
28	30	1 год	90	per os	14	героин
29	41	1 год	210	per os	21	кокаин, алкоголь, “Терпинкод”

30	20	6 месяцев	300	per os, в\в	10	героин
31	41	2 недели	30	в\в	10	героин
32	28	6 месяцев	30	в\в	10	героин
33	22	3 месяца	30	в\в	10	героин, "Трамал"
34	21	1 год	30	в\в	11	героин
35	22	2 недели	15	в\в	10	героин, "Залдиар"
36	25	2 года	30	в\в	10	героин, каннабис
37	25	1 год	210	в\в	19	героин
38	28	1 месяц	60	в\в	10	героин
39	30	2 недели	15	в\в	14	героин
40	29	6 месяцев	120	в\в	9	героин
41	26	2 недели	45	per os	30	героин, "Залдиар"
42	28	2 месяцев	60	per os	10	героин
43	28	8 месяцев	30	per os	22	героин
44	30	1 год	90	per os	14	героин, первитин
45	21	4 месяца	210	в\в	10	героин
46	26	2 недели	80	в\в	10	героин
47	26	2 месяца	75	в\в	10	героин, алкоголь
48	28	1 год	30	в\в	29	героин
49	30	2 месяцев	90	в\в	21	героин
50	25	1 месяц	150	в\в	10	героин, каннабис
51	30	1 год	90	per os	14	героин, первитин
52	41	1 год	120	per os	21	кокаин, алкоголь, "Терпинкод"
53	26	2 недели	45	per os	30	героин, "Залдиар"
54	21	4 месяца	210	в\в	10	героин
55	25	1 год	210	в\в	19	героин
56	28	1 месяц	60	в\в	10	героин
57	30	2 недели	15	в\в	14	героин
58	41	2 недели	30	в\в	10	героин
59	28	6 месяцев	30	в\в	10	героин
60	22	2 недели	15	в\в	11	героин
61	19	6 месяцев	180	в\в	10	каннабис

62	34	7 месяцев	150	в\в	10	героин, алкоголь
63	29	2 месяца	80	в\в	18	героин
64	22	2 недели	45	per os	30	героин, "Залдиар"
65	28	2 месяца	60	per os	10	героин
66	25	8 месяцев	30	per os	23	героин
67	26	3 месяца	60	per os	14	героин, первитин
68	39	1 год	90	per os	21	алкоголь, "Терпинкод"
69	36	3 недели	30	в\в	10	героин
70	29	1 месяц	200	в\в	28	героин, алкоголь
71	26	1 месяц	45	per os	14	героин, первитин
72	30	1 год	90	per os	21	алкоголь, "Терпинкод"
73	25	2 года	30	в\в	10	героин
74	23	1 год	210	в\в	19	героин
75	28	1 месяц	60	в\в	10	героин
76	30	2 недели	15	в\в	15	героин
77	29	6 месяцев	120	в\в	8	героин
78	19	7 месяцев	180	в\в	10	героин, алкоголь
79	33	6 месяцев	150	в\в	10	героин
80	29	2 месяца	80	в\в	17	героин
81	36	2 недели	30	в\в	10	героин
82	23	2 недели	40	в\в	30	героин
83	25	1 месяц	150	в\в	10	героин, каннабис
84	30	2 месяца	90	в\в	21	героин
85	21	4 месяца	210	в\в	10	героин
86	26	2 недели	75	в\в	10	героин
87	28	6 месяцев	30	в\в	10	героин
88	22	3 месяца	30	в\в	10	героин
89	21	1 год	30	в\в	11	героин
90	22	2 недели	15	в\в	10	Героин, "Залдиар"
91	24	1 год	210	в\в	18	героин
92	28	1 месяц	60	в\в	10	героин
93	23	2 недели	40	в\в	30	героин

94	25	1 месяц	150	в\в	10	героин, каннабис
95	30	2 месяца	90	в\в	21	героин
96	28	1 год	30	в\в	28	героин
97	30	2 месяца	75	в\в	10	героин, алкоголь
98	36	3 недели	30	в\в	10	героин
99	29	6 месяцев	120	в\в	10	героин
100	19	8 месяцев	150	в\в	10	каннабис

Список литературы:

1. Ю.И. Губский, В.А. Шаповалова, И.И. Кутько, В.В. Шаповалов – Лекарственные средства в психофармакологии – Харьков, “Торсинг”, 1997.
2. И.И. Пятницкая, Н.Г. Найденова – Подростковая наркология. М., 2002.
3. Н.Н.Иванец, М.А. Вишнякова – Героиновая зависимость. – М., 2001.
4. Л.С. Фридман, И.Ф. Флеминг, Д.Р. Робертс, С.Е. Хайман – Наркология – М., 1998.
5. А.Г. Гофман – Клиническая наркология – М., 2003.
6. И.Н.Пятницкая, – Наркология – М., “Медицина”, 1994.
7. М.Л. Рохлина, А.А. Козлов – Наркология – “Психиатрия”, 2001.
8. П.Д. Шабанов – Руководство по наркологии – СПб, “Лань”, 1998.

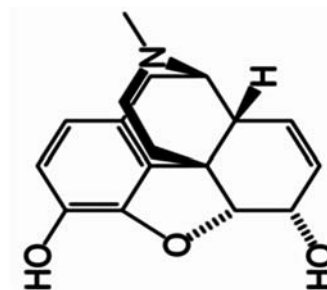
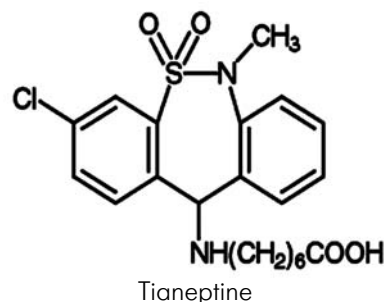
4.1.3 Особенности формирования зависимости от тianeптина (“Коаксила”)

Ю.Б. Шевцова, к.м.н., старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского” Росздрава

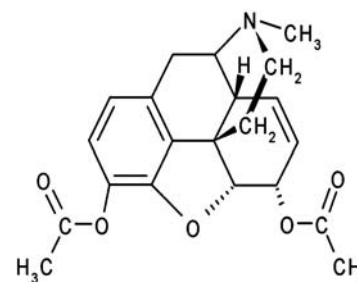
Химическая структура и название:

N-(3-chloro-6, 11-dihydro-6-methyldibenzo[c, f][1, 2]thiazepin-11-yl)-7-amino-heptanoic acid S, S-dioxide

Тианептин (“Коаксил”, “Stablon”) – антидепрессант из группы трициклических. Механизм действия связывают с повышением обратного нейронального захвата серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа. (В тоже время, при сравнении химических формул видно, что из всех ан-



Morphine



Heroin

тидепрессантов именно “Коаксил” наиболее сходен с морфином.)

Препарат повышает спонтанную активность пирамидальных клеток и увеличивает скорость их восстановления после функционального подавления. По характеру действия занимает промежуточное положение между седативными и стимулирующими антидепрессантами. Уменьшает соматические симптомы, положительно воздействует на нарушения характера и поведения у пациентов с хроническим алкоголизмом в период абстиненции. Тианептин не оказывает отрицательного влияния на память, сон, способность к концентрации внимания, а также не влияет на функции сердечно-сосудистой системы. Используется, как правило, в дозировке по 12,5 мг 2-3 раза в день. Препарат был апробирован в многочисленных клинических исследованиях и был признан абсолютно безопасным, он нашел широкое применение в наркологической практике у больных алкоголизмом и наркома-

ниями [3, 5, 6, 7]. В инструкции к “Коаксилу” (тианептину) отдельно указано, что препарат не вызывает привыкания.

Однако, начиная с 2005 года, стали появляться пациенты с зависимостью от этого лекарственного средства. В настоящей статье приведены обобщенные данные, основанные на наблюдении за больными наркоманией, которые обращались за амбулаторной и стационарной медицинской помощью в наркологическое отделение Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского с апреля 2005 г. по июнь 2007 г.

Об эйфоризирующем действии “Коаксила” (тианептина) часть больных узнала личным опытным путем и распространила эти сведения. Практикующие врачи наркологии сталкивались и ранее с тем фактом, что многие наркоманы, выяснив, какой из назначенных препаратов обладает антидепрессивным действием, начинали принимать его в увеличенных дозах в ожидании резкого повышения настроения. Однако до появления “Коаксила” другие антидепрессанты при приеме в большом количестве не производили желаемого эффекта, а напротив, давали совершенно неприятные ощущения. Примерно в начале 2005 г. в компьютерной сети “Интернет” на сайтах о наркотиках появилась информация о действии “Коаксила” и его широкой доступности. С

того времени практически каждый второй больной с зависимостью от опиоидов пробовал принимать тианептин. Это происходило, как правило, периодами разной длительности, перемежаясь с употреблением привычного наркотика. У 34 обследованных (из них 7 женщин) синдром зависимости от “Коаксила” отмечен в анамнезе. Обращение за лечением именно по поводу данной зависимости произошло в 11 случаях (из них 4 женщины). Подавляющее большинство больных употребляли периодически еще и кодеинсодержащие препараты (от 20 до 60 таблеток в сутки перорально).

Первичными мотивациями для употребления тианептина была гедонистическая и атарактическая (для тех, принимал наркотик для облегчения опиоидного абстинентного синдрома). Начальная доза составляла, как правило, от 5 до 10 таблеток в сутки, а через 2-4 недели регулярного употребления могла увеличиться до 40-50 и даже (в отдельных случаях) до 80 таблеток в сутки за 2-3-4 приема. Такое повышение доз было связано с быстрым развитием толерантности – специфической устойчивости к действию тианептина и потребности для получения эйфории применять таблетки во все возрастающем количестве. Около половины больных вводили себе внутривенно порошок из растолченных таблеток, разведенный водой.

Состояние интоксикации больные описывали следующим образом. Через 15-20 минут после приема порции таблеток или через 1-2 минуты после внутривенного введения раствора появлялись тепло и истома в теле, спокойствие, ровное хорошее настроение, желание приятно проводить время, общаться. Зрачки сужались, глаза приобретали блеск, кожа становилась теплой и сухой. Эйфория в начале употребления (в течение первых полутора месяцев) отличалась мощностью, было ощущение “плавания в радости”. Походка становилась шаткой, речь – смазанной, движения – затянутыми. Такое приятное состояние нравилось, к нему развивалось привыкание, а потом и стойкое желание повторять его снова и снова, тем более что “Коаксил” (тианептин) был легко доступен и продавался в каждом аптечном киоске.

При вынужденных перерывах более 12 часов приятные ощущения сменялись противоположными – тягостными, порой невыносимыми. Развивался синдром отмены, который требовал употребления новой дозы тианептина или же опиоидов. Этим и объяснялась кратность приема.

В первую фазу абстиненции (длительностью около 8-10 часов) начинали расширяться зрачки, дыхание становилось частым и поверхностным. Появлялись потливость, заложенность носа, повышение температуры тела, насильственная зевота, ощущение “мурашек” на коже, проходящих неприятными волнами на фоне чередования общего озноба с непродолжительными приливами жара. Аппетит полностью отсутствовал, появлялся кишечный дискомфорт. Больные становились тревожными, нетерпеливыми, все их внимание сосредотачивалось только на самих себе.

Через 24-36 часов симптоматика абстиненции усиливалась. Во второй фазе абстинентного синдрома возникала тошнота, многократный жидкий стул, схваткообразные боли в животе, учащение сердцебиений до 150 ударов в минуту, повышение артериального давления. Больные предъявляли жалобы на боли в мышцах и суставах ног, рук, позвоночнике. Боли в мышцах носили тянущий, подергивающий характер, в костях и суставах – выламывающий, крутящий. Болевой синдром отличался меньшей интенсивностью и большей длительностью, чем при отмене героина, волнообразным течением с непредсказуемыми ухудшениями в отличие от относительно предсказуемой героиновой абстиненции. Постоянно отмечались тревога, подавленность, двигательное беспокойство, невозможность посидеть на одном месте или полежать, а ночами – мучительная бессонница.

Дома такое состояние подстегивало к активному поиску наркотика или какого-либо вещества, способного заменить его, а в больнице приводило к постоянному выпрашиванию обезболивающих, снотворных средств, которые, однако, со слов больных, приносили лишь кратковременное облегчение. Пациенты часто просили сделать также “укольчик для настроения”, или “от тревоги”. Настроение оставалось постоянно сниженным, с придирчивостью, раздражительностью. Отмечались истероформные реакции с криками и слезами, особенно у женщин.

Через 4-5 дней под влиянием лечения описанные явления абстиненции постепенно стихали, но оставались жалобы на тревогу, тоску, неприятные ощущения давления в груди. Движения у больных были замедленными, “расслабленными”, а тонус мышц – вялым и сниженным.

Следующая волна расстройств (так называемое постабстинентное состояние) приходилась на 10-12 день, когда возобновлялись неусидчивость, тревога, обострялось влечение к наркотикам или к употреблению любого вещества, изменяющего сознание. Наблюдавшиеся никак не могли уснуть до 2-3 часов ночи, или же, заснув сразу с вечера, просыпались среди ночи то в поту, то с ознобом. В этот период они жаловались на боли в коленных суставах и пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Характер болей менялся: они становились ноющими, зудящими. Улучшение физического и психического состояния наступало к концу второй недели активного лечения.

В период отнятия от тианептина в психическом статусе больных выявлялись следующие нарушения. Патологическое влечение выражалось в виде постоянно присутствующих или приступообразно возникающих навязчивых мыслей, воспоминаний об употреблении “Коаксила” (тианептина) или опиоидов, а также ярких ночных сновидений со сценами употребления. Больные были раздражительны, повышено восприимчивы к минимальному дискомфорту, воспринимавшемуся каждый раз как стрессовая ситуация. Проявляли несдержанность, грубость к медицинскому персоналу, родственникам, а также преувеличенное внимание к своим недомоганиям. Настроение было переменчивым –

от нормального до сниженного с тоской. При изменениях погоды и атмосферного давления возникали головные боли распирающего характера.

При соматическом и неврологическом обследовании у пациентов обнаруживалась массивная патология внутренних органов. У большинства из них уровень гемоглобина крови был низким, СОЭ – высокой; в моче присутствовали соли – аморфные фосфаты, клетки почечного эпителия, лейкоциты. В биохимическом анализе крови уровень АЛТ, АСТ, гамма-ГТ превышал верхнюю границу нормы в 2-4 раза, что соответствовало токсическому гепатиту. Часто обнаруживались и антитела к вирусу гепатита С (у тех, кто ранее употреблял наркотики внутривенно). Электрокардиограмма выявляла наличие признаков миокардиодистрофии. Отмечались внезапные приступы сердцебиений (100-110 ударов в минуту) и колебания артериального давления – как в сторону повышения до 160/100 мм. рт. ст., так и в сторону снижения до 90/50 мм. рт. ст.

В заключениях электроэнцефалографического исследования определялись диффузные изменения биоэлектрической активности мозга органического характера с признаками дисфункции неспецифических срединных структур. Электроэнцефалограмма описывалась как дезорганизованная, с ослабленными зональными различиями, деформированным и редуцированным альфа-ритмом, вспышками заостренных полифазных волн. В заключениях рЭЭЭГ отмечалось, что кровенаполнение сосудов головного мозга снижено, тонус артерий изменен по дистоническому типу, имеется нарушение венозного оттока. В заключениях эхоэнцефалограммы обнаруживались признаки гидроцефалии, расширение желудочков головного мозга, большое количество дополнительных эхо-сигналов.

При лечении обращало на себя внимание то, что абстинентные расстройства вполне поддавались купированию средствами, которые традиционно применяются при героиновой наркомании. Ранее и другие исследователи [2] отмечали, что «клиника интоксикации и синдрома отмены “Коаксила” сходны в основных чертах с таковой при героиновой наркомании», указывали на положительный результат налоксонового теста при употреблении тианептина. Делался вывод, что «аддиктивный потенциал данного препарата опосредован не влиянием на серотонинэргическую нейромедиаторную систему мозга, а прямым антагонистическим взаимодействием с опиоидными рецепторами ЦНС».

В комплексных медикаментозных схемах использовались анальгетики, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты, снотворные, ноотропы, инъекции витаминных препаратов, гепатопротекторы, антагонисты опиоидных рецепторов. При активной терапии удавалось к середине третьей недели купировать большинство перечисленных выше расстройств, однако после выписки практически все пациенты из этой группы отказывались от приема назначенных врачом лекарств.

Установка на поддержание трезвого образа жизни в дальнейшем была весьма сомнительной, т.к. для самих больных прием таблеток, открыто продаваемых в аптеках, представлялся гораздо менее опасным, чем злоупотребление алкоголем или применение нелегальных наркотиков, вводимых внутривенно. Как ни странно, их родители также придерживались этого мнения и даже высказывали мысль, что в таком случае «нет проблем с милицией», «нет риска заразиться СПИДом».

При выписке из стационара всем пациентам был рекомендован отъезд в реабилитационный центр на срок не менее 6 месяцев или продолжение медикаментозного лечения и амбулаторное наблюдение. Несмотря на рекомендации, ни один из тех, кто проходил лечение, никуда не уехал, а в амбулаторной программе принимала участие примерно четверть пациентов, да и то не более 1,5 месяцев. Отказ от приема назначенных врачом медикаментов объяснялся крайне хаотическим образом жизни наблюдавшихся, эмоциональной неустойчивостью, “расслабленностью характера”, а вовсе не предубежденностью против фармакотерапии. Большинство через непродолжительное время возобновляли употребление “Коаксила” или опиоидов, т.к. ощущали тоску, доходящую до душевной боли, тревогу, общий непонятный физический дискомфорт. Отмечалась и церебрастеническая симптоматика: плохая переносимость жары и духоты, головные боли при перемене погоды, повышенная утомляемость. Периодически в вечернее время наблюдалось повышение бодрости, нервное возбуждение, нарушалось засыпание. Никто из наблюдавшихся не работал и не учился, практически все проживали на полном иждивении родственников.

Кроме описанных физических и психических расстройств, присущих средней стадии синдрома зависимости, у больных, употреблявших тианептин внутривенно, были отмечены следующие особенности. Несколько человек жаловались на специфическое ослабление зрения: выпадение полей зрения “кружочками”, небольшими участками. При осмотре окулиста отмечались очаговые изменения на глазном дне при нормальной остроте зрения и прозрачности сред. Кроме того, четверо больных имели гнойные воспаления верхних конечностей, начинавшиеся от мест инъекций, и распространявшиеся ниже, на дистальные отделы. Двоим пациентам – с умеренным воспалением – удалось оказать помощь в наркологическом отделении при лечении основного заболевания. У остальных двоих больных, несмотря на проводимую активную антибактериальную терапию, воспаление прогрессировало, и они были переведены в хирургическое отделение, где лечились уже по поводу гангрены.

Примечательно, что в 2007 году нам не встретилось ни одного наркомана, употреблявшего раствор “Коаксила” (тианептина) внутривенно. Все принимали его исключительно перорально (от 30 до 120 таблеток в сутки), и объяснение этому факту было следующее. Больные сообщили, что все в том

же Интернете появились сведения о развитии у наркоманов, вводивших раствор тianeптина внутривенно, гангрены верхних и нижних конечностей, а также о необратимой слепоте. Материалы сопровождалась цветными фотографиями воспаленных отежных рук и ног, а также багровых послеоперационных культей. Яркие зрительные стимулы подействовали на больных нарко-манией существенно лучше длительных разъяснений врачей о вреде немеди-цинского применения лекарственных средств.

Таким образом, при приеме “Коаксила” (тианептина) в больших дозах опийными наркоманами, несомненно, развивается психическая и физическая зависимость. Заболевание отличается прогрессиентностью, выраженностью и специфичностью психических расстройств, социальной дезадаптацией, перекрестной толерантностью с другими психоактивными веществами, прогрессированием коморбидных психических расстройств, соматическими осложнениями. Это классические признаки наркомании в понимании отече-ственных психиатров [1, 4].

Синдром зависимости от тianeптина точно соответствует всем крите-риям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. К ним относятся:

- неодолимое влечение к приему вещества;
- нарушение способности контролировать прием вещества;
- физиологическое состояние отмены, т.е. абстинентный синдром – специ-фический комплекс соматических, вегетативных и психических расстройств, возникающих при прекращении приема вещества;
- признаки толерантности, т.е. необходимость наращивать дозу вещества для получения желаемого эффекта; превышение первоначально действующей дозы вещества может быть в 10 и более раз без признаков передози-ровки и без летального исхода;
- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу упот-ребления вещества;
- продолжение употребления, несмотря на очевидные вредные последствия.

С учетом этих фактов, а также в связи с доступностью “Коаксила” (тианептина) в аптечной сети представляется весьма целесообразным введение строгого предметно-количественного контроля при назначении данного препарата и его отпуске в аптеках. Синдром зависимости от опиоидов яв-ляется однозначным противопоказанием для применения тianeптина, что следует четко отразить во вкладыше-инструкции и в справочниках лекар-ственных средств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. // Руководство по психиатрии под ред. Г.В. Морозова, том II. – Москва, “Медицина”, 1988. – С.169-217.

2. Крупицкий Е.М., Бураков А.М. Зависимость от “Коаксила”: сообще-ние о случае. – Журнал “Наркология” №1, 2007. – С.73-75.

3. Лобачева А.С., Кравченко С.Л., Агибалова Т.В., Басманов Т.Б. Клини-ческие аспекты использования “Коаксила” (тианептина) в наркологической практике. – Журнал “Вопросы наркологии” №2, 2005. – С.13-24.

4. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании. // Руководство по психиат-рии под ред. А.С. Тиганова, том II. – Москва, “Медицина”, 1999. – С.339-427.

5. Costa e Silva JA, Ruschel SI, Castano D & al: Placebo-controlled study of tianeptine in major depressive episodes. Neuropsychobiology 35/1: 24-29, 1997.

6. Daléry J, Dagens-Lafont V, De Bodinat C: Intérêt de la tianeptine dans le traitement des dépression majeures unipolaires récurrentes, et versus placebo sur 16 mois et demi de traitement. L'Encéphale XXIII/1: 56-64, 1997.

7. Cassano GB, Heinze G, Loo h & al: A double-blind comparison of tianeptine, imipramine and placebo in the treatment of major depressive episodes. Eur Psychiatry 11/5: 254-259, 1996 – Loo H, Saiz-Ruiz J, Costa-e Silva & al: Efficacy and safety of tianeptine in the treatment of depressive disorders in com-parison with fluoxetine. J Affective Disord 56/2-3: 109-118, 1999.

4.1.4 Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения “Коаксила” (тианептина) у больных с наркотической зависимостью

В.А. Ступин, д.м.н., проф., заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 Рос-сийского государственного медицинского университета;
И.С. Абрамов, д.м.н., проф., заместитель главного врача по хирургии ГУЗ “Город-ская клиническая больница имени О.М.Филатова №15” ДЗ г.Москвы;
С.В. Горюнов, к.м.н., доцент, заведующий отделением гнойной хирургии ГУЗ “Город-ская клиническая больница имени О.М.Филатова №15” ДЗ г.Москвы;
Д.А. Майтесян, к.м.н., заведующий отделением сосудистой хирургии ГУЗ “Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15” ДЗ г.Москвы;
Д.В. Васильков, врач-хирург отделения гнойной хирургии ГУЗ “Городская клиниче-ская больница имени О.М.Филатова №15” ДЗ г.Москвы;
Н.В.Каклюгин, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной пси-хиатрии имени В.П. Сербского” Росздрава, секретарь Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности обороны и правопорядка, врач-эпидемиолог, г. Москва.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения более 4% насе-ления планеты регулярно употребляют наркотики. Особенно остро стоит проб-лема наркомании в России, где в начале и середине 1990-х годов произошел

лавинообразный рост числа больных с наркотической зависимостью. В дальнейшем ситуация несколько стабилизировалась, но в последние два года количество людей, злоупотребляющих наркотическими веществами, стало заметно увеличиваться, что, по всей видимости, в немалой степени связано с широкой практикой использования относительно дешевых и доступных препаратов, первоначально предназначенных для терапевтических целей.

Проблема лечения последствий злоупотребления наркотическими веществами в России становится все более актуальной и с годами приобретает все новые краски. В настоящее время на наркологическом учете только в Москве состоит около 30 тыс. человек. Однако эти цифры недостоверно отражают реальную ситуацию в этой сфере. По данным заместителя начальника Управления ФСКН России по городу Москве В.С. Сорокина число жителей Москвы, хотя бы один раз употребивших наркотики, приближается к одному миллиону.

В последние два года столичные хирурги и в несколько меньшей степени хирурги других российских регионов столкнулись с большим количеством пациентов, с целью достижения состояния наркотического опьянения злоупотребляющих медицинскими препаратами, изначально не предназначенными для подобного применения. В том числе наркозависимые вводят их инъекционным путём, что резко ухудшает дальнейший прогноз и отягощает степень последствий от такого вида употребления. Наибольшую опасность в этом смысле в настоящее время представляет препарат “Коаксил” (тианептин). Он относится к группе антидепрессантов, предназначенных только для перорального применения. В обычных терапевтических дозировках препарат не проявляет наркотических и токсических свойств, являясь эффективным современным антидепрессантом, широко используемым в психиатрии и неврологии. В наркологии он применяется для лечения абстиненции у больных с наркотической зависимостью. Препарат содержит тианептин в форме натриевой соли. В экспериментальных исследованиях установлено, что тианептин повышает спонтанную активность пирамидных клеток гиппокампа и ускоряет их восстановление после функционального торможения, увеличивает обратный захват серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа. В клинических исследованиях установлено, что тианептин оказывает благоприятное влияние на пациентов с нарушениями настроения, что определяет его промежуточное положение между седативными и стимулирующими антидепрессантами. В клинической наркологии препарат применяется для лечения постабстинентных расстройств (синдром ангедонии) у больных с хроническим алкоголизмом и наркотической зависимостью.

Теоретически антидепрессант “Коаксил” (тианептин) при пероральном применении в среднетерапевтических дозировках (37,5 мг в сутки) абсолютно безвреден и не вызывает каких-либо клинически значимых побочных явлений и осложнений. Однако при помощи современных информационных

технологий о его способности вызывать наркотический эффект, подобный опиному, узнали молодые люди по всей стране и стали употреблять его с целью наркотизации. Таким образом, многие потребители наркотиков стали использовать этот медицинский препарат в качестве альтернативы опиному и другим наркотическим средствам, вводимым внутривенно. При этом, по мнению большинства опрошенных нами лиц, страдающих наркотической зависимостью, “Коаксил” имеет ряд преимуществ перед “уличными” наркотиками:

- всесторонняя доступность препарата;
- относительно низкая стоимость (200-350 руб. за 30 таблеток);
- возможность самостоятельно выбирать и изменять дозу вводимого вещества;
- простота приготовления действующего раствора для внутрисосудистого введения;
- эффективность наркотического опьянения, сравнимая с традиционными наркотиками.

Подобные “достоинства” препарата облегчают переход на него с других наркотиков, в связи с чем армия поклонников “Коаксила” регулярно увеличивается. При парентеральном приеме даже больших доз препарата продолжительность его наркотического действия сравнительно невелика, что требует многократного введения действующего вещества в течение дня. Последствия же таких ежедневных манипуляций, как выясняется, чрезвычайно тяжелы.

Технология приготовления раствора “Коаксила”(Тианептина) чрезвычайно проста. Оболочка таблеток смывается под проточной водой. Далее их растворяют в теплой кипяченой воде, а иногда и просто в воде из-под крана. Полученную жидкость, а точнее взвесь частиц, содержащих “Коаксил”, набирают в шприц и вводят в венозное, а иногда и артериальное русло.

Обращает на себя внимание тот факт, что у основной массы больных использующих препарат “Коаксил” с целью наркотического опьянения, рано или поздно развиваются тяжелые гнойно-некротические и сосудистые осложнения, протекающие, в большинстве своем атипично, нередко приводящие к инвалидизации, а в ряде случаев к летальному исходу. Между тем в отечественной и зарубежной медицинской литературе последних лет, данная проблема не получила достаточного освещения. Имеющиеся немногочисленные сообщения не дают всеобъемлющей и объективной оценки данного медицинского и социального феномена. Однако, учитывая участвовавшие случаи свободной реализации препарата из аптечных учреждений, в целях дополнительного контроля за его назначением и использованием, приказом Минздравсоцразвития России от 13 октября 2006 года №703 “О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 785" препарат "Коаксил" (тианептин) включен в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами. В соответствии с установленными требованиями "Коаксил" в настоящее время подлежит выписыванию врачами на специальном рецептурном бланке учетной формы № 148-1/у-88 (имеющем серию и номер) и подлежит особым условиям хранения и учета (запирающиеся шкафы, ведение журнала предметно-количественного учета).

Как бы то ни было, в стационар городской клинической больницы имени О.М. Филатова № 15 за последние два года было госпитализировано 147 больных с хирургическими осложнениями парентерального введения "Коаксила" (тианептина). В зависимости от нозологии осложнения больные поступали в гнойное, сосудистое или общехирургические отделения стационара. Необходимо отметить, что подобный контингент в настоящее время составляет 3-4% от общего числа больных, обратившихся за помощью в отделение гнойной хирургии. Их средний возраст составил 26,4 лет. Пациенты мужского пола составили 72,8%, женского – 27,2 %. Все больные страдали хронической наркоманией длительностью от 1 до 8 лет. Длительность инъекционного употребления "Коаксила" варьировала от одного месяца до полутора лет. Суточная дозировка колебалась от 30 (375 мг) до 240 (3000 мг) таблеток. Кратность введения достигала 5 раз в сутки. Гепатитом С были инфицированы 132 (89,8%) больных, гепатитом В – 14 (9,5%), гепатитом В и С одновременно – 11 (7,5%) больных. ВИЧ-инфицированность была выявлена у 5 (3,4%), и только 14 пациентов (9,5% от общего числа больных) по нашим данным не были инфицированы. Основная масса молодых людей происходила из благополучных, обеспеченных семей, а сами пациенты являлись студентами московских ВУЗов или имели постоянную работу.

В большинстве случаев "Коаксил" (тианептин) не являлся для наших пациентов первым препаратом, который больные использовали с целью наркотизации, однако он прочно замещал ранее употребляемые наркотические средства. В настоящее время нет единого мнения, развивается ли синдром зависимости от самого "Коаксила" или он является только средством, позволяющим снять абстинентный синдром у больных, имеющих зависимость от "традиционных" наркотических препаратов опиоидного ряда (героин, метадон, "Буторфанола тартрат" и др.), однако все же приблизительно у 8-10% больных он являлся первым или единственным из средств для наркотизации.

По нашим наблюдениям при парентеральном применении препарата "Коаксил" (тианептин) гнойно-некротические и сосудистые осложнения встречаются в значительно большем проценте случаев, нежели при использовании "традиционных" наркотических средств. Патогенез многих

осложнений от его приёма в высоких дозах инъекционным путем до конца не ясен. Данный феномен, по всей видимости, связан с совокупностью причин, включающих в себя физико-химические свойства самого препарата: тианептин плохо растворим в воде и представляет собой взвесь частиц препарата; высокие, токсические дозировки препарата, вводимые в сосудистое русло, по всей видимости, запускают механизмы развития гиперкоагуляционного синдрома. Приготовление и введение препарата в условиях далеких от асептических также может способствовать развитию осложнений.

Все осложнения, связанные с парентеральным введением "Коаксила" (тианептина), можно разделить на две большие, патогенетически связанные друг с другом группы: гнойно-некротические поражения мягких тканей (приложение к статье таблица № 1) и осложнения, связанные с первичным поражением сосудистого русла (приложение к статье таблица № 2). Суммарный процент различных осложнений в обеих таблицах составляет более 100%, так как 38 (25,8%) больных имели сочетание нескольких осложнений.

Все гнойно-некротические и септические осложнения, которые мы наблюдали у 89 больных, связаны с инъекциями "Коаксила", которые сами больные осуществляют внутривенно. Сначала используют подкожные вены верхних конечностей (кисти, предплечья, локтевой ямки). После развития флебита с последующей облитерацией этих вен повторные попытки внутривенного введения препарата приводят к его попаданию в паравазальную (околососудистую) клетчатку с развитием воспалительного процесса (инфильтрата) с последующим его нагноением. В виду невозможности дальнейшего инъецирования вен верхних конечностей больные прибегают к введению данного фармацевтического продукта в бедренные сосуды в области паховой складки. Ежедневные инъекции, нередко неудачные, травмируя бедренную вену и артерию, способствуют образованию массивных паравазальных гематом, которые без соответствующей стерильности используемых шприцев инфицируются и нагнаиваются.

Другой причиной возникновения гнойно-некротического процесса является внутримышечное введение приготовленного водного раствора "Коаксила" (тианептина) глубоко в мышцы бедра, ягодиц, голени. В результате не соответствующей стерильности используемых шприцов и иглоок, а также в результате повреждающего действия высоких концентраций самого препарата на фоне тяжелого физического истощения, резкого снижения функциональной активности всех физиологических систем и выраженного иммунодефицита происходит развитие обширных подкожных и межмышечных флегмон. У 18 (20,2%) больных развилась тяжелая анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция с обширным поражением мягких тканей в виде некротического фасциоцеллюлита и миозита (глава 6 рис. 1-2). У 62 (69,7%) больных развился сепсис, вызванный в основном золотистым стафилококком

и анаэробами. У 14 (22,6%) из этих больных сепсис был тяжелым, то есть протекал с явлениями полиорганной недостаточности.

Все больные с развитием постинъекционных абсцессов или флегмон нуждались в проведении срочной хирургической обработки гнойно-некротического очага. Площадь гнойно-воспалительного поражения тканей составила у различных пациентов от 50 до 1800 кв. см. У двух пациентов с анаэробной инфекцией нам пришлось выполнить ампутацию на уровне плеча (глава 6 рис. 3-5), в одном случае экзартикуляцию в плечевом суставе, ампутацию на уровне бедра и экзартикуляцию в тазобедренном суставе.

У 12 (8,2%) больных отмечались другие инфекционные очаги, связанные с внутрисосудистым применением наркотических препаратов, а именно: бактериальный эндокардит – у 3-х больных; пневмония – у 11 больных.

Постинъекционные осложнения, связанные с первичным повреждением венозного или артериального сосудистого русла после введения “Коаксила”, мы наблюдали у 69 больных.

При длительном употреблении наркотиков в связи с облитерацией подкожных вен последние становятся недоступными для внутривенных инфузий, в результате чего больные прибегают к регулярным инъекциям препарата в глубокие вены верхних и нижних конечностей. Острый постинъекционный тромбоз глубоких вен конечностей у больных с наркотической зависимостью в большинстве случаев протекает атипично и имеет клинические отличия от классического течения заболевания. При развитии илеофemorального тромбоза отек нижней конечности редко бывает выраженным. На стопе он может не отмечаться вовсе. В большинстве случаев отек сопровождается гиперемией и инфильтрацией кожи в области бедра и голени, ткани резко болезненны при пальпации. Максимальные воспалительные изменения тканей обычно локализуются в месте инъекций препарата (внутренняя поверхность бедра). Вышеуказанные местные изменения сопровождаются симптомами выраженной интоксикации в виде гипертермии до 38°C и выше, озноба, нарушения сна и аппетита, повышения лейкоцитов в периферической крови до 12 тыс. и выше, нейтрофилеза, что, по всей видимости, у наркоманов связано с участием инфекционных факторов в патогенезе тромботических осложнений. У ряда больных тромбоз глубоких вен сочетался с тромбофлебитом поверхностных вен. Ультразвуковое исследование также выявляет некоторые особенности экстремитов тромбоза глубоких вен, которые связаны с частым обнаружением распространенных паравазальных гипозогенных (жидкостных) структур и инфильтратов по ходу сосудов конечности. В данной ситуации становится необходимым исключение гнойного поражения тканей с развитием глубокой флегмоны конечности. Прицельная пункция данных жидкостных образований позволяет произвести аспирацию экссудата, который в большинстве случаев является серозно-геморрагическим. При бактериологическом исследовании рост микрофлоры обычно не отме-

чается. При оценке самого венозного тромба нами выявлено, что флотация тромба отмечается достаточно редко (1 больной), что, однако, не позволяет достоверно судить о низком риске тромбоэмболических осложнений, так как количество наблюдений таких больных является небольшим.

Под нашим наблюдением находилось 18 (26,1%) больных с острым илеофemorальным тромбозом и тромбозом глубоких вен голени. У 3-х больных после инъекций “Коаксила” в аксиллярную вену и вены плеча развился острый подключично-аксиллярный венозный тромбоз (синдром Педжета-Шреттера). Тромбофлебит поверхностных вен выявлен у 19 (27,5%) больных.

Консервативная терапия у больных с наркотической зависимостью при развившемся тромбозе глубоких вен имеет свои особенности ввиду необходимости назначения помимо антикоагулянтной и противовоспалительной терапии еще и антибактериальной терапии, что связано с высоким риском возникновения гнойно-некротических осложнений в мягких тканях пораженной конечности.

Регулярное введение препарата в крупные артерии конечностей, доступные к самостоятельным пункциям, приводит к формированию постинъекционных ложных аневризм. Патогенез данного осложнения связан с постоянным травмированием стенки артерии, в результате чего она резко истончается, подвергается травматической, а в последующем и инфекционной деструкции. В стенке артерии образуется дефект, через который кровь поступает в окружающие мягкие ткани. Таким образом, в местах инъекций появляются плотные болезненные образования округлой формы, возвышающиеся над поверхностью кожи. При отсутствии тромбоза в области ложной аневризмы можно определить отчетливую передаточную пульсацию, а при аускультации – систолический шум. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование позволяет верифицировать диагноз и является в настоящее время основным неинвазивным методом диагностики данного осложнения. Метод также позволяет провести дифференциальную диагностику ложной аневризмы с постинъекционным инфильтратом мягких тканей, лимфаденитом, абсцессом или флегмоной. При недостаточно ясной клинической картине, а также для уточнения характера и объема сосудистых повреждений выполняют ангиографию.

Развитие ложной аневризмы влечет за собой возникновение других жизнеугрожающих осложнений. К таковым относят нагноение аневризматического мешка и окружающих тканей, нередко приводящее к некрозу и перфорации кожи и эрозивному артериальному кровотечению; тромбоз артерии с возникновением острой артериальной недостаточности, которая при отсутствии или несвоевременности оказания специализированной хирургической помощи приводит к развитию гангрены конечности, при которой возможна только высокая ампутация или даже экзартикуляция конечности.

Под нашим наблюдением находилось 14 (20,3%) больных с ложными постинъекционными артериальными аневризмами, связанными с введением

“Коаксила”. Аневризма в области поверхностной бедренной артерии развилась у 6 больных, в области общей бедренной артерии – у 3-х больных, в области плечевой артерии – у 3-х больных, в области артерий предплечья – у 2-х больных. У 12 из этих больных имелось нагноение аневризматического мешка и окружающих тканей с развитием глубокой межмышечной флегмоны. С клиникой эрозивного артериального кровотечения поступили 11 (15,9%) больных. У 3-х больных превалировали признаки острой артериальной недостаточности I-IIIa степени. С неосложненной ложной аневризмой госпитализировано только два пациента. У большинства пациентов отмечалась комбинация гнойно-некротических и ишемических осложнений конечности.

При развитии эрозивного артериального кровотечения больные нуждались в экстренной специализированной хирургической помощи. В остальных случаях оперативные вмешательства выполнялись в срочном или плановом порядке с участием сосудистого и гнойного хирурга. Объем оперативного вмешательства при ложной аневризме зависит от локализации процесса, характера и распространенности поражения артерий, распространенности гнойно-некротического процесса мягких тканей и степени ишемии конечности. В большинстве случаев требовался неординарный подход к осуществлению сосудистой реконструкции, позволяющей сохранить жизнеспособность и функциональную активность конечности. В зависимости от тяжести и патологической анатомии выше указанных изменений выполнены следующие виды оперативных вмешательств: перевязка наружной подвздошной или общей бедренной артерии, иссечение аневризмы, экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование аутовеной или армированным сосудистым протезом “Gore-tex” – у 7 больных; перевязка плечевой артерии, удаление аневризмы, аутовенозное плече-локтевое шунтирование – у 3-х больных; перевязка наружной подвздошной артерии – у 1 больной; перевязка поверхностной бедренной артерии – у 2-х больных, перевязка плечевой артерии – у 1 больного. У всех больных с нагноением ложной аневризмы и развитием флегмоны проводилась хирургическая обработка гнойно-некротического очага с возможно более полным удалением всех нежизнеспособных тканей. Рану после операции вели открыто. У 5 больных после разрешения местных воспалительных изменений выполнили кожную пластику местными тканями. У одной больной после перевязки наружной подвздошной артерии по поводу эрозивного кровотечения, сочетающейся с анаэробной флегмоной бедра, сепсисом и ВИЧ-инфекцией пришлось произвести экзартикуляцию конечности в тазобедренном суставе. У 1 больного после перевязки бедренной артерии в связи с развитием гангрены конечности произведена ампутация на уровне нижней трети бедра.

У 7 (10,1%) больных при случайном или преднамеренном введении раствора “Коаксила” в крупные артерии верхней или нижней конечности развился острый артериальный тромбоз. У 4-х из них произведена тромбэк-

томия. Остальные пациенты поступили с тяжелыми необратимыми ишемическими изменениями тканей, которые впоследствии привели к развитию гангрены верхней или нижней конечности, что потребовало у 4 из них проведения высокой ампутации (глава 6 рис. 6).

К счастью столь трагичное течение заболевания, заканчивающееся высокой ампутацией или экзартикуляцией конечности, происходит не у всех больных. Основное число пациентов относится к группе больных с микроциркуляторными расстройствами кровообращения, приводящими к локальным гангренозно-ишемическим поражениям в виде поверхностных дерматонекрозов, ишемических язв и “малых” гангреноз фаланг или пальцев. Под нашим наблюдением находилось 29 (42,0%) таких больных. Подобные осложнения могут развиваться как после внутривенного, так и после внутриартериального введения “Коаксила” (тианептина). Механизм развития необратимых микроциркуляторных нарушений до конца не совсем ясен. По всей видимости, высокие токсические дозировки препарата повреждают эндотелий мелких кровеносных сосудов, причем в основном поражаются сосуды, расположенные в коже. Данное повреждение приводит к развитию тромбозов в мелких артериях и венах с последующим развитием зоны кожного некроза той или иной распространенности. Максимальные гангренозно-ишемические изменения обычно возникают в месте введения препарата (глава 6 рис. 7) или в дистальных отделах конечности (пальцы кистей, стоп), что наблюдается чаще (глава 6 рис. 8). Объем и глубина поражения тканей напрямую связаны с дозой вводимого препарата и частотой его введения.

Как видно из приведенного выше клинического материала большинство осложнений после парентерального введения “Коаксила” потенциально опасны не только здоровью, но и для жизни пациентов. В нашей практике мы столкнулись с двумя (1,4%) случаями, которые завершились летальным исходом. В одном случае мы наблюдали 27-летнего пациента, у которого развился синдром Педжета-Шреттера, тотальная анаэробная флегмона верхней конечности, потребовавшая экзартикуляции конечности в плечевом суставе. В другом случае – 23-летняя пациентка с анаэробной флегмоной бедра и двухсторонней пневмонией. Причиной смерти обоих больных явилась полиорганная недостаточность на фоне тяжелого сепсиса.

По нашим данным парентеральное применение “Коаксила” намного чаще приводит к развитию инвалидизирующих осложнений у молодых людей с наркотической зависимостью по сравнению с другими веществами. Об этом свидетельствует ниже приведенная статистика о количестве ампутаций и экзартикуляций конечностей только за последние два года:

- ампутация на уровне плеча – 4 (2,7%),
- ампутация на уровне предплечья – 1 (0,7%)
- экзартикуляция в плечевом суставе – 1 (0,7%),
- ампутация на уровне бедра – 4 (2,7%),

- экзартикуляция в тазобедренном суставе – 2 (1,4%),
- ампутация и экзартикуляция пальцев кисти – 12 (8,2%).

В общей сложности высокую ампутацию или экзартикуляцию конечности пришлось произвести 12 (8,2%) из 147 больных, средний возраст которых составил 24,2 года.

Лечение больных с наркотической зависимостью представляет собой значительные трудности для медицинского персонала хирургических стационаров. У данной группы пациентов в значительной степени выражена деградация личности и связанная с нею социальная дезадаптация. Подобные больные отличаются лабильной, неустойчивой психикой, требуют к себе повышенного внимания, не самокритичны, не осознают тяжесть своего заболевания и развившихся осложнений, недисциплинированы, имеют очень низкий порог болевой чувствительности, настаивают на частом применении обезболивающих препаратов, в том числе и наркотических анальгетиков.

У больных с длительным стажем употребления наркотических средств четко прослеживается выраженное стремление к прерванной наркотизации. Патологическое влечение к наркотическим веществам, в этом случае к приему “Коаксила” (тианептина), выражено настолько интенсивно, что больные стремятся как можно быстрее закончить стационарное лечение и продолжить инъекционное потребление препарата в высоких дозах. У большинства пациентов серьезные хирургические осложнения, связанные с использованием “Коаксила”, только на время способны отвлечь их от продолжения прерванной наркотизации. Значительная часть больных, не закончив необходимого курса лечения, отказывается от дальнейшего пребывания в стационаре и под расписку или самовольно покидает его. Дальнейшая судьба таких больных не ясна, однако не вызывает сомнения факт, что основной мотив оставления стационара – необходимость беспрепятственного продолжения наркотизации. Нередки случаи, когда пациенты повторно поступают в стационар с тем же или новым осложнением после парентерального введения “Коаксила” (тианептина).

Госпитализация больного с наркотической зависимостью в неспециализированный стационар не позволяет изолировать его от поставщиков препарата (аптечных работников), в связи с чем отмечаются случаи применения наркотиков в стенах клиники. Естественно, что в подобных условиях медицинскому персоналу качественно проконтролировать молодых людей и предотвратить факт немедицинского приема препарата практически невозможно. Так одна из наших пациенток, находившаяся на лечении с острым илеофemorальным тромбозом и обширной межмышечной флегмоной голени после введения раствора “Коаксила” в глубокую вену бедра, на 11-ые сутки нахождения в стационаре самостоятельно ввела себе в подключичный катетер раствор из 30 таблеток “Коаксила”. У больной развился коллапс и оста-

новка дыхания. Только срочные реанимационные мероприятия позволили вернуть 27-летнюю пациентку к жизни.

В нашей практике встречались случаи последовательных госпитализаций нескольких больных из одного двора, с одного курса института и даже одного класса со схожими осложнениями после введения “Коаксила”. Данный факт говорит о том, что большинство молодых людей, употребляющих этот медицинский препарат парентерально, хорошо информированы о высокой вероятности развития тяжелых инвалидизирующих, иногда фатальных осложнений, тем не менее живой пример друзей, однокурсников или одноклассников не позволяет прекратить прием этого вещества. В большинстве случаев страх развития осложнений уступает навязчивому желанию продолжать наркотизацию. Одним из подобных примеров является следующий случай, который мы наблюдали в своей практике. У 17-летней пациентки нам пришлось произвести ампутацию верхней конечности в средней трети плеча по поводу гангрены кисти и предплечья, развившейся после введения “Коаксила” в артерию плеча. Через 3 месяца к нам поступила еще одна 17-летняя больная, хорошо знавшая о судьбе своей подруги-одноклассницы, с клиникой сухой гангрены пальцев кисти после введения того же “Коаксила”.

Во всех вышеприведенных случаях речь шла только о поступивших в хирургический стационар. Кроме того, на протяжении последних лет к нам поступают пациенты с осложнениями от парентерального введения “Коаксила”, которые либо не нуждались в стационарном лечении или отказывались от госпитализации и предложенной программы лечения. Эта группа составила 110 больных, которые поступали в приемное отделение со следующим диагнозом:

- постинъекционный инфильтрат – 23 (20,9%),
- флебит поверхностных вен – 20 (18,2%),
- тромбоз глубоких вен – 3 (2,7%),
- абсцессы и флегмоны – 55 (50,0%),
- острый артериальный тромбоз – 2 (1,8%),
- гангрена пальцев кисти – 5 (4,5%),
- гангрена верхней конечности – 2 (1,8%).

Значительная часть этих больных (38,2%) с флегмонами и абсцессами различной локализации и распространенности прооперирована амбулаторно. Судьба большинства больных получивших консультативную или амбулаторную хирургическую помощь нам неизвестна. В случае госпитализации части этих больных статистика по количеству ампутаций конечностей и летальности, вероятно, была бы еще более удручающей, нежели она есть на данный момент.

Таким образом, парентеральное применение “Коаксила” (тианептина) с целью получения наркотического опьянения сопровождается частыми гнойно-

некротическими, септическими и сосудистыми осложнениями, которые нередко влекут за собой непоправимые последствия, служат причиной инвалидизации, а иногда и смерти больных. Медицинская и социальная значимость данного факта велика. Основная мера по профилактике данных осложнений лежит в сфере борьбы с наркоманией и распространением наркотиков и медицинских препаратов схожего действия в среде молодых людей с наркотической зависимостью.

Приложение
Таблица № 1.
Структура нозологий и количество гнойно-некротических осложнений после инъекций "Коаксила" (тианептина).

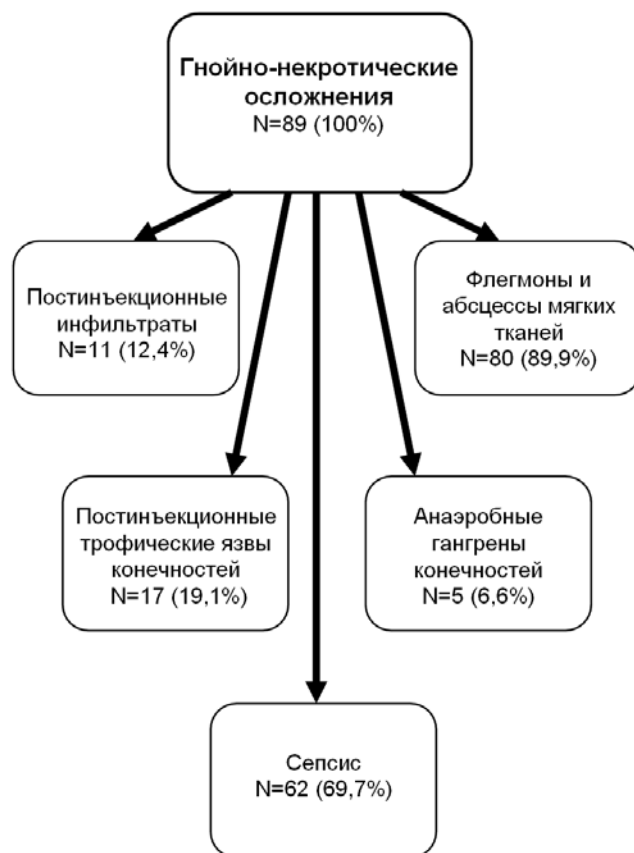
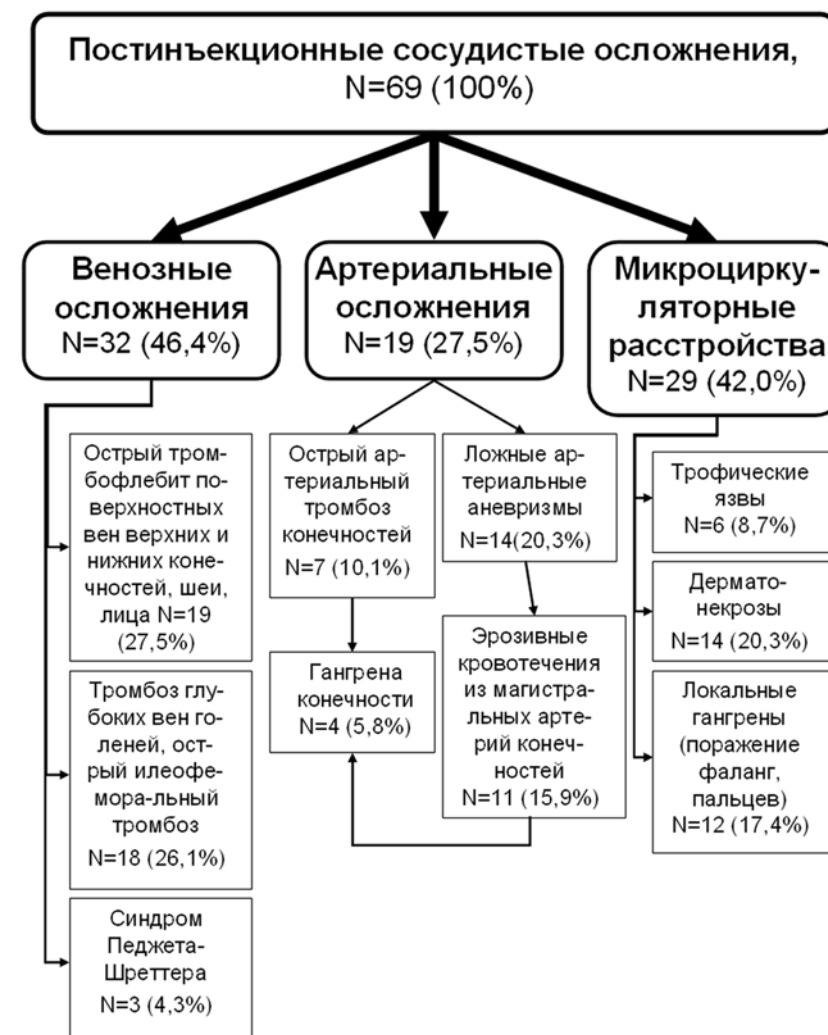


Таблица № 2.
Структура нозологий и количество сосудистых осложнений после инъекций "Коаксила" (тианептина)



4.1.5 Токсическое поражение органа зрения у инъекционных потребителей "Коаксила" (тианептина)

А.А. Рябцева, д.м.н., профессор, руководитель офтальмологического отделения ГУ "Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф.Владимирского (МОНКИ)" Министерства здравоохранения Московской области (МЗ МО), главный офтальмолог МЗ МО, г. Москва;
Ю.Н. Бардеева, м.н.с. офтальмологического отделения МОНКИ МЗ МО, г. Москва.

В настоящей работе представлены клинические данные по оценке ситуации, связанной с последствиями употребления в высоких дозировках антидепрессанта "Коаксил" (тианептин) в молодежной среде. В основу легли данные обследования органа зрения, включающие показатели зрительных функций, состояние глазного дна, которое характеризуется быстрым нарастанием сосудистых нарушений и в дальнейшем необратимой потерей зрения.

В нашей клинике накоплена информация, представляющая определенный интерес для медицинских специалистов различного профиля. В конце 2006 года нами было сделано сообщение на эту же тему для участников Всероссийской школы офтальмологов, описывающее подобные неординарные случаи из нашей повседневной практики. При этом мы не ожидали такого внимания к данной проблеме со стороны практикующих офтальмологов. На тот момент казалось, что это очень специфическая информация, не являющаяся значимой для коллег. Но в процессе дискуссии стало понятно, что практически во всех регионах России работа с такого рода пациентами проводится уже не один год и представленные нами материалы оказались востребованными в медицинской среде.

Проблема токсического повреждения глаз в настоящее время, к сожалению, является актуальной, и характеризуется полиморфизмом проявлений, тяжестью течения заболевания, наличием полиорганных соматических осложнений, отсутствием желаемого положительного результата в результате лечения. Увеличение количества лиц с данной патологией имеет прямую корреляционную зависимость от прогрессирующего роста наркомании и токсикомании в стране, многообразия химических компонентов, доступных в повседневной жизни, отсутствием соблюдения техники безопасности и санитарно-эпидемиологического контроля на производстве и в быту при изготовлении растворов тех или иных фармацевтических средств. В современной литературе описаны побочные действия ряда медицинских препаратов, применяемых при лечении различных заболеваний. Особую позицию занимают лекарственные вещества, применяемые с целью психосоматической коррекции.

В офтальмологическом отделении МОНКИ им. М.Ф. Владимирского наблюдались 9 пациентов, страдающих наркоманией в течение нескольких лет. Клиника поражения органа зрения возникла и быстро прогрессировала на фоне инъекционного употребления в высоких дозах с целью наркотизации современного фармацевтического препарата "Коаксил" (тианептин). Жалобы, течение заболевания, изменения на глазном дне, сопутствующая соматическая патология имели настолько сходные и чрезвычайно тяжелые для всего организма проявления, что нами было принято решение подробно описать эти случаи и опубликовать их в специализированной литературе, посвященной актуальным вопросам российской наркологии.

Как известно, "Коаксил" (тианептин), выпускаемый фирмой "Сервье" (Франция), относится к антидепрессантам нового поколения и обычно назначается внутрь в дозировке 12,5 мг 3 раза в сутки. Препарат выпускается в упаковке по 30 таблеток, до последнего времени продавался без рецепта и являлся доступным для всех желающих. В терапевтической практике его рекомендуется применять в течение длительного времени. Показания: лечение депрессивных состояний слабой, средней и сильной степени тяжести. Противопоказания: одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), детский и подростковый возраст до 15 лет. Отмена препарата производится постепенно, со снижением дозы в течение 7-14 дней.

Пациенты обращались к нам с жалобами на выраженное снижение зрения в одном глазу в течение последних дней, предшествовавших обращению к офтальмологу. В процессе сбора анамнеза выяснялось, что эти лица страдали наркотической зависимостью от 1,5 до 2,8 лет (со слов самих пациентов и их родственников), проходили соответствующее лечение в наркологических стационарах. Прием "Коаксила" (тианептина) ими в среднем был начат за 1,5-3 месяца до выявления снижения зрения. Употребление препарата происходило следующим образом: приобретенные в аптеке без рецепта таблетки в количестве от 30 до 100 штук извлекались из упаковки, измельчались до состояния порошка, заливались кипятком, и полученный раствор делился на 3 части. Затем после его охлаждения вводился дробно внутривенно в течение суток. У одного пациента, злоупотребляющего "Коаксилом" в количестве 100 таблеток за один прием, изменения зрения развились довольно быстро – в течение 1,5 месяцев уже после первой дозы. У других пациентов, обратившихся за помощью, применение среднесуточной дозировки в размере 30 таблеток приводило к необратимому поражению органа зрения через 3 месяца от начала систематического употребления.

Следует отметить, что действие препарата при его инъекционном введении в таком количестве по степени выраженности наркотического эффекта приравнивалось потребителями к однократной инъекции 0,1 грамма водного раствора героина, однако продолжительность наркотического эффекта "Коаксила" была несколько короче. При этом простота его приобретения (пак-

тически в любом аптечном учреждении и без рецепта) и более низкая цена в сравнении с таковой у героина являлись факторами, определяющими выбор данного антидепрессанта в качестве оптимального наркотического средства. Однако в прилагаемой инструкции по применению данного препарата ни слова не сказано о его способности вызывать привыкание в какой бы то ни было дозировке.

При обследовании пациентов нами были выявлены серьезные нарушения в функционировании зрительного анализатора. Поскольку обнаруженные симптомы практически идентичны у всех пациентов, обратившихся к нам за помощью, считаем возможным в данной работе не описывать каждый клинический случай подробно, а остановиться на наиболее типичных проявлениях токсического поражения органа зрения данным медицинским препаратом.

Пациент М., 1973 года рождения (г.р.), стаж употребления наркотических средств (со слов родственников) 1,5-2 года. Прошел курс лечения в одном из наркологических стационаров г. Москвы. Предъявляет жалобы на резкое снижение зрения в обоих глазах, невозможность чтения.

Из анамнеза: вводил “Коаксил” внутривенно в течение 1,5 месяцев. После очередной инъекции внезапно ухудшилось самочувствие: появились затрудненное дыхание, нарушение сердечного ритма, тремор рук, спутанность сознания. Был вынужден обратиться к специалисту-наркологу, который направил его на стационарное лечение. В условиях стационара проводилась дезинтоксикационная терапия с коррекцией соматического статуса. На 5-6 день пребывания в наркологическом учреждении отметил снижение зрения сначала на один, а в течение следующих суток и на второй глаз. Осмотрен окулистом в стационаре, с диагнозом “Двухсторонний тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС)”, направлен для оказания специализированной помощи в офтальмологическое отделение МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского (глава 6 рис. 9,10).

Пациент В., 1978 г.р., страдает наркотической зависимостью (со слов родственников) около 2-х лет. В связи с этим неоднократно проходил лечение в наркологических клиниках. Вводит инъекционным путем “Коаксил” около 3-х месяцев. Снижение зрения на одном глазу произошло очень быстро, в течение одного дня. Через 5-6 дней почувствовал ухудшение зрения и на левом глазу, после чего сразу же обратился в одну из московских клиник, где был поставлен диагноз – тромбозомболия центральной артерии сетчатки (ЦАС) правого глаза. После этого был направлен на лечение по месту жительства (глава 6 рис. 11, 12).

Результаты обследования двух пациентов были схожими, с разницей в том, что у пациента В. изменения на момент осмотра в правом глазу не затронули фовеальный отдел сетчатки. В поле зрения определялось множество относительных и абсолютных скотом, с преобладанием первых при первичном обращении и с тенденцией к концентрическому сужению спустя 1-2 мес. При био-

микроскопии эпibuльбарной конъюнктивы наблюдалось некоторое расширение вен, неравномерность кровотока с тенденцией к внутрисосудистому стазу – так называемый “сладж”-синдром. Оптические среды без изменений.

Основные патологические изменения на глазном дне:

1. Диск зрительного нерва (ДЗН) – отмечалась легкая деколорация в начале и выраженная через 1-2 месяца.

2. Вены сетчатки резко расширены, петлеобразно извиты, темного цвета, по ходу вен множественные плазмо- и геморрагии, особенно в местах артериовенозных перекрестов.

3. Артерии сужены, особенно концевые капилляры, стенки их утолщены, прослеживаются “муфты”.

4. Сетчатка с элементами отека, картиной микротромбозов венозного и артериального русла, множественными интравитреальными геморрагиями по всему глазному дну при максимальных проявлениях в макулярной и парамаккулярной зонах. Локализация изменений в парамаккулярной зоне объясняла относительно “высокое” зрение в остром периоде и его снижение по мере развития фиброзных изменений, несмотря на обширный комплекс проводимых лечебных мероприятий.

Электрофизиологические исследования (ЭФИ) определили выраженное снижение электрической чувствительности (высокий порог) и лабильности (снижение показателя) зрительного нерва, что свидетельствует о резко выраженном снижении возбудимости и проводимости зрительного нерва (ЗН).

	Пациент М.	Пациент В.
OD (левый глаз)	186 мкА / 27 Гц	330 мкА / 27 Гц
OS (правый глаз)	185 мкА / 29 Гц	145 мкА / 26 Гц

При оценке психосоматического статуса установлено, что больные находились в состоянии возбуждения с характерными изменениями личности. На момент обращения в нашу клинику регулярно наблюдались аритмии, незначительные колебания артериального давления, головные боли.

Пациентам проводилась активная комплексная терапия по следующей схеме:

1) Дезинтоксикационное воздействие с применением плазмофереза (гемосорбции);

2) Сосудистое лечение с коррекцией реологических свойств крови (внутривенно гемодез 400,0 мл; реополиглюкин 400,0 мл, трентал внутривенно 5,0 мл, аскорбиновая кислота внутримышечно 5,0 мл, мильгамма 2,0 мл и др.);

3) Местное противовоспалительное, противоотечное лечение (р/б дексазон 0,5 мл с гепарином 0,1 мл, эмоксипин 1%-0,5 мл., контрикал 0,3 мл);

4) Антигистаминные препараты: внутримышечно супрастин 2,0 мл.

Несмотря на проведение мощного дезинтоксикационного воздействия с применением плазмозереза, сосудистую терапию с коррекцией реологических свойств крови, местное противовоспалительное и противоотечное лечение, достичь положительного результата, к сожалению, не удалось, то есть развивались необратимые изменения с потерей зрения.

Более того, по мере стихания острого процесса повреждения сетчатки и зрительного нерва при токсическом воздействии с одной стороны, и действием сосудистого фактора с развитием микротромбозов в венозном и артериальном русле на фоне гиперагрегации с другой, мы наблюдали прогрессирование атрофии ЗН и развитие необратимых фиброзных изменений сетчатки.

Необходимо отметить, что проведение лечения осложнялось особенностями поведения больных. Изначально скрывались данные наркоанамнеза и намеренно занижались сроки инъекционного употребления “Коаксила” (тианептина). Поведение больных было тревожно-мнительным с истерическим компонентом. В частности, для них было характерно требование “вернуть зрение”, в случае неудачи некоторые из них угрожали завершить жизнь суицидом. Например, пациент М. от госпитализации отказался, на параболбарные и другие инъекции реагировал негативно, курс дезинтоксикации прошел в наркологической клинике, где квалифицированная офтальмологическая помощь была ограничена. Пациент В., несмотря на предупреждения, во время лечения в нашем отделении продолжал внутривенно употреблять “Коаксил”, что явилось причиной его досрочной выписки из стационара. К сожалению, по описанным выше причинам мы не можем предоставить научному сообществу полную картину изменений органа зрения у этих больных в динамике.

Однако двое других пациентов с подобной проблемой обратились в нашу клинику через 5-6 месяцев от начала систематического внутривенного употребления “Коаксила” и спустя 2-3 месяца от начала снижения зрения. Данный препарат употреблялся ими ежедневно в среднесуточной дозе от 60 до 100 таблеток до появления жалоб на снижение зрения. Перед обращением в офтальмологическое отделение МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского симптоматическое лечение проводилось по месту жительства совместно с токсикологами.

У пациента О., 1981 г.р., при обращении:

VIS OD (правый глаз) – неправильная светопроекция; ВГД 31 мм. рт. ст. по Маклакову;

VIS OS (левый глаз) – правильная светопроекция; ВГД 29 мм. рт. ст. по Маклакову.

При осмотре отмечены наличие рубеоза радужки и угла передней камеры, с развитием тотального гемофтальма (наличие крови в стекловидном теле, сетчатке и др.) в обоих глазах. Этому пациенту была проведена транскли-

арная витрэктомия с одномоментной антиглаукоматозным компонентом на лучшем глазу без положительного эффекта.

У пациента С., 1976 г. р., при обращении:

VIS OD – 0,2 н/к; ВГД 19 мм. рт. ст. по Маклакову;

VIS OS – 0,08 н/к; ВГД 19 мм. рт. ст. по Маклакову.

В поле зрения выявлены секторальные выпадения, с преобладанием абсолютных скотом (необратимых выпадений поля зрения). Передний отрезок не изменен, при гониоскопии новообразованных сосудов не выявлено, среды прозрачны.

На глазном дне наряду с множественными геморрагиями, отеком макулы выявлены значительная деколорация ДЗН с развитием выраженной неоваскуляризации, то есть с появлением многочисленных новообразованных функционально неполноценных сосудов. Обращали на себя внимание нарушения проходимости как мелких, так и магистральных сосудов сетчатки, явления венозного стаза, что подтверждается данными флюоресцентной ангиографии, где выявлено значительное замедление и нарушение кровотока в сосудистой оболочке и сосудах сетчатки, обширные неперфузируемые зоны, развитие неоваскуляризации с экстравазальным (внесосудистым) выходом флюоресцеина. (глава 6 рис. 13-18). Это явилось показанием к выполнению панретинальной лазерной коагуляции.

Таким образом, нами в клинической практике выявлены многочисленные случаи токсического воздействия на орган зрения препарата “Коаксил” (тианептин) у лиц, злоупотребляющих в прошлом наркотическими средствами, так называемыми “уличными” опиатами, впоследствии перешедших на инъекционное потребление в высоких дозировках этого изначально позиционируемого в качестве эффективного антидепрессанта лекарственного средства. Тяжесть поражения органа зрения, легкая доступность препарата, неоднократные обращения пациентов с типичными изменениями на глазном дне и характерным течением болезни позволяют предположить вероятность появления аналогичных случаев в клинической практике врачей различной специализации и в других регионах страны. В связи с этим мы посчитали целесообразным поделиться своими наблюдениями, принимая во внимание актуальность проблемы нарко- и токсикомании во всем мире.

Подводя итог данному материалу, необходимо еще раз отметить, что поражение органа зрения при инъекционном употреблении “Коаксила” (тианептина), особенно в больших дозах, неизбежно ведет к необратимым изменениям. К сожалению, пришедшие к нам за помощью пациенты сделали это слишком поздно – зрение было безвозвратно потеряно. В итоге современные молодые люди: в большинстве случаев интеллектуально сохранные, начитанные, работоспособные, в достаточной степени владеющие освоенными специальностями, компьютерной грамотностью, становились абсолютно беспомощными и неприспособленными к новому вынужденному “слепому”

образу жизни. Некоторые раскаивались, чувствуя заботу близких людей и вину перед ними. Готовы были прибегнуть к помощи самых последних, самых современных медицинских технологий и за любые деньги. Но, к сожалению, на сегодняшний день даже весь арсенал медикаментозных средств и медицинских технологий не позволяет вернуть зрение при столь тяжелых последствиях от приема этого медицинского препарата. Значительного улучшения не может дать ни лекарственная терапия, ни даже современное микрохирургическое оперативное вмешательство с использованием современных технологий (лазеры, витреальная хирургия и пр.).

По нашему мнению, последствия для организма потребителя, вызванные немедицинским использованием “Коаксила” (тианептина), требуют принятия со стороны соответствующих надзорных государственных органов и служб определенных мер, способных резко ограничить возможность свободной продажи этого лекарственного средства, часто используемого абсолютно не по назначению врача. До настоящего времени, несмотря на то, что данный медицинский препарат приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в феврале 2007 года внесен в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, его по-прежнему можно приобрести в том числе в Москве и Подмоскowie без предъявления соответствующего рецептурного бланка. И новые пациенты, приходящие в офтальмологические, хирургические и наркологические стационары – тому свидетельство.

4.2 Синдром зависимости от приёма кодеинсодержащих препаратов и последствия злоупотребления ими с точки зрения врача-клинициста

4.2.1 “Терпинкод”. О клинике и терапии кодеиновой зависимости

М.В. Дёмина, д.м.н., руководитель отделения реабилитации детей и лиц молодого возраста ФГУ “Национальный научный центр (ННЦ) наркологии” Росздрава.

Практический опыт отечественной наркологии свидетельствует о постоянных изменениях в клинических проявлениях, типах течения и масштабах распространения опиоидной наркомании. О возможности развития наркотической зависимости от кодеина известно еще с 1930-х годов – после неудачных попыток использовать его для пресловутой “заместительной терапии” морфинизма. В СССР в 1970-80 г.г. “кодеин-ноксироновая” наркомания имела довольно значительное распространение (И.Н. Пятницкая, 1976). “Героино-вая экспансия” 1994-2001 годов в России её фактически оттеснила, однако в последние два года явно наметилась её новая волна. На стационарное лечение стало поступать всё больше больных, злоупотребляющих весьма редкими до того опиоидными соединениями – противокашлевыми лекарственными препаратами, содержащими кодеин. Определенный рост кодеиновой аддикции, также вызванной “легальными” противокашлевыми медикаментами сейчас отмечен и за рубежом (Banbery J., Wolff K., Raistrick D., Канада, 2000; Hastier P., Buckley M-J., Peten E., США, 2000; Kitabayashi Y., Ueda H., Narumoto J., Япония, 2000).

Материал и методы исследования. Нами были изучены 23 больных (все мужчины) в возрасте от 20 до 28 (в среднем $23,4 \pm 1,5$) лет, поступавших на лечение в клинику Национального научного центра наркологии Росздрава (ННЦН) в 2003-2005 г.г. по поводу зависимости, вызванной злоупотреблением содержащими кодеин медикаментами (“Терпинкод”, “Коделак”). Основным методом исследования был клинико-психопатологический с последующим катamnестическим наблюдением. Катamnестические данные до 18 месяцев получены на 10 пациентов. Формализованные оценки (в баллах) тяжести патологического влечения и отношения к болезни и лечению проводились по разработанным в ННЦН Росздрава шкалам (Винникова М.А., 2001; Дёмина М.В., 2003; 2004; Чирко В.В. и др., 2005). Лекарственный препарат “Терпинкод” выпускается фармакологической промышленностью в

форме таблеток, содержащих кодеина 8 мг, терпингидрата 0,25 г, натрия гидрокарбоната 0,25 г, в упаковке по 10 или 20 таблеток. Фармакологическое действие: противокашлевое, отхаркивающее, угнетает возбудимость кашлевого центра, разжижает мокроту. Рекомендуемые терапевтические дозы: внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день

Результаты исследования показали, что развитие, синдромологическая структура и течение кокаиновой зависимости (КЗ) обнаруживают ряд существенных особенностей, отличающих её от “традиционных” для современной России форм опиоидной наркомании.

Особенности формирования:

1. Наличие психической патологии среди ближайших родственников.

Согласно анамнестическим данным в большинстве случаев имеется психическая патология среди ближайших родственников разной нозологической принадлежности и тяжести.

2. Не было отмечено ни одного случая развития КЗ как первичной зависимости. В большинстве случаев инициальная, первичная зависимость была героиновой, у одного больного – от “Трамала”, у двоих – от алкоголя.

3. Течение инициальной (первичной) зависимости (героин, “Трамал”, алкоголь) относительно “мягкое”, “благоприятное”: средняя толерантность, умеренно выраженные абстинентные расстройства, часто переживаемые без медицинской помощи, отсутствие токсических реакций (передозировок), длительные спонтанные ремиссии, сохранная трудовая и социальная адаптация, отсутствие криминальных эпизодов.

Осознанное влечение к героину, хотя и возникшее уже после первых 3-4 эпизодов приёма и ставшее постоянным, не достигало мощи сверхценной всепоглощающей охваченности. Больные говорили, что желание удовольствия не заставляло “терять голову”. Изначальный психофизический эффект представлял некое “сбалансированное сочетание внутреннего спокойствия и хорошей общей активности”. Приём героина у большинства больных осуществлялся интраназально, 1-2 раза в неделю. Внутривенное введение аналогичной частоты отмечено у 8 больных. Толерантность к героину, как правило, не превышала 0,3-0,5 г. Симптомы лишения появлялись в среднем через 6-9 месяцев систематического приёма и выражались умеренными дистимическими реакциями, повышенной раздражительностью. Вегетативные и болевые симптомы ограничивались умеренными “ломящими” миалгиями, легко снимавшимися инъекциями “Трамала”. Нередко отмечались спонтанные перерывы потребления наркотика на 6-12 месяцев. Несмотря на длительный приём наркотических веществ, лишь у 5 пациентов ранее возникала – ввиду развития наркотической усталости – необходимость в наркологической помощи. При алкоголизме имело место массивное постоянное злоупотребление напит-

ками с низким процентным содержанием этанола – пивом или коктейлями. Продолжительность инициальной зависимости составляла не менее 3 лет, а у 4 пациентов – до 7 лет.

4. Госпитализация в большинстве случаев была первичной, несмотря на длительный (до 8 лет) опыт приёма психоактивных веществ (ПАВ). У 18 человек госпитализация по поводу КЗ была первой за весь период их наркотической биографии. Большинство больных до момента обращения сохраняли работоспособность и социальную адаптацию. Непосредственным поводом для обращения в клинику было развитие состояний наркотической усталости и/или давление родственников. Продолжительность КЗ к моменту первого обращения составила у 11 больных до 1,5 лет, у 9 – 0,5-1 года и лишь у 3 от 2 до 6 месяцев.

Личностные особенности исследованных больных представляли собой сочетание умеренно выраженного, обусловленного дисгармоническим воспитанием, психического инфантилизма, черт неустойчивости и подчиняемости. Глубина характерологических сдвигов не достигала уровня сколько-нибудь заметной акцентуации.

Паттерны приёма:

1. Только пероральный приём.

2. Постоянный, 1-2 приёма в день, с одинаковой толерантностью. 14 больных практиковали ежедневное потребление до 480 мг (60 таблеток) в виде однократного (как исключение, дважды в день) в течение последних 6-10 месяцев до обращения.

3. **Перебегающий:** 3-4 недели приёма “Терпинкода”, затем несколько дней приёма героина или “Терпинкода” в большей (1,5-2 кратной) дозе. Так 7 больных осуществляли приём таким образом: 4-5 дней по 30-40 таблеток, затем 3-4 дня – до 60-80 таблеток “Терпинкода” 1 раз в день. Больные иногда чередовали приём и героина и “Терпинкода”: по 2-4 недели перорально “Терпинкод” в дозе 60-80 иногда 100 таблеток, затем 2-7 дней внутривенно героин в дозе 0,5-0,7 г.

4. **Сочетанный** – одновременный или с разрывом в 1-3 часа приём “Терпинкода” и алкоголя. Как правило, алкоголь принимался в виде низкоконцентрированных напитков – пива или алкогольсодержащих коктейлей – в среднем около 3-4 литров в день, “Терпинкод” от 20 до 100 таблеток в зависимости от финансовой возможности потребителя. Других сочетаний в наших наблюдениях не встретилось.

Особенности толерантности:

1. Несмотря на сформированную в прошлом героиновую зависимость, практически у всех больных можно отметить *этап эпизодического приёма* (от 1-2 месяцев до 1 года).

2. Рост толерантности к кодеину в среднем в 4-6 раз. Все больные сообщали, что начинали с употребления 10-20 таблеток в сутки, но на момент госпитализации толерантность в среднем составляла 60-80 таблеток, отмечены отдельные эксцессы до 100 таблеток. То есть можно предположить, что кодеин если и имеет перекрёстную толерантность с другими опиоидными производными, то не в столь жёсткой закономерности.

3. Мотивами приёма больные называли: *легальность, дешевизну, простоту приобретения*. Однако при всей очевидности, это вызывает сомнения, т.к. с ростом дозировок до 60-80 таблеток цены на “Терпинкод” и героин становятся сравнимыми. Больные, практикующие перемежающийся приём “Терпинкода” и героина, не испытывали трудностей в приобретении последнего, но продолжали употребление первого. Можно предположить, что на фоне имеющейся у данной когорты больных сниженной реактивности, “Терпинкод” переносится больными легче, чем героин.

Особенности интоксикации:

1. *Непосредственный психофизический эффект* пациенты оценивают как более грубый, слабый и короткий, чем у героина.

2. *Вызываемый эффект от 480 мг (60 таблеток) эквивалентен 0,5 г героина.*

3. *Одновременный приём алкоголя и “Терпинкода” вызывает состояния тяжёлого одурманивания по типу рауша, отравления даже у лиц с имеющейся высокой толерантностью к обоим агентам.* Отмечены эпилептиформные припадки.

Особенности абстинентного синдрома:

1. *Достоверно большая продолжительность (до 21 дня).*

2. *Двухфазность абстинентного синдрома.* Первая фаза сопровождается алгическим (болевым) синдромом, субъективно и клинически напоминающим героиновый. Субъективное отношение к боли выраженное, напоминает таковое при героиновой зависимости (ГЗ). Продолжительность 1 фазы 5-7 дней. Следует отметить, что применение “Трамала” в терапевтической дозе в отличие от ГЗ не полностью купирует данную симптоматику. В отличие от ГЗ, в первые 5-7 дней ведущим, сквозным клиническим признаком является астеническая симптоматика. Она отличается значительным полиморфизмом, но типичными всегда были трудность концентрации внимания, замедление восприятия, эмоциональная лабильность, повышенная ранимость, гиперестезия. Глубина астенических нарушений определялась тяжестью предшествующей наркотической интоксикации. Выраженность астении достигает состояния спутанности, астенического субступора, больные часто не помнят первые дни нахождения в клинике, иногда производят впечатление слабых, однако в отличие от психоорганического синдрома отсутствует недержание аффекта и данные нарушения обратимы.

3. *Выраженные, стойкие миалгии икроножных мышц, мышц ступни во втором периоде (7-21 день).* Это один из облигатных признаков кодеиновой зависимости. Однако субъективное отношение к данному симптому существенно более спокойное, чем к алгическим проявлениям в первом периоде абстинентного синдрома. Применение в этот период нестероидных противовоспалительных препаратов, ненаркотических анальгетиков продемонстрировало их малую эффективность. Вопрос морфологической сущности алгических проявлений второй фазы абстинентного синдрома КЗ, а, следовательно, и терапии в настоящее время остаётся открытым.

4. *Отмечено снижение памяти.* Это первое, что привлекло внимание, когда на лечение стали поступать больные кодеиновой зависимостью. На момент поступления состояние памяти и интеллекта не соответствовало полученному образованию, больные не могли сообщить подробности как недавних событий, так и более отдалённых, на большую часть вопросов отвечали “не помню” при явной заинтересованности в беседе, то есть демонстрировали грубые нарушения памяти при достаточной физической сохранности. Тогда встал вопрос – насколько стойки выявленные нарушения памяти. Состояние памяти исследовалось несколько раз в течение одной госпитализации клинически и при помощи психологических тестов. С уверенностью можно сказать, что через 2-3 недели все параметры восстанавливаются. Скорее всего, выраженные нарушения памяти в первые дни лечения обуславливаются состоянием астении.

5. *Патологическое влечение стойкое,* но исчерпывается идеаторным компонентом. Аффективный “базис” влечения был не ярким. Обращал на себя внимание “повествовательный”, “констатирующий” тон сообщений больных об имеющихся у них “постоянных воспоминаниях” о наркотике. Их поведение при этом оставалось корректным – попыток реализации влечения они не предпринимали. Такое патологическое влечение скорее напоминало “тлеющий торфяник”, как будто внешне и незаметный, когда болото может даже покрыться льдом, но всегда способно прорваться пожаром из глубины.

6. *Поведенческие нарушения не выражены.* Все больные КЗ были малозаметны в отделении, соблюдали режим, выполняли все назначения, не пытались сократить сроки лечения, однако общаться почему-то предпочитали с пациентами, страдающими наркотической зависимостью со слабыми установками на лечение.

7. *Аффективные нарушения также не занимали большого места в клинической картине.* Были представлены тоскливо-апатическими, ангедоническими компонентами, тревожно-ипохондрическими включениями. В большинстве случаев в первые дни лечения астения сочеталась с депрессией типа *unlust*, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими переживаниями. В последующем преобладал общий гипотимический эмоциональный фон с амнезией некоторых событий начального периода пребывания в клинике.

8. Вегетативные компоненты абстинентного синдрома в целом **выражены незначительно**, но **сохраняются достаточно долго и устойчивы к терапии**. Они начинали более заметно выступать по мере сглаживания тяжёлых астенических расстройств, – по выходе из астенической заторможенности. К 5-6 дню пребывания в стационаре больные начинали более определённо говорить об эпизодически возникающих ощущениях озноба, головокружениях, головных болях, тошноте, диспепсических расстройствах. Эти ощущения были кратковременными, но повторялись по несколько раз в день на протяжении полутора-двух недель.

9. Отношение к болезни представлено признанием факта болезни, но **недооценкой её вреда**. Больные считали, что поскольку осуществляли прием наркотика внутрь, а не внутривенно, то нет риска заболевания гепатитом или СПИДом. И, несмотря на то, что не отказывались лечиться, установки на сохранение трезвости в будущем были несколько аморфны. Возможности терапевтического сотрудничества в целом были достаточно высоки. Больные КЗ, в отличие от пациентов, страдающих ГЗ, продолжали проявлять заинтересованность в лечении и по завершении острых абстинентных расстройств. Это выглядело неким контрастом с заявлениями больных о “незначительной тяжести” их болезни. Катамнестические сведения показали меньшую, чем у больных ГЗ, частоту отказов от назначенного лечения антагонистами опиатов. Из 10 исследованных больных лишь 4 прекратили приём налтрексона-гидрохлорида в первые два-три месяца.

В качестве иллюстрации можно привести следующее наблюдение.

Больной В., 1977 г.р. находился на лечении в ННЦН с 16.02.2004 г. по 05.04.2004 г.

Диагноз: Опиная (кодеиновая) зависимость.

Дед больного по матери злоупотреблял алкоголем, в последние 25 лет – полная трезвость. Бабушка по матери в терминальной стадии опухолевого заболевания совершала необъяснимые поступки, высказывала идеи преследования. Мать больного в период соматической болезни испытывала депрессию, по рекомендации психиатра принимала “Ксанакс”. Двоюродный брат отца больного – азартный игрок, эпизодически принимает наркотики. Пациент – первый из троих детей в семье, братья здоровы. Беременность и роды без патологии, в раннем возрасте развивался правильно, воспитывался в обстановке гиперопёки, “бабушка баловала” до 12 лет. Посещал детский сад, был послушным, общительным, к 7 годам самостоятельно выучился читать. В возрасте 8 лет перенёс грипп, в течение недели сохранялась фебрильная температура, и в вечернее время испытывал зрительные и слуховые обманы. Был осмотрен психиатром, но диагноз психоза был исключён. Учился с хорошей успеваемостью до 9 класса, затем несколько хуже, но тоже успешно. В подростковом возрасте был общительным, дома

часто собирались компании сверстников, однако лидером не был. После окончания средней школы по примеру одноклассников поступил на экономический факультет педагогического института. Интерес к учёбе не испытывал, однако завершил полный курс обучения. После окончания высшего учебного заведения длительное время не мог найти работу, сменил несколько не связанных с полученным образованием мест работы. В последние три года работает дизайнером в рекламной фирме.

В 9 классе (16 лет) – первые пробы психоактивных веществ: алкоголя, анаши, кетамина. В 17 лет после одновременного приёма анаши и алкоголя испытывал депрессивное состояние в течение нескольких дней. С 20 лет начал употреблять героин, длительное время сохранялся эпизодический характер приёма. Признаки лишения, возникшие через год, исчерпывались насморком, ознобом, вспышками раздражительности. В 22 года несколько дней лечился в институте им. Склифосовского, проводилась гемосорбция. В дальнейшем было несколько эпизодов приёма героина. В 22,5-23,5 лет употреблял алкоголь, быстро сформировались запои по 3 дня через 3 дня. Тolerантность 0,5-0,7 литра водки в сутки. С 23,5 лет начал прием “Терпинкода”. Первоначально по 10-20 таблеток в сутки, в дальнейшем в течение 6 месяцев толерантность росла и к моменту поступления стала составлять 60-80 таблеток ежедневно. За три недели до поступления стал снижать дозу “Терпинкода” и принимать метадон “с целью избавления от зависимости”. Последний приём “Терпинкода” вечером накануне поступления.

Сомато-неврологическое состояние. Правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы серовато-бледной окраски, влажные. В области кубитальных вен следы уплотнений от старых инъекций. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги. Зрачки равновеликие, реакции на свет сохранены, аккомодация вялая. Сухожильные рефлексы симметричны, брюшные угнетены. Расстройств чувствительности, менингеальных знаков нет. В позе Ромберга устойчив, координационные пробы выполняет.

Психическое состояние. Ориентирован в месте, времени и окружающем правильно. Держится неуверенно, замкнут, психомоторно заторможен, не проявляет инициативы в беседе. Речь хорошо артикулирована, негромкая. С трудом концентрирует внимание, не сразу отвечает на вопросы, не может дать развёрнутых ответов, затрудняется в описании своих переживаний, путается в датах жизни и этапах болезни. Предъявляет жалобы на общую слабость, разбитость, подавленность, эпизодически возникающие боли в суставах, озноб, головную боль. Своё настроение оценивает как “очень безрадостное, апатическое”. Критика к болезни формальная, однако выражает желание “пройти полный курс лечения”. В отделении освоился к концу первой недели пребывания, стал охотнее общаться

ся с лечащим врачом, с больными, выполнять задания психолога. Длительное время сохранялись жалобы на боли в икроножных мышцах, сниженный фон настроения.

Была проведена инфузионная дезинтоксикационная терапия с применением апропина ("Контрикала") в дозе 30.000 антитрипсиновых единиц и 0,4% раствора налоксона-гидрохлорида по 1 мл подкожно в течение 3 дней, общеукрепляющее лечение с применением витаминов и ноотропов, психофармакотерапия с использованием "Хлорпротиксена", "Тиапридала" и "Леривона", индивидуальная и групповая психотерапия.

В процессе лечения состояние больного улучшилось, сгладился гипотимический фон настроения, улучшился сон, больной стал активнее и живее. Отношение к болезни стало менее "отчуждающим": охотнее обсуждал с врачом основные проявления влечения, признавал необходимость его длительной коррекции с помощью лекарств. Однако вред наркомании оценивал как "очень небольшой": «поскольку принимал кодеин внутрь, то опасности гепатита и СПИДа нет, а ломки не такие страшные, как при героине». Выписан в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации по поддерживающему лечению ("Налтрексон", "Леривон").

Особенности терапии:

1. **Достаточно низкая эффективность** традиционно применяемых препаратов – *"Трамала"* и *"Клофелина"*, нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования алгических и вегетативных проявлений. Больные продолжали жаловаться на боли, которые носили упорный, выраженный характер. Вегетативный компонент также плохо купировался.

2. **Относительно удачное применение спазмолитиков и бензодиазепинов**, *"Контрикала"*, *"Циннаризина"*, *наллоксона*.

Обсуждение результатов.

Разумеется, результаты наших наблюдений следует рассматривать лишь как предварительные. Тем не менее, выявленные особенности развития и течения патологического процесса, а также патофизиологии стержневых синдромов заставляют обратить внимание на проблему существования "мягких" форм наркотической зависимости. До настоящего времени взгляды на течение наркомании традиционно ограничиваются рамками так называемой "нисходящей" теории. Согласно последней, наркомания протекает фатально злокачественно, быстро приводя либо к смерти, либо к тюрьме, либо к психической инвалидности.

Вопрос об особенностях психической, соматической и неврологической патологии в связи с потреблением "слабых" ПАВ приобретает всё возрастающую практическую значимость в последние годы. Это связано с ростом алкоголизма, вызванного злоупотреблением пива, слабоалкогольных

коктейлей и зависимости от "нетяжёлых" наркотиков. На примере больных КЗ можно достаточно четко проследить особенности стержневых синдромов, общие для всех указанных вариантов зависимости. В большинстве случаев течение КЗ можно охарактеризовать как относительно благоприятное. Больные сохраняли социальную адаптацию. Стационарный паттерн потребления, медленный рост толерантности, сохраняющаяся изначальная картина "сбалансированного" психофизического действия обуславливали длительное отсутствие "наркотической усталости". Само обращение к кодеину, хотя и имело субъективное обоснование как выбора более доступного и легального вещества, вероятно, также было определено более глубокими причинами. Оно являлось неким "логическим следствием" уже имеющейся патогенетической предрасположенности к "сглаженному" варианту патологического влечения. По-видимому, сверхценное симптомообразование, лежащее в основе патологического влечения, не всегда реализуется по принципу "всё или ничего", а имеет и мягкие переходные варианты. Однако, "мягкое" патологическое влечение отнюдь не является залогом благоприятного течения синдрома лишения. Здесь можно видеть обратную закономерность. Абстинентный синдром при КЗ отличается длительностью, волнообразным течением и значительной резистентностью к терапии. Болевые и вегетативные компоненты возникают не сразу, как при героиновой зависимости, а длительное время находятся за "фасадом" тяжёлого астенического субступора. Тяжесть болевых и вегетативных расстройств во многом даже превосходит таковые при лишении "традиционных" опиатов. Вследствие этого при лечении больных КЗ отмечается довольно низкая эффективность традиционно применяемых препаратов – *"Трамала"* и *"Клофелина"*. Больные продолжали жаловаться на боли, которые носили упорный, интермиттирующий характер. Вегетативный компонент также плохо поддавался лечению теми же препаратами. Гораздо больший эффект давала инфузионная терапия с использованием *"Апропина"* (*"Контрикала"*) и введения антагониста опиатов *наллоксона*. Сюда же следует добавить и значительные токсические поражения: панкреатиты, полинейропатии, энцефалопатии. Это было особенно заметно у больных, осуществлявших комбинированный приём *"Терпинкода"* и низко концентрированных алкогольных напитков. Течение болезни у них было непрерывно-прогредиентным – с быстрым нарастанием органического слабоумия.

Подобные закономерности можно отметить и в клинике алкоголизма, вызванного злоупотреблением слабо концентрированных напитков. В структуре абстинентного синдрома также преобладают аментивноподобные расстройства, явления психомоторной заторможенности, деперсонализационные и амнестические картины. Они как бы предваряют собой дальнейшее развитие психоорганического снижения. В этой же связи следует вспомнить и особенности синдрома лишения никотина: очень длительное существование субъективно тягостных интермиттирующих

вегетативных пароксизмов, сопровождающихся выраженными дистимическими реакциями.

Таким образом, “вялотекущая” зависимость от “слабых” наркотиков несёт опасность тяжёлых органических поражений: соматических, неврологических и психических, требующих разработки новых терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Винникова М.А. //Вопросы наркологии, 2001, № 2, с. 20-27.
2. Дёмина М.В.. //Наркология, – 2003, № 6. – с. 14-18.
3. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л., – Медицина, 1976, 344 с.
4. Чирко В.В., Дёмина М.В. “Очерки клинической наркологии”. – М. – “Медпрактика-М”, – 2002, 240 с.
5. Чирко В.В., Винникова М.А., Дёмина М.В., Баринов А.М. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией. //Методические указания. М., 2005, 16 с.
6. Banbery J., Wolff K., Raistrick D. Dihydrocodeine: a useful tool in the detoxification of methadone-maintained patients. //J. Subst. Abuse Treat., 2000, 19, 3, 301-305.
7. Hastier P., Buckley M-J., Peten E., Demuth N., Dumas R., Demarquay J-F., Caroli-Bosc F-X., Delmont J-P. A new source of drug-induced acute pancreatitis: codeine. //Am. J. Gastroenterol. 2000, 95, 11, 3295-3298.
8. Kitabayashi Y., Ueda H., Narumoto J., Kita H., Nakamura K., Tsuchida H., Tani N., Fukui K. [A case study of BRON (cough suppressant) tablet dependence – its social psychiatric and biological aspects]. //Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2000 Oct; 35 (5): 295-305 (Реф. “Медлайн, 2000”).

4.2.2 О зависимости от лекарственных средств, содержащих кодеин

Ю.Б. Шевцова, к.м.н., старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского” Росздрава.

Опубликовано в журнале “Наркология”, №6, 2007 год, с. 68-70.

Кодеин является одним из нескольких активных алколоидов, содержащихся в опийном маке. Он обладает успокаивающим, обезболивающим, закреп-

ляющим, противокашлевым свойствами и в течение многих десятилетий находит применение в медицине. К наиболее распространенным на отечественном фармацевтическом рынке кодеин-содержащим препаратам относятся: “Терпинкод”, “Коделак”, “Седал-М”, “Тетралгин”, “Седалгин-Нео”, “Нурофен-Плюс” и некоторые другие. В данной статье приведены обобщенные данные, основанные на наблюдении за больными, злоупотребляющими подобными средствами, которые обращались за наркологической помощью в наркологическое отделение Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) им. В.П.Сербского с декабря 2004 года по март 2007 года (69 человек).

В 2005 г. из всех больных опийной наркоманией, поступивших на лечение, от 16 до 20% использовали с целью одурманивания кодеинсодержащие препараты. Как правило, это происходило периодами по несколько дней при вынужденных перерывах в употреблении героина. По сути, тогда речь шла о так называемом викарном, т.е. заместительном, наркотизме – действие кодеинсодержащих лекарственных средств успешно заменяло героиновую интоксикацию.

В 2006 г. ситуация с больными опийной наркоманией коренным образом изменилась: уже практически каждый наркоман с данным видом зависимости был знаком с действием таблетированных форм кодеинсодержащих препаратов. Кроме того, в 2006 году появились пациенты, для которых прием указанных средств был первичным, т.е. приему таблеток с целью достижения эйфории не предшествовало злоупотребление никаким другим психоактивным веществом (ПАВ). У этих больных по сравнению с остальными опийными наркоманами присутствовали следующие отличительные особенности. Отмечалось более раннее начало употребления ПАВ (в среднем, 14 лет по сравнению с 17 годами у “чистых” опийных наркоманов), наличие у родственников и у самих пациентов психической патологии пограничного уровня. Обследуемые чаще всего имели незаконченное среднее образование, проживали на иждивении у родственников, ни разу не привлекались к уголовной ответственности, хотя вели асоциальный образ жизни.

Начальной мотивацией для употребления кодеинсодержащих лекарств была гедонистическая (для тех больных, кто начал злоупотребление именно с них) и атарактическая (для тех, принимал наркотик для облегчения опийного абстинентного синдрома).

Кодеинсодержащие препараты с целью достижения приятных ощущений применялись в разных количествах. Начальная доза составляла, как правило, от 2 до 5 таблеток в сутки, а через 2-3 месяца регулярного употребления могла увеличиться до 40-50 и даже (в отдельных случаях) до 120 таблеток в сутки за 2-3-4 приема. Такое повышение доз было связано с быстрым развитием толерантности – специфической устойчивости к действию кодеина и

потребности для получения эйфории применять таблетки во все возрастающем количестве.

Состояние кодеиновой интоксикации больные описывали следующим образом. Через 20-30 минут после приема порции таблеток появлялись: тепло и истома в теле, спокойствие, ровное хорошее настроение, лень и желание полежать – если срок приема таблеток составлял около месяца. Если же срок употребления был более 1 месяца, то повышалась активность, возникало желание заниматься текущими делами. Зрачки сужались, глаза приобретали блеск, кожа становилась теплой и сухой. Такое приятное состояние нравилось, к нему развивалось привыкание, а потом и стойкое желание повторять его снова и снова, тем более, что кодеинсодержащие препараты всегда были легко доступными.

Однако постепенно больные обнаруживали, что при вынужденных перерывах более 12-24 часов приятные ощущения сменялись противоположными – тягостными, порой невыносимыми. Развивался синдром отмены, терпеть который в домашних условиях не было никакой возможности. За стационарной наркологической помощью больные обращались именно для купирования этих расстройств. В случаях первичной кодеиновой зависимости синдром отмены развивался спустя 2-4 недели ежедневного злоупотребления. Когда же приему кодеин-содержащих средств предшествовала опийная наркомания, признаки абстиненции проявлялись в более короткие сроки.

В первую фазу абстиненции (длительностью около 8-10 часов) начинали расширяться зрачки, дыхание становилось частым и поверхностным. Появлялись потливость, заложенность носа и обильные водянистые выделения из носа, повышение температуры тела, насильственная зевота, ощущение “мурашек” на коже, проходящих неприятными волнами на фоне чередования общего озноба с непродолжительными приливами жара. Аппетит полностью отсутствовал, появлялся кишечный дискомфорт. Больные становились раздражительными, нетерпеливыми, все их внимание сосредотачивалось только на самих себе.

Через 24-36 часов симптоматика абстиненции усиливалась. Во второй фазе абстинентного синдрома возникала тошнота, могла отмечаться рвота, многократный жидкий стул, схваткообразные боли в животе, учащения сердцебиений до 150 ударов в минуту, повышение артериального давления, непроизвольные спастические сокращения мышц рук и ног. Больные активно, настойчиво, предъявляли жалобы на разнообразные боли. Попытки перевести беседу в другое русло, приободрить, отвлечь их оказывались безуспешными. Боли в мышцах носили тянущий, подергивающий характер, в костях и суставах – выламывающий, крутящий. Болевой синдром отличался большей длительностью, чем при отмене героина, волнообразным течением, дополнительно осложняясь и головными болями. Появлялись тревога, двигательное

беспокойство, невозможность посидеть на одном месте или полежать, а ночами – мучительная бессонница.

Дома такое состояние подстегивало активный поиск наркотика или хоть какого-либо вещества, заменяющего его, в больнице – постоянное выпрашивание обезболивающих и снотворных средств, которые, однако, со слов больных, не приносили никакого облегчения. Лицо застывало, словно маска, со смешанным выражением страдания и недовольства. Настроение оставалось постоянно сниженным, с придирчивостью, раздражительностью. Пациенты затевали конфликты по разным мелким бытовым поводам, стремясь сбросить растущее и гнетущее их нервное напряжение.

Наиболее тяжело проходили первые 6-8 дней (это на 2-3 суток дольше, чем при отмене героина), потом под влиянием лечения описанные явления абстиненции постепенно стихали, но не проходили до конца. Даже в дни “мнимого благополучия” (на 9-е – 12-е сутки) наряду с удовлетворительным состоянием днем и относительно спокойным сном ночью в вечернее время больные продолжали жаловаться на легкое “подламывание”, т.е. на неопределенные неприятные ощущения в костях конечностей, в позвоночнике.

Следующая волна расстройств (так называемое постабстинентное состояние) приходилась на конец второй недели, когда вновь усиливались боли, возобновлялись неусидчивость, тревога, резко обострялось влечение к наркотикам или к употреблению любого вещества, обезболивающего или изменяющего сознание. Наблюдавшиеся никак не могли уснуть до 2-3 часов ночи, или же, заснув сразу с вечера, просыпались среди ночи то в горячем поту, то с ознобом. В этот период они жаловались на боли в коленных, локтевых, плечевых суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Характер болей менялся: они становились ноющими, зудящими. Улучшение наступало не ранее третьей недели активного лечения.

В психическом состоянии больных выявлялись следующие нарушения. Патологическое влечение к употреблению кодеинсодержащих препаратов выражалось в виде постоянно присутствующих или приступообразно возникающих навязчивых мыслей, воспоминаний об употреблении таблеток, а также ярких ночных сновидений со сценами употребления. Больные были раздражительны, повышено восприимчивы к минимальному дискомфорту, воспринимавшемуся каждый раз как стрессовая ситуация. Проявляли несдержанность, грубость к медицинскому персоналу, родственникам, а также преувеличенное внимание к своим недомоганиям. Настроение было резко переменчивым, от радости и неоправданных надежд на легкое и полное выздоровление до безнадежности и бесперспективности жизни вообще и лечения в частности. При изменениях погоды и атмосферного давления возникали головные боли распирающего характера.

Отличительной особенностью психических расстройств в период отмены кодеинсодержащих препаратов были нарушения памяти по типу фиксацион-

ной амнезии, не встречавшиеся нам ни при каких других видах наркомании. Со вторых суток абстиненции и примерно до конца второй недели больные забывали мелкие детали происходящего с ними, не ориентировались во времени (могли назвать точно только год, в лучшем случае – месяц); по много раз подходили с одними и теми же просьбами, в отделении рассказывали другим пациентам одни и те же истории, не могли запомнить имена соседей по палате, по утрам забывали суть вчерашних вечерних разговоров с родственниками, просмотренные накануне фильмы. Память постепенно восстанавливалась к концу третьей недели активной психофармакотерапии.

Даже при скрининговом обследовании обнаруживалась массивная патология внутренних органов. У большинства больных уровень гемоглобина крови был низким, СОЭ – высокой; в моче присутствовали соли – аморфные фосфаты, клетки почечного эпителия, лейкоциты. В биохимическом анализе крови уровень АЛТ, АСТ, гамма-ГТ превышал верхнюю границу нормы в 4-6 раз, в ряде случаев – в 10-11 раз, что соответствовало токсическому гепатиту. Часто обнаруживались и антитела к вирусу гепатита С (у тех, кто ранее употреблял наркотики внутривенно). Электрокардиограмма выявляла наличие признаков миокардиодистрофии. Отмечались приступы сердцебиений (100-110 ударов в минуту) и колебания артериального давления – как в сторону повышения до 160/100 мм рт.ст., так и в сторону снижения до 90/50 мм рт.ст.

В заключениях электроэнцефалографического исследования определялись диффузные изменения биоэлектрической активности мозга органического характера с признаками дисфункции неспецифических срединных структур. ЭЭГ описывалась как дезорганизованная, с ослабленными зональными различиями, деформированным и редуцированным альфа-ритмом, вспышками заостренных полифазных волн. В заключениях реоэнцефалограммы отмечалось, что кровенаполнение сосудов головного мозга снижено, тонус артерий изменен по дистоническому типу, имеется нарушение венозного оттока. В заключениях эхоэнцефалограммы обнаруживались признаки гидроцефалии, расширение желудочков головного мозга, большое количество дополнительных эхо-сигналов.

При стационарном лечении обращало на себя внимание то, что абстинентные расстройства и влечение к кодеину хуже поддавались средствам, которые легко купировали симптомы героиновой абстиненции. Объяснение этого факта может быть следующее. В человеческом организме кодеин метаболизируется в морфин с помощью печеночного микросомального фермента Цитохром Р450. Известно, что метаболизм многих седативно-снотворных, противосудорожных и обезболивающих препаратов осуществляется этим же путем. Чрезмерная активация Цитохрома Р450 при употреблении кодеин-содержащими препаратами, возможно, приводила к резко ускоренной переработке и остальных лекарственных средств, которые оказывали свое действие в недостаточной степени.

В комплексных медикаментозных схемах использовались анальгетики, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты, снотворные, ноотропные препараты в больших дозах, инъекции витаминных препаратов, гепатопротекторы, антагонисты опиоидных рецепторов, а также раствор унитиола. При активной терапии удавалось к середине третьей недели купировать большинство перечисленных выше расстройств.

Установка на поддержание трезвого образа жизни в дальнейшем была весьма сомнительной, т.к. для самих больных прием таблеток, открыто продаваемых в аптеках без рецепта, представлялся гораздо менее опасным, чем злоупотребление алкоголем или применение нелегальных наркотиков, вводимых внутривенно. Как ни странно, их родители также придерживались этого мнения и даже высказывали мысль, что в семье стало спокойнее, т.к. “теперь нет проблем с милицией”, “нет риска заразиться СПИДом”.

При выписке из стационара всем пациентам с зависимостью от кодеин-содержащих средств был рекомендован отъезд в реабилитационный центр на срок не менее 6 месяцев или продолжение медикаментозного лечения и амбулаторное наблюдение. Несмотря на рекомендации, ни один из тех, кто проходил лечение, нигде не уехал, а в амбулаторной программе принимала участие половина пациентов.

Период наблюдения за описываемыми больными составил от 3 до 15 месяцев. Ремиссии были непродолжительными (1-3 месяца, редко 6-7 месяцев) и плохого качества. В настоящее время от приема ПАВ воздерживается только один человек, проходивший стационарное лечение в августе 2006 г. и продолжавший поддерживающую терапию по март 2007 года включительно. Оценка состояния пациентов в ремиссии выявила, что у них отмечались затяжные (до 3-4 месяцев) субдепрессивные состояния с потерей смысла жизни, смутным ощущением “нехватки чего-то неопределенного”, с навязчивым, мучительным влечением к таблеткам. До полугода сохранялись апатия и ангедония, нежелание и невозможность учиться, работать, приводить в порядок собственное жилье. Внимание оставалось рассредоточенным; то и дело по незначительным житейским поводам возникала парализующая тревога. Много месяцев подряд сон был поверхностным, прерывистым, с невозможностью заснуть, в результате чего до середины следующего дня держались вялость и слабость. Приступы одышки и сердцебиений до 120 ударов в минуту возникали при минимальной физической нагрузке, при легком волнении. Примерно половина больных возвращалась к кодеин-содержащим препаратам, а остальные начинали злоупотреблять алкоголем, “Коаксилем”, возобновляли употребление героина.

На основании сказанного можно прийти к следующим выводам. При приеме кодеинсодержащих средств, легально продаваемых в аптеках, несомненно, развивается психическая и физическая зависимость. Кодеиновая наркомания была неоднократно описана в руководствах по психиат-

рии [1, 3, 4], и ее никак нельзя отнести к “мягким формам наркотической зависимости”, как считали некоторые авторы [2]. Заболевание отличается высокой прогрессивностью, тяжестью соматических, вегетативных, психических расстройств, социальной дезадаптацией, перекрестной толерантностью с другими ПАВ, прогрессированием коморбидных психических расстройств.

Кодеинсодержащие препараты в сжатые сроки формируют развернутый, клинически очерченный синдром зависимости с точным соответствием всем его критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. К ним относятся:

- неодолимое влечение к приему вещества (“тяга”);
- нарушение способности контролировать прием вещества;
- физиологическое состояние отмены, т.е. абстинентный синдром – специфический комплекс соматических, вегетативных и психических расстройств, возникающих при прекращении приема вещества;
- признаки толерантности, т.е. необходимость наращивать дозу вещества для получения желаемого эффекта; превышение первоначально действующей дозы вещества может быть в 10 и более раз без признаков передозировки и без летального исхода;
- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества;
- продолжение употребления, несмотря на очевидные вредные последствия.

С учетом этого факта, а также в связи с широкой доступностью кодеинсодержащих лекарств, представляется целесообразным вводить для них в аптеках строгий предметно-количественный контроль.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. // Руководство по психиатрии под ред. Г.В. Морозова, том II. – Москва, “Медицина”, 1988. – С.169-217.
2. Демина М.В. Особенности клиники и терапии кодеиновой зависимости. // Журнал “Вопросы наркологии”, № 4-5, 2005. – С.76-79.
3. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании. // Руководство по психиатрии под ред. А.С. Тиганова, том II. – Москва, “Медицина”, 1999. – С.339-427.
4. Смулевич А.Б. Неалкогольные токсикомании. // Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского, том II. – Москва, “Медицина”, 1983. – С.328-341.

4.3 Злоупотребление препаратами, содержащими декстрометорфан, с целью одурманивания

Е.Ю. Тетенова, ФГУ “ННЦ наркологии” Росздрава, г. Москва,
А.В. Надеждин, к.м.н., ФГУ “ННЦ наркологии” Росздрава, г. Москва.

Постоянно расширяющийся арсенал лекарственных препаратов, имеющих в своем составе психоактивные вещества, неизбежно приводит к попыткам использовать их с целью одурманивания. Немедицинское потребление таких лекарственных препаратов, как “Туссин плюс”, “Гликодин”, “Зедекс”, “Колдрекс Найт”, “Атуссин” объясняется наличием в их составе декстрометорфана (ДХМ), который обладает психотропной активностью. Не меньшей психотропной активностью обладает его метаболит – декстрофан (ДФ). Перечисленные выше лекарственные препараты выпускаются в виде сиропа и используются при симптоматическом лечении непродуктивного кашля. В нашей стране использование декстрометорфана разрешено с 2000 года, ранее он был исключен из Государственного реестра лекарственных средств, в целях сокращения номенклатуры наркотических лекарственных средств, применяемых в медицинской практике. Сейчас ДХМ включен в список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список III) [1].

Органом – мишенью для ДХМ является центральная нервная система (ЦНС). Основные побочные эффекты – атаксия, стимуляция ЦНС, бессонница и сонливость, психотические расстройства, галлюцинации, угнетение дыхания. Также возможны диспепсические расстройства, сухость во рту, тахикардия.

В литературе имеются данные, свидетельствующие о возможности использования ДХМ с целью потенцирования обезболивающих эффектов морфина [12], снижения мю-опиоидной толерантности [11, 12], использования ДХМ для премедикации [13], лечения болевого синдрома при полинейропатии в том числе диабетической [15]. Сообщается о нейропротективных и противосудорожных свойствах ДХМ [16]. Приводятся данные о возможности ДХМ облегчать алкогольный и опиный абстинентный синдром у крыс [6, 18]. Описана модель развития химической зависимости от ДХМ и его метаболита ДФ у обезьян [8]. Такая широта фармакологического действия ДХМ может объясняться непосредственным антагонистическим влиянием на NMDA – рецепторы, в результате чего, во-первых, оказывает нейропротективное действие за счет закрытия ионотрофных каналов и стабилизации клеточной мембраны, что защищает клетки от гибели, во-вторых, устраняет нейрогенную боль. ДХМ способен ингибировать обратный захват серотонина [2].

Противокашлевой эффект препарата трактуется неоднозначно. В расширенных описаниях, приведенных фирмами-производителями, противокашлевой эффект ДХМ объясняется просто угнетающим действием на кашлевой центр ЦНС. В литературе встречаются данные о том, что ДХМ является d-изомером леворфанола μ -агониста из группы морфина, поэтому ДХМ обладает противокашлевой активностью, как кодеин. Официально декстрометорфан гидробромид относится к неопиоидным противокашлевым препаратам. Рекомендуемые дозы для взрослых 10-20 мг каждые четыре часа, не более 120 мг в день, для детей не более 60 мг в день.

Другой механизм противокашлевого эффекта связывают с тем, что ДХМ повышает порог чувствительности кашлевого центра продолговатого мозга, блокируя обратный захват дофамина, активируя сигма-рецепторы, блокируя открытые NMDA каналы.

ДХМ начали использовать с 1960 года, с тех пор было несколько сообщений о его злоупотреблении подростками и развитии зависимости в нескольких странах мира. Серьезный аддиктивный потенциал у декстрометорфана отмечают зарубежные авторы [5, 9], злоупотребление противокашлевыми средствами преобладает среди подростков 15-16 лет [3, 4, 9, 14]. В Калифорнии было проведено исследование, которое показало 10-кратное увеличение случаев употребления декстрометорфана среди подростков в возрасте 9-17 лет в период с 1999 по 2004 год [4].

Наличие в составе сиропа "Туссин плюс" гвайфенезина вызывает рвоту на высоте интоксикации. Для уменьшения тошноты и потенцирования эффекта ДХМ используется экстракция препарата либо сироп запивается грейпфрутовым соком. Предпочтение грейпфрутового сока может объясняться двумя причинами, во-первых, сочетание вкусовых качеств сока и сиропа наиболее приятны, во-вторых, грейпфрут способен ингибировать активность цитохрома P450 изоэнзима CYP3A4, который наряду с CYP2D6 участвует в метаболизме ДХМ и соответственно замедлять биотрансформацию ДХМ, увеличивая его концентрацию в плазме крови.

В отделении детской наркологии ФГУ "ННЦ наркологии" Росздрава с 2002 по 2004 гг. амбулаторно наблюдалось 6 человек мужского пола по поводу немедицинского потребления препаратов, содержащих ДХМ. В самоотчетах пациентов отмечается, что при употреблении небольших доз ДХМ (на сленге потребителей – "первое плато") клиническая картина опьянения напоминает алкогольное. Для этого употребляется до 200 мг препарата (до 2,5 мг/кг), что превышает средние терапевтические дозы в несколько раз. Приподнятое беспечное настроение, моторная активность служат причиной употребления таких доз перед посещением дискотек. При более высоких дозах ("второе и третье плато") наблюдается РСР-подобные эффекты [8]. Пациенты отмечали отрешенность от окружающего мира, двигательную пассивность, нарушение схемы тела, ощущение легкости в теле, наплывы

зрительных иллюзий и галлюцинаций, как простых, так и сложных. Из-за усиления сенсорной чувствительности и непереносимости яркого света и громких звуков в интоксикации некоторые пациенты предпочитали темные помещения и для полноты ощущений использовали ароматизированные свечи, медленную, негромкую музыку. По мере нарастания интоксикации ощущение эйфории может сменяться чувством "страха смерти", "страха сойти с ума", отмечается дезориентировка. Состояние интоксикации в среднем продолжается 6-8 часов, иногда до 24 часов [7]. Зарубежные авторы отмечают, что при приеме декстрометорфана возможны дистония, анафилаксия, психоз, мания, галлюцинации, атаксия, сомноленция и даже летальный исход при приеме высокой дозы [10].

В постинтоксикационном состоянии наблюдаемые нами пациенты отмечали астению, вегетативную дисфункцию, сонливость, шаткую походку. В литературе встречаются данные, что при отмене ДХМ отмечается бессонница, дисфория, депрессия. Пациенты отмечали после частых или продолжительных эпизодов употребления ДХМ ухудшение памяти, затрудненное понимание смысла услышанной или прочитанной информации, трудности при вербализации своих мыслей, нарушения были различной степени выраженности и продолжительности. Эти данные подтверждаются в работе T.Y. Zhang (2007) [17].

У лиц, наблюдаемых нами, не выявлен синдром зависимости. Вероятно, это связано с редким употреблением ДХМ-содержащих веществ, особенно в больших количествах, из-за "тяжелых трипов", тем не менее, популярность среди потребителей наркотиков к этому психоактивному веществу поддерживают некоторые Интернет-сайты, доступность в аптечной сети и относительная дешевизна. Разовые пробы ДХМ нами были отмечены у подростков с выраженным "поисковым поведением", а к злоупотреблению ДХМ-содержащих препаратов судя по нашим наблюдениям, склонны лица с шизотипическим расстройством.

При затруднении доступа к распространенным в настоящее время психоактивным веществам возможно увеличение числа лиц, злоупотребляющих препаратами, содержащими ДХМ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабаян Э.А. Российские аптеки – 2001. – №8.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Сердитов О.В. Серотониновый синдром при лечении депрессии // Международный журнал медицинской практики. – 2000. – №8.
3. Boyer EW. Dextromethorphan abuse // Pediatr. Emerg. Care. – 2004. – Vol.20, №12. - P.858 - 863.
4. Bryner J.K., Wang U.K., Hui J.W., et al. Dextromethorphan abuse in adolescence: an increasing trend: 1999-2004 // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2006. – Vol.160, № 12. – P. 1217-1222.

5. Desai S., Aldea D., Daneels E., et al. Chronic addiction to dextromethorphan cough syrup: a case report // J. Am. Board Fam. Med. – 2006. – Vol.19, №3. – P. 320-323.

6. Erden B.F., Ozdemirci S., Yildiran G. et al. Dextromethorphan attenuates ethanol withdrawal syndrome in rats // Pharmacol. Biochem. Behav. – 1999. – Vol.62, №3 – P. 537-541.

7. Manaboriboon B., Chomchai C. Dextromethorphan abuse in Thai adolescents: A report of two cases and review of literature // J. Med. Assoc. Thai. – 2005. – № 88. – P. 242-245.

8. Nicholson K.L., Hayes B.A., Balster R.I. Evaluation of the reinforcing properties and phencyclidine-like discriminative stimulus effects of dextromethorphan and dextrorphan in rats and rhesus monkeys// Psychopharmacology (Berl) – 1999. – Vol.146, №1. – P.49-59.

9. Noonan W.C., Miller W.R., Feeney D.M. Dextromethorphan abuse among youth // Arch. Fam. Med. – 2000. – Vol. 9, № 9. – P. 791-792.

10. Paul I.M., Yoder K.E., Crowell K.R., et al. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents// Pediatrics. – 2004. – Vol.114. – P.85-90.

11. Popik P., Kozela E., Danysz W. Clinically available NMDA receptor antagonists memantine and dextromethorphan reverse existing tolerance to the antinociceptive effects of morphine in mice// Naunyn Schmiedeberg's Arch. Pharmacol. – 2000. – Vol. 361, № 4, – P. 425-432.

12. Raith K., Hochhaus G. Drugs used in the treatment of opioid tolerance and physical dependence: a review. //Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol.42, №4. – P.191-203.

13. Rose J.B.,Cohen D.E., Schreiner M.S. Preoperative oral dextromethorphan doesnot reduce pain or analgesic consumption in children after// English Source:Anesth. Analg. – 1999. – Vol.88, № 4. – P.749-753.

14. Schwartz R.H. Adolescent abuse of dextromethorphan// Clin. Pediatr. (Phila). – 2005. – Vol. 44, № 7. – P.565-568.

15. Vinik A.I. Diabetic neuropathy: pathogenesis and therapy // Am. J. Med. – 1999. – Vol. 107. – P. 17-26.

16. Yin K.J., Sun F.Y. Effect of dextromethorphan, a NMDA antagonist, on DNA repair in rat photochemical thrombotic cerebral ischemia // Brain Res. – 1999. – Vol. 815, № 1. – P.29-35.

17. Zhang T.Y., Cho H.J., Lee S. Impairments in water maze learning of aged rats that received dextromethorphan repeatedly during adolescent period. //Psychopharmacology (Berl). – 2007. Vol.191, №1. – P.171-179.

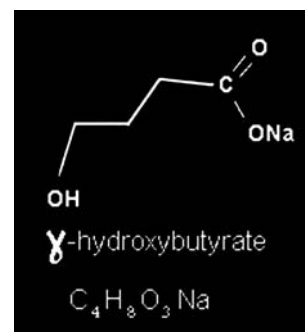
18. Zhu H., Jenab S., Jones K.L., Inturrisi C.E. The clinically available NMDA receptor antagonist dextromethorphan attenuates acute morphine withdrawal in the neonatal rat // Brain Res Dev Brain Res. – 2003. – Vol. 142, № 2. – P.209-213.

4.4 Гамма-оксимасляная кислота (ГОМК) или гамма-гидроксibuтират (ГНВ) и его аналоги (GBL, BDO)

Использование в медицине и последствия злоупотребления наркозависимой молодежью.

Н.В. Каклюгин, врач-психиатр, аспирант ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского” Росздрава, сотрудник научно-методического отдела Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, врач-эпидемиолог.

Проблема злоупотребления психоактивными веществами, приобретаемыми свободно в большинстве аптечных учреждений страны в нарушение строгих предписаний соответствующих государственных надзорных органов, в настоящее время описана достаточно подробно. Что касается реализации/приобретения наркотических веществ и их прекурсоров на территории Российской Федерации с использованием компьютерной сети “Интернет”, то этому разделу наркорынка сегодня уделяется недостаточно внимания в силу технических сложностей при проведении контроля, за подобными действиями. Между тем наркодельцы очень активно используют этот ресурс для сбыта своей продукции молодым людям, свободно владеющим современными компьютерными технологиями и коммуникациями.



На сегодняшний день одним из самых популярных в молодежной среде препаратов с наркотическим действием, приобретаемым с активным использованием сети Интернет, является известный уже многим российским наркологам, сотрудникам ФСКН России и другим специалистам, работающим так или иначе с наркозависимыми, **натрия оксibuтират (Natrii oxybutyras)**. До настоящего времени информация об этом некогда чисто медицинском препарате, теперь ставшем одним из самых популярных психоактивных веществ у части молодого поколения россиян (как и в большинстве стран

Запада), не была обобщена и опубликована в отечественных специализированных научно-медицинских изданиях, посвященных актуальным вопросам наркологии. В данном материале сделана попытка собрать воедино всю имеющуюся в современной базе данных информацию об этом препарате, включая доступные источники в компьютерной сети Интернет, зарубежную и отечественную специализированную литературу, а также комментарии самих потребителей вышеуказанного препарата. На основании

собранных данных появилась возможность более подробно ознакомиться с историей его успешного использования в некоторых отраслях медицины и выяснить причины, побуждающие молодых людей все чаще потреблять его исключительно с целью наркотизации, что со временем приводит к тяжелым последствиям для организма, вплоть до летального исхода.

В качестве предисловия к нижеследующему тексту, позвольте представить Вашему вниманию информацию, размещенную в мае 2007 года на электронном адресе <http://www.fontanka.ru/2007/05/23/072/>:

«Сотрудники УФСН России по Петербургу и Ленинградской области ликвидировали один из каналов распространения психотропных препаратов, полученных из сильнодействующего вещества гамма-бутиролактон.

Как сообщает АЖУР со ссылкой на пресс-службу УФСН, в последнее время в ночных клубах города угрожающие масштабы приняло распространение препарата гамма-гидроксibuтират (оксибутират) натрия или натриевой соли оксимасляной кислоты (в просторечии именуемого “буратино”, “бут”, “бутик”). По популярности среди наркозависимых этот препарат уже начал теснить традиционные синтетические наркотики.

В итоге сотрудникам УФСН удалось выявить оптовых распространителей “буратино” и установить каналы поступления гамма-бутиролактона. Также была установлена группа фармацевтов, которые, прикрываясь профессиональной деятельностью, занимались его сбытом. Роли в группе были четко распределены. Получение денег от продаж вещества осуществлялось с использованием банковского счета, а также электронной банковской системы, что исключало прямую передачу купюр.

В ходе проведенных оперативно-розыскных мероприятий наркополицейские изъяли 17 бочек гамма-бутиролактона, из которого можно было изготовить психотропное вещество оксибутират натрия. Причем “буратино” в городских клубах продается по 150-200 рублей за дозу, и сумма, вырученная от его продажи, была бы астрономической.

По некоторым данным, на выявление криминальной цепочки у наркополицейских ушел год. В отношении распространителей “буратино” и поставщиков исходного вещества для его производства – гамма-бутиролактона – возбужден ряд уголовных дел, по которым ведется предварительное расследование».

Интересующее нас вещество и его производные имеют несколько различных медицинских наименований: **гамма-оксимасляная кислота (ГОМК), гамма-гидроксимасляная кислота, гамма-оксибутират, гамма-hydroxybutyrate (GHB), гамма-гидроксibuтират-натрия (GHB-Na), натриевая соль оксимасляной кислоты, Natrium oxybutyricum, Oxybate sodium и пр.**

Уличные (сленговые) названия в России: “буратино”, “бут”, “бутират”, “оксик”, “оксана”, “ксюха”, “вода”, “компот”, “минералка” и некоторые другие. Иногда в специализированной литературе и русскоязычных средствах массо-

вой информации (СМИ) упоминается как “наркотик для изнасилования” или “жидкий экстази”.

По химическому строению и фармакологическим свойствам гамма-оксимасляная кислота (ГОМК) близка к тормозному нейромедиатору – гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК). Это бесцветное вещество, не имеющее запаха, соленое на вкус. В качестве наркотика может продаваться в виде прозрачного раствора, желатиновых капсул с порошком белого цвета или просто в виде порошка на развес.

В клиническую практику это вещество было введено в 1960 году. Сначала оно не вызывало у исследователей особого интереса, пока Анри Лабори (Henri Laborit) не занялся изучением его биологической роли.

В 1966 году французский ученый исследовал химические соединения, передающие сигналы между нервными клетками – нейромедиаторы. Как выяснилось, ГОМК является нейротрансмиттером, хотя и не вполне удовлетворяет всем требованиям, предъявляемым к этому классу веществ. В процессе своих опытов А. Лабори обнаружил, что ГОМК (GHB) всегда присутствует в организме млекопитающих, являясь предшественником и продуктом обмена другого важного нейромедиатора – GABA (гамма-аминобутирата, в отечественной литературе известного как гамма-аминомасляная кислота – ГАМК). В то же время ему удалось доказать, что ГОМК (GHB) свойственен ряд эффектов, нехарактерных для ГАМК (GABA).

Вот что пишет И.А. Шурьгин в своей работе “Оксибутират натрия: недокументированные свойства препарата (о чем молчит Машковский)” [5] под впечатлением от просмотренных им трудов Анри Лабори: «Знакомство с его работами убеждает, что этот человек видел суть медицины в целом, и нашей специальности в частности, совсем не так, как она представляется нам сейчас. Он очень ясно понимал, что какими бы медиаторами ни возбуждались различные рецепторы, дело в большинстве случаев заканчивается той или иной переориентацией путей клеточного метаболизма, поскольку в основе любого физиологического акта лежат биохимические процессы. Его основной терапевтической идеей было воздействие на метаболические пути с помощью различных веществ, включающихся в метаболизм (глюкоза, левулеза, аспартат, гидрохинон, АЭТ, ГОМК, ТРИС-буфер, янтарный полуальдегид и множество других соединений). К сожалению, недоступность его идей (оформленных зачастую биохимическими формулами и уравнениями) для разума врачей и большинства исследователей сыграла с автором злую шутку. Наука попросту пошла по другому пути. К, Mg-аспарагинат, поляризирующая смесь, оксибутират и нейролептаналгезия – вот, пожалуй, и все, что современная прагматичная медицина сочла нужным отобрать для себя из богатейшего и разнообразного наследия этого человека, предав забвению его самого».

В последующие годы влияние ГОМК на организм человека изучалось многими исследователями, как за рубежом, так и в России. Ее можно обна-

ружить в любой клетке человеческого тела, где она играет роль нутриента (питательного продукта). В головном мозге наибольшие концентрации этого вещества обнаружены в гипоталамусе и в базальных ганглиях [Gallimberti, 1989]. В больших концентрациях (в 5-10 раз выше, чем в головном мозге) оно также присутствует в почках, сердце, печени, скелетных мышцах [5]. Еще в 1964 году Анри Лабори указал на очень низкую токсичность препарата, как на одно из его основных свойств. В 1974 году он же впервые описал весь метаболизм ГОМК (ГНВ) и отметил полное отсутствие необходимости детоксикации организма после его приема. До 1989 года эта точка зрения оставалась доминирующей над всеми остальными.

Основные свойства ГОМК (ГНВ) с медицинской точки зрения [5]:

- Гипнотик метаболического действия. Засыпание приятное, легкое. Сон очень полноценный, освежающий, придающий силы.
- Собственная анальгетическая активность низкая, но способен потенцировать действие анальгетиков, нейролептиков и других препаратов для наркоза.
- Чрезвычайно низкая токсичность.
- Эффективен при внутривенном, внутримышечном, ректальном и пероральном применении.
- В организме полностью включается в метаболизм, разлагаясь в конечном итоге до воды и углекислого газа. Незначительное количество выделяется с мочой.
- Не вызывает привыкания и пристрастия даже при регулярном применении (в терапевтических дозах).
- Синдром похмелья отсутствует.
- Выраженная крутизна кривой “доза-эффект”. Удвоение дозы может привести к четырехкратному возрастанию эффекта.
- В терапевтических дозах практически не угнетает дыхательный центр.
- Обеспечивает умеренную центральную миорелаксацию.
- Самый мощный из известных стимуляторов гипофиза. Однократный прием сопровождается кратковременным (длительностью несколько часов) подъемом уровня соматотропного гормона (СТГ) в 10-15 раз.
- Самый мощный из известных препаратов, снижающий уровень калия в плазме крови за счет перекачки его в клетки (реполяризация клеток).
- Повышает порог фибрилляции сердца.
- Анаболик прямого и опосредованного (через СТГ) действия.
- Существенно снижает уровень холестерина в крови.
- Обеспечивает адаптацию пациента к респиратору (в отделениях анестезиологии и реанимации).
- Значительно усиливает мезентериальный кровоток.
- Мощный антигипоксикант.

В течение 30 лет, до 1990 года, все научные публикации о ГОМК сообщали только о многочисленных положительных физиологических эффектах препарата, а также об отсутствии долгосрочных отрицательных последствий его приема. Благодаря всем известным на тот момент привлекательным фармакологическим качествам и низкой токсичности ГНВ к началу девяностых годов приобрел в США большую популярность и продавался практически повсеместно. В восьмидесятих годах ушедшего века в странах Западной Европы и Северной Америки этот препарат стали широко использовать в быту в качестве биологически активной пищевой добавки (БАД), и именно в таком качестве в то время он продавался без рецепта [3, 5]. Чаще всего в то время его приобретали люди, занимающиеся физическими упражнениями с целью преобразования своего тела и покрытия его мощным мышечным корсетом (так называемые “культуристы”). Удовлетворяющий их эффект от регулярного приема ГНВ был связан с его свойством стимулировать выделение гормона роста (СТГ), способствующего уменьшению количества жира и наращиванию мышечной массы [2, 5, 24].

Однако 8 ноября 1990 года Федеральное агентство по лекарственным препаратам (Federal Drug Agency – FDA) запретило безрецептурную продажу этого препарата в США в связи с 57 сообщениями об острых осложнениях, связанных с его применением.

В 1991 году двое ученых из Калифорнийского управления здравоохранения опубликовали сообщение о десяти случаях отравления ГНВ. Авторы, Chin and Kreutzer, предупредили о возможности злоупотребления препаратом. Они сообщили, что все опрошенные пациенты отмечали на фоне его приема приятное чувство “кайфа”. Некоторые из них продолжали принимать препарат потому что “с ним чувствовали себя хорошо”, что было расценено исследователями как потенциальная угроза общественному здоровью. Несмотря на суровый язык документа, в нем не содержались сведения о долгосрочных неблагоприятных эффектах или формировании физиологической зависимости [5]. В то же время, как отмечают критики данного утверждения, повлекшего за собой строгие ограничения оборота ГНВ, в четырех из этих случаев дозы не были установлены, еще четыре человека принимали ГНВ вместе с алкоголем и другими медикаментами, а двое пострадавших были больны эпилепсией.

Поскольку ГНВ нельзя сочетать с алкоголем и другими веществами, угнетающими центральную нервную систему, и он противопоказан при эпилепсии, эти отравления не являются неожиданными. В своем сообщении авторы предупреждали, что ГНВ имеет огромный потенциал для возможного злоупотребления. Таких случаев действительно было предостаточно. Именно низкая токсичность препарата приводила к тому, что люди принимали его бесконтрольно, несколько раз в день, попадая в психическую зависимость от него. Признаков физической зависимости при этом отмечено не было [3, 5].

Часть иностранных авторов предполагает, что FDA, запрещая препарат, руководствовалась несколько иными мотивами, нежели охрана общественного здоровья. Одним из таковых, по их мнению, могла быть защита фармацевтической промышленности (с которой тесно связана FDA) от более безопасной и дешевой альтернативы традиционным снотворным средствам [5]. Необходимо отметить, что при проведении кампании по запрещению GHB в США были арестованы и подвергнуты различным наказаниям (вплоть до тюрьмы) многие владельцы магазинов, продававшие препараты, в состав которых входил GHB. Сообщают, что при отнесении GHB к опасным наркотикам, FDA не выполнило своей собственной формальной процедуры, положенной в таких случаях. Некорректное поведение FDA всплыло в ходе одного из судебных слушаний, и агентство вынуждено было дать делу обратный ход. Злополучный препарат в США так до сих пор и находится в “подвешенном состоянии” – его запрещено продавать, но не запрещается потреблять (кроме нескольких штатов). При этом он формально не является наркотиком. В Канаде практикуется аналогичный подход к проблеме. Как ни странно, но импорт GHB в Соединенные Штаты и Канаду не был запрещен. Этим и пользуются любители данного по сути своей наркотического продукта, покупая его, допустим, в Нидерландах через Интернет или по каталогу [3].

Наша страна (в то время еще СССР) во второй половине прошлого столетия также активно изучала механизмы действия ГОМК на организм человека. Различным возможностям применения GHB в психиатрии, а также для лечения алкоголизма, были посвящены многочисленные статьи, опубликованные в 70-80-х годах в специализированных медицинских журналах “Невропатология и психиатрия”, “Фармакология и токсикология” и др. До 1993 года ГОМК (GHB) у нас в стране классифицировался как снотворное средство, а затем был причислен к ноотропным препаратам. В настоящее время в качестве лекарственного средства он отпускается населению строго по рецепту врача (также как, например, “Солутан”, “Диазепам”, “Радедорм” и пр.).

В некоторых европейских странах ГОМК (GHB) до сих пор также не запрещен и продается в аптеках по рецепту врача. Клиническое применение оксibuтирата натрия официально разрешено лишь во Франции, в Италии и на постсоветском пространстве [3, 5]. В Европе этот препарат интенсивно используется как общий анестетик, а также для лечения нарколепсии (дневной сонливости), в родовспоможении (усиливает схватки, способствует расширению шейки), для лечения алкоголизма и абстинентного синдрома, а также в некоторых других медицинских целях [5].

Медицинское использование

Натрия оксibuтират (ГОМК) применяют в анестезиологической практике в качестве неингаляционного средства для наркоза при неполостных мало-

травматических операциях с сохранением спонтанного дыхания, а также для вводного и базисного наркоза в хирургии, акушерстве и гинекологии. Особенно показано его использование у больных, находящихся в состоянии гипоксии; в детской хирургии; при проведении наркоза у лиц пожилого возраста. В офтальмологической практике натрия оксibuтират применяют у больных с первичной открытоугольной глаукомой (наряду со специфической терапией) для активации окислительных процессов в сетчатке и улучшении в связи с этим зрения.

Для общей анестезии натрия оксibuтират вводят внутривенно, внутримышечно или принимают внутрь.

ГОМК (GHB) также показал себя многообещающим средством при лечении алкоголизма. Собственно говоря, это и было одним из первых его применений. Как показали опыты на животных и клиническая практика, GHB снижает проявления похмельного синдрома: улучшается самочувствие, нормализуется реакция на раздражители и ослабевает желание опохмелиться. Этот эффект вызывается довольно большими дозами препарата и продолжается от двух до семи часов [3].

Натрия оксibuтират обычно хорошо переносится, в терапевтических дозах существенно не влияет на работу сердечно-сосудистой системы, дыхание, печень и почки. При быстром внутривенном введении возможны двигательное возбуждение, судорожные подергивания конечностей и языка. Эти осложнения купируются барбитуратами, нейролептиками, промедолом. Иногда возможна рвота (при внутривенном введении и приеме внутрь в высоких дозах). При быстром внутривенном введении и передозировке вероятна остановка дыхания, которую удается ликвидировать искусственной вентиляцией легких. При выходе из наркоза возможно двигательное и речевое возбуждение.

Препарат обладает элементами ноотропной активности. Характерным является его выраженное антигипоксическое действие – он повышает устойчивость организма, в том числе тканей мозга, сердца, а также сетчатки глаза к кислородной недостаточности. Также оказывает седативное и центральное миорелаксантное действие, в больших дозах вызывает сон и состояние наркоза. Аналгетического влияния он не оказывает, но усиливает действие анальгезирующих, а также наркотических средств. Характеризуется также противошоковым действием.

В психиатрической и неврологической практике натрия оксibuтират применяют у больных с невротическими и неврозоподобными состояниями, при интоксикациях и травматических повреждениях ЦНС, при нарушениях сна, при нарколепсии (для улучшения ночного сна). В условиях стационара может использоваться для снятия эпилептического статуса.

Имеются данные об эффективности натрия оксibuтирата при невралгии тройничного нерва.

В связи с седативным эффектом не следует назначать препарат (при неврозах, глаукоме и т. д.) в дневные часы лицам, работа которых требует быстрой физической и психической реакции.

Фармакология ГОМК (ГНВ)

О ГОМК, как о препарате для специфического парентерального питания при критических состояниях вскользь упоминал все тот же Анри Лабори еще в 1965 году, но мысль так и не развил. Эта идея связана с представлениями о метаболическом пути Варбурга-Диксона (так называемом “пентозном шунте”), как о пути синтеза, репарации, реполяризации, который активизируется оксibuтиратом. Активизация этого пути дает также протеин-сберегающий эффект, тормозя распад белков организма. Эти свойства препарата, наряду со стимуляцией выброса гормона роста (соматотропного гормона или СТГ) и лежат в основе феномена наращивания мышечной массы и уменьшения запасов жиров, используемого так называемыми “культуристами” и тяжелоатлетами [2,5]. В одном методологически корректном исследовании японскими специалистами было обнаружено 9- и 16-кратное увеличение концентрации СТГ в сыворотке у шести здоровых мужчин в возрасте 25-40 лет через 30 и 60 минут, соответственно, после внутривенного введения ГОМК в количестве 2,5 г. [Takahara, 1977]. Через 120 минут после инъекции уровень СТГ оставался повышенным в 7 раз по сравнению с исходным. Механизм эффекта до сих пор не изучен. Известно, что дофамин стимулирует выделение СТГ гипофизом, но ГОМК (ГНВ) тормозит выделение дофамина. Это позволяет предположить, что влияние ГОМК на уровень СТГ опосредуется через какие-то иные механизмы. Многие “культуристы” используют ГНВ вместе со стероидными гормонами (также запрещенными законом). Некоторые из них также отмечают увеличение физической выносливости на фоне действия оксibuтирата. Сообщают и об увеличении аппетита, что дополнительно способствует целям спортсменов [5]. Диета при этом должна быть обогащена калием, поскольку, как известно, препарат при постоянном приеме приводит к гипокалиемии – пониженному содержанию калия в крови.

К несчастью для “культуристов”, повышение уровня СТГ в крови сопровождается ростом уровня пролактина, который уничтожает большую часть положительных результатов, вызываемых повышенным уровнем гормона роста. Возможно, именно это является причиной сравнительно небольшого прироста мышечной массы при использовании ГОМК (ГНВ). С другой стороны, многие атлеты отмечают улучшение в визуальной проработке мышц при его приеме. У некоторых из них отмечены увеличение силовых показателей и “сухой” мышечной массы. Другие не испытывают прибавки ни в силе ни в мышечной массе, но отмечают потерю жира [2]. Медицинские экспериментальные исследования показали, что уровень пролактина в сыворотке воз-

растает в 5 раз от исходного значения, в среднем, через 60 минут после приема препарата [Takahara, 1977]. В отличие от СТГ, этот эффект полностью опосредуется через торможение выделения дофамина, как и эффекты нейролептиков. Хотя пролактин в некоторых отношениях является антагонистом СТГ, 16-кратное возрастание уровня последнего способно преодолеть это противодействие [5].

ГОМК вызывает отчетливую релаксацию скелетной мускулатуры [Vickers, 1969]. Во Франции и Италии она применяется в акушерстве. В известной степени способствует расширению шейки матки, снижает беспокойство, увеличивает силу и частоту сокращений матки, увеличивает чувствительность миометрии к окситоцину. При этом не угнетает дыхание у новорожденных, и даже оказывает антигипоксический эффект, что особенно важно при обвитии плода пуповиной.

Большие (анестетические) дозы ГОМК вызывают некоторое повышение уровня сахара в крови и значительное понижение уровня холестерина. Дыхание становится более редким, но глубоким. Артериальное давление может несколько понизиться или повыситься, или остаться на прежнем уровне. Возможно появление умеренной брадикардии [5].

ГОМК когда-то называли “почти идеальным снотворным”. Как известно, недостатком многих снотворных средств является нарушение структуры цикла сна, что препятствует полноценному восстановлению сил. Самым, пожалуй, выдающимся свойством сна, индуцированного ГОМК, является его полная идентичность естественному сну. Сохраняется способность реагировать на болевые стимулы. Это ограничивает ценность ГОМК в операционной. Во время сна, вызванного ГОМК, возрастает уровень СТГ в крови [5]. Также, в отличие от действия прочих снотворных, ГОМК не уменьшает потребность организма в кислороде [Laborit, 1964].

Преклинические исследования на обезьянах продемонстрировали, что прием высоких доз ГНВ вызывает ступор наподобие транса, сопровождающегося изменениями показаний электроэнцефалограммы и гипотермией [32]. Последние разработки в этом направлении позволили ученым наконец понять избирательность механизма действия ГОМК-агонистов рецепторов. Предполагается, что ГОМК (ГНВ) выполняет нейромодулирующую функцию в ЦНС, оказывая влияние на работу дофаминергической и ГАМК-ергической систем [40]. Считается, что физиологические и фармакологические эффекты этого вещества опосредованы специфическими ГНВ-рецепторами, ГАМК б-рецепторами или их комбинацией [37]. На клеточном уровне ГОМК вызывает выраженную гиперполяризацию нервных клеток и этот эффект блокируется GABA (ГАМК)-б-антагонистами. На молекулярном уровне ГОМК связывает (хотя слабо) б-ГАМК-рецепторы.

На фоне действия препарата сон оказывается глубоким и полноценным, но после прохождения действия препарата возможно преждевременное

пробуждение – через 2-3 часа, причем этот феномен становится более отчетливым при увеличении дозы. Это и есть основной недостаток оксibuтирата как снотворного – короткая продолжительность действия. Следует отметить, что снотворный эффект развивается не у всех людей. В цитированной выше работе Takahara [1977] отмечал, что у трех испытуемых сон не развился вообще, несмотря на внутривенное введение большой дозы (2,5 г.).

Механизмы внезапного пробуждения

Почему же люди, которые принимают ГОМК для улучшения качества сна, просыпаются после первого приема препарата? По одной из наиболее обоснованных версий, ГОМК временно угнетает выделение дофамина клетками головного мозга. ГАМК б-рецепторы могут стимулироваться ГАМК, образующей в процессе метаболизма принимаемого потребителем ГОМК (ГНВ). Стимуляция этих рецепторов вызывает гиперполяризацию в дофаминергических структурах и снижение выброса дофамина, что приводит к накоплению запасов дофамина и последующему усиленному выбросу этого вещества после окончания действия ГОМК. Этим и объясняется феномен ночного пробуждения, типичный для больших доз ГОМК, а также отличное самочувствие, беззаботность и возбужденность на следующий день после приема. Некоторые более опытные потребители препарата предотвращают возникновение преждевременного эффекта пробуждения, принимая малые дозы ГНВ (ГОМК), другие – употребляют его, чтобы, проснувшись, поработать ночью, а затем, возможно, принять следующую дозу и вновь заснуть [5].

В условиях стационара некоторые зарубежные исследователи также изучали самопроизвольное пробуждение пациентов (после введения им в качестве средства для наркоза ГОМК) от комы до нормального уровня сознания, или даже до гиперактивности [24]. Было отмечено, что подобное пробуждение наблюдается у пациентов с ишемическим или геморрагическим инсультом в бассейне парамедиальных артерий, которые кровоснабжают медиальный таламус и в области ретикулярной системы. В течение длительного времени у них наблюдаются колебания уровня сознания. При таких “синдромах пробуждения” рекомендуется применять агонисты дофамина или стимуляторы ЦНС. Известно, что существуют источники дофамина вне стриальной системы [14, 21], и в настоящее время они картированы гистохимическими методами. Дофаминергические проводящие пути, включающие в себя области медиального таламуса в настоящее время не известны. Вероятным механизмом комы с внезапным пробуждением при интоксикации ГОМК может быть временное торможение выброса дофамина в медиальном таламусе, что имеет сильный ингибирующий (тормозящий) эффект на дофаминергическую систему в целом. Парамедианный инфаркт может служить моделью для изучения феномена внезапного пробуждения, механизмы которого еще до конца не выяснены [24].

Фармакокинетика [5]

Начало действия: через 10-20 минут после перорального приема.

Длительность действия: 1-3 часа.

Последействие (остаточные эффекты): 2-4 часа.

Пиковая концентрация в плазме: через 20-60 минут после перорального приема.

Клиренс: 14 мл/мин/кг.

T_{1/2} (время полураспада): 20 мин.

Действие препарата существенно усиливается при приеме натошак.

ГОМК полностью метаболизируется в организме до воды и углекислого газа, не оставляя после себя токсичных метаболитов. Метаболизм настолько эффективен, что через 4-5 часов после инъекции препарат уже не обнаруживается в крови, и может быть выявлен только в моче [5]. При печеночной недостаточности и алкогольной интоксикации наблюдается снижение уровня синтеза и деградации ГНВ, что приводит к повышению его концентрации в плазме и, соответственно, к увеличению токсичности принимаемого препарата [22, 40].

Ни для кого не секрет, что лица, потребляющие инъекционные наркотики, с большей вероятностью способны каким-либо путем получить ВИЧ-инфекцию и после этого продолжать эксперименты над своим больным сознанием. В свете этого необходимо также отметить еще одно отрицательное качество ГОМК (ГНВ) – она может опасно взаимодействовать с некоторыми лекарствами, например, с ингибиторами протеазы, применяемые для лечения ВИЧ, что, безусловно, способно осложнить течение заболевания.

Являясь в нашей стране абсолютно законным средством из арсенала анестезиологов и intensivистов, ГОМК как анестетик, точнее, как гипнотик, тем не менее, всегда отличался какой-то необычностью, нестандартностью, располагаясь несколько в стороне от других препаратов для наркоза [5].

Немедицинское использование.

Основной средой для обмена информацией о гамма-гидроксibuтирате (ГНВ) стал, естественно, Internet. В нем можно найти все, что связано с препаратом, способом его получения и применения. Можно узнать, каково официальное мнение чиновников, что думают независимые исследователи и какие аргументы выдвигают защитники легализации и повсеместного (даже в качестве пищи!) употребления ГНВ. Составитель одной из подборок “вопросы и ответы по ГНВ” пишет, что употреблять приготовленный в кустарных условиях ГНВ, все равно, что пить полироль для мебели – так он загрязнен сопутствующими веществами [3]. Тем не менее, свою популярность в мире это вещество завоевывает в связи с его навязчивой фальшивой рекламой в подростковой среде в качестве “совершенно безопасного” психоактивного вещества. О ГНВ как о потенциальном наркотике заговорили во весь голос

лишь после серии смертей на дискотеках молодежных клубов в странах Средиземного моря и курортах Карибского бассейна. Пристальное внимание к этому наркотику выявило и другие серьезные последствия. Первой жертвой GHB-наркотика стала 22-летняя жительница Канады, которая скончалась вследствие остановки дыхания на одной из так называемых “кислотных” дискотек в городе Торонто.

Благодаря своему простому химическому строению GHB можно синтезировать практически в любой более или менее оснащенной химической лаборатории. Рецепты его приготовления в домашних условиях в Интернете тоже присутствуют, наравне со способами выращивания конопли в цветочных горшках. К счастью, они уравниваются суровыми предостережениями и убедительными примерами против употребления подобного “самогона” [3]. Общеизвестно и доказано на практике, что существует прямая зависимость действия оксibuтирата от дозы. Увеличение дозы всего в полтора раза может вызвать тошноту и рвоту, затем – глубокий сон вместо ожидаемого безмятежного веселья. Эта проблема является, пожалуй, основной при немедицинском применении препарата. В сочетании ГОМК (GHB) с другими психотропными препаратами ситуация может стать неуправляемой. Например, комбинация GHB+алкоголь очень часто вызывает рвоту и потерю сознания, вплоть до коматозного состояния [5]. Причем одинаковая доза препарата, употребленная разными людьми, одному может дать несильно выраженное чувство эйфории, а другого сразу превратить в человека, на период действия препарата абсолютно не контролирующего свои действия, то есть опасного для окружающих людей. В соответствии с этим вождение автомобиля или работа с опасными механизмами при приеме любых доз GHB, GBL или BDO не рекомендуется.

Малые дозы (0,5-1,5 г.): эффекты подобны легкому алкогольному опьянению. Большинство его потребителей сообщают, что GHB в небольших дозировках вызывает приятное чувство расслабления и спокойствия. Часто возникает безмятежность, чувственность, мягкая эйфория, легкое головокружение, повышенная общительность. Беспокойство и напряженность исчезают, превращаясь в чувство эмоционального тепла, мнимого благополучия и расслабленности. На следующее утро эффект похмелья, столь характерный для алкоголя и некоторых транквилизаторов, не возникает. Наоборот, многие потребители сообщают о приливе свежести, энергии.

Средние дозы (1,0-2,5 г.): усиливается релаксация, отмечается неустойчивость психики. Некоторые потребители проявляют повышенную чувствительность к музыке, у некоторых возникает желание потанцевать под ритмичную музыку. Улучшается настроение. Появляется некоторая сбивчивость речи, неадекватность, дурашливость. Иногда возникает тошнота. Во многих случаях отмечается гиперсексуальность: повышенная чувствительность к прикосновениям, у мужчин – усиление эрекции, оргазма, в связи с чем GHB в

средней дозировке активно используется любителями любовных утех в качестве афродизиака [2, 3, 5]. Именно в связи с этим свойством упоминание о ГОМК (GHB) можно часто встретить на Интернет-сайтах, акцентирующих внимание на интимных отношениях между полами. Одним из основных просексуальных свойств ГОМК является растормаживание (снятие психологических блоков при знакомстве и общении). Некоторые лица, применявшие препарат, полагают, что остальные эффекты являются вторичными по отношению к первому. Многие отмечают, что растормаживание в случае перорального приема умеренных доз ГОМК (GHB) особенно выражено у женщин [5].

Высокие дозы (2,0-3,5 г.) вызывают сон. При сохраненном сознании – нарушение равновесия, слабость, разбитость. Передозировка возникает очень легко.

Глубокий сон 3,0-5,0 г.

Медикаментозная кома >5,0 г.

Всегда следует помнить, что чувствительность к препарату весьма индивидуальна.

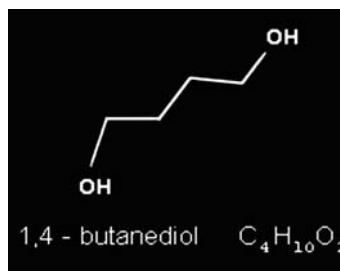
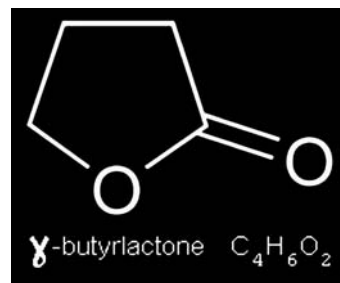
По состоянию на ноябрь 2000 года, Федеральное агентство по лекарственным препаратам так или иначе связывает с ГОМК 71 смертельный случай, произошедший с 1990 года на территории Соединенных Штатов Америки. Отчеты, берущие свое начало с тех времен, за прошедший период времени зафиксировали, по меньшей мере, 7000 передозировок на фоне приема этого препарата. Причем, каждый последующий год демонстрировал стабильный прирост данного показателя. Так, в 1992 году в США было зафиксировано 20 эпизодов выезда бригады неотложной помощи в связи с интоксикацией ГОМК (GHB). С этого времени число зарегистрированных случаев в этой стране неуклонно росло: 1993 год – 38; 1994 год – 55; 1995 год – 150; 1996 год – 696; 1997 год – 764; 1998 год – 1343, и т.д. В соответствии с поступающей тревожной информацией, 18 февраля 2000 года Билл Клинтон, занимающий в то время пост президента США, утвердил поправки в федеральное законодательство, поставившие обладание ГОМК (GHB) вне закона. Это вещество было внесено в список контролируемых веществ, так называемую Таблицу 1 наркотиков, то есть фактически встало в один ряд с героином. Однако чуть позже, 17 июля 2002 года, гамма-гидроксibuтират был перенесен в Список III контролируемых веществ. Согласно этому перечню, ГОМК можно использовать в медицинских целях, но она не может быть продана или передана другому лицу, не указанному на рецептурном бланке. Принятое решение обусловлено тем, данный медицинский препарат был одобрен для лечения редкой формы нарколепсии. Тем не менее, по законам США тому, кто незаконно обладает, изготавливает или распространяет ГОМК (GHB), грозит тюремное заключение сроком до 20 лет. В том же 2002 году Федеральные, государственные и местные пра-

воохранительные органы в каждом регионе США подтвердили, что ГОМК является наиболее распространенным веществом, используемым в качестве наркотика, часто с целью дальнейшего сексуального домогательства. Многие государства также поддерживали строгие санкции, принятые на вооружение в США, в отношении лиц, совершающих незаконный оборот этого препарата. Например, в Великобритании ГОМК является наркотиком класса C – его запрещено хранить, отдавать или продавать. Там за хранение вы можете получить до двух лет тюремного заключения и/или неограниченный штраф. За поставку готового к употреблению вещества кому-либо, даже друзьями, вы можете получить до 14 лет тюрьмы и/или неограниченный штраф.

Несмотря на столь строгий запрет, этот препарат, активно скупаемый наркозависимой молодежью, продолжает производиться в странах Северной Америки и Западной Европы (теперь уже и Восточной) в подпольных условиях и широко распространен на “черном рынке”, где известен под названиями: “G” (наиболее популярное на Западе), gamma-heroin (гамма-героин), gamma-OH, Gamma G, Fantasy, Liquid Ecstasy (“жидкий экстази”), Blue Nitro, Female Viagra, Remforce, Midnight Blue, RenewTrient, Reviarent, SomatoPro, Serenity, Enliven. В состав некоторых из указанных препаратов также входят определенные специфические растительные компоненты.

Именно эти подпольные варианты препарата и породили проблему его токсичности.

Гамма-бутиролактон (gamma butyrolactone, GBL) является одним из двух химических веществ, используемых для синтеза ГОМК. Их токсическое действие на организм потребителей обусловлено тем, что GBL и каустическая сода, которая также необходима в процессе синтеза, при нелегальном бытовом изготовлении GHB остаются в кустарно полученном препарате в виде примесей. Эти вещества токсичны и могут вызывать отравления, в то время как фармацевтический препарат натрия оксибутирата в химическом отношении совершенно безопасен [5]. Определенное распространение на рынке получил также и другой метаболитический предшественник оксибутирата – **1,4-бутандиол (1,4-butanediol или BDO)**. Он также как и GBL, попадая в организм потребителя, быстро превращается в нем в ГОМК (GHB) и потому вполне заменяет основной, ставший труднодоступным, препарат. Однако употребление внутрь затруднено в силу его неприятных вкусовых характеристик и выраженных побочных эффектов от приема. В химической промышленности данное вещество используется при производстве таких



химических соединений, как тетрагидрофуран, гамма-бутиролактон и поливинилпирролидон. 1,4-бутандиол также применяется в качестве ингредиента при изготовлении полиуретанов (Kirk-Othmer, 1978; HSDB, 1994). При этом наркозависимые, по каким-либо причинам не способные изготовить из него GHB или GBL, пьют эту жидкость, абсолютно не предназначенную для подобного применения, не задумываясь о последствиях.

Как уже упоминалось выше, ГОМК (GHB) элементарно добывается из гамма-бутиролактона (GBL) и чуть сложнее из 1,4-бутандиола (BDO). Поскольку в последние годы оборот ГОМК на Западе стал контролироваться еще жестче, у местной молодежи возрос интерес к родственным ему химическим соединениям. GBL и BDO являются техническими жидкостями и их распространение легально (вне подконтрольных государственным органам списков) [1]. В связи с этим данные химические вещества можно приобрести гораздо легче. В молодежной среде их стали активно популяризировать в качестве восстанавливающих силы препаратов, дающих некий энергетический заряд организму потребителя. Несмотря на жесткие ограничительные меры, введенные во многих странах мира, эта группа веществ остается чрезвычайно популярной среди, как правило, молодой части населения Соединенных Штатов Америки, Канады, Великобритании, Германии, Австралии, в несколько меньшей степени во многих других. Теперь в этот печальный список входит и Россия. Существует целый ряд Интернет-магазинов, предлагающих подобные наркотические продукты или их прекурсоры физическим лицам. Также некоторые находят и приобретают сырье в специализированных химических магазинах – GBL там продают крайне редко, а вот BDO – без особых проблем. GBL и BDO с целью наркотизации употребляют внутрь в виде раствора только перорально. GHB либо пьют, либо вводят внутривенно, реже внутримышечно [1]. Сегодня в качестве замены ГОМК (GHB) многие торговые компании, размещающие в Интернете рекламу химической продукции, по сути своей являющейся наркотической, стали активно предлагать любителям GHB гамма-бутиролактон (GBL). Этот продукт (как и 1,4-бутандиол) называется и реализуется таким образом, чтобы неискушенному наблюдателю было трудно понять, о чем идет речь. К сожалению, в настоящее время, несмотря на серьезное противодействие со стороны сотрудников ФСКН России, на территорию Российской Федерации сотнями тонн завозится вышеназванные химические вещества: 1,4-бутандиол (BDO) и в несколько меньших объемах гамма-бутиролактон (GBL). Ввоз данных препаратов в страну осуществляют многочисленные коммерческие фирмы, юридически занимающиеся реализацией продукции, которая предназначена для химической промышленности, стационарных фото-лабораторий и пр. Фактически же они получают огромный доход именно от реализации этого совсем не безобидного сырья. Далее оно распространяется через сеть дилеров, которые умеют достаточно легко с помощью определенных

реактивов провести цепь химических реакций и на выходе получить востребованный ежегодно возрастающим количеством молодых людей гамма-бутиролактон (GBL) или гамма-гидроксibuтират (GHB). Кстати, некоторые компании продают даже готовые наборы для производства GHB [2]. Затем полученное вещество разливается в пластиковые емкости требуемых объемов и развозится в соответствии с полученными чаще всего через компьютерную сеть Интернет заказами. Заказчиками могут быть как крупные ночные клубы, где молодежь охотно употребляет это вещество вместе с алкоголем, психостимуляторами и другими наркотиками, так и небольшие группы молодых людей, экспериментирующие со своим сознанием в домашних условиях (так называемое рекреативное потребление).

Несмотря на шокирующие масштабы злоупотребления интересующими нас препаратами на территории Российской Федерации, энциклопедия в Интернете, так называемая "Википедия", (<http://ru.wikipedia.org>), безапелляционно сообщает нам, что «не существует исследований, доказывающих возможность возникновения зависимости даже при долговременном использовании препарата» [4]. Возможно, что они в силу ограниченности своего кругозора располагают только такой информацией, но истории болезни пациентов, поступающих в наркологические стационары города Москвы и других, как правило, крупных российских городов, свидетельствуют о совершенно иных последствиях приема ГОМК (GHB), GBL и BDO. Жаль, что правоохранительные органы не могут поделиться с общественностью информацией о количестве лиц, задержанных в ночных клубах, на российских дорогах, наркоманских притонах и просто на улицах наших городов в состоянии интоксикации этими сильнодействующими препаратами. Иначе мы были бы потрясены реальными масштабами злоупотребления ими на территории Российской Федерации. К сожалению, скрининг-тесты на данные вещества (GHB, GBL, BDO) отсутствуют в арсенале отечественных специалистов-наркологов, как и отсутствует четко обозначенное понятие «синдром зависимости от приема гамма-гидроксibuтирата (гамма-бутиролактона, 1,4-бутандиола)» Это не дает возможности специалистам статистически достоверно учитывать эпидемиологическую значимость данной проблемы и принимать соответствующие меры. Но, как бы то ни было, о той же приобретенной зависимости от приема гамма-гидроксibuтирата (GHB), гамма-бутиролактона (GBL) или 1,4-бутандиола (BDO) в последнее время все чаще рассказывают некоторые молодые люди, обращающиеся, в частности, за помощью в наркологическое отделение Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, а также в Душепопечительский Центр святого праведного Иоанна Кронштадтского.

Некоторые любители гамма-гидроксibuтирата (GHB) проводили сравнение его эффектов с таковыми при приеме гамма-бутиролактона (GBL) и публиковали эти материалы в Интернете. В итоге одним из них был сделан следу-

ющий вывод: «гамма-бутиролактон можно сравнивать с оксибутиратом натрия, но второе несравнимо круче по ощущениям, по уровню эйфории, меньше выражена "пьяность" от оксибутирата натрия. Больше эффектов, подобных MDMA ("экстази"), чем эффектов наподобие алкоголя (у гамма-бутиролактона все наоборот). И по вкусу лучше (и безопасней для ЖКТ)». А вот другой комментарий, размещенный в Интернете: «Если все-таки вы решитесь пробовать GBL, то обязательно разбавляйте дозу как минимум в стакане жидкости, иначе можно серьезно пожечь желудок». Таким образом, нетрудно догадаться, что психическая зависимость у некоторых потребителей GHB (GBL, BDO) настолько выражена, что даже риск травмировать слизистую желудка не способен остановить их на пути к быстрому получению сиюминутного иллюзорного наслаждения. И то, что будет с их организмом через несколько лет, их пока меньше всего волнует. К сожалению, осознание смысла выражения «за все приходится платить в этой жизни» часто приходит к ним слишком поздно, когда здоровье уже безвозвратно покинуло их тела, а наркотики выжгли их души.

Как отмечают сами наркозависимые, злоупотребляющие тем самым "бутиром" или "буратино" (GHB или GBL), подобная нездоровая привычка может в течение одного месяца привести к формированию синдрома зависимости. Зафиксированы случаи, когда молодые люди употребляли по 20-30 мл GBL в сутки, а потом испытывали сильные затруднения при желании прекратить подобную систематическую практику потребления. В таких случаях обычно их "трясло", могла в течение дня неоднократно меняться температура тела и сильно болеть голова. Кроме того, возникали параноидные фобии и депрессивные мысли [1]. Часть пациентов в США, проходящих лечение от наркотической зависимости, сообщали даже об испытываемых в момент отнятия от ГОМК галлюцинациях различной интенсивности и продолжительности [24]. Некоторым удавалось уйти от ежедневного приема препарата только по причине отсутствия возможности его добычи. Также необходимо отметить такой момент – если GHB регулярно принимается перед сном с целью быстро заснуть, то это может войти в не очень хорошую привычку. Физической зависимости в данном случае может и не возникнуть, но, как описывают в Интернете свои переживания лица, попавшие в зависимость от приема ГОМК (GHB): «чисто психологически перед сном рука сама тянется к бутылочке с "бутиратом". В какой-то момент даже может возникнуть мысль, что без него ты уже не сможешь заснуть, но на самом деле сможешь, только засыпать будешь гораздо дольше. И пока будешь ворочаться в кровати, конечно же подумаешь о том, что зачем лежать ворочаться, когда можно выпить "бутира" и уснуть» [1].

На Интернет-форумах, описывающих эффекты от приема того или иного психоактивного вещества (так называемые "trip-репорты"), некоторые хронические потребители подробно описывают свои ощущения после упот-

ребления GHB, GBL, BDO в различных дозировках. Так, один из молодых людей измеряет количество выпитого раствора GBL пробками от пластиковых бутылок из-под газированной воды. По его подсчетам, в 1 пробке 7,5 мл пропорции лактона/воды = 1/3. Точный процент приготовленного раствора подсчитать практически невозможно. Эффекты сильно отличаются от выпитого количества. При употреблении одной пробки отмечаются разгон психики, легкая эйфория, учащенный темп речи, повышенная разговорчивость, более оптимистичный взгляд на жизнь. Под действием препарата пробуждается или усиливается желание пообщаться с противоположным полом, причем, даже не подразумевая сексуальный контакт. Если выпить сразу две пробки изготовленного или приобретенного раствора GBL, язык начинает заплетаться, нарастает чувство эйфории, еще более улучшается взгляд на жизнь, появляется или усиливается абсолютно бескорыстное доброе отношение к противоположному полу, как, впрочем, и ко всем без исключения людям, окружающим потребителя в тот момент. Если выпить три пробки – наблюдается выраженная дискоординация движений, психическое состояние при этом весьма своеобразно. Субъект, принявший чрезмерно большое количество препарата GHB или GBL, на несколько секунд способен резко отключиться, а потом, как ни в чем не бывало, продолжить прерванный неожиданно для всех окружающих разговор. Менее “опытные” потребители могут довести себя до рвоты такими дозировками. Подобные состояния могут сопровождаться криками, иногда – нецензурной бранью. Как описывают сами любители GHB: «становится абсолютно все равно на происходящее вокруг, начинаешь есть все наркотики подряд в радиусе свободного доступа, так как ощущаешь себя трезвым». Естественно, такие действия могут сильно подорвать здоровье потребителя, вплоть до смертельного исхода, обусловленного передозировкой от целого комплекса наркотических веществ и алкоголя, пребывающих одновременно в организме. Кроме того, в случае употребления GHB после приема декстрометорфана (DXM), извлеченного из некоторых известных наркозависимым лицам лекарственных средств, возможно развитие острых психотических состояний с бредовыми расстройствами, напоминающими таковые при шизофрении. Если же употреблять их совместно, то это, скорее всего, окажет лишь снотворный эффект. То же самое можно сказать и о совместном употреблении GHB с кетамином – возможно усиление эффекта, но вероятно и быстрое вхождение в сон. Некоторые потребители наркотиков используют GHB для продления действия наркотиков со стимулирующим действием (первитин, амфетамины) на выходе из состояния психомоторного возбуждения, когда начинает преобладать депрессивный компонент [1].

Очень часто молодые люди, употребившие в высоких дозах GHB, GBL или тот же BDO, абсолютно не в состоянии контролировать свое поведение. А это, как известно, чревато тяжелыми последствиями как для их собствен-

ной безопасности, так и для здоровья окружающих людей, особенно если лицо, употребившее какой-либо из вышеуказанных препаратов, сядет за руль и попытается куда-либо проехать. А такие факты уже имели место в действительности. В Интернет-источниках можно найти видео-кадры, демонстрирующие задержание абсолютно невменяемых личностей, решившихся под воздействием гамма-гидроксibuтирата (GHB) на управление транспортным средством. Какой ущерб они могли нанести в процессе вождения и сколько человек могло бы оказаться под колесами их автомобиля, остается только с ужасом догадываться, особенно если взглянуть с точки зрения психиатрии на крайне неадекватное поведение подобных персонажей в процессе задержания.

Токсические эффекты GHB (GBL, BDO)

Интоксикации гамма-оксимасляной кислотой (ГОМК, GHB) характеризуются довольно высокой летальностью среди пациентов. В связи с участвовавшими в последнее время случаями обращений за медицинской помощью, госпитализаций и смертельных исходов, связанных с употреблением GHB, возникла необходимость пересмотра представлений о фармакологии, фармакокинетики, фармакодинамике и о клинических проявлениях интоксикации GHB, а также о других неблагоприятных эффектах, связанных с применением данного вещества. Еще раз вкратце остановимся на каждом из них.

Токсичность ГОМК (GHB) и ее предшественников (GBL, BDO) значительно возрастает при их употреблении совместно с алкоголем и другими наркотическими средствами [24, 25, 30, 38]. Такая комбинация характеризуется более высокими показателями заболеваемости и летальности [11, 23, 25, 30, 31, 36, 38, 40]. При совместном применении GHB и алкоголя возрастает риск угнетения дыхательной системы, поскольку эти вещества потенцируют (усиливают) действие друг друга [40].

Многие злоупотребляют ГОМК, посещая ночные клубы и “рейвы (raves)” – скопления огромного количества представителей т.н. “танцевальной культуры”, в то время как другие синтезируют ГОМК по рецептам, полученным из компьютерной сети Интернет. Немало и тех, кто употребляет ГОМК в расчете на ее анаболический эффект. Некоторые используют ГОМК для самолечения при депрессии и алкоголизме, хотя ее эффективность при данных диагнозах еще недостаточно подтверждена. Поскольку наличие ГОМК в алкогольных напитках практически невозможно определить, она приобрела репутацию “наркотика изнасилований” [30, 38]. Это связано с тем, что потенциальная жертва после приема внутрь алкоголя с добавленным туда злоумышленником гамма-гидроксibuтиратом, через непродолжительное время погружается в глубокий медикаментозный сон и в течении нескольких часов абсолютно беспомощна. Также в настоящее время накапливается все больше сообщений уже о множестве смертельных случаев, связанных с инток-

сикацией ГОМК [7] и GBL [17] в США. Вследствие участвовавшего злоупотребления ГОМК, каждый случай беспричинной внезапной комы без указания на черепно-мозговую травму, употребление других психоактивных веществ и без признаков повышенного внутричерепного давления следует рассматривать как возможную передозировку ГОМК и лечить соответствующе.

Как уже сообщалось выше, нежелательные эффекты ГОМК носят дозозависимый характер. Сообщается, что пероральный прием 10 мг/кг ГОМК вызывает амнезию и гипотонию. Дозы 20-30 мг/кг вызывают глубокий сон в течение 15 минут, тогда как доза более 50 мг/кг приводит к потере сознания и развитию комы. Дозы меньше 10 мг/кг способны вызвать тошноту, рвоту, спутанность сознания и судорожные реакции [16]. Также могут наблюдаться угнетение дыхания, гипотензия и брадикардия. В течение нескольких недель после приема ГОМК может наблюдаться головокружение. Клиника совместного действия ГОМК и этанола (или других предметов злоупотребления) представляет наибольший интерес [25, 30, 38, 40]. Такие комбинации характеризуются тяжелыми дыхательными расстройствами и нарушениями со стороны ЦНС [16, 24, 25, 30, 38, 40].

Современные экспериментальные исследования зарубежных ученых подтвердили тот факт, что при употреблении ГОМК может развиваться синдром отмены длительностью 3-12 дней, клиника которого характеризуется бессонницей, тревогой, тремором [15]. Также наблюдается гипотермия и изменения показателей электроэнцефалограммы (ЭЭГ) по типу комплексов пик-волна, что объясняет наличие судорожных реакций у лиц, злоупотребляющих ГОМК. В исследованиях не выявлено корреляции между гипотермией и судорогами при интоксикации ГОМК. По-видимому, эти феномены развиваются по независимым друг от друга механизмам [33]. Клиницистам следует иметь в виду, что концентрации ГОМК в плазме изменяются в соответствии с циркадными (суточными) ритмами. В одном исследовании продемонстрировано, что дневной уровень ГОМК в плазме составлял 61% от ночного. Это наблюдение может иметь клиническое значение, поскольку основная масса пациентов с передозировками ГОМК поступает в стационар в ночное время [20].

В американской прессе уже несколько раз разворачивалась кампания, требующая от властей принятия более жестких мер в отношении контроля оборота GHB и GBL во всех штатах без исключения. Обычно поводом к такого рода претензиям являлись сообщения об очередных смертях, связанных с приемом этих препаратов. В частности, один случай употребления ГОМК (GHB), закончившийся трагедией, имел широкий общественный резонанс у жителей США. 16-го января 1999 года три юные девушки решили вместе посетить местный кинотеатр. По крайней мере, так они сказали своим родителям. Однако вместо этого они в конечном итоге оказались на вечеринке у знакомых ребят, где часть из них употребляла алкоголь, кто-то курил марихуану. Одна из девушек, 19-тилетняя Саманта, вместе со знакомым

парнем выпила неопределенное количество GHB. Через несколько минут она встала и успела немного пройти, прежде чем потеряла сознание. Ее перенесли в ванную комнату и положили рядом с 14-тилетней подругой Мелани, которая уже пребывала в коме после употребления все того же "бутирата". Когда мальчики не смогли самостоятельно привести подруг в чувство, они вызвали врачей и те увезли девушек в больницу. Как выяснили медики, обе находились в коме. Мелани все же пришла в себя и после проведенного курса дезинтоксикации была выписана из лечебного учреждения. А Саманта скончалась в госпитале, так и не приходя в сознание... В феврале 2000 года три молодых человека, принимавших участие в той вечеринке (возраст 18, 19 и 26 лет) предстали перед судом в качестве обвиняемых в убийстве Саманты и отравлении других девушек. В США это был первый судебный процесс, рассматривающий дело о смерти, непосредственно связанной с приемом GHB (ГОМК). Молодые люди были признаны виновными в непреднамеренном убийстве и частично в отравлении, за что и понесли наказание – от 5 до 15 лет лишения свободы. Чрезвычайно дорогой ценой пришлось им заплатить за свою веселую вечеринку, превратившуюся в суровый приговор!

Лечение отравлений ГОМК (GHB, GBL, BDO)

Что же делать медицинскому персоналу, если к ним поступает человек с симптомами, характерными для передозировки злополучным ГОМК (GHB)?

Лечение интоксикации ГОМК включает меры по поддержанию жизни, поскольку большинство эффектов ГОМК (даже в комбинации с другими препаратами) нивелируются в течение нескольких часов. Наиболее грозным проявлением интоксикации является угнетение дыхания, которое может привести к гипоксии и летальному исходу. Большой проблемой в лечении пациентов, купивших ГОМК на улице, является то, что невозможно оценить дозу, которую они приняли. Более того, зачастую пациенты уверены, что приняли небольшую дозу, хотя в действительности они употребляли более концентрированный раствор препарата. Обоснованность введения налоксона при интоксикации ГОМК спорна. Как сказано выше, налоксон – это опиоидный антагонист, который блокирует многие центральные эффекты ГОМК. Многие зарубежные исследователи на основании собственного клинического опыта утверждают, что достаточно большое количество молодых людей употребляет ГОМК совместно с опиоидами, что выявляется токсикологическим скринингом. Поскольку это довольно распространенная практика, они рекомендуют использовать налоксон, тем более что в экспериментах на животных были получены хорошие результаты [24].

Поскольку ГОМК используется в схемах лечения эпилепсии, возникает вопрос об обоснованности назначения, положительных и отрицательных сторонах использования антиконвульсантов в лечении судорог, вызванных

ГОМК. Изменения электроэнцефалограммы, вызванные интоксикацией ГОМК, нормализуются введением пентобарбитала [32]. Миоклонические судороги устраняются этосуксимидом, ослабляются диазепамом и усиливаются при введении клоназепама [32]. Антиконвульсанты ослабляют миоклонические судороги при экспериментальной профилактике интоксикаций ГОМК [32]. Этосуксимид также уменьшает ступор при интоксикации ГОМК [32]. Механизм действия вальпроата и этосуксимда при интоксикации ГОМК, по-видимому, заключается в ингибировании ГОМК-дегидрогеназы, что ослабляет ГАМК-миметическое действие ГОМК на ГАМК_B-рецептор [18]. Важным вопросом для клинициста остается: не усугубит ли применение антиконвульсанта респираторную депрессию и другие центральные эффекты ГОМК у человека? Четкого ответа в настоящее время нет. Теоретически, бензодиазепины должны усиливать угнетение дыхания при интоксикации ГОМК, в то же время внутривенное введение вальпроата одобрено для дальнейших клинических исследований и позиционируется как потенциальная схема лечения судорожного синдрома при интоксикации ГОМК. Диазепам успешно используется для лечения синдрома отмены ГОМК (GHB) и GBL [6, 9, 28].

Другим подходом к терапии интоксикации ГОМК является применение физостигмина [8, 19, 23, 39]. Раньше ГОМК использовали в Европе для анестезии. Ее широкое применение было ограничено таким побочным эффектом, как медленное пробуждение после операции. Henderson и Holmes показали, что внутривенное введение 2 мг физостигмина вызывает быстрое, безопасное и устойчивое пробуждение анестезированных ГОМК пациентов в течение 2-10 минут [19]. Механизм этого феномена затрагивает, помимо холинергической, дофаминергическую и ГАМК-ергическую системы. Физостигмин может вызвать холинергический криз, поэтому использовать его нужно с осторожностью. К побочным эффектам относятся тошнота, рвота, повышенное слюноотделение и брадикардия. Следует иметь под рукой атропин, тем более что ГОМК сама вызывает брадикардию [39]. Несмотря на доказанную эффективность физостигмина, его побочные эффекты могут представлять большую опасность, чем пользу для лечения передозировки ГОМК [8].

Последнее замечание по поводу лечения: многие пациенты с интоксикацией ГОМК имеют склонность к внезапному самостоятельному пробуждению и агрессивному поведению. Рекомендуется фиксировать пациентов с подозрением на передозировку ГОМК. Другой опасностью внезапного пробуждения является самопроизвольная экстубация при отсутствии адекватного дыхания.

Действие ГОМК (GHB) на опиоидные рецепторы [24]

Исследования, проведенные европейскими, канадскими и американскими учеными, показали, что ГОМК (GHB) и морфин обладают сходными клиническими эффектами, включая эйфорию, угнетение дыхания, и потенциальную

возможность развития зависимости [12, 24, 40]. Эффекты ГОМК частично блокируются введением налоксона [13, 29]. Механизм развития этого феномена неизвестен. Было высказано предположение, что ГОМК может действовать как прямой агонист опиоидных рецепторов, но исследования показали, что ГОМК не связывается с мю- дельта- и каппа-опиоидными рецепторами [12]. ГОМК может обладать непрямым антагонизмом, действуя через рецепторы энкефалина или динарфина, но это только предположения [29]. Более того, взаимодействие налоксона и ГОМК может происходить не по опиоидному, а по дофаминергическому механизму, который заключается в ослаблении тормозного влияния ГОМК на выброс дофамина в синапсах ЦНС [12, 13].

Поскольку случаи совместного употребления нескольких препаратов довольно распространены, представляется интересным сравнить центральные и периферические эффекты ГОМК (GHB) и других популярных объектов злоупотребления.

Сравнение центральных эффектов ГОМК и некоторых других наркотических препаратов. [24]

ГОМК (GHB) [24]	Амнезия, потеря сознания, кома, судорожный синдром
Кокаин [27]	Спутанность сознания, тревога, головокружение, делирий, головная боль, экзофтальм, гиперрефлексия, потеря сознания, судороги
Экстази (MDMA) [26]	Ажитация, кома, судороги, мидриаз, паника, паранойя
Этанол [34]	Депрессия ЦНС, снижение либо отсутствие глубоких рефлексов, кома
Опиаты (героин) [35]	Миоз, оценка по шкале Глазго менее 12
Метамфетамин [10]	Ажитация, тревога, делирий, психоз, судороги

Сравнение влияния ГОМК и некоторых других наркотических препаратов на сердечно-сосудистую систему. [24]

ГОМК (GHB) [24]	Брадикардия, гипотензия
Кокаин [27]	Пароксизмальная предсердная тахикардия, гипертензия, синдром внезапной смерти в результате прямой кардиотоксичности
Экстази (MDMA) [26]	Выраженная брадикардия с нарушением функции сердца
Этанол [34]	Синусовая бради- и тахикардия, гипо- и гипертензия, сердцебиения, обмороки
Опиаты (героин) [35]	Синусовая бради- и тахикардия, гипо- и гипертензия, сердцебиения, обмороки
Метамфетамин [10]	Предсердно-желудочковая аритмия, гипертензия, боль в груди, миокардиальная ишемия, сердцебиения

Влияние ГОМК и некоторых других
наркотических препаратов на дыхательную систему. [24]

ГОМК (ГНВ)	Угнетение дыхания
Кокаин	Дыхание Чейна-Стокса
Экстази (MDMA)	Угнетение дыхания
Этанол	Угнетение дыхания
Опиаты (героин)	Угнетение дыхания, частота дыхательных движений (ЧДД) менее 12
Метамфетамин	Диспноэ

Таким образом, содержимое вышеприведенных таблиц, как и вся накопленная по данному разделу наркологии информация, свидетельствуют о высокой степени токсического воздействия ГОМК (ГНВ) на организм потребителей, обусловленного его хроническим применением (аналогично GBL и BDO) с целью достижения состояния наркотического опьянения. В целях предотвращения незаконного оборота вышеназванных химических веществ на территории Российской Федерации, всем заинтересованным надзорным органам необходимо, в соответствии с действующим законодательством, усилить контроль в этом сегменте нелегального рынка наркотических препаратов. В противном случае тенденция к увеличению количества молодых людей, злоупотребляющих теми или иными по-прежнему легко доступными психоактивными веществами, сохранится, что будет, как и прежде, наносить невосполнимый ущерб национальному потенциалу возрождающейся России. Мы не имеем права пассивно наблюдать гибель юных соотечественников, которые продолжают захлебываться в море лжи и фальши, пропитавшем многочисленные информационные источники, под девизом “бери от жизни все” рекламирующие какие-либо искусственные удовольствия, создающие мифы о безвредности для сознания потребителей каких-либо наркотических препаратов, и насаждающие в умах подрастающего поколения ложные стереотипы поведения. Наша задача – любой ценой сберечь психическое и телесное здоровье тех, кто придет вслед за нами сохранять и приумножать ресурсы своего Отечества. Мы способны сделать это лишь сообща. Надеюсь, на вышеизложенную информацию обратят внимание те, кто обязан по долгу службы отслеживать текущую наркологическую ситуацию в стране, и она поможет им в дальнейшем разработать и предпринять максимально эффективные меры по противодействию росту злоупотребления российской молодежью препаратами гамма-гидроксibuтират (оксibuтират)-натрия (ГНВ-Na), гамма-бутиролактон (GBL) и 1,4-бутандиол (BDO).

ЛИТЕРАТУРА:

1. “Бутират” (GBL, ГНВ-Na, ГОМК, BDO). Психоделия в Сибири. Электронный адрес статьи: <http://www.geocities.com/narkonet/butirat.htm>
2. ГНВ – Гамма-Гидроксibuтират. Электронный адрес статьи: http://www.sportpharma.ru/terms_preparat/sf_ghb_2.htm
3. Попов М., Гордиенко И. ГНВ – снова себя по голове. “Компьютерра” №16 от 21 апреля 1997 года. Электронный адрес статьи: <http://offline.com-puterra.ru/1997/193/486/>
4. Википедия – свободная Internet-энциклопедия (<http://ru.wikipedia.org>). Оксibuтират натрия.
5. Шурыгин И.А. “Оксibuтират натрия: недокументированные свойства препарата (о чем молчит Машковский)”. Источник: www.neuronet.ru.
6. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Gasbarrini G. Diazepam in the treatment of GHB dependence. Br J Psych 2000;177:181.
7. Adverse events associated with ingestion of gamma-butyrolactone- Minnesota, New Mexico, and Texas, 1998-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.1999;48(7):137-40.
8. Cadicott DG, Kuhn M. Gamma-hydroxybutyrate overdose and physostigmine: Teaching new tricks to an old drug? Annals of Emergency Medicine 2001;37(1):99-102.
9. Catalano MC, Glass JM, Catalano G, Burrows SL, Lynn WA, Weitzner BS. Gamma-butyrolactone (GBL) withdrawal syndromes. Psychosomatics 2001;42:1.
10. Derlet RW, Heischouer B. Methamphetamine: stimulant of the 1990s? Wes J Med. 1990;153(6):625-27.
11. Eggert MS, Waldrum MR. Gamma-hydroxybutyrate intoxication with respiratory failure: A still growing epidemic among adolescents and young adults. Chest 2000;118(4):88s-9s.
12. Feigenbaum JJ, Simantov RG. Lack of effect of gamma-hydroxybutyrate on mu, delta, and kappa opioid receptor binding. Neurosci Lett. 1996;212(1):5-8.
13. Feigenbaum JJ, Howard SG. Naloxone reverses the inhibitory effect of gamma-hydroxybutyrate on central dopamine release in vivo in awake animals: a microdialysis study. Neurosci Lett 1997;224(1):71-4.
14. Fujita M, Verhoeff NP, Varrone A, et. al. Imaging extrastriatal dopamine D2 receptor occupancy by endogenous dopamine in healthy humans. Eur J Pharmacol 2000 Jan 10;387(2):179-188.
15. Galloway GP, Frederick SL, Staggers FE, Gonzales M, Stalcup SA, Smith DE. Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence. Addiction. 1997;92(1):89-96.
16. Gamma-hydroxybutyrate poisoning. The Medical Letter 1991;33(836):8.

17. Gamma-hydroxybutyrate use – New York and Texas, 1995-1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46(13):281-83.
18. Hechler V., Ratomponirina C, Maitre M. Gamma-hydroxybutyrate conversion into GABA induces displacement of GABA B binding that is blocked by valproate and ethosuximide. *J Pharmacol Exp Ther* 1977;281(2):753-60.
19. Henderson, R., Holmes, C. Reversal of the anaesthetic action of sodium gamma-hydroxybutyrate. *Anaesth Intensive Care* 1976;4(4):351-4.
20. Hoes MJ, Vree TB, Guelen PJ. Circadian rhythm in plasma concentrations of gamma-hydroxybutyric acid in alcoholics. *Int J Addict* 1981;16(6):1071-5.
21. Kaasin V, Nagren K, Hietala J, et. al. Extrastriatal dopamine D2 and D3 receptors in early and advanced Parkinson's Disease. *Neurology* 2000 Apr 11;54(7):1482-87.
22. Maitre M. The gamma-hydroxybutyrate signalling system in the brain: organization and functional implications. *Prog Neurobiol* 1997;51(3):337-61.
23. Okun M, Bartfield RB, Doering PL. GHB Toxicity: What You Need to Know. *Emergency Medicine* 2000:10-23.
24. Okun M.S., Boothby L.A., Bartfield R.B., Doering P.L. GHB: An Important Pharmacologic and Clinical Update / *J Pharm Pharmaceut Sci* 4(2):167-175, 2001. Перевод: Иванов И.М.
25. O'Connell T, Kaye L, Plosay JJ. Gamma-hydroxybutyrate (GHB): A newer drug of abuse. *American Family Physician* 2000;62(11):2478-83.
26. O'Connor B. Hazards associated with the recreational drug 'ecstasy'. *Br J Hosp Med*. 1994;52(10):507-14.
27. Pearman K. Cocaine: a review. *J Laryng Otol*. 1979;93:1191-99.
28. Price G. In-patient detoxification after GHB dependence. *Br J Psych* 2000;177:181.
29. Schmidt-Mutter C, Gobaille S, Muller C, Maitre M. Prodynorphin and proenkephalin mRNAs are increased in rat brain after acute and chronic administration of gamma-hydroxybutyrate. *Neurosci Lett* 1999;262(1):65-8.
30. Schwartz RH, Milteer R. Drug-facilitated sexual assault ('Date Rape'). *South Med J* 2000; 93 (6):558-61.
31. Shannon M, Quang LS. Gamma-hydroxybutyrate, gamma-butyrolactone, and 1, 4-butanediol: a case report and review of the literature. *Pediatr Emer Care* 2000;16(6):435-40.
32. Snead OC. Gamma-hydroxybutyrate in the monkey, electroencephalographic, behavioral, and pharmacokinetic studies. *Neurology* 1978; 28 (7):636-42.
33. Snead OC. Gamma-hydroxybutyric acid seizures bear no relation to core temperature. *Epilepsia* 1990;31(3):253-8.
34. Spiegelman R. Treatment of ethanol intoxication. *Drug Info Bull*. 1980;14(2):1-3.
35. Sporer KA. Acute heroin overdose. *Ann Int Med*. 1999;130(7):584-90.

36. Timby N, Eriksson A, Bostrom K. Gamma-hydroxybutyrate-associated deaths. *Am J Med* 2000;108(6):518-19.
37. Tunnicliff G. Sites of action of gamma-hydroxybutyrate- A neuroactive drug with abuse potential. *J Toxicol Clin Toxicol* 1997; 35(6): 581-90.
38. Weir E. Raves: a review of the culture, the drugs, and the prevention of harm. *Can Med Assoc J* 2000; 162(13):1843-48.
39. Yates W, Viera AJ. Physostigmine in the treatment of gamma-hydroxybutyric acid overdose. *Mayo Clin Proc* 2000;75(4):401-2.
40. Zvosec DL, Smith SW, McCutcheon BS, Spillane J, Hall BJ, Peacock EA. Adverse events, including death associated with the use of 1, 4-butanediol. *New Eng J Med* 2001;344(2):87-94.

Глава 5.

Публикации в русскоязычных средствах массовой информации, затрагивающие вопросы незаконной свободной продажи наркотических веществ под видом лекарственных средств или пищевых продуктов

5.1 Фармацевты в российских городах продают дурман налево и направо

7.06.2005
Н. Лескова

В составе оперативной группы столичного управления по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (УБНОН) УВД участвую в обходе круглосуточных аптечных пунктов. На днях поступил очередной сигнал: в одном из них на юге столицы можно приобрести наркотические, психотропные и галлюциногенные препараты. Меня посылают впереди бригады. Цель – приобрести пару упаковок препаратов, которые должны продаваться только по рецептам.

Девушка-фармацевт взирает на меня с недоверием. «Рецепт?» – интересуется она. «Нету, – честно признаюсь я. – Но очень нужно. Бабушка уснуть не может, а врач будет только утром» (так врут большинство наркоманов). Сую в окошко сто рублей – сдачи, дескать, не надо. Через минуту становлюсь обладательницей искоемых препаратов. Если принимать их по назначению врача, вреда не будет. Но если проглотить не одну таблетку на ночь, а штук пять зараз, лекарство становится токсичным. Особенно если «залить» варевом на основе маковой соломки. «После таких «коктейлей» кое-кто не выживает, – рассказывает старший оперуполномоченный юго-западного отделения УБОП столицы Юрий Ливнев. – Тем не менее приверженцев «гремучих смесей» не становится меньше. Контингент наркоманов молодеет: лет пять назад это были молодые люди 20-25 лет, сейчас подростки с 13-15 лет»

По словам Юрия, во время одного из последних рейдов около дежурной аптеки подобрали тощего, грязного мальчишку без признаков жизни. В больнице еле откачали. Оказалось, ему едва исполнилось 12. Мать – горькая пьяница, отец – в тюрьме. Мальчишка зарабатывает попрошайничеством и мелким воровством. Вечерами «отрывается», нюхая клей и глотая «колеса», купленные в аптеке.

В другом аптечном пункте купить запрещенные препараты не удалось – их не оказалось. Предложили валерьянку и растительный чай «Баю-бай». «Вашей бабушке в самый раз», – заверила фармацевт.

Зато в третьем киоске ждала «удача» – мне готовы были отвалить хоть дюжину 200-граммовых бутылок медицинского спирта и пять пачек успокоительного. «200 рублей», – полушепотом поведала работница «здравпункта». Следом за мной отоваривались два бомжа. «Спирт закончился», – отрезала фармацевт. «Тогда хоть настойки боярышника дай», – чуть не заплакали алчущие спиртосодержащей жидкости клиенты. Каждому досталось по три бутылочки. Здесь же, не отходя от окошечка, они принялись дрожащими руками откупоривать флаконы с живительной жидкостью. «Как правило, боярышником, в небольших количествах полезным для работы сердца, дело не обходится, – рассказывает Юрий. – Доходяги добавляют в него несколько капель какой-нибудь дряни. «Крыша едет» по полной программе».

Вызывать «скорую» сотрудникам УБОП приходится практически во время каждого рейда. Как правило, жертв подобных «ночных кутежей» находят недалеко от дежурных аптек. На станциях «скорой помощи» им оказывают первую помощь, делают промывание желудка. Наркологические клиники теперь их не лечат.

Работницам аптек, которые продали мне опасные препараты без рецепта, грозят неприятности – штрафы, а возможно, и уголовная ответственность. Однако контролировать действия фармацевтов стражи порядка могут лишь так, выборочно. Правда, Юрий Ливнев говорит, что в нынешнем и будущем годах милиция будет постоянно проводить комплексные операции «Допинг» и «Мак». Под контроль возьмут не только притоны, но и аптеки, химфармпредприятия, склады лекарственных препаратов. Наркотики, ввозимые в столицу, станут искать со служебными собаками не только в поездах дальнего следования, но и в обычных электричках. Кроме того, в районах города появятся общественные советы, которые будут помогать стражам порядка в работе с молодежью по специальным программам. Проще говоря, молодым людям предлагают сообщать о наркоманах и наркоторговцах куда следует.

- В российских аптеках сегодня без рецепта можно купить в любом количестве лекарства, содержащие и тяжелые наркотики, и вещества, на основе которых изготавливаются синтетические наркотики, – говорит руководитель Центра во имя праведного Иоанна Кронштадтского, доктор медицинских

наук отец Анатолий (Берестов). – Это так называемые кодеиносодержащие лекарственные препараты. Как врач, много лет изучавший эту проблему, могу сказать, что кодеиновая наркомания не менее опасна, чем героиновая. Случается, что лекарственные препараты скупаются гражданами по 200-300 флаконов и упаковок за один раз. Если ситуация коренным образом не изменится, стране грозит большая беда. Ведь среди наркоманов 76 процентов – подростки и молодые люди.

В правоте отца Анатолия я убедилась еще раз, когда обнаружила на одном из аптечных интернет-сайтов Москвы предложение бесплатно доставить в любую точку столицы наркотические вещества. Для этого я лишь должна сделать электронный заказ на сумму не менее тысячи рублей – и нужный товар появится у меня в течение двух часов. Вот она – мечта наркомана...

Источник: портал Щелково и Щелковского района
(<http://www.schelkovo.su/>)

Электронный адрес статьи:
<http://www.schelkovo.su/modules/news/article.php?storyid=449>

5.2 Аптечный притон

В Челябинске молодежь оптом скупает психотропные средства

И. Изотов, Челябинская область

Фармацевты одной из челябинских аптек превратили свое медицинское учреждение в настоящий наркоманский притон: за сильнодействующими препаратами “Стадол” и “Буторфанол” подсевшая на иглу молодежь шла к заветному окошку буквально гуськом.

Ничем не приметная аптека по улице Энергетиков превратилась в место настоящего паломничества наркоманов Ленинского района. Жители соседних домов уже привыкли к коллективным визитам бледной молодежи за очередной дозой кайфа: после покупки нужного препарата клиенты либеральной аптеки “отрывались” тут же – в подъездах соседних домов или прямо на улице. В конце концов, сигнал о незаконной продаже сильнодействующих лекарственных препаратов поступил на телефон “горячей линии” оперативно-розыскной части по противодействию незаконному обороту наркотиков ГУВД Челябинской области.

Оперативники решили приобрести сильнодействующие препараты таким же способом, как это делали наркоманы: на обычном листке бумаги написали название нужного лекарства и количество ампул, протянули его в окошко. Продавец ничуть не смутилась и любезно обслужила очередных клиентов.

– Работники аптеки прекрасно знали, что препараты “Стадол” и “Буторфанол” могут продаваться только по рецепту врачей, – говорит заместитель начальника оперативно-розыскной части по противодействию незаконному обороту наркотиков ГУВД Челябинской области Андрей Южаков. Они также хорошо понимали, что к ним приходят именно наркоманы, пишут на бумажке название лекарства и его количество. Продавец аптеки фактически инсценировала продажу лекарств по рецепту: брала бумажку и делала вид, что работает с рецептом. Значит, был явный умысел на то, чтобы нарушить существующий порядок.

Очевидно, продажа сильнодействующих препаратов была поставлена в аптеке на поток: на складе милиционеры обнаружили еще 400 ампул обезболивающих препаратов. В подъездах соседних домов задержали семеро еще “тепленьких” наркоманов в возрасте от 17 до 26 лет.

После удачной операции заведующая криминальной аптеки отделалась административным наказанием сразу по двум статьям – Кодекса об административных правонарушениях: «Незаконная продажа товаров (или иных вещей), свободная реализация которых запрещена (или ограничена)» и «Продажа товаров... с нарушением санитарных правил». Буквально через месяц такая же аптека была прикрыта правоохранительными органами на территории Северо-Западного (“спального”) района Челябинска. Те же хрустящие шприцы под ногами, та же кайфующая молодежь.

Недавняя проверка, проведенная прокуратурой Челябинской области при участии “Областного центра сертификации и контроля лекарственных средств”, сотрудниками муниципальных администраций и Роспотребнадзора, позволила возбудить в отношении аптечных работников 88 дел об административных правонарушениях. Восемь аптекарей привлечены к дисциплинарной ответственности. И продажа лекарств без рецептов – одно из самых распространенных нарушений. Почему так происходит?

– Препараты “Стадол” и “Буторфанол” не включены в Список N 1 “Сильнодействующие вещества”, утвержденный Постоянным комитетом по контролю наркотиков Министерства здравоохранения и социального развития РФ (прим. сост. – по состоянию на июль 2005 года), – объясняет заместитель начальника фармацевтического отдела Минздрава Челябинской области Татьяна Араловец. – По рецепту врача должен тот же “Сульфадемизин” отпускаться, но когда больной приходит и просит продать ему антибиотик, продавец идет навстречу. Чтобы ужесточить ответственность, надо какой-то статус придать таким препаратам.

С точки зрения закона продажа без врачебного рецепта безобидного “Бисептола” и сильнодействующего “Буторфанола” – проступки равноценные. Но, продавая “Бисептол”, продавец аптеки облегчает страдания больного, спасает его от инфекции, отпуская же “Буторфанол” – только затягивает петлю на шее наркомана. Фармацевты прекрасно знают об этом,

но возможность легкого дополнительного заработка перевешивает клятву Гиппократу. Ведь уголовная ответственность не наступает за продажу даже крупной партии опийных анальгетиков.

Российское законодательство, касающееся сбыта лекарственных препаратов, вообще полно абсурдных противоречий. Скажем, некоторые витамины должны продаваться исключительно по рецепту, а вот для покупки кодеиносодержащих лекарств “Коделак” и “Терпинкод” не требуется вообще никакого документа. В челябинских аптеках наркоманы скупают их пачками, пустые упаковки валяются по всему городу – в подъездах, на автобусных остановках. Аналогичная ситуация с популярным лекарством от кашля “Бронхолитин”. В маленьких дозах оно совершенно безопасно – его дают даже маленьким детям, но наркоманы скупают “Бронхолитин” оптом и путем несложных манипуляций перерабатывают содержимое бутыльков в наркотик меткатион. В челябинском управлении Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков сейчас расследуются три таких уголовных дела: сироп от кашля покупали большими партиями, дома варили из него меткатион, потом устраивали притон и продавали его наркоманам. Но остановить свободную продажу таких препаратов Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков не может.

– Нечистоплотные сотрудники аптек перепродают препараты “Коделак” и “Терпинкод” посредникам большими партиями, – рассказывает 1-й заместитель начальника челябинского управления ФСКН Петр Иванов. – А посредники продают их наркоманам уже по завышенной цене. Поэтому фармацевтические компании производят эти препараты огромными партиями. Но сбыт таких препаратов не влечет за собой уголовной и даже административной ответственности. Мы можем только написать представление в Минздравсоцразвития. Если они будут включены в Список N 1, то за их продажу будет наступать уголовная ответственность – в Уголовном кодексе есть статья 234-я, которая уголовно преследует сбыт сильнодействующих веществ.

Ежегодно по 234-й статье УК РФ привлекают к уголовной ответственности несколько десятков работников аптек и медицинских учреждений – больниц, поликлиник. Только с начала 2005 года ФСКН по Челябинской области расследует 21 такое дело. Среди фигурантов есть и аптекари, и врачи, и заведующие отделениями городских больниц, уличенные в незаконной продаже препаратов “Сибазон”, “Реланиум”, “Тримазон” из Списка N1.

Совсем недавно суд приговорил к пяти годам условно менеджера по сбыту государственного унитарного предприятия “Областной аптечный склад”. Женщина выписывала фиктивные заявки на сильнодействующий препарат из Списка N1 “Теофедрин-Н”. По бумагам лекарство уходило в Брединскую муниципальную аптеку (сообщница – фармацевт из Бредов получила 4 года условно) на самом же деле – прямоком в квартиру коммерсантки. Криминал в том, что препарат “Теофедрин-Н”, используемый для лечения легочных

заболеваний, наркоманы виртуозно перерабатывают в синтетический наркотик метамфетамин – в народе “винт”. В уголовном деле фигурируют 10 эпизодов преступного сбыта теофедрина-Н по 2 тысячи таблеток.

В мировой практике за продажу сильнодействующих веществ предусмотрено более жесткое наказание, а препараты, которые в России продаются без рецептов, считаются психотропными. Заполнить очевидный пробел в подзаконных актах может Постоянный комитет по контролю наркотиков Министерства здравоохранения и социального развития России. Пока вполне легальное содействие наркомании через аптечную сеть остается безобидной мелочью, от которой продолжают гибнуть тысячи.

Источник: “Российская газета”,
федеральный выпуск №3834 от 29 июля 2005 г.

Электронный адрес статьи:
<http://www.rg.ru/2005/07/29/apteka.html>

5.3 Телепередача “Момент истины” Эпизод об аптечном наркорынке

27.11.2005

Фрагмент беседы ведущего с иеромонахом Анатолием (Берестовым).

“Момент истины” в эфире. В студии Андрей Караулов

– Мы только на секунду прервем Машу, Отец Анатолий, давайте вспомним, сколько лет уже прошло, трамадол ретард, 2002 год.

– Сильнейший наркотик, страшнее, чем героин, открыто продавался в наших аптеках. И вот считалось, что это лекарство, трамадол ретард, слушайте, мы тогда получили, пока не запретили этот наркотик открыто продавать, мы получили десятки тысяч, только за одно лето, 2002 года. Десятки тысяч новых трамаловых наркоманов. И выяснилось, что трамадол страшнее, чем героин, потому что врачи говорили больным: «Вы сначала, ребята, с трамала на героин переходите, обратно, а потом уже к нам, врачам, приходите. Иначе мы вас не вылечим». Мой вопрос к Вам. Вот Вы слышите наш сегодняшний разговор. Под каким предлогом, если весь мир, мы специально ходили, помню, по аптекам и Парижа, и Брюсселя, нигде нет трамадола. Ни по рецепту, ни без рецепта. Запрещено. В кондунтах нет его. Помню, девушка листала в аптеке кондунт, нет такого лекарства. Под каким предлогом в массовом количестве в нашу страну, во все регионы тогда ввозился трамадол?

– Я не могу утверждать, но сотрудники аптечного Управления мне сказали, что Германская фирма “Грюненталь”...

- Совершенно верно.
- Да, выпустившее у нас здесь трамадол, дала крупненькую сумму определенным лицам.
- Уровень коррупции, не будем торопиться, Отец Анатолий. Сегодня трамадол снова переведен на учет строго по рецептам. Это Ваша заслуга, прежде всего.
- И Ваша заслуга.
- Потому что, Отец Анатолий, мы, журналисты, узнали все от Вас, Вы же доктор медицинских наук. От вас, от священников и от врачей. У меня в голову не могло прийти, что все аптеки... Слишка Любовь Константиновна не поверила, что наркотик, сильнее героина, продается открыто в 100 метрах от Кремля. Она надела парик в выходной день и очки. Никогда я этого не забуду. И пошла проверять. И в ужасе через 2 часа позвонила почти в слезах. Фирма "Грюненталь". У меня был буклетик, я помню, в руках. Немецкая фирма "Грюненталь" рекомендовала колоть трамадол российским детям, в проспектах, до 1 года для профилактики.
- Да.
- Я помню, когда Виктор Деникин, он тогда был зампредом у Полтавченко, об этом заговорил, о трамадоле, он потерял работу. Вот, какая была мафия.
- Я не знаю, стоит ли называть эти имена или нет.
- Конечно, стоит.
- Ну, с его слов, он тогда, в общем-то, на него наехали люди в ранге вице-премьера и выше.
- И выше? Это вот 3 года назад, да?
- Да.
- ~
- Ну, у нас сегодня другие вице-премьеры, я надеюсь.
- Да. Но вакханалия продолжается более страшная.
- Какие примеры?
- Я сопоставил: черный нелегальный наркорынок, не управляемый государством, и легальный наркорынок аптечный, управляемый государством.
- Вот такая табличка?
- Да.
- И что? Какие выводы?
- Вот с тех пор, как мы тогда закрыли "Трамал ретард", сразу же был выпущен препарат "Залдиар", который представляет из себя смесь: трамадола с парацетамолом.
- Т.е. такой же наркотик?
- Еще хуже, потому что парацетамол, он тяжело бьет по печени. А ведь у всех, наркозависимых, печень страдает, печень больная. Они употребляют от 10 до 30 таблеток "Залдиара". Представляете, какое количество.
- Он свободно продается сейчас?

- Да, опять выпущены той же фирмой, "Грюненталь".
- И опять свободно в аптеках?
- Да.
- Т.е., этого я уже не знал, история полностью сейчас повторяется?
- Повторяется. И куда бы я ни обращался, куда бы я ни писал, никаких ответов не получаю. Писал в Министерство здравоохранения. Писал в ФСКН. Ну, наконец, я выступал в Совете Федерации. И говорил об этом. И от Совета Федерации направили запрос в Министерство здравоохранения.
- И что написали? Вы не боитесь, что Вас убьют, Отец Анатолий? Пока Вы ищите эту бумагу, скажите сразу.
- Да, на меня уже было 3 покушения. Так что, я не боюсь. Вот, что пишет Виктор Стародубов. «Данные препараты отпускаются из аптек только по рецептам специальной формы». На самом деле, все это без рецептов. Совершенно свободно. Я написал соответствующее письмо Георгию Сергеевичу Полтавченко, представителю президента в ЦФО. «Уважаемый Отец Анатолий, действительно, свободная реализация таких лекарственных средств, как "Терпинкод", "Коделак", "Кодипронт", "Тетралгин", содержащих наркотическое средство кодеин, неоднократно обращало на себя внимание органов Госнаркоконтроля России. Особое беспокойство вызывает свободное распространение препаратов опиоидного ряда – "Стадол", "Марадол", "Бутарфанол".»
- И это пишет полпред?
- Да. Это пишет Полтавченко.
- Отец Анатолий, вот объясните мне, пожалуйста, все происходит, все, о чем мы говорим, все легко проверяется, еще раз это скажу, и все происходит на наших глазах. Слушайте, это как надо не любить собственную страну, чтобы в больной стране, уже больной стране, где полным-полно наркоманов, алкоголиков, где смертность превышает рождаемость, Госкомстат – 536 тысяч мы потеряли только за первые эти полгода. Значит, в конце года будет больше миллиона. И бороться вот со всем этим приходится, чуть ли не в одиночку ...

5.4 Кайф без рецепта

10.12.2005
Е. Коробкова

Корреспондент "Челябинского рабочего" несколько дней наблюдала, как в аптеках Челябинска наркоманы покупают лекарства

По словам начальника управления ФСНК России по г. Челябинску Виктора Кузенкова, в нынешнем году в области вдвое увеличилось число лиц, отра-

вившихся некачественными наркотическими препаратами. Возросло и количество летальных исходов от передозировки. Зачастую смерть и отравления наступают в результате употребления медикаментов, которые обладают наркотическим действием, но не входят в перечень подконтрольных препаратов. Эти снадобья можно приобрести в любой аптеке без рецепта. В этом я убедилась сама, несколько дней и вечеров (порой очень поздних) проведя возле челябинских аптек.

Многие знают, что сегодня аптеки стали излюбленным местом “тусовки” наркоманов. Именно здесь приобретаются препараты, из которых потом варится наркотик. Периодически они попадают в список лекарственных средств, отпускающихся только по рецепту, однако изобретательные личности выискивают медикаменты с аналогичным действием, на приобретение которых рецепт не нужен. Что это за препараты, определить несложно. Достаточно взглянуть на дворики перед аптеками, где валяются упаковки от лекарств. Можно даже составить хит-парад популярных пилюль. Практически возле каждой точки можно найти пустые упаковки из-под “Терпинкода”. Дворик возле аптеки на Алом поле, торгующей по оптовым ценам, просто усыпан коричневыми коробочками. Они не очень выделялись на фоне листьев. Однако на снегу их видно, как говорится, за километр. Если немножко постоять возле аптеки, можно увидеть ее покупателей. Чаще всего это не бабушки и дедушки, а молодые люди. Купленное лекарство употребляют на месте: заглатывают пару-тройку таблеток и выбрасывают упаковку (прим. сост. – в большинстве случаев от двух и более упаковок по 10 таблеток). Жить становится веселее. Чаще всего приобретают именно “Терпинкод”, реже – “Коделак”. В аптеке объяснили, что это – таблетки от кашля.

- Только их в основном наркоманы покупают.

- А зачем вы им продаете?

- Ну как же не продавать, – поясняет удивленная моей непросвещенностью сотрудница аптеки, – они же без рецепта отпускаются.

Пустые коробочки с “Терпинкодом” я нашла и в подъездах близлежащих домов, где по ночам “тусуются” наркоманы. Местные жители прекрасно знают, зачем молодежь в таких больших количествах приобретает таблетки. Причем сами они утверждают, что не пользуются “Терпинкодом” для лечения кашля.

На пресс-конференции была высказана идея о том, что продажу таких таблеток нужно ограничить. Однако на вопрос, как это сделать, не прозвучало конкретного ответа. Заместитель начальника Управления здравоохранения администрации Челябинска Ангелина Голошевская пояснила, что аптекам можно “схитрить и не закупать этот препарат”, тем более что “он не является лекарством первой необходимости”. Однако вряд ли частники добровольно откажутся от столь востребованного товара, который расходуется “на ура”.

В письменных предложениях сети аптек “Классика” сказано: «В тех аптеках “Классики”, где сложился определенный контингент посетителей, мы имеем возможность ввести временные ограничения на продажу безрецептурных препаратов, употребляемых в немедицинских целях. К примеру, возможно продавать эти препараты только до 20.00» Очень полезное предложение. Особенно, если учесть, что довольно много аптек, облюбованных наркоманами, работают именно до 20.00. Да и значительная часть точек “Классики” тоже открыта до 20.00 либо до 22.00. Что касается круглосуточных аптек, то они, безусловно, тоже имеют возможность не продавать определенные препараты ночью. Однако пока еще ни одна аптека не отказалась от ночных продаж “Терпинкода”. Но если и откажется, то ничего страшного, можно ведь и до 20 часов на всю ночь “затариться”, да еще в соседних аптеках “по сусекам поскрести”. Благо, что у нас сегодня их в изобилии.

На пресс-конференции, кстати, заметили: когда аптек много – это хорошо, потому что все мы помним времена, когда в микрорайонах было по одной точке и в каждой – длинная очередь. То ли дело сейчас, когда есть из чего выбрать, когда возникает здоровая конкуренция, и, следовательно, улучшается качество обслуживания населения. Вот и постоянные клиенты аптек тоже так считают. Как показали наблюдения возле теплотехнического института, среди “юношей бледных со взором горящим” популярны практически все расположенные неподалеку торговые точки, торгующие лекарствами.

- Три “пятикубовых”, три “трешки”, три “пятерки”, “Нафтизин”, – заказывает небритый юноша с затуманенными глазами. Следом за ним – еще пять человек с одинаковым выражением лица. Некоторые просто подают деньги, ничего не говоря. Однако продавщица прекрасно понимает, что нужно. Во-первых, эти юноши – постоянные клиенты аптек. Во-вторых, после пяти вечера “меню” таких покупателей стандартное. Причем одни и те же лица приобретают препарат в одной аптеке, потом идут в соседнюю, потом в точку через дорогу. Наблюдается этакий круговорот наркоманов в аптеках. А все почему? Как объяснила сотрудница киоска на проспекте Ленина, наркоманы обычно приобретают гораздо больше препаратов, чем необходимо нормальному человеку для лечения. Поэтому любой продавец вправе отказать лицу, которое покупает немалое количество, например, того же “Терпинкода” или “Нафтизина”. Вот потому наркоманы и скитаются по разным местам. Как говорится, «собирай по ягодке – наберешь кузовок».

Впрочем, “Терпинкод” – не единственное популярное средство. В аптеку ведь не только наркоманы ходят. Сотрудница новой круглосуточной точки на улице Труда сообщила, что большим спросом пользуется настойка боярышника на спирту. “Боярочка”, так ласково называют ее алкоголики, стоит недорого, до 10 рублей за пузырек, и обычно покупается совместно с анальгином. Дешево и сердито. Пустые пузырьки из-под “боярочки” украшают входы большинства аптек. К превеликому огорче-

нию покупателей, тару из-под напитка обратно не принимают. Ее можно только выбросить.

Однако вопрос об ограничении продаж настойки боярышника на упомянутой пресс-конференции не поднимался. Сотрудники аптек лишь заметили: «Пусть лучше человек пьет, чем колется».

Ирина, жительница одного из домов на проспекте Победы, обилию аптек в своем районе не рада: «Не понимаю, для кого вообще они строятся. Я боюсь вечером из дому выходить: наркоманы повсюду». После того как в доме Ирины на первом этаже расположилась круглосуточная аптека, в подъезде на шабаш стали собираться любители зелья. Как замечают местные жители, места торговли лекарствами их притягивают. Хотя, с другой стороны, если что-нибудь заболит, радуешься, что бежать недалеко. В прошлом году самой Ирине пришлось воспользоваться услугами аптеки в три часа ночи. Она помнит, что тогда, пожалуй, впервые за много лет порадовалась, что круглосуточная точка расположена рядом.

Ассортимент упаковок, живописно разбросанных рядом с одной из аптек возле теплотехнического института, особенно велик. Помимо “тар” из-под “Терпинкода”, “Коделака” и настойки боярышника здесь имеются пластиковые упаковки из-под инсулиновых шприцев, пузырьки с надписью “Нафтизин”, маленькие ампулы и даже использованные шприцы. У входа дежурят трое наркоманов. Они ждут, когда откроют аптеку. В середине дня в ней очередь. Покупатели – та же “бледная молодежь”. Если вдруг попадает какая-нибудь бабушка или посторонний человек, пришедший за лекарством, его пропускают без очереди. К чему такая конспирация? А все потому, что в аптеке продают “Пипольфен”. Этот препарат оказывает седативное воздействие и используется для лечения аллергических заболеваний. Наркоманам “Пипольфен” необходим для ловли кайфа. Эффекту от него больше, чем от небезызвестного “Димедрола”. Несмотря на то, что “Пипольфен” должен отпускаться строго по рецепту, в этом месте он продается просто так. За красивые глаза. Однажды мне пришлось стать свидетельницей интереснейшего диалога.

Ранним утром завсегда у всех окрестных торговых точек, торгующих медикаментами, заходит в аптеку и молча подает в окошечко купюру в 500 рублей.

- Его нет, – отвечает продавщица.

Опешивший наркоман наклоняется к окошечку и шипит:

- Ну чо, ты мне-то продашь!

Продавщица отвечает вполголоса:

- Ты не понял, его сейчас нет, завтра привезут.

Отсутствие необходимого препарата в аптеке сильных неудобств у любителей зелья не вызывает. По словам Сергея, бывшего наркомана, возле “Теплотеха” полно мест, где можно приобрести таблетки. Взять хотя

бы женщину, которая по вечерам торгует в подземном переходе семечками и “Димедролом”. Снятый с производства эфедрин, или “эфен”, как его называют наркоманы, свободно можно купить в ночном клубе. Цена за таблетку – 500 рублей.

В письменном обращении, которое было роздано на пресс-конференции, говорится: «Считаем оправданным принятие дисциплинарных мер, вплоть до увольнения, к сотрудникам аптек, допустивших отпуск медицинских препаратов потребителю без рецепта, где его наличие обязательно». Вроде бы очень правильное замечание, надо пресекать подобные действия. Только почему-то не пресекают. Хотя знают конкретные места, где без рецепта отпускают лекарства, которые можно продавать только по рецепту. Начальник управления ФСНК Виктор Кузенков заявил на пресс-конференции, что всем известная аптека возле теплотехнического института уже три года несанкционированно продает лекарственные препараты наркоманам. Виктор Анатольевич также сообщил, что возле этой аптеки находятся притоны, в которых из приобретенных лекарств “добывают” наркотик. Стало быть, начальству все известно. Только не очень понятно, почему в таком случае уже три года «всем известную аптеку возле теплотехнического института» не закрывают и не увольняют продавцов, «допустивших отпуск медицинских препаратов потребителю без рецепта, где его наличие обязательно».

На пресс-конференции сообщили, что по всем замеченным нарушениям граждане могут звонить по телефону доверия 267-00-01. Правда, опять непонятно, какой эффект это даст. Граждане, живущие возле теплотехнического института, тоже частенько обращались в вышестоящие инстанции с предложением закрыть «всем известную аптеку». Но, по-видимому, «не закрывается такое никогда».

Между прочим, “Пипольфеном” торгует не только эта точка. Подобных аптек великое множество. Причем в некоторых даже не конспирируются и ампулы расходятся как горячие пирожки. Фармацевт одного такого киоска заявила мне, что у “Пипольфена” безрецептурный отпуск. Стало быть, сами фармацевты, которые, как “Отче наш”, должны знать перечень лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, малосведущи в этом вопросе. Или таковыми притворяются?

В общем, проблема налицо. В аптеках законно и незаконно продаются популярные среди наркоманов препараты. И всем понятно, что с этим надо бороться. Только не очень ясно, как это делать. Предложение ограничить продажу медикаментов в аптеках, безусловно, важный шаг на пути борьбы с наркоманией. Однако возникает большое сомнение по поводу его эффективности. Мало кто знает, что “сознательность” у руководителей некоторых аптечных сетей “проснулась” довольно неожиданно после рейдов управления Госнарконтроля. “Челябинский рабочий”

достаточно долго пытался узнать их результаты, но ведомство, созданное для борьбы со страшным злом XX и XXI веков, упорно хранило молчание. Нетрудно догадаться, что все это время Госнарконтроз вызвал к сознательности руководителей аптечных сетей. В итоге родилось обращение, способное создать вокруг проблемы эмоциональный фон, но не способное ее решить. Похоже, серьезное ведомство, государство и все общество в очередной раз оказались бессильны перед правовым нигилизмом и “пофигизмом” наших людей...

Источник: “Челябинский рабочий”

Электронный адрес статьи:

<http://www.chrab.chel.su/archive/10-12-05/3/A105467.DOC.html>

5.5 Безрецептурная продажа “Коаксила” (тианептина) – трагедия в масштабах страны

5.5.1 К лекарству от страха пристрастились наркоманы

24.03.2006

Э. Таран

Им лечат затяжные невротические расстройства, чувство страха, его используют как антидепрессант, он же перечеркивает некоторым нижевартовским подросткам нормальную жизнь. «Попросите аптекарей, пусть не продают моим друзьям “Коаксил”», – раздался недавно в нашей редакции звонок от девушки Нади. Ее подруга одна из тех, кто использует этот препарат как наркотик. Недавно из-за его использования девушка попала в реанимацию, где пришлось откачивать гной прямо из вен. После наступил период, наверное, еще более страшный: непроходящая депрессия, психоз и жгучее желание покончить с собственной жизнью.

- Но ведь, судя по всему, это лекарство должны отпускать по специальным рецептам? – спросили мы обратившуюся к нам девушку.

- Да, должны, но его все равно дают просто на руки, еще и цену специально накручивают до 500 рублей.

Чтобы проверить эту информацию, мы решили поспрашивать “Коаксил” в нескольких городских аптеках. Ни в одной из них это лекарство нам не продали, потребовали рецепт, в последних двух чуть ли не выгнали за назойливость. Да и в предыдущих аптеках после слов: «Здравствуйте! А у вас есть в продаже “Коаксил”?» – фармацевты начинали разговаривать грубовато, местами даже вызывающе. Узнав, что мы из газеты, работница одной из аптек

Наталья Шамова подтвердила, что, несмотря на просьбы продать лекарство, препарат отдадут в руки покупателям исключительно взамен на рецепт.

Однако, консультируясь с невропатологом одной из городских больниц насчет природы “Коаксила”, мы услышали любопытный факт. Невропатолог призналась, что сама как-то была свидетелем того, как фармацевт продал препарат одному из страдающих безо всяких разрешительных бумажек. Люди, стоящие в очереди, скорее всего, не обращают внимания на это “купи-продай”, поскольку немногие вообще знают, в качестве чего может использоваться “Коаксил”.

В Нижневартовском управлении здравоохранения об этой проблеме мы поговорили с главным специалистом по лекарственному обеспечению Станиславом Кудряшовым. Станислав Ильич также заявил, что “Коаксил” относится к рецептурной выписке и отдельных случаев его свободной продажи в городских аптеках зафиксировано не было. Что касается контроля, как отпускаются лекарства в частных аптеках, то эти функции возложены на окружное фармуправление. Специалисты из округа приезжают в Нижневартовск в плановом порядке, здесь же и выясняют, соответствует ли количество проданных препаратов выписанным рецептам.

Но как же бороться с незаконной продажей “Коаксила”? Не все, став свидетелями такого действия в аптеке, пойдут писать заявление в милицию или вступят в неприятный диалог с аптекарем-нарушителем. В Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков тем, кто обладает информацией о сбыте этого лекарства без рецепта, рекомендуют звонить по телефону доверия: 24-55-20. Может, наивно предполагать, что это поможет целиком решить проблему, но внемлите нашей просьбе: обращайтесь, пожалуйста, внимание на то, что спрашивают в аптеках подростки. Благодаря вашему неравнодушию мы сохраним здоровье сыновей и дочек наших горожан.

Источник: Газета “Местное время”, г. Нижневартовск

Электронный адрес статьи:

<http://www.m-vremya.ru/news/24-03-2006/news14.html>

5.5.2 “Коаксил” – антидепрессант!?, наркотик!?

27.02.2007

Врач-нарколог

Клинический опыт нарколога.

...Долгое время “Коаксил” (тианептин) позиционировался и рекламировался как один из наиболее безопасных антидепрессантов, предлагался в каче-

стве лечения огромного списка психиатрических, соматических заболеваний. Один из немногих антидепрессантов, который продавался без рецепта. В инструкции по применению и по сей день в пункте “Фармакологические свойства”, написано – “не вызывает привыкания...”

Благодаря “блистательной” рекламной компании фирмы “Сервье” “Коаксил” известен широкому кругу врачей и пациентов. Причем, примерно в течение последних двух-трех лет, печально известен...

...Первая больная с зависимостью от “Коаксила” встретила в моей практике около трех лет назад. Я долго, с особой тщательностью, выяснял историю заболевания, жалобы.

До “Коаксила”, пациентка перепробовала множество наркотиков. Но предпочитала “опиаты”. Состояние интоксикации и отмены “Коаксила” также, по ее словам, были как при “опиатах”. Ради справедливости надо отметить, что доза (30 таблеток в день) была в десять раз выше рекомендуемой в инструкции. Когда рассказал коллегам в клинике, они поначалу не поверили. А когда поверили, стали считать казуистикой, недоразумением.

Этот первый случай стал уже забываться, но через полгода появился второй...

В настоящее время еще не опубликованы серьезные научные исследования, объясняющие, почему “Коаксил” (тианептин), отличаясь по химическому строению и механизму действия от опиатов, вызывает схожую клиническую картину зависимости, как по физическим, так и по психическим проявлениям. Однако с фактом этой “схожести” в настоящее время поспорит редкий нарколог.

Из отличительных особенностей, по моим наблюдениям, следует отметить несколько более продолжительный период формирования “системы” (2-4 недели), преобладание в структуре абстинентного синдрома головных болей, депрессивных и психопатоподобных реакций. Среди воздействий на структуры организма, не связанные с ЦНС, чаще встречаются, по сравнению с героином, тяжелые тромбозы и тромбофлебиты, нередко приводящие к гангрене и последующей ампутации конечности. Это происходит при употреблении “Коаксила” внутривенно.

P.S. ...В 2006-м году в одном из фармацевтических изданий нашел информацию о том, что “Коаксил” вышел в лидеры по продажам в абсолютном денежном выражении среди всех психотропных препаратов в России. Параллельно с этим, согласно журналу анонимных консультаций реабилитационной программы “Перспектива” за 2006 г., в несколько раз выросло число обращений по проблеме зависимости от “Коаксила”, по сравнению с предыдущим годом. Пальму первенства среди “тяжелых зависимостей” “Коаксил” уступил лишь героину...

... Имея опыт общения с десятками “коаксильных” наркоманов, не могу не отметить еще один неутешительный факт. Несколько таких пациентов впервые

попробовали “Коаксил” по рекомендации психиатров – наркологов. Врачи включали этот препарат в схему лечения абстинентных проявлений после употребления других наркотиков, правда в более низких дозировках. Уверен, что на момент назначения, эти специалисты не обладали полной информацией о коварстве “Коаксила” (тианептина). К сожалению, в данном случае, наука не успела прийти на помощь практическому здравоохранению...

Электронный адрес статьи:
<http://www.f-dv.ru/index.php?p=5&aid=24>

5.5.3 Смерть в аптечной упаковке

15.04.2007
Е. Курилова

Четыре случая ампутации рук и ног, три летальных исхода в больнице – таков итог немедицинского применения препарата “Коаксил”. Только в 2005 году в гнойное хирургическое отделение железнодорожной больницы обратились 145 человек с гнойно-септическими осложнениями после употребления “Коаксила”.

ГЕРОИНУ НА ЗАМЕНУ

В последние годы мы вздохнули свободней: наркоманов стало меньше, на остановках не сидят, по подъездам не толкуются. Госнаркоконтроль и ОСО ПНОН УВД активно изымают наркотики в больших количествах – казалось, мы почти победили. Однако наркомания просто приспособилась к новым условиям и перешла из подвалов... в частные аптеки! Если героин покупать дорого и всегда опасно, то поход в аптеку выглядит вполне благопристойно и не вызывает никаких подозрений. С героина молодежь перешла на лекарственные препараты, которые значительно доступней, дешевле и внешне безопасней. Самым популярным препаратом в Сургуте стал антидепрессант “Коаксил” (тианептин), около 500 рублей за упаковку. Препарат используется в психоневрологических диспансерах в качестве средства снижения негативных последствий, связанных с синдромом отмены наркотиков. Проблема заключается в нетерапевтическом использовании препарата – наркоманам он заменил героин. Но в отличие от героина это зелье куда более опасно! Препарат выжигает внутреннюю поверхность вен, вызывая абсцессы, загноения, вплоть до ампутации конечностей – и даже летального исхода. Люди просто гниют заживо. Чем оборачивается “безобидное” французское лекарство, когда его используют не по назначению, рассказы-

вают медики. Вот выдержки из ответа главного врача городского психоневрологического диспансера (ПНД) на запрос общественной организации “Матери против наркотиков”: «Больные наркоманией сочетают внутривенное введение героина и “Коаксила” или используют “Коаксил” как самостоятельное психоактивное вещество. Лица, ранее не употреблявшие наркотики, используют “Коаксил” для получения “кайфа”, считая, что от лекарства вреда не будет...» В результате развивается тяжелая токсическая зависимость с поражением всех органов и систем организма, осложняется течение героиновой наркомании.

При употреблении раствора “Коаксила” внутривенно у человека развивается состояние острого отравления с нарушением функций практически всех органов и систем. Больше всего страдает нервная система: изменяется сознание, возможны бред, галлюцинации, кома. Поражаются также сердечно-сосудистая, дыхательная системы, нарушается работа печени и почек, возникают тромбозы и флеботромбозы. Даже при однократном инъекционном введении раствора “Коаксила” возможны тяжелые поражения организма и летальный исход.

ОГРАНИЧИТЬ ПРОДАЖУ!

При систематическом употреблении раствора “Коаксила” внутривенно развивается тяжелая токсическая зависимость, во многом схожая с героиновой. Даже больные наркоманией отмечают, что между героином и “Коаксилом” разница невелика. Медики ежедневно наблюдают тяжелейшие синдромы у лиц, употребляющих “Коаксил” внутривенно. Сергей Смердов, главный врач ПНД, считает необходимым не просто ограничить продажу этого средства, но и внести его в перечень лекарств, подлежащих предметно-количественному учету.

Следующий ответ “Матери против наркотиков” получили из отделенческой больницы станции Сургут за подписью главного врача В. Полухина: «В приемное отделение обращаются или доставляются пациенты через несколько дней после инъекций. Осложнения очень часты. Это, по-видимому, обусловлено агрессивностью препарата к тканям организма при парентеральном введении, несоблюдением правил антисептики при выполнении инъекции. Большею частью показанием к госпитализации были абсцессы, гнойные перифлебиты. Следует отметить, что основная масса пациентов с гнойными осложнениями немедицинского употребления “Коаксила” принадлежит к возрастной группе 17-27 лет».

ЦЕНА КАЙФА – АМПУТАЦИЯ

Олег Каширский, заведующий отделением гнойной хирургии ведомственной больницы железнодорожников, рассказывает, что в 2006 году в отделение обратились 120 человек, было сделано три операции по ампутации

конечностей. В этом году пролечено уже 40 “коаксильных” наркоманов, проведены две операции. Одна из них была очень сложная: молодой человек колосился в пах, у него началось заражение. Вызвали бригаду хирургов из отделения сосудистой хирургии МГБ-1, чтобы спасти ему ногу. Высокотехнологичная операция по замещению сосуда протезом проходила более трех часов. И врачи героически спасли конечность пациенту. С ним провели беседу, все объяснили, но через пару недель... чудесно спасенного снова привезли в больницу! Молодой человек снова колосился “Коаксилом” в пах, но уже с другой стороны. На сей раз ногу спасти не удалось – сделали ампутацию.

Вторую операцию в этом году провели девушке. Ей отрезали голень.

По словам Олега Викторовича, “коаксильные” наркоманы стали настоящим бичом больницы! Часто их принимают без страховки и полиса, для спасения их жизни и конечностей вызывают лучших высокопрофессиональных хирургов. Самое обидное, что все это зря – пациенты возвращаются обратно в еще худшем состоянии. И еще немаловажный момент – эти люди занимают койко-места и время специалистов, отнимая их у действительно больных людей. Учитывая массовость злоупотребления “Коаксилом”, отделенческая больница тоже настаивает на предметно-количественном учете препарата.

ПРОБЛЕМА В АПТЕКАХ

Если препарат так страшен, может быть, его нужно запретить? Это первое, что приходит в голову после изучения страшной статистики. А кто может запретить антидепрессант? Оказывается... никто. По крайней мере, на муниципальном уровне. После многочисленных обращений по ситуации с “Коаксилом” вопрос обсуждался на уровне Минздрава, но препарат так и не внесли в перечень наркотических средств – “не выявлено случаев привыкания”. Отпуск препарата был только ограничен продажей по рецепту, в прошлом году его изъяли из свободной продажи. Со слов Марины Тараник, начальника отдела организации и контроля качества медицинской помощи комитета здравоохранения Сургута, ни Госнаркоконтроль, ни Администрация города не могут запретить продажу “Коаксила” или хотя бы жестко контролировать ее. Единственный выход – ужесточить контроль за деятельностью аптек со стороны Росздравнадзора.

НАРКОТИК... ЗА ПАСПОРТ

Андрей Саликов, старший оперуполномоченный Госнаркоконтроля, сообщил, что силовики пока не зафиксировали ни единого случая незаконной продажи “Коаксила” муниципальными аптеками. А вот “частники” торгуют широко, в Наркоконтроле есть целый список фармацевтических учреждений, продающих “Коаксил” как оптом, так и в розницу (об этом сигнализируют граждане по “телефону доверия”). Например, в 2006 году в Сургутский межрайонный отдел УФСН РФ по ХМАО – Югре поступило шесть звонков

от жителей микрорайонов, где расположены частные аптеки. Основные претензии были высказаны по поводу аптек “Русское поле” и “Гиппократ”. Горожане сигнализировали: “Коаксил”, который должны продавать ТОЛЬКО по рецептам, там дают... в долг, под залог паспорта и даже поштучно, разламывая упаковку!

И употребляют его тут же, в ближайшем подъезде. Оперативники Госнаркоконтроля проводили специальное профилактическое мероприятие около аптеки по проспекту Набережный, где в течение 15 минут задержали практически всех покупателей аптеки “Русское поле” с признаками употребления психоактивных веществ. Граждан повезли на освидетельствование в психоневрологический диспансер – и оказалось, что из четырех человек... четверо (!) находились в состоянии токсического опьянения от приема “Коаксила”.

ЗАПРЕТ – ИЛИ КОНТРОЛЬ?

В этом году из 40 человек, задержанных Госнаркоконтролем, 11 также были “под кайфом” от “Коаксила”. В Сургуте порядка 70 процентов от общего числа употребляющих наркотики либо пробовали “Коаксил”, либо употребляют ВМЕСТО ГЕРОИНА, используя от 10-15 до 60 таблеток за один прием. Средний возраст таких наркоманов – 25 лет.

Год назад “Матери против наркотиков” на “круглом столе” с представителями УВД и органов местного самоуправления уже забили тревогу: ситуация выходит из-под контроля. Частные аптеки заменили наркоторговцев, отдавая в продажу “из-под полы” сильнодействующие препараты. Интересно, что на эту встречу пришел только один представитель аптек. Он согласился: хорошо, мы уберем “Коаксил”, но существует еще около 15 препаратов подобного действия. Так что, запрещать все?

Таким образом, воз и ныне там. Проблема с “Коаксилом” не решена, никто будто и не знает, как за нее взяться. Сейчас более всего беспокоены “Матери против наркотиков” и Госнаркоконтроль – они и привлекают внимание к этой проблеме. И что-то уже сдвинулось с мертвой точки. На только что прошедших встречах депутатов Думы г. Сургута с горожанами главным вопросом (наряду с тарифами ЖКХ и сносом балков) стал и “Коаксил”. Горожан, чьи дети сегодня являются потенциальными наркоманами, распространение смертельно опасного препарата беспокоит даже больше, чем квартирный вопрос. Общий вывод: если нельзя запретить сам препарат, значит, нужно организовать ТАКОЙ контроль за аптеками и фармацевтами-бизнесменами, чтобы нарушать закон им не хотелось.

P.S. Когда материал уже верстался в печать, в редакцию поступил официальный ответ по поводу “Коаксила” из комитета по здравоохранению. Приводим его полностью:

«Лекарственный препарат “Коаксил” не включен в “Перечень наркотических средств и психотропных веществ” и списки постоянного комитета по контролю наркотиков (Списки ПККН №1 и №2).

“Коаксил” включен в Перечень рецептурных лекарственных средств, отпуск которых аптечными предприятиями должен осуществляться только при наличии рецепта.

В целях усиления контроля за оборотом лекарственных средств препарат “Коаксил” с 13.10.2006 внесен в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных предприятиях и лечебно-профилактических учреждениях.

Контрольно-надзорные функции в сфере фармацевтической деятельности аптечных предприятий города осуществляют лицензирующие органы – Управление по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по ХМАО – Югре в установленном нормативными документами порядке.

Председатель комитета А.Р. Пелевин».

Примечание составителей сборника. К сожалению, приходится признать, что внесение “Коаксила” (тианептина) в вышеуказанный Перечень незначительно снизило активность фармацевтов, продолжающих практиковать теперь уже незаконный безрецептурный отпуск населению данного сильнодействующего психоактивного вещества. Это связано с тем, что контроль соблюдения Приказа Минздравсоцразвития России №785 от 14.12.2005 года со всеми последующими редакциями со стороны соответствующих государственных надзорных органов (особенно, Росздравнадзора и МВД России) не производится должным образом.

Источник: “Сургутские ведомости”

Электронный адрес статьи:

<http://np.admsurgut.ru/vedomosti/archive/2007/04/15/pervabz/0.php>

5.6 Безрецептурная продажа кодеинсодержащих препаратов – трагедия в масштабах страны

5.6.1 Новые приобретения Абрамовича

01.04.2005

Фармацевтическая пятница
Еженедельный боевой листок, Номер 15

Интересный материал появился на "RBC daily". Странный материал.

Про то, что Роман Абрамович собирается купить фармацевтический завод у "ICN Pharmaceuticals". Раньше мы думали, что "Ай Си Эн" из РФ ушел, успев продать свой фармацевтический бизнес одной из компаний, контролируемых Р. Абрамовичем. Состоял он из двух частей – производственной, которую впоследствии переименовали в "Фармстандарт" и аптечной, радующей сегодня глаза потребителей под веселым брендом – ОЗ (не подумайте плохо – это не телефон скорой, это чисто "озон").

С чего бы это Абрамовичу покупать собственный завод еще раз? Как могло получиться, что в компании "Фармстандарт" объявилась импортная собственность? О, фокусники! Не иначе как кто-то решил кого-то развести.

Что говорить, коллеги, попробуйте разобраться сами. Нам больше всего понравилась следующая идея авторов: «Эксперты полагают, что г-н Абрамович вполне может себе позволить купить еще один "лекарственный" завод и заняться фармацевтикой вплотную».

Как же хочется, чтобы Р.А. "занялся фармацевтикой вплотную" и начал это благородное дело с нашей маленькой редакции "Провизор.РУ".

Роман Абрамович собирается докупить одно из подразделений ICN Pharmaceuticals

Как стало известно RBC daily, предприниматель Роман Абрамович в ближайшее время планирует приобрести самый крупный химико-фармацевтический завод в Северо-Западном регионе – ОАО "Фармстандарт-Октябрь". По всей видимости, владелец "Челси" решил присовокупить еще не купленное им подразделение концерна ICN Pharmaceuticals, который достался ему, по некоторым данным, за 55 млн долл. летом 2003 г. При этом большинство опрошенных RBC daily участников рынка до сегодняшнего дня были уверены в том, что "Фармстандарт-Октябрь" уже давно принадлежит Роману Абрамовичу. Сотрудники же "Октября" ничего о покупательных планах г-на Абрамовича не слышали, а Екатерина Васильженко, директор по связям с обществен-

ностью группы "Фармстандарт", в структуру которой входит "Октябрь", заявила RBC daily, что завод сейчас никакого отношения к собственности Романа Абрамовича не имеет и выставляться на продажу не собирается. Эксперты полагают, что г-н Абрамович вполне может себе позволить купить еще один "лекарственный" завод и заняться фармацевтикой вплотную.

ОАО "Фармстандарт-Октябрь" зарегистрировано в Санкт-Петербурге. По некоторым данным, 94% акций предприятия владеет концерн ICN Pharmaceuticals, большая часть подразделений которого была куплена Романом Абрамовичем в 2003 г. По словам некоторых игроков рынка, активы ICN Pharmaceuticals до появления Романа Абрамовича в основном принадлежали иностранным компаниям. На момент перехода российского подразделения американской корпорации ICN Pharmaceuticals под контроль компании Millhouse Capital в него входили пять фармзаводов ("Октябрь" в Санкт-Петербурге, "Томскхимфарм" в Томске, "Полифарм" в Челябинске, "Лексредства" в Курске и "Марбиофарм" в Йошкар-Оле – объем продаж в 2002 г. составил 79 млн долл.), а также 96 аптек. Год назад весь российский бизнес ICN был куплен за 55 млн долл. компанией Millhouse Capital, представляющей интересы чукотского губернатора Романа Абрамовича и его партнеров. Номинальным держателем акций стала компания "Профит Хаус", которой принадлежат башкирский фармзавод "Уфавита" и сеть аптек "Чудо-доктор". По данным исследований, входящие в него предприятия продали в прошлом году продукции на 108,5 млн долл., а в I квартале этого года – на 31,5 млн долл.

Узнать свежие новости о финансовых успехах "Фармстандарта" и "Октября" на момент написания статьи не удалось. В "Фармстандарте" RBC daily отказались даже сообщить адрес официального сайта компании. «Там ничего нет, и я, честно говоря, его не знаю», – сказала RBC daily сотрудница фирмы. В ОАО "Фармстандарт-Октябрь" работники оказались сговорчивее и назвали адрес таинственного портала www.pharmstandard.ru, на котором действительно никакой информации о группе компаний не оказалось. Отраслевые эксперты почти ничего не знают о том, насколько активно сейчас работает "Октябрь" и почему г-н Абрамович в свое время не смог купить его вместе с остальными подразделениями ICN Pharmaceuticals.

Скрытность купленных г-ном Абрамовичем фармацевтов, возможно, объясняется тем, что сейчас "Фармстандарт" под руководством команды Романа Аркадьевича занят важной работой – увеличением объема продаж на 40% к лету. По крайней мере, такие планы у "Фармстандарта" были еще в июле прошлого года. Однако связаться с топ-менеджерами "Фармстандарта" и ОАО "Фармстандарт-Октябрь", чтобы выяснить у них подробности, RBC daily не удалось – их "не оказалось на месте". Как, впрочем, и главы представительства Millhouse Capital UK Limited, которая управляет бизнес-активами Романа Абрамовича.

Аналитики считают, что, вполне вероятно, в 2003 г. г-н Абрамович не смог

купить “Октябрь” и делает это сейчас, когда к российской фармацевтической промышленности проявляют интерес даже иностранцы (так, немцы недавно купили “Нижфарм”). «Я думаю, что Роман Абрамович вряд ли будет впоследствии перепродавать свои фармацевтические компании в России другим структурам. Видимо, покупка подразделений ICN Pharmaceuticals была и является для г-на Абрамовича стратегической инвестицией. Известно, что профильным видом бизнеса для него стала нефтяная отрасль, однако нефть когда-нибудь закончится, а болеть люди будут, к сожалению, всегда», – сказал RBC daily аналитик “Брокеркредитсервис” Максим Шеин.

Электронный адрес статьи:
<http://www.provizor.ru/modules.php?name=News&file=article&sid=287>

5.6.2 Наркоманы не кашляют

29.09.2005

М. Симакина

В очередной раз борцы с наркоманией поставлены в тупик чрезвычайной изобретательностью наркоманов. Последним ноу-хау наркоманов стали обычные таблетки от кашля – “Терпинкод”. Сколько лекарств, вполне безопасных при применении по назначению было изъято из свободной продажи за последние десять лет: “Солутан”, “Кодеин”, “Феназепам”, “Теофедрин”, “Димедрол”...Теперь встал вопрос и об этих, казалось бы, совсем невинных таблетках.

Внимание наркоманов “Терпинкод” заслужил содержанием в своем составе вещества с названием кодеин, который при употреблении в больших дозах вызывает наркотическое опьянение. В настоящее время появилось немало “подсевших” на “Терпинкод”. Вопрос о том, как бороться с новым видом наркомании начал активно обсуждаться на телевидении и в печатной прессе. Таблетки от кашля стали новой опасностью, подстерегающей легкомысленную молодежь. Так ли “страшен черт” и существует ли проблема кодеиновой наркомании в сегодняшней коломенской молодежной среде? Чтобы получить ответ на этот вопрос мы обратились к людям, по роду профессии непосредственно связанным с проблемой наркомании.

Заместитель главного врача Коломенской психиатрической больницы №6 Евгений Липатов:

- Кодеин – это алкалоид опиума. Он был выделен в 1832 году и применялся в лечебной практике сначала как противокашлевое средство, а затем,

после того как были обнаружены анальгетические свойства этого вещества, как обезболивающее, вместо морфина. В 30-40 гг. 20 века кодеин начали употреблять в качестве наркотика. Пик кодеиновой наркомании пришелся на 70-80 гг. Воздействие кодеина на человека аналогично воздействию опиума. При употреблении наркоманом кодеина, также как и опиума, с каждым разом уменьшается время блаженства, и усугубляются неприятные ощущения. Кодеиновая зависимость также сродни опийной, одна из самых сильных в ряду других наркотических привязанностей.

Самое страшное, что в последнее время таблетки, содержащие кодеин, стали особенно популярны в подростковой среде, среди старшеклассников. Для детей 16-17 лет такой наркотик наиболее доступен. В основном, они употребляют “Седалгин”, “Темпалгин”. В последнее время к этому ряду присоединился “Терпинкод”.

- Приходилось ли вам лечить кодеиновых наркоманов? Сколько длится лечение?

- Такие случаи бывали не раз. Стационарное лечение длится до одного месяца и включает в себя очищение организма, психотерапию, беседы. По-хорошему, такой род наркомании надо лечить около 6 месяцев. Но у нас нет условий: в одном отделении лежат и дети, и взрослые, и наркоманы, и алкоголики. Мы уже давно говорим о том, что нам необходим отдельный корпус для лечения подростков. В идеале в такой больнице нужен штат педагогов и психологов для детей. Квалифицированные специалисты помогли бы им вернуться к нормальной жизни. Психологи поддерживали бы в психологическом плане во время лечения и помогли бы социально адаптироваться после него, а педагоги держали бы в русле учебного процесса.

- Как вы считаете, следует ли запретить для свободной продажи кодеиносодержащие таблетки?

- Обязательно! И ничего страшного в этом нет! На Западе, например, практически на все лекарства нужен рецепт. Хотя... Голь на выдумки хитра. Запретишь это, найдут другой способ одурманить себя. Не запрещать же клей “Момент” и другие химические средства, использующиеся в качестве наркотика молодежью. Надо занять чем-нибудь подрастающее поколение, отвлечь от пагубных пристрастий – это главное!

Сотрудник 5-й службы Госнарконконтроля, пожелавший не раскрывать своего имени:

- Об употреблении “Терпинкода” нам давно известно. Подростки съедают определенное количество таблеток, запивают пивом и балдеют. Такое же содержание кодеина, как в “Терпинкоде”, в “Тетралгине” и “Седалгине”, которые также в ходу у наркоманов. Последнее время мы особенно часто сталкиваемся с кодеиновой наркоманией. К примеру, по телефону доверия звонит бабушка и говорит, что в подвале ее дома “колются” подростки.

Приезжаем на вызов и обнаруживаем компанию молодых людей и разбросанные тут же шприцы и упаковки от таблеток. По закону мы ничего им не можем сделать, так как эти таблетки официально не считаются наркотиками и даже не входят в группу запрещенных препаратов. Единственно, что в наших силах, это поставить их на учет и контролировать.

- Многие сильнодействующие препараты, такие как “Трамал”, “Феназепам” были изъяты из свободной торговли, однако наркоманы их все-таки достают. Каким образом? И как вы боретесь с таким видом наркоторговли?

- Вот вам несколько случаев, произошедших в последнее время. За торговлю “Теофедрином” (из этого лекарства делается один из самых тяжелых наркотиков – “винт”) была привлечена к ответственности заведующая аптекой №417 (в Запрудях). По решению суда женщину наказали административным штрафом в размере 15 тысяч рублей. Вряд ли, для нее это суровая кара. Если учесть, что таблетки она продавала в 10-20 раз выше номинальной стоимости, то выручка составила гораздо больше штрафа. Еще два прецедента торговли сильнодействующими препаратами были обнаружены в коломенском “Арнольд-клубе” и в одном из спортивных клубов Воскресенска. Нередко продажей таких лекарств занимаются медицинские работники.

- Как вы считаете, нужно ли изъять из свободной продажи кодеиносодержащие таблетки?

- Мы давно уже знаем об употреблении таких препаратов в качестве наркотика, не раз посылали информацию об этом в высшие инстанции – дальше им решать.

Наркоманы очень изобретательны в плане того, из чего сделать наркотик, найдут замену и этим таблеткам. А запретишь тот же “Терпинкод”, будут недовольны астматики (кстати, вполне справедливо).

...Врачи, милиционеры, педагоги, родители вновь и вновь решают одну и ту же головоломку под названием борьба с наркоманией. Как болезнетворный вирус – наркомания – меняет формы, и погоня за этим вирусом превращается в погоню за призраком.

Где же шея этой стоголовой гидры, в каком месте рубить?

Запрещать все то, что наркомания ставит на службу себе или акцентировать внимание на организации веселой и интересной жизни молодежи? Повторять везде, во всеуслышание, много-много раз о том, что наркотики – это зло, или наоборот ограничить эту тему, дабы не привлекать внимание неисклюшенных к запретному плоду? И в чем корень всемирного зла, причина наркотической эпидемии?

В социальной неустойчивости? В недостатке внимания к молодежи? Или в какой-то скрытой теневой политике “больших” людей, незаинтересованных в уничтожении такого, как наркобизнес, прибыльного дела?

А может не стоит задаваться такими глобальными вопросами российской действительности и лучше посмотреть перед собой. Посмотреть и увидеть:

огромное зло не в грозных наркобаронах, а в обычных людях. В женщине-фармацевте (у которой тоже есть дети!), торгующей “Теофедрином”. В бабушке-пенсионерке, продающей свои лекарства ровесникам собственных внуков. В спортсменах, ратующих за красоту и здоровье и в то же время сбывающих сильнодействующие препараты. В людях, которые гробят чьи-то жизни ради тривиального желания – заработать.

Электронный адрес статьи:
<http://pro.kolonnaonline.ru/modules.php?name=Pages&go=page&pid=112>

5.6.3 Список запрещенных сильнодействующих препаратов будет расширен

26.01.2006

Список запрещенных сильнодействующих препаратов в России будет расширен. Как передает “Эхо Москвы”, этого не исключает глава Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков Виктор Черкесов. По его словам, в начале февраля появится постановление правительства на сей счет. Виктор Черкесов дал понять, что в список могут попасть кодеиновые препараты. В постановлении правительства будут также определены крупные и особо крупные размеры наркотических средств, за хранение которых предусмотрена уголовная ответственность.

Электронный адрес новости:
<http://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=3213>

5.6.4 Притон на чужой квартире

И. Челиканова

Как пристрастился Сергей Балакин к наркотикам, с чего все началось, история умалчивает. Но весной 2005 года, когда ему исполнилось двадцать четыре, он плотно сидел на игле. Работать перестал, с домашними возникли напряженные отношения. Характер тоже начал портиться. Только в кругу “своих” Сергей чувствовал себя комфортно и расслабленно. “Доза” позво-

ляла воспарить над обыденностью и уйти от проблем, которые никак не хотели решаться.

Афишировать свой образ жизни, как и большинство наркоманов, Балакин не хотел, поэтому приходилось ловить кайф тайком от ближнего окружения. И тут ему подфартило, если можно назвать везением чужие неприятности, – друга посадили в СИЗО, и тот оставил ему ключи от своей квартиры (чтобы присматривал). Теперь у Сергея было тайное убежище, где можно было скоротать вечерок в компании себе подобных. Отсутствие денег вносило свои коррективы во вкусовые пристрастия: нужно было подыскать такое “улетное” средство, чтобы было дешево и сердито. Нашлись ушлые люди, которые подкинули рецепт самодельного варева из кодеиносодержащих таблеток от кашля. Сергей Балакин отправился в аптеку и купил несколько упаковок. Проблем в приобретении не возникло. Не потребовалось даже врачебного рецепта – само по себе лекарство к группе наркотических не относится.

Читатель, возможно, захотел бы узнать название, но в профилактических целях я о нем умолчу. С этого момента парень регулярно стал кашеварить на кухне и подслащать свои серые будни, полные безделья и праздного шатания, минутами удовольствия и удовлетворенности жизнью. Но и таблетки имеют цену. Не даром даются и дополнительные ингредиенты, и прекурсоры (химические вещества, позволяющие произвести наркотик). Чтобы обеспечить себя регулярными дозами, Сергей начал подыскивать покупателей из числа знакомых. Выполняя заказы (за их деньги), он делал приятное и себе, оставляя в доме часть изготовленного. Наркотик, производимый из кодеиносодержащих лекарств, в среде специалистов получил название **дезоморфин**.

Приобщение к компании Балакина новых членов происходило самым естественным путем. Однажды на остановке общественного транспорта Сергей встретил знакомого парня Евгения. Потолковали о том, о сем, пошли выпить пивка, и в непринужденной обстановке Балакин сообщил, что может угостить приятеля самодельным дезоморфином, который опьяняет покруче любого пива. Предложение заманчивое. Любопытство взяло верх, и Евгений вытащил из кармана 300 рублей на таблетки от кашля. В тот же день после обеда изготовитель передал клиенту шприц с наркотиком, завернутый в газету. Другой парень, Максим, сам попивал таблетки от кашля в усиленных дозах, но это было “не то”. Нужного эффекта не достигалось. И тогда свои услуги предложил Сергей. Небескорыстно, конечно, – за таблетки. На кухне чужой квартиры в течение полутора часов он синтезировал дезоморфин, и клиент остался доволен. С тех пор и Евгений, и Максим стали регулярно посещать радушный дом, где кашеварил Балакин. В неделю хозяину приходилось два-три раза “надевать фартук” и становиться к плите. Никаких особенных приспособлений типа самогонного аппарата не требовалось – только кастрюли, миски, черпаки да чувствительные аптечные весы. На кухню во время работы Сергей старался никого не пускать, чтобы не мешали.

Страждущие обычно дожидались своего часа в комнате. Иногда компания собиралась солидная – шесть-семь человек. Были среди гостей и представительницы прекрасного пола. Как же без них? Скучновато. Минуты ожидания текли томительно долго. Кто спал на диване, кто бессмысленно смотрел в окно. Не всем новичкам, вкусившим запретный плод, была гарантирована эйфория. Одна из девушек после укола дезоморфина, который ей любезно сделал кавалер, почувствовала себя так плохо, что у нее пропало всякое желание повторять попытку. А вот ее подруга ощутила определенное удовольствие и подседа на иголочку. Между тем было отчего ощутить дурноту. Помимо лекарственной составляющей, изготовитель добавлял в вариво малопригодные в “пищу” ингредиенты – бензин, щелочь, соляную кислоту, серу и йод. Сергей Балакин понимал, что то, чем он занимается, подпадает под уголовную статью, а потому по мере возможности старался соблюдать меры конспирации. Наркотик первому встречному не продавал, а на тайную квартиру приглашал только проверенных иголой и хорошо знакомых ребят. Обычно он заполнял шприц дезоморфином, упаковывал в газетный сверток и выносил из дома. Встречи с клиентами назначались в самых обычных местах, не вызывающих подозрения у милиции. Например, на школьном дворе или футбольном поле. Подходы хорошо просматриваются, и чужака за версту видно.

Однако, несмотря на все ухищрения, Сергей все-таки засветился. Один из его клиентов со шприцем в газетке попал на глаза наркополицейскому. Экспертиза жидкости показала, что это дезоморфин. Фигуранта взяли в оперативную разработку. Теперь каждый его шаг фиксировался сотрудниками Управления наркоконтроля по Рязанской области. Вскоре выяснилось, что Балакин действительно производит наркотики для личных и “общественных” нужд. Был установлен круг его постоянных клиентов, адреса аптек, услугами которых он пользуется. Но этого было недостаточно для возбуждения уголовного дела. Нужно было взять изготовителя с поличным, доказать, что он действительно торгует наркотой, а не кашеварит исключительно для собственных надобностей.

В службе наркоконтроля приступили к подготовке заключительного этапа операции. Специальный сотрудник под агентурным псевдонимом “Романов” начал внедряться в окружение Балакина. Сделать это было не так просто. Фигурант проявлял осторожность. Потребовалось несколько подходов, прежде чем Сергей назначил встречу. За 1 тысячу рублей он обещал новому знакомому сделать все в лучшем виде. Вечером того же дня “Романов” получил обещанный дезоморфин – 3,8 миллилитра (в сухом виде – 0,1159 грамма). Через неделю, 9 августа, состоялась вторая встреча с кредитоспособным клиентом, на этот раз она проходила не в поселке, где жил Балакин, а в Рязани, в районе мясокомбината. Такса оставалась прежней – 1 тысяча отечественных дензнаков. Здесь же, в областном центре, “химик”

и отоварился. Прошелся по уже знакомым адресам и закупил все необходимые компоненты – таблетки от кашля, каминные спички, кристаллический йод и всякую мелочь, после чего вернулся на тайную квартиру, где трудился в поте лица над заказом покупателя и выдал на-гора 15,1 миллилитра наркотика. Одну часть дезоморфина – большую, оставил себе, другую, как и договорились, сбыв “Романову”. В итоге в Управление наркоконтроля по Рязанской области оперативник привез шприц с компроматом. В 16 часов 10 минут сей факт был зафиксирован в присутствии понятых. По данным экспертов, объем наркотика составил 5,2 миллилитра (сухой остаток – 0,182 грамма), что превысило 50-кратный размер средней разовой дозы. Обыск на тайной квартире подозреваемого тоже оказался результативным – полицейские обнаружили 9,9 миллилитра дезоморфина (сухой остаток – 0,3643 грамма), что также превысило 50-кратный размер средней дозы. Напомним читателям, что по новому нормативу, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 6 мая 2004 года, средняя разовая доза подобного наркотика составляет 0,0001 грамма.

В ходе обыска была изъята кухонная утварь со следами ингредиентов: препарата от кашля, химических реактивов и прекурсоров. Шприцы с наркотическим содержимым, оказавшиеся у клиентов, тоже попали в уголовное дело как вещдоки. В одном из них было не менее 1 миллилитра, в другом – 2,4 миллилитра дезоморфина.

Собранных доказательств было более чем достаточно для предъявления серьезных обвинений сразу по нескольким статьям Уголовного кодекса: незаконный сбыт и хранение наркотиков в особо крупном размере. Оставленный до суда под подписку о невыезде и вынужденный регулярно общаться со следователем, Сергей Балакин мало-помалу начал переоценивать свое прежнее существование, полное дурмана. Он не стал отпираться от очевидных фактов, признал вину и покаялся. Отрезвление наполнило его жизнь позитивными переменами: он перестал кашеварить, устроился на работу, начал помогать матери по хозяйству. Отношения с родственниками сразу потеплели. Только бы жить и радоваться – не искусственному счастью, а реальному, складывающемуся из множества бытовых мелочей и добрых знаков. Но запоздалая переоценка ценностей не освобождает от груза сделанного. За все приходится отвечать.

Рязанский районный суд, рассмотрев материалы уголовного дела и заслушав свидетелей, констатировал, что доказательная база не подлежит сомнению. Вместе с тем было учтено и чистосердечное раскаяние подсудимого, его положительные характеристики и заслуги перед государством. Выяснилось, что Сергей Балакин проходил военную службу на территории Чечни и непосредственно участвовал в боевых действиях в течение 221 дня. В любой момент его могла настичь шальная пуля, но тогда бы он погиб за общее благо, за мир и покой людей. Сейчас он стрелял в себя сам, прице-

ливаясь в сердце из одноразового шприца с самодельным дезоморфином. Тонкие иголки уносили по капле жизнь и его клиентов.

Принимая во внимание тяжесть преступлений, суд не имел возможности назначить Балакину условное наказание – он был приговорен к 4 годам 9 месяцам колонии строгого режима и взят под стражу в зале суда. Но приговор все-таки учитывал все положительные составляющие его изменившейся личности, и срок был определен ниже низшего предела. Однако колония строгого режима есть колония строгого режима. Доморощенным производителям наркотика стоит об этом помнить. Иные поступки перечеркивают крест-накрест всю прежнюю безупречную жизнь.

До прошлого года дезоморфин в Рязанской области не изымался. И вот резкий скачок.

Причина – в простоте домашнего изготовления и доступности сырья. Дяденьки-доброхоты готовы поделиться секретными рецептами с подрастающим поколением. Соблазн велик. Но у всего есть цена. За “таблетки от кашля” сажают за колючую проволоку точно так же, как за традиционные героин и “травку”.

Источник: “Рязанские ведомости”,
№39 (2379)

5.6.5 Обращение Думы ХМАО–Югры к Правительству Российской Федерации «О необходимости внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 года № 578 “Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача”»

23.02.2006
И. Ленкина, Н. Пархомович.

На заседании Думы об этом докладывал председатель комиссии по социальной политике, заместитель председателя Думы ХМАО–Югры Александр Сальников. Как он сообщил, речь в обращении идет об исключении из этого перечня препаратов, содержащих кодеин. Известно о смертельных

случаях, когда подростки, наглотавшись таблеток с кодеином, запивали их спиртным. И таких случаев в ХМАО – уже не один и не два...

«В Думу ХМАО-Югры поступают многочисленные обращения от представительных органов местного самоуправления муниципальных образований, выражающие серьезную обеспокоенность ситуацией, связанной со свободным отпуском (без рецепта врача) аптеками препаратов, содержащих наркотическое вещество кодеин, – говорится в обращении. – Кодеин оказывает наркотический эффект, что порождает приобретение кодеинсодержащих препаратов молодежью с целью получить одурманивающий эффект при их применении. Сложившаяся ситуация, связанная со свободным отпуском кодеинсодержащих препаратов, порождает разгул наркомании среди молодежи».

В соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (далее – Конвенция), стороной которой является Российская Федерация, кодеин, а также его изомеры и соли включены в перечень наркотических средств, подлежащих мерам контроля. Отдельно отмечается пункт “б” статьи 34 Конвенции, в соответствии с которым стороны требуют, чтобы правительственные власти, торгующие организации и больницы вели записи, показывающие количества каждого изготовленного наркотического средства и каждого отдельного приобретения и использования наркотических средств. Эти записи соответственно сохраняются в течение не менее двух лет.

Ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в связи со свободным отпуском кодеинсодержащих препаратов, никак не укладывается в рамки вышеуказанной нормы Конвенции, стороной которой является и наше государство. В обращении звучат и другие нормы законодательства Российской Федерации. В частности, пункт 2 статьи 25 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах”, которые также нарушаются свободной продажей кодеинсодержащих препаратов.

Тем более что и в других документах, регламентирующих продажу таких препаратов, речи о предельно допустимых количествах этого препарата не ведется. Депутаты Думы Ханты-Мансийского автономного округа-Югры обратились к Правительству РФ с предложением о необходимости внесения изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 сентября 2005 года № 578 “Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача” в виде исключения из Перечня препаратов, содержащих наркотическое вещество кодеин.

К сожалению, мы не можем контролировать, как используются препараты медицинского профиля, отпускаемые в аптеках без рецепта, – ком-

ментирует решение законодателей Югры директор медицинского объединения “Наджа”, депутат Думы города Сургута и член партии “Единая Россия” Наталья Пархомович по просьбе “СТ”. – Известно о лечебных свойствах кодеина – в частности, он снимает боль при сильном кашле, других болевых синдромах. Однако при чрезмерном употреблении кодеин способен вызывать наркотические ощущения. Поэтому обращение депутатов Думы ХМАО-Югры я считаю очень своевременным. Депутаты окружной Думы, как и мы, избраны недавно, поэтому они тоже хотят принести пользу жителям округа с первых же рабочих заседаний. Хотелось бы только, чтобы реакция правительства РФ, которому направлено послание, не затягивалась надолго.

Источник: газета “Сургутская трибуна”
19 апреля 2006 года, стр. 4

5.6.6 В ОАЭ нельзя ввозить кодеиновые лекарства

05.07.2006

Газета “Emirates Today” в очередной раз опубликовала предупреждение для туристов, въезжающих в Объединенные Арабские Эмираты с лекарствами. Многие из них не знают о том, что кодеин запрещен на всей территории страны. Соответственно, ввоз лекарств, содержащих кодеин, может стать основанием для серьезного штрафа или даже тюремного заключения, сообщает Travel.ru.

В списке запрещенных лекарств, который был опубликован в газете, не только кодеиносодержащие препараты, но и ряд наркотических, а также седативных средств. Перед поездкой в ОАЭ туристу следует внимательно проверить свою аптечку, и если там есть рецептурные лекарства, то для въезда с ними в Эмираты лучше иметь при себе переведенный рецепт от врача. Ввоз прописанных наркотических лекарств возможен только по специальному разрешению, которое следует получить заранее.

Кодеин содержится во многих противокашлевых, жаропонижающих и обезболивающих средствах. Так, он является составной частью таблеток “Пенталгин” и “Седалгин”, достаточно часто употребляемых россиянами. По сути, кодеин – это алкалоид, содержащийся в опиоиде; получается также полусинтетическим путем. По характеру действия кодеин близок к морфину, но болеутоляющие свойства выражены слабее; сильно выражена способность уменьшать возбудимость кашлевого центра. Проверка на границе

производится выборочная, но, по сообщениям туристов, в последнее время ее делают все чаще и чаще.

Электронный адрес новости:
http://travel.mail.ru/?mod=news&news_id=35842&date=2006-07-05

5.6.7 Наркотик без рецепта

31.07.2006
И. Почиталина

Пожилая женщина вошла в наш кабинет и положила на стол какую-то серебристую коробочку.

- Смотрите! – торжественно начала она. – Сначала по наивности своей я предполагала, что это витамины. Вот так, думаю, подростки пошли, витаминами стали увлекаться. А потом стала замечать, что коробочки-то в одном и том же месте появляются. Во дворе вокруг скамеечки, где молодежь по вечерам собирается. Мне показалось странным, что после их сборищ эти коробочки остаются.

Читаю название “витаминов” – “Терпинкод”. Спрашиваю у знакомой медички: от чего лекарство? Говорит, от кашля, но это если принимать по инструкции. А если по-особому приготовить, то наступает наркотическое опьянение.

Женщина, которая принесла нам странные коробочки, оказалась дворником одного из орловских ЖЭКов. Она убирает территорию в своем дворе и многих жильцов, а также их детей, хорошо знает.

- Пошла я к соседке, чей 15-летний сынок на той скамеечке все вечера просиживает, – делится с нами бдительная дворничиха. – Советую им, присмотрите, мол, за пацаном, карманы проверьте. А они разобиделись, говорят, наш мальчик на такое не способен, не собирайте сплетни. В общем, не поняли меня. Вот я и предлагаю – осветить эту тему в газете.

Мы пообещали женщине, что не оставим без внимания ее просьбу, хотя, честно признаться, ничего не знали о таком препарате. Для начала полезли в фармацевтический справочник.

“Терпинкод”. «Противокашлевое, отхаркивающее действие. Угнетает возбудимость кашлевого центра, разжижает мокроту, уменьшает интенсивность и частоту приступов кашля...».

Вроде ничего настораживающего. Обычное средство от кашля. Одна моя коллега даже вспомнила, что когда-то детский врач выписывал это

лекарство ее ребенку. Но не собираются же подростки для коллективного лечения. И что это за странная эпидемия кашля?!

Мы обратились к специалистам областного наркологического диспансера. Врач Н. Абакумов подтвердил подозрения смышленной дворничихи. “Терпинкод” – это препарат, содержащий кодеин. Он медленно расщепляется в крови с образованием морфина – ближайшего родственника героина. И при особом его приготовлении оказывает одурманивающее действие.

- В последнее время после усиления контроля за наркотиками в нашем городе стало меньше героина, – рассказывает врач. – Поэтому у наркоманов в ход идут кодеинсодержащие лекарства, способные оказывать наркотическое воздействие.

Нам объяснили, что зависимость, которая развивается от “Терпинкода”, ничуть не слабее, нежели от приема героина. К сожалению, подростки считают терпинкодовый “коктейль” легким наркотиком.

Непонятно только, каким образом они его приобретают, ведь такие препараты, в чем у меня не было сомнений, продаются только по рецепту.

Я глубоко ошибалась.

Существует утвержденный Минздравом перечень препаратов, которые должны продаваться по рецепту. Но “Терпинкода” в нем нет. На том основании, что он содержит допустимую дозу кодеина. Как сказали в отделе организации лекарственного обеспечения и контроля за фармацевтической деятельностью управления здравоохранения области, «проблема эта известна, поэтому мы обратились с письмом, в котором рекомендовали всем аптекам отпускать “Терпинкод” по рецептам, но, понятно, что такое письмо носит только рекомендательный характер».

Мы проехали по некоторым орловским муниципальным аптекам. Действительно, рекомендации выполняются. Более того, “Терпинкод” даже на витрины не выставляется. Но вот коммерческие аптеки далеко не всегда придерживаются рекомендаций. Это можно понять хотя бы по тому, что упаковки от “Терпинкода” зачастую валяются прямо у их порога.

Одна знакомая аптекарша сказала, что они и сами не понимают, почему этот препарат не внесен министерством в перечень рецептурных медикаментов. «Видимо, свободная продажа этого лекарства дает хорошую прибыль», – предположила она.

Я позвонила знакомым в Москву и Рязань с просьбой узнать – можно ли у них купить “Терпинкод” без рецепта. Оказывается, можно. При этом и цена у него не запредельная – в пределах 120-130 рублей за упаковку. Кстати, по данным Интернета, “Терпинкод” в центральном регионе России занимает второе место по продажам среди кодеинсодержащих средств. То есть тревожная ситуация сложилась не только в нашем регионе. Тем не менее, Министерство здравоохранения не торопится вносить изменения в перечень препаратов, продающихся только строго по рецепту.

А, значит, пока у нас один выход: внимательнее относиться к своим детям, к их увлечениям, к их окружению.

Размещено на сайте "Орловская правда"

Электронный адрес статьи:

<http://orp.orel.ru/comment.php?comment.news.3028>

5.6.8 В США хотят запретить свободную продажу средств от кашля

05.12.2006

По материалам: "Медновости"

Американские врачи обеспокоены резким ростом числа осложнений, связанных со злоупотреблениями наркотическими веществами, которые входят в состав некоторых общедоступных лекарств.

Согласно статистике Калифорнийского центра по контролю лекарственных отравлений, в период с 1999 по 2004 год число пациентов 9-17 лет, обращавшихся к врачам после злоупотребления лекарствами от кашля, в состав которых включены вещества опиоидной группы, ежегодно возрастало на 50%. Такие лекарства без каких-либо ограничений продаются в американских аптеках.

Инструкции по достижению наркотической эйфории при помощи легальных лекарственных средств любой американский подросток может легко найти в Интернете.

Наиболее распространенными последствиями злоупотребления подобными препаратами "двойного назначения" являются учащенное сердцебиение, повышенное давление, перевозбуждение, мышечная слабость, нарушения координации и психозы.

По мнению авторов статьи, опубликованной в "Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine", для решения проблемы растущего злоупотребления лекарствами необходимо ограничить свободную продажу содержащих опиоиды препаратов.

Электронный адрес статьи:

<http://www.medportal.ru/mednovosti/news/2006/12/05/cough/>

5.6.9 Лекарства с нарковеществами могут исчезнуть из свободной продажи

22.12.2006

В 2007 году из свободной продажи могут исчезнуть микстуры от кашля и капли в нос. Все общедоступные лекарственные препараты, содержащие наркотические вещества, будут занесены в специальный реестр. Это, в свою очередь, повлечет ужесточение контроля за их отпуском в аптечной сети.

Тему продолжит корреспондент Алексей Харламов.

Харламов: Сейчас почти в любой домашней аптечке можно найти такие популярные лекарства как "Нурофен", "Кодтерпин" или "Пенталгин". Кодеин, входящий в их состав, является наркотиком и может вызвать привыкание.

Стоит ли удивляться, что зачастую подобные препараты используются не по назначению, говорит руководитель медицинских программ фонда "Нет алкоголизму и наркомании", детский нарколог Сергей Полятыкин.

Полятыкин: Существует ряд препаратов, содержащих кодеин, которые отпускаются без рецепта врача. Их очень активно использует молодежь для получения какого-то удовольствия.

Один из фармацевтических журналов опубликовал рейтинг популярности препаратов по продажам в аптеках Москвы. "Терпинкод" (кодеинсодержащий препарат) был на одном из первых мест.

Харламов: Перечень потенциально опасных лекарств в органах Госнаркоконтроля существовал давно. По словам директора Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Виктора Черкесова, теперь этому списку придадут официальный статус и запретят свободную продажу соответствующих препаратов в аптеках.

Резонные опасения «не повредит ли этот запрет нуждающимся больным?» развеивает известная телеведущая, врач Елена Малышева.

Малышева: Те люди, которым эти лекарства нужны по жизненным показаниям, получают рецепт от врача и купят их. Рецептурный способ продажи абсолютно действенный. Это не те препараты, без которых смерть наступает через пять минут, как без инсулина.

Харламов: А вот директор Института фармакологии Сергей Серединин с нововведением, в целом, согласен, но все же опасается: не вышло бы хуже.

Серединин: Конечно, лучше, чтоб это было по рецепту, но совсем ужесточать кодеинсодержащие препараты, мне кажется, не совсем разумно. Но, понимаете, замены пока нет!

Харламов: С тем, что борцы с наркотиками могут просто "перегнуть палку", согласны и аналитики. По словам сотрудника компании "Фармэксперт" Давида Мелик-Гусейнова, главное, чтобы борьба с лекарствами, содер-

жащими незначительное количество наркотического вещества, не приняла гротескные формы. Иначе может исчезнуть что-нибудь нужное.

Электронный адрес статьи:
<http://www.radiomayak.ru/doc.html?id=9660&cid=44>

5.6.10 Отпускать лекарства будут с аптечной точностью

10.04.2007

Изменения в правилах продажи некоторых лекарств ожидают россиян

Теперь у аптечных фармацевтов появится больше прав, а потребителям лекарств, содержащих наркотические вещества, придется ограничиться установленной нормой отпуска препаратов в одни руки. Аптечные работники при продаже лекарств по рецептам, бесплатно или со скидкой могут самостоятельно заменить один препарат (которого нет в наличии) на аналогичное лекарство, имеющееся в аптеке. Ранее замена должна была обязательно согласовываться с врачом, выписавшим рецепт. Также установлен норматив продажи безрецептурных лекарств, в состав которых входят наркотические и психотропные вещества. К ним относятся, например, кодеин (используется для успокоения кашля), псевдоэфедрин (входит в состав средств от насморка) и др. Теперь подобные лекарства можно будет купить в количестве всего двух упаковок за один раз.

Источник: "Московский комсомолец"
Электронный адрес статьи:
<http://www.mk.ru/blogs/MK/2007/04/10/russia/95042/>

5.6.11 Компания "Фармстандарт" продала на биржах Москвы и Лондона 40% акций за 880 миллионов долларов

5.05.2007

Компания "Фармстандарт" продала 40% своего бизнеса по максимальной возможной цене в рамках объявленного ранее коридора – по \$58,2 за акцию.

331

Таким образом, весь "Фармстандарт" биржевые инвесторы оценили в \$2,2 млрд. По данным организаторов IPO, спрос на бумаги даже по такой цене в 16 раз превысил предложение. До сих пор инвесторы могли заработать на растущем на 20-30% в год российском фармрынке, покупая акции единственной публичной компании в отрасли – "Верофарма", объясняют эксперты.

Размещение акций "Фармстандарта" происходило сразу на трех площадках – ММВБ, РТС и Лондонской фондовой бирже (LSE). Большая часть бумаг (21,7%) была реализована на LSE в виде глобальных депозитарных расписок (4 GDR = одной обыкновенной акции), говорится в сообщении компании. Еще 18,3% компания продала в форме обыкновенных акций на московских площадках. А 3,2% акционерного капитала в форме GDR были выкуплены организаторами размещения – Citigroup и UBS Investment Bank, которые рассчитывают продать эти бумаги в течение месяца.

По словам источника "комерсантъ", близкого к организаторам IPO, в число покупателей вошли Fidelity Investments и Capital Group Companies, которые замначальника брокерского управления ИФК "Метрополь" Александр Захаров называет "одними из крупнейших в мире фондов".

Всего за 40% своих акций владельцам "Фармстандарта" удалось выручить около \$880 млн. Это соответствует верхней планке объявленного накануне IPO ценового диапазона – тогда в "Фармстандарте" отмечали, что рассчитывают привлечь \$700-880 млн. То есть капитализация компании могла составить \$1,75-2,2 млрд. По словам источника, близкого к "Фармстандарту", даже по максимальной цене количество поданных инвесторами заявок в 16 раз превысило предложение акций. Руководитель департамента исследований ФК "Уралсиб" Ким Искьян назвал "грамотной" политику организаторов IPO, не поднявших цены на бумаги, несмотря на значительную переподписку. По его мнению, имидж публичных компаний непоправимо страдает, если цена размещения оказывается завышенной. Например, AFI Development (IPO состоялось в начале мая) повысила максимальную цену с \$13 до \$14 за акцию, что позволило ей получить \$1,4 млрд за примерно 19-процентный пакет. Но уже в первый день торгов котировки AFI упали до \$12,8 за акцию. Между тем бумаги "Фармстандарта" торговались в пятницу уже по \$16,75 за GDR, хотя цена размещения составила всего \$14,55 за расписку.

Основной акционер ОАО "Фармстандарт" – Augment Investments Limited. 49% Augment принадлежит Виктору Харитонину, 21% – топ-менеджеру компании Егору Кулькову, 17% – Роману Абрамовичу, 7% – Millhouse Capital Management, оставшиеся 6% – Евгению Швидлеру. Выручка за 2006 год – \$314,6 млн, прибыль – \$75,2 млн.

Какой конкретно пакет продал на бирже каждый из акционеров "Фармстандарта", в компании не разглашают. Но источник, близкий к организаторам, утверждает, что бумаги продавали пропорционально все владельцы. То есть Роман Абрамович выручил около \$150 млн приблизительно за 7%

332

акций “Фармстандарта”. Полученные средства акционеры фармкомпаний направят на развитие собственных проектов – подробности будущих инвестиций не раскрываются. По словам управляющего директора департамента рынка акционерного капитала ФК “Уралсиб” Булата Каримова, «людям с опытом инвестирования, как у Романа Абрамовича, теоретически было бы интересно вложить средства в розничный сектор, hi-tech и смежные с ним медицинские направления».

“Фармстандарт” стал второй публичной компанией на российском фармрынке. Первым публичное размещение в апреле 2006 года провел “Верофарм”, контролируемый акционерами “Аптечной сети 36,6” (привлек \$140 млн за 49,99% акций). “Фармстандарт” разместился приблизительно по таким же коэффициентам, по которым сейчас торгуется “Верофарм”, констатировал аналитик Rye, Man & Gor Securities Олег Судаков. По его словам, у “Фармстандарта” коэффициент P/S (отношение капитализации к выручке) составил 4,7, а EV/EBITDA (стоимость компании к прибыли до уплаты налогов и амортизационных отчислений) – 17. По словам исполнительного директора компании “Фармэксперт” Николая Демидова, в отрасли, темпы роста которой в 2006 году составили около 30%, портфельным инвесторам явно не хватало одной публичной компании.

Источник: “Коммерсант – daily”
Электронный адрес статьи: <http://www.pharmexpert.ru/pres/?id=213>

Дополнение: 20 самых продаваемых лекарств в 2006 году

№	Бренды	Стоимостный объём в 2005 г., \$ млн.	Стоимостный объём в 2006 г., \$ млн.	Прирост
1	АРБИДОЛ	27.9	44.0	58
2	ВИАГРА	41.5	44.0	7
3	АКТОВЕГИН	34.8	39.5	14
4	БОЯРЫШНИК	40.8	37.2	-9
5	ЭССЕНЦИАЛЕ	28.6	35.3	23
6	ЭНАП	30.0	32.6	8
7	ТЕРАФЛЮ	24.7	32.3	31
8	МЕЗИМ ФОРТЕ	31.4	31.7	1
9	ВИТРУМ	28.6	31.7	11
10	НО-ШПА	28.1	30.1	7
11	КСЕНИКАЛ	20.9	26.8	28

12	ПЕНТАЛГИН ("Фармстандарт")	21.7	24.9	15
13	ПРЕДУКТАЛ	19.1	24.3	28
14	КАВИНТОН	21.5	24.1	12
15	ЛИНЕКС	19.1	24.0	26
16	МЕКСИДОЛ	11.9	22.6	89
17	КОЛДРЕКС	19.6	22.2	13
18	АНАФЕРОН	12.6	21.5	71
19	ТЕРПИНКОД ("Фармстандарт")	23.0	20.9	-9
20	ВИФЕРОН	18.5	20.9	13

11.05.2007

Источник:
"Ежемесячный розничный аудит фармацевтического рынка РФ"
DSM Group. ISO 9001:2000

Электронный адрес статьи:
http://rating.rbc.ru/articles/2007/05/11/31473397_tbl.shtml?2007/05/11/31473394

5.6.12 26-летний рязанец приговорен к 25-ти месяцам лишения свободы за содержание наркопритона

04.09.2007

Советским районным судом г.Рязани вынесен приговор 26-летнему Сергею Трушину, который организовал и содержал притон для изготовления и потребления наркотического средства дезоморфин. Об этом сообщили РИА “7 новостей” в пресс-службе УФСН РФ по Рязанской области.

Квартира Трушина в доме на ул. Фирсова служила притоном с октября 2006 года. Молодой человек в прошлом активно занимался спортом, но в силу непростых жизненных обстоятельств стал употреблять спиртное и наркотики, потерял работу. В последнее время из-за длительного употребления дезоморфина он с трудом передвигался, часто не имея возможности выходить из

дома. Существование его поддерживали знакомые наркоманы, приносявшие продукты питания и все необходимое для изготовления дезоморфина.

Притон неоднократно “навещали” сотрудники УФСКН, уголовного розыска и УБОП. По каждому эпизоду возбуждались уголовные дела, которые впоследствии были соединены в одно производство. Однако С.Трушин, находясь под подпиской о невыезде, продолжал заниматься преступной деятельностью.

Так, 16 февраля 2007 года наркополицейские застали в притоне четырех человек, в том числе водителя такси, в рабочее время собиравшегося сварить наркотик и сделать инъекцию. Были изъяты шприцы с дезоморфином, предметы и вещества для его изготовления, а также мобильные телефоны, полученные от посетителей как плата за дозу.

По совокупности совершенных преступлений (хранение наркотиков в крупном размере, организация и содержание наркопритона) путем частично-го сложения наказаний суд окончательно определил Сергею Трушину 2 года и 1 месяц лишения свободы в колонии-поселении.

Электронный адрес новости:
<http://www.anti-narkotik.ryaz.ru/index.php?nl=0&dt=1188914298>

5.6.13 Кодеиновая наркомания в Рязанской области продолжает набирать силу

22.05.2007

А. Воронков

Об истинных масштабах кодеиновой и дезоморфиновой наркомании знают только люди профессионально занимающиеся проблемой – это сотрудники МВД, УФСКН, врачи-наркологи.

Можно утверждать, что кодеиновая (дезоморфиновая) наркомания в настоящее время носит характер скрытой наркоэпидемии, которая, по нашим прогнозам, будет расти, если срочно не принять соответствующих адекватных мер. Официальные статистические отчеты не в состоянии отразить истинные масштабы трагедии. При анализе имеющихся данных обращает на себя внимание резкий рост кодеиновой (дезоморфиновой) наркомании по отношению к другим группам наркотиков. По данным РОКНД, количество первично обратившихся за медпомощью дезоморфиновых наркоманов составляет 70% от общего числа опийных наркоманов.

По мнению специалистов, профессионально занимающихся проблемой наркомании, только по самым скромным подсчетам количество дезоморфиновых наркоманов по г. Рязани составляет от 1,5 до 2 тысяч человек. О темпах

распространения дезоморфиновой наркоэпидемии можно судить уже по тому факту, что в 2005 году эта проблема была только в г. Рязани, а к 2007 году наркоэпидемия распространилась на Сасовский, Скопинский, Шиловский, Новомичуринский, Касимовский и другие районы.

По данным УФСКН, употребление дезоморфина распространено в 12 регионах преимущественно Центрального федерального округа.

Причина дезоморфиновой наркомании известна – это открытый, легальный и безрецептурный отпуск кодеинсодержащих препаратов в аптечных сетях города. Покупая в аптеках легальные и дешевые кодеинсодержащие препараты, наркоманы по отработанной технологии в домашних условиях, используя доступные химические реагенты, варят из него дезоморфин. Дезоморфин – это наркотическое средство, оборот которого в РФ запрещен и уголовно наказуем.

Напомню читателю, что кодеин и многие кодеинсодержащие препараты входят в список II: “Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ”. Список утвержден Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 г. под номером 681. В этот список попали практически все кодеинсодержащиеся препараты, выпускаемые российской фармацевтической промышленностью, и отпускались такие препараты по назначению врача на рецептурных бланках строгой учетности и контроля. Однако с конца 90-х годов и по настоящее время наш рынок заполнили импортные лекарственные кодеинсодержащие препараты, ни один из них не был включен в список II. Приказ Министерства здравоохранения № 578 от 13.09.2005 г. “Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача”, куда попали все импортные кодеинсодержащие препараты, открыл дорогу кодеиновой и дезоморфиновой наркомании в России.

К сожалению, в соответствии с международными законодательными договорами, подписанными РФ, препараты, содержащие в своем составе не более 100 мг кодеина, оказались не включенными в список II, а были включены в список III, в отношении которого допускается исключение некоторых мер контроля. Меры контроля были исключены настолько, что теперь мы получили вторую волну опийной наркомании, после первой героиновой волны 1999-2001 гг. Надо отдать должное правоохранительным органам, с первой волной опийной наркомании Управление ФСКН успешно справились, перекрыв все каналы поставки героина в Рязань. В настоящее время легализация и безрецептурная продажа кодеинсодержащих лекарственных препаратов связывает руки правоохранителям в борьбе с этим злом.

Получается парадокс. Сам кодеин в чистом виде, независимо от дозы, и его производное дезоморфин являются наркотическими средствами, оборот которых в РФ ограничен или запрещен. Кодеин же, входящий в состав

импортных лекарственных препаратов в дозе не более 100 мг, соединенный с другими ингредиентами, является легальным и подлежит безрецептурному отпуску.

Для изменения ситуации необходимо постановление Правительства РФ, касающееся контроля над отпуском ряда кодеинсодержащих препаратов. Проект этого постановления должен быть рассмотрен в Госдуме РФ. В то же время, чтобы проект был рассмотрен, необходима законодательная инициатива Рязанской областной Думы и представителей региона в Государственной Думе РФ.

Вопрос сложный и требует тщательной проработки и юридического обоснования, но решать его надо безотлагательно.

Как прописано в статье 39 Международной конвенции «О наркотических средствах», ничто не препятствует принимать сторонам более строгие и более суровые меры контроля, чем те, которые предусматриваются настоящей конвенцией, если этого требует охрана народного здоровья или благополучия. Хочу обратиться к председателю Рязанской областной Думы Сидорову В. К., председателю комитета по социальной и демографической политике Исакову С. А., ко всем депутатам Думы от сотен родных и близких наркозависимых, а также просто от небезразличных людей с просьбой изучить данную проблему и немедленно заняться ее решением.

Призываем вас в решении этого вопроса проявить здравый смысл, политическую волю и единство, как это было при принятии регионального закона об игорном бизнесе.

Каждый месяц только в Рязани и области мы теряем для семьи, общества и страны десятки молодых жизней, пополняющих армию дезоморфиновых наркоманов.

Уважаемые народные избранники, не забывайте, что проблему злоупотребления наркотиками Президент Российской Федерации В. В. Путин поставил по значимости в один ряд с международным терроризмом и транснациональной преступностью. Теперь это больше, чем национальный проект по демографической политике. Это — условие выживания нации.

Электронный адрес статьи:
<http://www.mkryazan.ru/narkomaniya.-prodolzhenie-sleduet.html>

5.7 Последствия свободной продажи на территории России населению наркотических семян мака под видом продукта для кондитерских нужд

5.7.1 Булочка с героином (Северная Осетия–Алания)

17.05.2005

А. Берсенева

В Северной Осетии введен официальный запрет на кондитерский мак. По данным правоохранительных органов, продукт использовался в качестве сырья для изготовления высокотоксичных наркотиков, способных привести к летальному исходу. В Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков утверждают, что такой запрет введен еще в некоторых регионах, но он не имеет юридической силы. Единственный вариант борьбы с маком — ужесточение ГОСТов для ввозимых семян.

В Республике Северная Осетия–Алания запрещена торговля кондитерским маком. «Правительство республики подписало запрет на ввоз, приобретение, хранение и распространение кондитерского мака, — сообщил «Новым известиям» главный государственный санитарный врач территориального управления Роспотребнадзора по Северной Осетии Таймураз Бутаев. — Товар зачастую шел без сопроводительной документации. Мы давали рекомендации поставщикам, но, увы, документация так и не появилась».

По российскому законодательству, выращивать мак на территории России запрещено. Поэтому все сырье завозится из Чехии, Турции, Голландии, Китая и ряда других стран. Сам по себе кондитерский мак не является наркотическим веществом, и использовать его в качестве сырья для получения наркотика нельзя. Наркотическое зелье добывается из сора, который встречается в маке — маковой соломки и семенных коробочек. Предназначенный для питания продукт проходит термическую обработку, что исключает появление в нем сора. Но в последнее время предприниматели закупают мак неочищенный и дешевый. Получаемый из этого сырья опий настолько токсичен, что за короткое время может привести к смерти человека или полной деградации личности. В прошлом году более 90% наркоманов Краснодарского края и Северной Осетии употребляли приготовленный из мака экстракт опия.

«Проблема с маком обозначилась в начале осени 2003 года. Тогда к нам стала поступать информация о том, что в Южный федеральный округ начали завозить партии мака, в котором содержались примеси маковой соломы и опия, – рассказал журналистам газеты начальник отдела по контролю за легальным оборотом наркотических средств и психотропных веществ ФСКН России Михаил Виноградов. – И наркозависимые стали из этих примесей производить в домашних условиях, используя разные вредные растворители, ацетилованный опий. Были зафиксированы смертельные случаи. Оказалось, что у нас действует старый ГОСТ, по которому в пищевом маке может содержаться до трех процентов примесей. Но когда завозятся семена большими партиями, то эти проценты дают большие объемы маковой соломы».

Руководство ФСКН России проинформировало правительство о сложившейся ситуации. Было принято решение о разработке новых стандартов и требований к ввозимым семенам. Однако если соблюдать регламент, то проект этих стандартов начнет подготавливаться только в декабре. Поэтому руководство ФСКН России предложило подготовить специальный технический регламент, касающийся только семян, и утвердить его указом президента.

В регионах не могут дожидаться, когда опасный продукт запретят на федеральном уровне, и вводят свои запреты. «К нам уже обращалось примерно 15-20 регионов в основном из Южного округа с просьбами поддержать их инициативу, – говорит Михаил Виноградов. – Мы отвечаем, что полностью согласны с их мнением о том, что продажу мака надо запретить. Первый прецедент был в Карачаево-Черкесии – в начале октября прошлого года там был введен запрет на ввоз и продажу мака. Потом в Кабардино-Балканской Республике. Но ведь вы понимаете, что их запрет не имеет юридической силы, а только обозначает проблему. Подобные запреты на торговлю тем или иным продуктом питания можно принимать только на федеральном уровне».

В остальных регионах России с потенциальным наркотическим сырьем идет борьба с помощью рейдов по рынкам и конфискации сомнительного продукта. Прощтрафившимся продавцам суд назначает административное наказание «за торговлю некачественным товаром».

Источник: “Новые известия”.

Электронный адрес статьи: <http://www.newizv.ru/news/2005-05-18/24399/>

5.7.2 Южная специфика борьбы с наркотиками – пищевой мак в списках не значится

23.01.2006

Л. Баркина, г. Майкоп, республика Адыгея
“ИТАР-ТАСС”

Злоупотребление наркотическими средствами и их незаконный оборот стали одной из наиболее серьезных проблем современной России. Наркомания превратилась в общенациональную проблему, несущую прямую угрозу государству. В Адыгее эта проблема осложнена ее географическим положением в центре Краснодарского края.

Здесь самые благоприятные условия для выращивания наркосодержащих культур, в основном конопли. Но главная беда, связанная с наркотиками, пришла в Адыгею извне. И это, как ни странно, легально существующая беда – семена пищевого мака, ввоз которого в нашу страну и его реализация не запрещены законом.

Как бороться с этим сравнительно новым для России злом, что делают органы власти для пресечения торговли пищевым маком и изготовления из него наркотика? На эти и другие вопросы корреспонденту ИТАР-ТАСС отвечает начальник Управления федеральной службы Госнарконтроля по Республике Адыгея, кандидат юридических наук, полковник Николай Михайкин.

- Пищевой мак обычно вызывает самые добрые, домашние ассоциации: булочки, плюшки и другие сладкие и душистые кулинарные изделия. И вдруг наркотик, употребление которого приводит к быстрому привыканию и тяжким последствиям. Когда вы впервые столкнулись с этим злом?

- Три года назад, когда возглавил отдел по контролю за легальным оборотом наркотиков в управлении по Южному федеральному округу Департамента Федеральной службы Госнарконтроля России. Сначала мы, опираясь на мнение специалистов, считали, что наркотик варят из маковой соломы, которую предприимчивые торговцы добавляют почти во все пакетики с семенами пищевого мака. Потом, проведя ряд лабораторных исследований, убедились: наркосодержащие вещества тебонин, кофеин и морфин содержатся именно в семенах, а не в маковой соломе. Причем, в семенах незрелого мака, который десятками тонн ввозят в Краснодарский край и Адыгею через Новороссийскую таможню. А туда он прибывает по морю из Турции, Голландии, Чехии, Румынии. Другой путь транзита мака на юг России – поступление с предприятий Москвы и Московской области, расфасованный в пакетики по 100 и 500 граммов.

В месяц его поступает на Кубань до 750 тонн. Из них в Адыгею попадают 43 тонны смертоносного груза. Часть его содержит и “специфическую” добавку – зерна конопли.

- И нельзя этому противодействовать?

- Пока, в рамках существующего закона, – практически нельзя, поскольку семена пищевого мака не включены в федеральный список запрещенных для ввоза в страну и реализации продуктов. Значит, его продажа легальна. Мы уже несколько раз отправляли соответствующие письма руководителям нашей федеральной службы, но не все зависит от нас. В Москве на первом месте другая проблема – тяжелые наркотики. А то, что к зелью из семян мака молодежь привыкает буквально с первой дозы, то, что смерть от его употребления наступает в самый короткий период – от полугода до двух лет, в такое пока мало кто верит, хотя наши исследования убедительно это доказывают. А если к этому добавить, что наркоманы готовят себе дозы для инъекций в антисанитарных “полевых” условиях и варят дешевый наркотик с добавлением ацетона, аммиака и уксусной кислоты, то можно представить себе, какой ядовитой, гремучей смесью они наполняют свои сосуды! Как подчеркивают специалисты, эти примеси влияют на состав плазмы крови, количество эритроцитов, вызывают частичное отмирание слизистых оболочек и стойкие спазмы сосудов, что приводит к нарушению микроциркуляции крови в организме наркомана.

- Какова статистика, во-первых, роста употребления наркотиков опийной группы и, во-вторых, раскрытия преступлений в этой области?

- Первое. Только в Майкопе рост числа лиц, употребляющих наркотики опийной группы, составил за два последних года 17 проц. Второе. Нашим управлением в прошлом году по фактам незаконного изготовления наркотических веществ путем экстракции семян пищевого мака было возбуждено 26 дел, за 10 месяцев нынешнего года – уже 30. В 12 случаях приняты постановления об отказе в возбуждении уголовных дел, поскольку число изъятых наркотиков этой группы не превышало 10-кратный размер средних разовых доз, утвержденных соответствующим постановлением Правительства РФ. В 2005 году сотрудники управления выявили 8 фактов незаконного хранения в целях сбыта семян кондитерского мака, в которых содержалось наркотическое вещество, изъяли около 30 кг семян мака, привлекли к административной ответственности лиц за их незаконную реализацию. Если при проверке отсутствуют необходимые документы, сотрудники управления уничтожают изъятый товар. Счет идет на тонны. По оперативным разработкам, за 10 месяцев этого года мы выявили 11 преступлений, связанных с организацией и содержанием притонов для наркоманов.

К административной ответственности были привлечены 19 человек за употребление наркотиков, изготовленных из семян кондитерского мака. Но это капля в море “макового” горя. А то, что это действительно горе, знали

наши мудрые предки, закрепив свое знание в пословице: «Сто лет мак не родил – и голода не было». Лучше не скажешь.

- Может быть, вопрос и наивный, но рискну спросить: кто учит этому молодых людей, кто дает рецепт изготовления убийственного зелья?

- Сказать, что этот рецепт давно “висит” в Интернете, значит, ничего не сказать. Сейчас модно говорить о том, что Всемирная сеть – это забор и на нем каждый пишет, что хочет, а читать написанное никто никого не обязывает. Вероятно, это так. Но кто усомнится в том, что именно поставщики семян незрелого мака позаботились о своевременном появлении на интернетовском “заборе” этого рецепта? Никто. Но призвать распространителей подобной информации в сети к ответственности нельзя. Нет для этого соответствующего закона. А плоды этого “просвещения” приносят интернетовским и иным “учителям” колоссальные доходы: “маковые” наркобароны получают чистой прибыли только в Адыгее до млрд. рублей в год, ничем при этом не рискуя. Семена мака продавать не запрещено, официально он идет для нужд пищевой промышленности. А то, что рецепт изготовления наркотика доступен, – все претензии к безымянному Интернету... Именно поэтому я не устаю повторять, что свободная торговля семенами мака – это идеологическая диверсия. Нашему населению внушается мысль о том, что этот наркотик легален и доступен, потому что продается безо всяких ограничений и очень дешево: 100-граммовый пакетик семян мака стоит всего от 30 до 40 рублей (прим. сост. – стоимость значительно возросла за последнее время). Вот и получается очень дешево и очень “сердито” по своим чудовищным и необратимым последствиям, особенно у нас, на юге России, в Адыгее. Ведь абсолютное большинство наркоманов республики потребляют именно маковый дурман.

- Что делают власти республики для противодействия распространению наркомании?

- По инициативе нашего Управления в Адыгее принята на 2005-2006 годы республиканская целевая программа противодействия злоупотреблению наркотиков и их незаконному обороту. В рамках ее реализации депутаты Майкопского городского Совета и республиканского парламента подготовили обращение к своим коллегам из Федерального собрания РФ выйти с законодательной инициативой о запрете оборота семян кондитерского мака. Для решения проблемы на федеральном уровне мы подготовили еще одно обращение к руководству ФСНК России с детальным обоснованием необходимости внесения семян пищевого мака в список наркотических веществ, распространение которых в нашей стране ограничено. Надеемся, что эта правовая норма начнет действовать уже в начале следующего года.

Источник: вестник “Россия: власть на местах”, №1, 2006 год
Электронный адрес статьи: <http://www.fass-online.ru>

5.7.3 Маковое иго

15.02.2006
Е. Сухарев

В январе в краевом центре скончались четверо молодых людей, старшему из которых было 26. Их жизнь оборвал... кондитерский мак. Тот самый, что можно встретить на прилавках магазинов и на рынках, что используют для выпечки домохозяйки и хлебокомбинаты. Но бубликов и плюшек с этой пряностью ребята как раз и не ели. Они пускали мак по венам...

Смерть на Рождество

Тело одного наркомана, ставшего жертвой макового “кайфа”, на лестничной площадке многоэтажки обнаружили соседи. Вызвали “скорую”, но, оказалось, слишком поздно. Случилось это на Рождество. Примерно в половине первого ночи, находясь в своей квартире, парень загнал в вену иглу и дожал поршень шприца с адской смесью до упора. Когда маковый экстракт стал расходиться по телу, молодой человек почувствовал что-то неладное. Цепляясь за стены, добрал до входной двери, отворил ее и хотел позвать на помощь. Жизнь оборвалась за порогом.

Еще двоих обнаружили на кладбище. Оперативники уголовного розыска ГУВД края уверены, что смертельно укололись они не там, а где-нибудь в притоне. А когда сердца молодых людей перестали биться, дружки отволокли безжизненные тела к могилам. Была пятница, 13 января.

Личность четвертого наркомана, которого погубил шприц с маковой отравой, пока не установлена. Тело нашли поздно ночью в одной из подворотен Промышленного района.

По информации из уголовного розыска, все четверо умерли от передозировки. Сомнений в том, что они кололись зельем, приготовленным из кондитерского мака, нет. Это подтвердили эксперты. Кстати, на телах погибших виднелись многочисленные следы от старых инъекций. У одних на предплечьях – так и вовсе “живого места” не было. С таким наркоманским “стажем”, и вдруг – передозировка?

“Неправильный” мак

В правоохранительных органах полагают, что в гибели молодых людей виноват “неправильный” мак. На рынках этого кондитерского продукта – полным-полно, на любой вкус и цвет. При этом он имеет различную технологию приготовления и предпродажной обработки. Для выпечки всевозможных вкусностей разницы, по большому счету, нет. Лишь бы продукт был чистым – без всякой шелухи. Ситуация с наркоманами – другая.

Дело в том, что от природы зерна мака достаточным наркотическим эффектом не обладают и обладать не могут. Это факт, который подтвердит

любой специалист в области ботаники. Поэтому опий можно получить из кондитерского продукта только в двух случаях. Во-первых, если упаковка пищевого мака содержит большое количество натуральных примесей – кусочков стеблей макового растения, решеточек и коробочек, в которых зерна созревали. В этом случае кондитерская добавка к мучным изделиям служит прикрытием самой обыкновенной маковой соломке. Во-вторых, если зерна мака после созревания искусственно обработали раствором опия.

По информации уголовного розыска и наркоконтроля края, в Ставрополе с прошлого года в продаже стал появляться кондитерский мак с высоким содержанием наркотических веществ. Изготовление дозы из “нового” продукта, сохраняя прежние пропорции, грозит сидящим на игле передозировкой. А отличить “крепкую” пряность от той, что “послабее”, на глаз практически невозможно.

Грязный кайф

Опий, добываемый из пищевого мака, даже сами наркоманы считают “грязным”. Они рассказывают, что после укола ощущение такое, будто все тело пронзают сотни иголок. Многие, у кого маковый “стаж” перевалил за полгода, уже не ощущают “кайфа” вообще.

При домашнем изготовлении зелья в него добавляют различные высокотоксичные вещества, которые отравляют организм человека с невероятной скоростью. Адская смесь губит почки, печень, головной мозг и нервную систему в целом. “Кондитерские” наркоманы “сгорают” в несколько раз быстрее обычных.

При всем при этом маковый “экстракт” необычайно популярен у людей, сидящих на игле. По информации пресс-службы Управления федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Ставропольскому краю, около 80 процентов всех наркоманов в нашем регионе употребляют зелье из кондитерского мака. Примерно такая же ситуация и в других субъектах ЮФО. Главная и, пожалуй, единственная причина столь необычайной распространенности губительной отравы – доступность компонентов.

Подсев на маковую иглу однажды, слезть с нее практически невозможно. Многие из тех, кто хочет избавиться от этой зависимости, сделать этого не в состоянии: лечение стоит больших денег, а пищевой мак, увы, изначально наркотик для бедных.

Зло в кондитерском обличье

О маковой наркомании страна и особенно Юг России узнала в 2003 году. Особенно удручающе выглядит то, что для приготовления “дозы” из кондитерского мака наркоманы могут даже не прятаться. Ингредиенты, как мы уже говорили, находятся в свободной продаже. А чтобы переступить порог

дома, где идет “кулинарный” процесс, представителям закона необходима соответствующая санкция суда.

Впрочем, не все так безнадежно. По словам начальника Управления федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Ставропольскому краю генерал-майора полиции Александра Клименченко, кое-какие рычаги для противостояния маковому игу у стражей закона все же имеются. Ограничить ввоз на территорию Ставрополя и запретить торговлю кондитерским маком сотрудники наркоконтроля края не могут: закон не велит. (Нечто подобное на местном уровне пытались предпринять депутаты некоторых южных республик. Но прокуратура совершенно справедливо усмотрела в подобной инициативе законодателей нарушения прав граждан и предписала “маковый бойкот” отменить: дескать, мак еще и с булочками едят, если что). Зато изымать из продажи кондитерскую добавку, не соответствующую ГОСТу по уровню содержания примесей, никто и ничто не запрещает. Что успешно практикуют наркополицейские края совместно с сотрудниками Роспотребнадзора. Попутно в ходе исследования сомнительной пряной продукции выявляют и изымают партии мака с добавлением опия.

Тем не менее проблема остается: кондитерский мак не входит в список наркотических средств, психотропных веществ и прикурсоров. А значит, де-юре он не наркотик. Хотя у наркоманов на этот счет другое мнение. Вот и приходится законодателям и специалистам в области борьбы с наркомагией ломать головы над ее решением.

Комментарий отдела безопасности

Маковая чума поразила южные регионы России и начинает распространяться в глубь страны: известно, что эту отраву варят уже на Урале. Во многих деревнях даже заядлые приверженцы алкоголя променяли его на кондитерское “ширево”. Такова тенденция, четко зафиксированная в последние годы. Остановить распространение наркотической болезни “для бедных” пока не удалось. Более того, она поражает все новые жертвы в экономически неокрепших регионах.

Мелкие предприниматели быстро раскусили секрет мака, который пользуется необычайным спросом у наркозависимых. Цены на эту кондитерскую добавку подскочили в разы. В продаже даже стали появляться так называемые “джентльменские наборы”, в которые входят полукилограммовый пакет мака и ингредиенты для приготовления зелья. Такие незамысловатые комплекты не стоят на витринах лишь потому, что пищевые продукты должны продаваться отдельно от бытовых. Но реализаторы безошибочно узнают “своих” клиентов.

Только по официальным данным, в Ставропольском крае около 6500 наркозависимых. Но это лишь те, кто хоть однажды попал в поле зрения блюстителей закона и стоит на учете в наркодиспансерах. Реальное количество

жертв опийной зависимости во много раз больше и продолжает увеличиваться. Из них 80 процентов – маковые наркоманы, которые останутся голодными, но на пакет пищевого мака деньги найдут. По некоторым расчетам, доход от ежегодного оборота наркотического сырья в маковой упаковке в крае составляет около миллиона долларов.

Заметим, что весь кондитерский продукт с наркотическими примесями – импортный. Кому-то очень выгодно бесконтрольно завозить его в нашу страну. Вопрос, почему этот канал до сих пор не прикрыли, – из разряда риторических.

Источник: “Ставропольская правда”

Электронный адрес статьи:
<http://www.stpravda.ru/2006/02/15/2006-02-15-09.shtml>

5.7.4 Жительница поселка Афипский осуждена на 4 года лишения свободы за сбыт наркотических средств

14.03.2006

К четырем годам лишения в исправительной колонии строгого режима Северский районный суд приговорил частного предпринимателя Тамару Самойлову за незаконный сбыт наркотических средств.

52-летняя жительница поселка Афипский торговала семенами кондитерского мака из подсобного помещения своего магазина и квартиры, где в ходе проведенного рейда наркополицейские обнаружили 81 упаковку семян, это почти 47 кг. Проведенная химическая экспертиза показала наличие в них таких наркотических средств как морфин, кодеин и тебаин, а также маковой соломы. Путем несложной обработки в домашних условиях наркоманы получают, на первый взгляд, из безобидного пищевого мака такие наркотики, как экстракт маковой соломы и ацетилованный опий. С результатами экспертизы хозяйка магазина была ознакомлена, но продажу не прекратила. Торговля маком шла и после того, как на нее было заведено уголовное дело.

Как правило, семена мака Самойлова закупала на Кооперативном рынке г.Краснодара. Естественно, расходы на их приобретение в книге учета физических показателей отражены не были. Как рассказала суду одна из продавщиц, работавших у подозреваемой в магазине “Ветерок”, о том, что ее хозяйка подпольно торгует маком, она узнала из разговоров. Каждый

день с 21 до 23 часов Самойлова торговала маком сама из собственного дома, прилегающего к магазину. В это время к “Ветерку” подходили преимущественно наркоманы.

Тот факт, что наркоманы варили наркотик из семян мака, который был им приобретен у Самойловой, подтверждает одно из оперативных наблюдений. Отследив одного из ее клиентов, оперативники провели досмотр его дома, в результате которого изъяли свежеприготовленный экстракт маковой соломы.

Задержали подозреваемую в тот момент, когда задолжавший ей 600 рублей наркоман пришел с ней расплатиться за заложенный паспорт и приобрести еще три упаковки семян.

На суде Самойлова не признала свою вину, и после оглашения приговора решила подать кассационную жалобу с просьбой о смягчении наказания. В свое оправдание она утверждала, что не знала о том, что продавать кондитерский мак преступно. Являясь инвалидом, она имеет высшее образование, пользуется уважением населения, в том числе и поселковой администрации.

Однако судебная коллегия, давая оценку собранным по делу доказательствам, пришла к выводу о том, что суд обоснованно пришел к выводу о наличии у осужденной прямого умысла на сбыт наркотических средств. Это к тому же подтверждается показаниями пяти свидетелей. Учитывая это и другие обстоятельства уголовного дела в отношении 52-летней женщины судебная коллегия оставила приговор без изменения.

Источник: пресс-служба Управления Федеральной службы
Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков
(УФСКН) по Краснодарскому краю

5.7.5 Смерть в кондитерской упаковке

11.05.2006

М. Ламцов

Маленький мальчик спрашивает у продавца магазина:

- У вас есть булочки с маком?

- Может, тебе еще и батон с героином, наркоман проклятый?

В этом бородатом анекдоте семидесятых годов, как выяснилось, есть зловещая ирония. Впервые о том, что из кондитерского мака можно вырабатывать вполне реальный наркотик, у нас в стране узнали не так давно – четыре года назад. И сразу же стало понятным, что на черном рынке наркотических и психотропных средств появился товар, дешевле которого разве что булки в пекарне.

Маковый бум

Проблема массового потребления наркотических средств в России стоит весьма остро. В структуре предпочтительных наркотиков опиаты составляют более 65%. Из них до 90% употребляют кустарно приготовленное наркотическое средство, получаемое из семян пищевого мака. Она приняла такой размах, что заместитель председателя Государственной думы Владимир Катренко вынужден был на днях обратиться к министру здравоохранения и социального развития Михаилу Зурабову и директору Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков Виктору Черкесову с предложением включить “мак опийный” в перечень наркотических средств, подлежащих контролю в стране.

Казалось бы, какое дело наркоконтролю до того, что продают в бакалейных лавках. Ан, нет... Результаты экспертиз оказались шокирующими. При контрольной закупке трех килограммов пищевого мака на одном из рынков Подмосковья оказалось, что в кондитерском товаре содержится морфин. И использовать его при выпечке – значит, ставить под угрозу здоровье людей. Предварительная экспертиза установила, что для кулинарных целей используются другие сорта мака. А в каждой полукилограммовой пачке товара обнаружили еще и недопустимое количество маковой соломки, которая сама по себе уже является наркотическим веществом. Для производства наркотика наркоману требуется килограмм мака и две-три бутылки растворителя, либо прекурсоры, например, ангидрид уксусной кислоты. В ходе химической обработки наркодельцы “отбивают опий”, незначительного содержания которого в семенах пищевого мака, тем не менее, хватает на наркотическую дозу. Закупая мак по 50 рублей за килограмм, “умельцы” сбывают кустарный ацелированный опий по 200-300 рублей за миллилитр. Эту опасную смесь наркоманы загоняют себе в вены. Врачи признают, что применение “грязного” наркотика влечет за собой тяжелые нарушения внутренних органов, психической сферы, нервной и иммунной систем и как следствие – тяжелый абстинентный синдром и выраженные личностные изменения. Тем, кто подсел на мак, обратной дороги уже нет. Он настолько загрязняет организм, что не помогает даже примитивная очистка через капельницы с физраствором. Соскочить с иглы и протянуть больше четырех-пяти лет мало кому удастся из устойчивых наркоманов.

Стоит упомянуть о том, что кондитерский мак в нашей стране никогда не рассматривался как сырье для производства наркотика. Последний раз о нем как о пищевом продукте, упоминалось еще в 1978 году. И до 2003 года действовали старые нормы. А при более тщательном анализе российские ученые и сотрудники наркоконтроля вдруг выяснили, что стандарты эти практически утрачены. И только в 2004 году удалось ввести новые, ужесточенные нормативы, препятствующие проникновению наркосодержащих семян в Россию. Поможет ли это? Основные импортеры мака – Турция, Голландия.

Понятно, что там есть люди, очень заинтересованные в том, чтобы к нам “приезжал” сырой мак, содержащий млечный сок, а в упаковках было достаточно соломы от коробочек.

Недавно появление ядовитого мака зафиксировали в больших объемах в розничной сети Московской, Калужской, Рязанской, Орловской областей...

На притоне поставили крест

Один из домов в Рязанской области пользовался дурной славой у проживающих рядом соседей. Когда сотрудники наркоконтроля установили наблюдение за нехорошей квартирой, то однажды увидели, как пожилая женщина в монашеской одежде, проходя мимо наркоточки, взглянула на окна криминальной квартиры, перекрестилась и пошла далее. Полицейские смекнули: человек знает это жилище и воспринимает его как сборище антихристов. Сомнения развеялись, когда, войдя в квартиру, оперативники застали здесь ее хозяев – супругов Галину и Дмитрия Д. 1957 года рождения и троих клиентов-наркоманов. И владельцы жилища, и гости пребывали в состоянии наркотической ломки.

Супруги, содержащие наркопритон, пояснили, что пойти на криминал их “нужда заставила”. Выход нашли в том, что желающие “уколоться и забыться” за определенную плату приносили им грязный мак. Из него супруги варили на кухне зелье, пригодное для введения в вену. Подъезд, в котором жили наши герои, был так загажен многочисленными гостями притона, что соседи уже и не знали, что делать с хозяевами “нехорошей квартиры”. Но когда к обычным запахам перегара и мочи добавился специфический запах ацетона, жизнь их стала невыносимой. Оперативников в притоне ждал полный набор предметов для варки “дури”: плитка, миска, ложка, шприцы... Обшарпанные стены, грязь, запустение, нечесанные обитатели. Наркотическое варево они изготавливали в основном из “пищевого мака”, приобретенного на мелкооптовом рынке...

Кустарный опий

В Краснодарском крае резко возросло количество фактов производства и торговли ацетилованным опиумом. Крупные наркопритоны, снабжавшие наркотиком целые районы, были прикрыты в Краснодаре, поселке Пашковский, станицах Медведовской, Полтавской, Динской и других. В большинстве случаев хозяева притонов закупали оптом кондитерский мак, собственноручно изготавливая кустарный опий и продавали его гостям-наркоманам. До организации притонов опускаются даже пожилые люди: в поселке Пашковский был задержан 78-летний местный житель, который за денежное вознаграждение или продукты пускал к себе в дом наркоманов, ищущих место для изготовления опия. При обыске на земельном участке старика оперативники обнаружили 300 килограммов использованного мака и три мешка пустых бутылок из-под растворителя.

Сотрудники наркоконтроля по Краснодарскому краю регулярно “накрывают” нелегальных торговцев пищевым маком. Еще во время летнего рейда по краснодарским рынкам полицейские задержали шесть человек за нелегальную продажу семян кондитерского мака в комплекте с растворителем. У задержанных было изъято более 200 кг мака и 700 бутылок растворителя, которые нарасхват шли у местных наркоманов. Оказывается, торговцы даже помогали доставить “кулинарный продукт” клиентам, чтоб, как говорится, было “без палева”. В то же время наркополицейские одной из станиц Кореновского района пресекли преступную деятельность целого семейства наркоманов. Наркоторговлей занимались отец семейства, его жена и взрослый сын, которые распространяли ангидрид уксусной кислоты, а также готовый продукт. Кроме того, для собственного употребления семейство выращивало марихуану и мак.

В одном из крупных магазинов Краснодара наркополицейские изъяли 80 килограммов мака, содержащего активные алкалоиды опия. Ужесточились и приговоры по “маковым” делам: сегодня на Кубани в Красноармейском районном суде были осуждены жители станицы Полтавская, 43-летняя жительница поселка и ее 25-летний подельник. Наркодельцы в течение трех месяцев занимались изготовлением и распространением кустарного опия в организованном ими наркопритоне. Приговор суда был беспощаден – женщина и мужчина были осуждены на 7 и 9 лет лишения свободы соответственно с отбыванием в колонии строгого режима.

Вынуждены ограничить, но запретить?..

В торговой сети ряда городов и районов российской глубинки выявлены крупные партии опиумного мака, продаваемого под видом пищевого. С подобной напастью столкнулись недавно и сотрудники торговой инспекции и правоохранительных органов. Правительство республики вынуждено было специальным постановлением ввести жесткие ограничения на ввоз кондитерского мака на свою территорию. Власти объясняют это желанием защитить жителей республики от проникновения фальсифицированного кондитерского мака, представляющего опасность для здоровья людей.

Из кондитерского мака при помощи обычного растворителя, который можно купить в магазинах бытовой химии, наркоманы приловчились изготавливать дешевый, но довольно сильный наркотик – ацетилованный опий. Как сообщили в пресс-службе МВД Карачаево-Черкесии, наркологи и милиционеры в растерянности. Первые еще не знают, как лечить эту категорию наркоманов. Вторые – не имеют законных оснований привлекать к уголовной ответственности продавцов “зелья”, поскольку входящие в его состав пищевой мак и растворитель – вполне легальный товар. В Воронеже правоохранительные органы приступили к расследованию беспрецедентного инцидента. Первыми тревогу забили воронежские наркологи. В областной

наркодиспансер стали поступать пациенты, впавшие в кому от дозы, изготовленной из пищевого мака. Как признались сотрудники наркодиспансера, для них это было неожиданностью – Комитетом по наркотикам области семена мака признаны ненаркотическим веществом. Они не содержат алкалоидов опия и подвергаются специальной обработке. Между тем экспертиза показала, что в некоторых пакетиках кондитерского мака достаточно высокое содержание алкалоидов опия. Наркологи отмечают: маковое зелье очень опасно для жизни. Главное управление здравоохранения области обратилось в Департамент торговли с официальной просьбой запретить свободную реализацию кондитерского мака. Пока же в киосках и магазинах так называемый кулинарный наркотик можно купить легально. Сейчас для расследования макового скандала в Воронежской области создана объединенная следственная группа из сотрудников ГУВД, УФСБ и Госнарконтроля. Рассматриваются все возможные версии. Начиная с того, что пищевой мак был целенаправленно превращен в наркотик, либо же это простое нарушение правил приготовления данного продукта. Какими путями и по чьей инициативе мак, содержащий опиаты, попал в Россию из-за рубежа – тоже предстоит выяснить следствию. В рамках уголовного дела по факту сбыта наркотического мака в Воронежской области с продажи уже снято более 1300 килограммов.

- В России есть два завода, которые производят плохо очищенные семена с высоким содержанием масел, – рассказали наркополицейские. – Их и скупают оптом наркоманы. Но запретить продажу пока невозможно, товар соответствует госстандартам. Между тем только в Москве и Московской области приостановлена деятельность фирм, изготавливающих и расфасовывающих кулинарный наркотик. Около 160 тонн наркотического мака, приготовленного к отправке в различные регионы страны, арестовано. К примеру, в маке, поставленном из Австралии, криминалисты обнаружили в кондитерских коробках морфин. Сейчас эксперты наркоконтроля выясняют, каким образом наркотические вещества попали в кондитерский мак. Недавно депутат Государственной думы Евгений Ройзман, а также ряд граждан из разных республик Южного федерального округа РФ обратились к законодателям практически с одной и той же проблемой. На географических разных территориях России – от Урала до Юга – в последнее время в разных уголках страны почти одновременно были зафиксированы всплески острого интереса к пищевому маку. Его в магазинах оптом скупали наркоманы, специальным способом вываривали, готовили эмульсию и кололись ею. У органов правопорядка каких-либо средств бороться с таким ноу-хау просто нет. Опиный мак в качестве сырья для изготовления наркотиков в Перечень наркотических средств, подлежащих контролю в РФ, не входит.

Многие специалисты и общественные деятели считают это серьезным упущением. Чтобы уничтожить нацию за несколько лет, не обязательно

применять биологическое оружие. Наркодилеры знают способ проще. Торговля наркотиками сегодня – эффективный способ быстрого обогащения. Прибыльность операций с наркотиками достигает сотен процентов. Это делает их привлекательными и для транснациональных преступных организаций, и для отдельных организованных групп преступников, главная цель которых – получение максимальной прибыли в короткие сроки.

Источник: "Вечерняя Москва" №79 (24370) от 11 мая 2006 года

5.7.6 "Антинарко.ру"

Выпуск № 24 от 12 октября 2006 года

Значительно возросло количество выявляемых сотрудниками наркоконтроля преступлений, связанных с содержанием наркопритонов

Каждое десятое преступление, связанное с притоносодержанием (ст.232 УК РФ), раскрывается кубанскими наркополицейскими. Краевое управление наркоконтроля по итогам работы за пять месяцев занимает первое место по выявлению этого вида наркопреступления.

Так, за этот период в крае было выявлено 180 фактов организации и содержания притона для потребления наркотиков. 167 уголовных дел по ст. 232 УК РФ удалось раскрыть, в прошлом году – 101 УД. 189 человек привлечены к уголовной ответственности.

В числе передовиков по выявлению притонов – межрайонный отдел Армавира, служба по г.Туапсе, по г.Сочи, отдел по г.Краснодару.

Появление большого количества наркопритонов оперативники связывают с возможностью беспрепятственно приобрести на любом рынке семян пищевого мака. Экстракт маковой соломы – единственный на сегодняшний день доступный наркотик, который наркоманы изготавливают из мака в домашних условиях.

В конце прошлого года Армавирская городская Дума приняла постановление, в последующем отмененное местной прокуратурой, о запрете свободной продажи торговыми предприятиями семян кондитерского мака. Благодаря этому и другим профилактическим мерам: совместным с милицией рейдам, работе "Телефона доверия", по словам армавирских наркополицейских мест, где раньше можно было купить мак и сварить из него наркотик действительно сократилось. Однако если раньше наркоманы со всех пригородов ехали за сырьем в город, то теперь они хлынули в окрестные районы, в буквальном смысле протоптали тропинки. Одна такая город ведет в поселок

Фортштадт. На таких вот заячьих тропках наркополицейские даже установили своеобразные негласные посты, на которых они отлавливают наркоманов, возвращающихся из поселка после принятия очередной дозы.

В отношении одного из жителей этого поселка 40-летнего наркомана было возбуждено уголовное дело, по которому он обвиняется в содержании наркопритона и незаконном изготовлении и сбыте наркотиков. Состоящий на учете в наркологическом диспансере с 1997г. с диагнозом “Опийная наркомания” мужчина предоставлял свой дом знакомым для потребления наркотиков с одним единственным условием – чтобы гости делились с ним и его подругой дозой. Люди, как правило, приходили к нему с наркоманским набором, приобретенном на армавирском рынке: пакетом с семенами мака и бутылкой растворителя.

Другой наркозависимый 28-летний житель Новокубанска, который также обвиняется в организации притона, приглашал к себе в дом своих друзей и знакомых уколиться за дозу для себя и сожительницы.

Четыре наркомана, завсегдатаи притона, выступив в качестве свидетелей обвинения, рассказали, как они приходили в дом к молодому человеку, как готовили и вместе употребляли сваренный хозяином наркотик. Обвиняемый свою вину во вменяемом ему преступлении признал полностью и в содеянном раскаялся. За совершение преступлений по ст.232 “Организация либо содержание притона для потребления наркотиков” законом предусматривается наказание в виде лишения свободы сроком до четырех лет.

Источник: Пресс-служба Управления Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (УФСKN) РФ по Краснодарскому краю, 16 июня 2006 года.

5.7.7 Письмо в редакцию журнала “Наркология”

Н.В. Каклюгин, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) им. В.П.Сербского” Росздрава, секретарь Отделения наркотической и демографической безопасности Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка (ОНДБ АБОП).

№6, 2007 год, с. 84

Мне бы хотелось на страницах Вашего журнала начать обсуждение одной очень злободневной для нашей страны проблемы. Сегодня в России наблюдается катастрофическая ситуация с повсеместными последствиями злоупотреб-

ления наркотическими продуктами, изготовленными из сырья, до сих пор в огромных количествах ввозимого различными путями на территорию нашей страны. И пока, к сожалению, соответствующие меры на правительственном уровне в достаточном объеме, способном остановить рост злоупотребления наркотических веществ, извлекаемых из данного продукта, так и не приняты. **Семя мака**, изначально предназначенное для кондитерских целей, теперь используется огромным количеством наркоманов по всей стране исключительно с целью достижения наркотического эффекта. Впервые о том, что из кондитерского мака можно получить сильный наркотик, у нас в стране узнали не так давно, не более пяти лет назад. Злополучные семена приобретались и продолжают приобретаться на некоторых продовольственных мини-рынках, в магазинах и киосках, реализующих продукты питания, а также через хорошо налаженную сеть сбытчиков. Ввозимые на территорию нашей страны семена мака содержат в виде примесей наркотические средства: маковую солому и опий, вследствие чего представляют интерес для лиц, осуществляющих незаконный оборот наркотиков. Наркотические вещества тебонин и морфин в некоторых случаях содержатся в самих семенах, а не в маковой солодке, что подтверждают лабораторные исследования специалистов ФСKN России. Причём, в семенах незрелого мака, который ежегодно сотнями тонн ввозится на юг России, в частности через Новороссийскую таможню и Воронежский железнодорожный узел. К месту назначения он прибывает по морю и железной дороге из Турции, Голландии, Чехии, Румынии. На Дальний Восток этот наркосодержащий продукт в огромных количествах завозится из Китая. С 2003 года волна употребления сильнодействующего наркотического вещества, путём несложных химических реакций получаемого из не совсем обычного кулинарного продукта, захлестнула, без преувеличения, всю Россию, особенно её южные регионы и Дальневосточный федеральный округ. Оперативные данные, поступающие из различных субъектов Российской Федерации в ФСKN России, свидетельствуют, что экстракт ацетилированного опия, а также дезоморфин, получаемые из опийсодержащих семян пищевого мака становятся наиболее распространённым средством, употребляемым наркозависимыми лицами в притонах, не уступая даже популярному среди них стимулятору первитину. В настоящее время приобрести подобные семена условно пищевого мака, отличающиеся по содержанию наркотических веществ опийного ряда от традиционно кондитерских, при желании не составляет особого труда практически в любой точке России. Они приобретались и продолжают приобретаться на продовольственных мини-рынках, в магазинах и киосках, реализующих кондитерские продукты, а также через хорошо налаженную сеть сбытчиков по всей стране. Получаемые из этого сырья наркотические продукты (ацетилированный опий, дезоморфин) настолько токсичны, что регулярное внутривенное введение их за более короткое время, в сравнении с героином, может

привести к инвалидизации пристрастившегося к ним человека или даже смерти, не говоря о полной деградации личности. При этом смерть от последствий постоянного употребления наступает в течение непродолжительного времени – от полугода до двух лет. Использование такого “грязного” наркотика, содержащего в своём составе много дополнительных вредоносных примесей, влечёт за собой серьёзные нарушения функционирования внутренних органов, психической сферы, нервной и иммунной систем и, как следствие – тяжёлый абстинентный синдром и выраженные личностные изменения. Продукты, содержащиеся в семенах мака и используемых бытовых растворителях, настолько загрязняют организм, что плохо помогает даже примитивная очистка через капельницы. В данном случае прекратить употребление или прожить более двух лет при продолжении ежедневного приёма этого вещества мало кому удастся, если только наркоман не попадет в места заключения... В рамках существующих законодательных актов противодействовать этому практически невозможно, поскольку семена пищевого мака до сих пор не включены в федеральный список запрещённых для ввоза в страну и реализации продуктов.

Полагаю, что представленная информация найдёт соответствующий отклик у российских наркологов и выльется в конкретные действия по пресечению легального распространения наркотического вещества под видом пищевого продукта.

P.S.

Письмо из зала (г. Чебоксары, лето 2007 года)

Когда же прекратится продажа наркотических маковых семечек (импортных) на рынках Чебоксар? Половина молодёжи города варит их, добавляет туда “димедрол”, “феназепам” и сатанинское зелье готово. В соседних республиках запрещена продажа мака, а Чувашия снабжает всё Поволжье. Даже с Сибири приезжают за ними, как и со своих деревень. Травись, народ Чувашский, пока не превратишься в скотов!

Короли маковые – остановитесь!!!

Когда ещё сгорят эти московские ООО по фасовке мака, чтобы неоткуда было возить?...

5.7.8 Наркоконтроль. Управление Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Приволжскому федеральному округу: публикации

13.10.2007

В. П. Лавров, заслуженный деятель науки Российской Федерации,
доктор юридических наук, профессор;
А. Б. Петрунина, кандидат юридических наук.

В последние годы проблемы наркомании в России все больше интересуют ученых различных специальностей. Некоторые особенности развития наркоситуации в нашей стране комментирует группа исследователей, интересующаяся этой проблематикой уже несколько лет.

Ситуацию комментируют: заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор юридических наук, профессор Владимир Петрович Лавров и кандидат юридических наук Анна Борисовна Петрунина.

Одной из наиболее серьезных проблем современной России является рост преступности в сфере незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. Отмечаемое в последние годы увеличение числа преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (с 96 645 преступлений за 1996 год до 212 019 за 2006 год), а также ужасающее количество потребителей наркотических средств и психотропных веществ, превращает данный вид преступлений в крупномасштабную угрозу здоровью нации, экономике страны, правопорядку и безопасности государства. Борьба с наркобизнесом становится важной составной частью обеспечения как национальной безопасности Российской Федерации, так и безопасности мирового сообщества в целом.

Способы совершения наркопреступлений в современных условиях приобретают все более изощренный, завуалированный, а в некоторых случаях нарочито открытый, дерзкий характер.

Фактором, существенным образом детерминирующим один из наиболее опасных и дерзких способов распространения наркотиков, является ситуация, связанная со значительным ростом употребления “пищевого” мака в “непищевых” целях.

Исследования состояния наркорынка в некоторых субъектах Российской Федерации, расположенных в пределах Южного и Центрального федеральных округов, свидетельствуют о том, что, начиная с конца 2003 года и по настоящее время, негативное влияние на динамику наркоситуации оказы-

ваит практика использования наркозависимыми лицами семян пищевого мака, свободно реализуемых в розничной торговле, из которых путем экстрагирования наркотических алкалоидов получают ацетилованный опий, содержащий весьма токсичные примеси, наличие которых обусловлено довольно примитивным способом экстракции.

Кстати сама псевдолегальность этого сырья и определяет его использование непосредственно в притонах, где в совершенно антисанитарных условиях процесс приготовления и инъекционного употребления практически не разрывны.

“Чистота” изготовления этого зелья убедительно иллюстрируется фото- и видео-материалами уголовных дел, на которых запечатлены горы годами не мытой посуды и хозяйственной утвари (ведра, тазы) с жутким грязно-коричневым налетом смертоносного осадка.

На протяжении ряда лет наиболее объемные поставки кондитерского мака, содержащего в смеси маковую солому, либо имеющие загрязнение зерен млечным соком, отмечались из Турции, Чехии и Голландии.

Так, в феврале и мае 2006 года сотрудниками Регионального управления ФСКН России по Краснодарскому краю совместно с Новороссийской таможней в порту г. Новороссийска были задержаны контейнеры с семенами мака, пришедшими из Турции в Россию на адреса различных фирм, общей массой более 35 000 килограммов. Согласно проведенным исследованиям указанные семена мака были пригодны для изготовления наркотического средства “экстракт маковой соломы”.

В Грузию кондитерский мак поступал из Голландии в 50-киллограммовых мешках и расфасовывался уже на месте.

На сайтах Интернета без труда можно найти сотни объявлений о продаже голландского мака оптом и в розницу.

Причем объемы реализуемого сегодня в России “пищевого” мака в сотни раз превышают потребности отечественной хлебопекарной и кондитерской промышленности.

Обращают на себя внимание и тот факт, что “пищевой” мак в розничной продаже бывает двух видов: идеально очищенный и пригодный тем самым только для хлебобулочных и кондитерских изделий и содержащий видимые не вооруженным глазом макрочастицы стеблей, листьев и коробочек растений мака, что на юридическом языке именуется не иначе, как “маковая солома”, что делает не возможным использование этой смеси в пищевых целях без предварительной очистки.

Кушать такие булочки не только не очень приятно, но и не безопасно для не окрепших детских и изношенных старческих зубов.

Интересная деталь – хорошо очищенный кондитерский мак, т.е. готовая продукция, стоит в три раза дешевле, чем такой же мак, но с примесями маковой соломы, т.е. полуфабрикат.

Интересная деталь, правда? Кстати о полуфабрикате. Так специалисты оценивали возникшую проблему несколько лет тому назад. А сегодня уже очевидно, что эти смеси маковой соломы изготавливаются специально не чистыми на руку дельцами в целях получения баснословных барышей за счет страданий и гибели определенной части нашего населения.

Систематические проверки партий пищевого мака, поступающего к нам из-за границы, в частности из Голландии, показали, что он имеет идеальную очистку. Следовательно примеси маковой соломы добавляются туда позднее, уже при расфасовке российскими производителями.

Данный вид наркотиков сегодня существенно потеснил на рынке сбыта опий и героин и является основным наркотическим средством, употребляемым в наркопритонах. При приготовлении используется, как правило, импортный кондитерский мак, свободно продающийся в наших магазинах и на рынках, в который специально подмешивается маковая солома. После его обработки бытовыми химическими растворителями, способы которой не трудно найти на сайтах Интернета, получают наркотик, отличающийся высокой токсичностью, с быстрым наступлением физической и психологической зависимости у лиц его употребляющих. Абстиненция у потребителей этого “зелья” протекает в несколько раз тяжелее, более выражены нарушения центральной нервной системы, печени, почек, нежели при употреблении героина и других видов опиатов.

В связи с доступностью компонентов для приготовления наркотиков, простотой кустарного способа его производства, низкой себестоимостью получаемого наркотика значительно снизился возраст его употребляющих, что еще более убийственно отражается на демографической ситуации в России. Наркологи, в частности работающие в системе Минздрава Кабардино-Балкарской Республики, где эта проблема получила наиболее широкое распространение, отмечают, что нижний возрастной предел лиц, употребляющих “тяжелые” наркотические средства, сократился с 19 до 12-13 лет.

По данным медицинских учреждений от 80% до 90% лиц, состоящих на наркологическом учете, употребляющих наркотики, изготовленные на основе “пищевого” мака. Главный нарколог Южного Федерального округа отмечает, что за четыре месяца текущего года все наркозависимые (1615 человек), обратившиеся в учреждения здравоохранения за медицинской помощью, употребляли экстракт маковой соломы, полученный из “пищевого” мака.

Значительному росту такого вида наркомании способствует возможность легального приобретения маковой соломы, маскированной под пищевой мак. Запретить продажу мака в магазинах невозможно: в отличие от маковой соломы, семена мака не входят в официальный Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации.

До недавнего времени оборот “кондитерского мака” на территории Российской Федерации регулировался ГОСТом 12094-76 “Мак масличный для переработки”, утвержденным Постановлением Госкомитета стандартов СМ СССР от 03.11.1976 г. № 2492. По указанным нормативным документам присутствие в семенах “кондитерского мака” примесей, которые служат наркотическим сырьем и присутствуют в Списке 1, не было регламентировано.

К настоящему моменту известно несколько способов выделения алкалоидов из примесей в виде маковой соломы, коробочек мака и млечного сока, содержащихся в упаковках семян мака, предназначенных для пищевого (кондитерского) использования. Самый простой – это с использованием ацетона, который также находится в свободной продаже.

Таким образом, сырье для изготовления наркотического средства, которое по сути уже само является наркотическим средством, находилось долгое время в т.н. псевдоправовом обороте. Конечный же продукт, получаемый тем или иным способом из этого сырья, представляет не что иное, как экстракт маковой соломы, находящейся в Списке 1 наркотических средств, оборот которых в Российской Федерации запрещен.

Постоянный комитет по контролю наркотиков (ПККН) неоднократно обращался в Госстандарт России за пересмотром нормативных документов на семена пищевого мака, что в определенной степени способствовало бы наведению элементарного порядка.

Своим решением ПККН (протокол №№/89-2003 от 21 ноября 2003 г.) установил порядок, при котором в соответствии с резолюцией Экономического и Социального Совета ООН экспортер должен быть зарегистрирован в Международном комитете по контролю наркотиков ООН как производитель – государство, культивирующее мак. Экспортер должен представить сертификат качества на поставляемые партии семян мака, с обязательным указанием об отсутствии в этих партиях наркотических веществ или примесей соломы и остатков коробочек мака. Импортёр при ввозе семян мака должен проводить обязательный контрольный анализ на наличие или отсутствие в них примесей, содержащих наркотические средства и сравнивать данные сертификата качества экспортера семян мака с результатами анализа, а при их несоответствии в установленном порядке возратить продукт экспортеру.

Требование о наличии сертификата качества не останавливало поставщиков “пищевого мака” на российские рынки. Так, 4 ноября 2004 года в г. Волжский был задержан предприниматель из Ставрополя. При досмотре его автомобиля было изъято 199 пачек мака, на которые имелись все необходимые документы, в том числе и сертификат качества, выданный государственным санитарным врачом Краснодарского края. При исследовании изъятого “продукта” данные, изложенные в сертификате, не подтвердились.

Параллельно с разработкой и принятием соответствующих нормативно-правовых документов территориальными органами наркоконтроля России комплексно проводились оперативные и следственные мероприятия, направленные на препятствование распространению указанного способа получения наркотических средств. Только следственными подразделениями Южного федерального округа было направлено в суд с обвинительным заключением свыше 2,5 тысяч уголовных дел, связанных с изготовлением и сбытом в крупных и особо крупных размерах опиатов, в основном производившихся в грязных наркопритонах. В большинстве случаев, как стало известно в ходе расследования, в качестве сырья для изготовления экстракта опия служила маковая солома, содержавшаяся в смесях, замаскированных под пищевую мак.

Кстати такие смеси под видом пищевого мака и продаются зачастую в ассортименте вместе с ацетоном, который и служит в качестве прекурсора для экстрагирования опия.

Для координации и повышения эффективности работы оперативно-розыскных, следственных и экспертных подразделений при раскрытии и расследовании преступлений, связанных с незаконным оборотом опиатов, получаемых из маковой соломы, содержащейся в находящемся в легальном обороте так называемом кондитерском, или пищевом, маке, ФСКН России в 2005-2006 гг. на основе обобщения сложившейся практики подготовлены методические рекомендации для оперативных, следственных и экспертно-криминалистических подразделений территориальных органов наркоконтроля России.

С 1 января этого года был введен в действие новый ГОСТ Р 52533-2006 “Мак пищевой”, который устанавливает технические условия на семена масличного пищевого мака, предназначенного для применения в хлебопечкарной, кондитерской промышленности, а также для реализации населению. В соответствии с п.п. 4.3 Технических требований семена пищевого мака не должны содержать сорной примеси: частиц листьев, стеблей, коробочек и корзинок растения мак (маковой соломки). Допустимый уровень содержания в пищевом маке наркотических средств согласно п.п. 4.5 Технических требований будет определяться после введения соответствующих нормативно-правовых актов.

Однако приходится констатировать, что принятие указанного выше ГОСТа не решило проблем с ограничением распространения на территории Российской Федерации семян “пищевого” мака.

В то время, пока вопросы по соблюдению существующих норм решаются на государственном уровне, во многих субъектах Российской Федерации местные власти сами пытаются изменить ситуацию. Например, в Северной Осетии введен официальный запрет на ввоз, приобретение, хранение и торговлю пищевым маком. Свою солидарность с таким решением уже выразили несколько регионов.

Однако очевидно, что разрешение “проблемы пищевого мака” требует принятия решений на уровне законодательной и исполнительной власти Российской Федерации.

Представляется целесообразным ввести полный запрет на ввоз и оборот кондитерского мака на территории страны без его предварительного исследования, чем исключить возможность фальсификации его назначения, т.е. фактически использования его не по назначению, а в преступных целях под легальной маркой. Кроме того, соответствующий запрет на ввоз и оборот пищевого мака позволит правоохранительным органам беспрепятственно осуществлять меры по его изъятию из торгового оборота на территории Российской Федерации, предупредив возможные сомнения относительно его соответствия имеющимся ГОСТам и сертификатам качества.

Внесение изменений в КоАП РФ, предусматривающих административную ответственность юридических и физических лиц, осуществляющих реализацию семян “кондитерского мака”, не соответствующих ГОСТу, при отсутствии умысла на организацию их незаконного оборота, позволит привлекать к административной ответственности “добросовестных” продавцов, имеющих подложные сертификаты качества, и заставит последних более скрупулезно подходить к вопросам сертификации продаваемой продукции, к ее качеству.

Ожидаемая реакция со стороны наркомафии – это всяческое воспрепятствование гостирования этого вида продукции, а вот любители булочек и рулетиков только выиграют, т.к. возрастет качество этой продукции.

Допущение псевдоправомерного оборота данного вида наркотиков – это даже не открытая реклама каннабиса и “конопляные марши”, это прямое допущение наркотизации населения, дестабилизации нашего общества в целом. Консолидация усилий всех ведомств, имеющих непосредственное отношение к обозначенной проблеме (правоохранительных, медицинских, торговых, санитарно-эпидемиологических, образовательных и т.п.), должна быть направлена на блокирование и минимизирование последствий наркоэкспансии.

Электронный адрес статьи:
<http://www.upfo.fskn.ru/ru/advanced/articles/622/623/>

5.8 “Мы наступили на хвост страшной змеи...”

17.05.2007

Православный священник, иеромонах о. Анатолий (Берестов) в силу своей активной публичной деятельности и духовного служения известен

361

многим христианам как в России, так и за рубежом. В сферу его интересов попадают многие стороны жизни общества. Но наиболее ярко он проявил себя в качестве борца с наркоманией. Врач по образованию, священник по призванию, отец Анатолий ведет беспощадную и бескомпромиссную борьбу с этим недугом, убивающим саму жизнь. Сотни и тысячи излеченных наркоманов, десятки тысяч счастливых семей – таков итог его работы. Но это, как он сам говорит, всего лишь капля в море того объема работ, который хотелось бы и который предстоит еще выполнить.

В своей командировке в Москве наш постоянный автор Олег Емельяненко встретился с о. Анатолием Берестовым и имел с ним продолжительную и интересную беседу, в том числе и о красноярских проблемах.

Олег Емельяненко: - Отец Анатолий, вы уже давно занимаетесь проблемами, связанными с наркоманией и наркоманами. К вам на Крутицкое подворье нескончаемой вереницей тянутся сотни людей, одержимых пагубным пристрастием к ненавистному и одновременно сладкому дурману. Всех их объединяет одно – желание избавиться от этой страшной беды. И вы им в этом помогаете. Расскажите о своей деятельности.

Отец Анатолий: - Мы занимаемся реабилитацией наркозависимых, в определенной степени – профилактикой наркомании, а также борьбой с легальным наркорынком. Что это за наркорынок? Это – свободная продажа в аптеках лекарственных средств, содержащих небольшое количество наркотических веществ. Сегодня, по нашим данным, на нелегальных наркотиках в Москве и в некоторых областях “сидит” всего лишь 50 процентов наркозависимых. Остальные употребляют лекарственные средства, содержащие наркотические вещества.

Покупают их в больших количествах, так как рецепта не требуется. Кроме того, свободно продается так называемый пищевой мак, поставляемый в Россию из Голландии, Бельгии, Турции транзитом через город Краснодар. Он содержит значительное количество опия, который извлекают химическим путем из семян мака. Продолжительность жизни таких наркозависимых составляет от полугода до двух лет. Это настолько серьезная и тяжелая проблема, что я удивляюсь: почему люди не говорят и не кричат о ней? А мы боремся! И в первую очередь боремся с Министерством здравоохранения, которое призвано охранять здоровье, но на деле убивает нашу молодежь. Выходит так. Вот, например, в Красноярске я был у Юрия Цыбина в центре реабилитации и на конференции, зашли мы в аптеку на Сурикова, та, что напротив православного храма, спросили, что чаще всего покупают молодые люди? Продавец заулыбалась и сказала: «Сами знаете, если спрашиваете...». Так нарушается безопасность жизни молодежи, родители этого и не знают. А надо бы.

- Я слышал, что вы активно выступаете против метадоновой программы.

362

- Да, мы боремся с метадоновой заместительной терапией! В прошлом году мы вместе с сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского написали книгу "Осторожно – метадон!", в которой отразили весь мировой опыт по метадоновой заместительной терапии. Он оказался сугубо отрицательным. Мы показали это. Книга вызвала широчайший резонанс, посмотрите в Интернете. Было получено много откликов на нее, в том числе и отрицательных. Последние исходили со стороны тех, кто пробивает в жизнь дорогу метадоновой терапии, со стороны тех, кто желает, чтобы молодежи у нас гибло все больше и больше. Это, как правило, сторонники западных "антинаркотических" программ, отрабатывающие западные же гранты.

- В их число, наверное, входят и владельцы аптечного бизнеса. Им же выгодно торговать легальной наркотой.

- Конечно! Я не скажу название, но только один кодеинсодержащий препарат, по нашим подсчетам, приносит доход аптекам и производителям девять миллиардов рублей в год. Только один из 20 аналогичных. Судите сами. Мы наступили на хвост страшной змеи, которая может укусить. И яд у нее смертельный!

- В какой фазе сейчас находится борьба против продвижения в жизнь метадоновой программы? Думается, что вы уже изрядно подпортили кровь дельцам от Министерства здравоохранения, лоббирующих ее на высоком государственном уровне.

- Лоббируют ее, в основном, отдельные представители наркологической службы и в первую очередь – главный нарколог Татарстана профессор Менделевич, а также некоторые другие наркологи из стран СНГ. Но, слава Богу, правительство выступает против метадоновой программы, Государственная Дума в своем большинстве тоже. МВД, ФСБ, Федеральная служба Госнаркоконтроля также выступают против этой заместительной терапии.

- Значит, можно считать, что эта опасность для России снята?

- Нет, не снята! Ажиотаж вокруг метадоновой терапии постоянно нарастает. Кем? Теми кругами, о которых я уже говорил, и всевозможными правозащитниками.

- Эти-то черти безрогие из чего исходят?

- Они считают, что это – действительно активное лечение наркозависимых. Они исходят из свободы личности и говорят, что надо предоставить человеку право выбора. Они говорят, что человек сам должен выбирать между жизнью и смертью, между растительным существованием и активной социальной деятельностью, и общество не должно вмешиваться в этот выбор. Мы выступаем за лечение и реабилитацию без наркотиков. И не только у нас в стране, но и за границей. В прошлом году летом я был в Болгарии и в Сербии. Там читал цикл лекций и выступал против метадоновой программы. Например, в Сер-

бии, в городе Нови Сад, местный парламент даже выступил против ее финансирования. Не знаю, чем там дело кончится.

- Ясно. Чем еще занимаетесь?

- Мы также активно занимаемся реабилитацией наркозависимых. Правда, в последнее время эта работа значительно осложняется из-за того, что по мере удаления по времени от момента развала Советского Союза духовно-нравственное состояние молодежи становится все хуже и хуже, а мотивированность к лечению все меньше и меньше. Если в девяностые годы из ста приходивших к нам человек сразу отсеивалось 15-20 процентов, то теперь из ста приходящих сразу отсеивается человек 60. Судите сами. Они не хотят лечиться! Или подавай им все сразу, или ничего не надо!

- За все годы своей вот такой целенаправленной деятельности сколько людей вы смогли вернуть к нормальной, здоровой жизни?

- На нашем счету с лета 1998 года уже несколько тысяч исцеленных. По крайней мере, через наш центр прошло уже 7 тысяч наркозависимых. До 2003 года общий процент вхождения в состояние устойчивой ремиссии составлял 80-85 процентов. Думаю, что в последнее время именно из-за легального наркорынка, из-за совершенно свободной продажи легких наркотиков через аптеки процент будет ниже. Катамнестическое исследование мы проводим через три года. Человек должен пробыть в ремиссии три года, социологизироваться, и только тогда мы будем считать его реабилитированным. В этом году мы начинаем катамнестическое исследование людей, проходивших реабилитацию в 2004 году. Кроме того, мы занимаемся реабилитацией и алкоголезависимой молодежи, и лиц, страдающих игровой зависимостью. Здесь тоже у нас довольно хорошие результаты. Среди алкоголезависимой молодежи процент держится не ниже 50. Среди игрозависимой – 50-60 процентов.

- Но это же разные вещи – игромания и наркомания.

- Но суть болезни одна! Духовная! Это – страсть! Это – следствие греха! Поэтому и подход у нас одинаковый, с некоторой разницей.

- Вы хотите сказать: раз суть духовная, значит, причина болезни – заблуждение?

- Да! У человека развивается страсть. Нет никаких нравственных тормозов, нет никакого понятия о духовной жизни, о духовном трезвении. Если бы было понятие о духовной жизни у наших подростков и юношества, не было бы и этой проблемы. Проблема – в бездуховности! А у нас даже в школах не хотят вводить такой предмет, как история православной культуры. Это же не Закон Божий! Боятся духовности! И вот в результате этого пожинаем такие горькие плоды. Резкими темпами развивается алкоголизм среди молодежи. Именно молодежи, начиная с детского и подросткового возраста. Средний возраст алкоголезависимой молодежи – от 19-20 до 26 лет.

- Хочу задать вам немного провокационный вопрос. Как вы думаете, в условиях нашего нынешнего государства, находящегося в состоянии агонии и деградации, можно ли всерьез вести разговор о том, чтобы вернуть к здоровой жизни целое поколение молодежи, т.е. тех, кому сейчас 18-25 лет?

- Нет! В нашем государстве при настоящих условиях речи об этом быть не может! Необходимо религиозно-духовное воспитание в семье, развитие образа Божьего в ребенке и подростке. Школа должна заниматься воспитанием. А у нас семья претерпевает крах. Школа воспитанием не занимается. Но зато прекрасно занимаются воспитанием безбожные СМИ. Особенно телевидение, развращающее молодежь. Несмотря на запрет, процветает свободная продажа алкогольных напитков и табака. В такой ситуации говорить о духовно-нравственном возрождении молодежи в России не приходится. Бессмысленно. Без Бога мы ничего не сделаем! А до Бога молодежь не допускают!

А взять все эти разговоры о ювенальной юстиции! Это же страшный подрыв морального состояния общества!

- Поясните, пожалуйста, что вы имеете в виду?

- Ювенальная юстиция предполагает, что ребенок может пожаловаться на родителей в суд. Отца или мать могут засудить и оштрафовать за якобы неправильное воспитание и издевательство над чадом. Родитель может шлепнуть по заднице ребенка, а тот подаст в суд. Посмотрите, какое извращение Закона Божьего происходит на наших глазах, а именно 5-й заповеди: «Чти отца и мать твою!». И прививается синдром Павлика Морозова. Теперь у нас появится масса Павликов Морозовых.

- Но это, наверное, не сегодняшняя проблема. Начиная с 1917 года, государство пытается вбить клин между родителями и детьми. Да, даже в XIX веке существовала проблема между поколениями, когда каждая генерация детей начинала жизнь заново, отвергая опыт родителей. В результате мы постоянно ломались в одни и те же открытые ворота и пытались сделать заново то, что неоднократно делали до нас. Теряли время и энергию. А сейчас, надо констатировать этот факт, теряем страну. И такие люди, как вы, можно сказать – харизматичные одиночки, противостоящие напору апостасии и разложения, просто изумляют сегодня единомышленников и сильно раздражают врагов. Что или что дает вам силы стоять на пути бесовского легиона? Ведь вы прекрасно ощущаете вокруг себя вязкую, ватную атмосферу, когда и ударить нельзя напав, и маневрировать невозможно.

- По образованию я – врач. А главная задача врача состоит в том, чтобы помогать больному, страдающему человеку. Это я и пытаюсь делать по мере сил и способностей – помогать больному, страдающему обществу. Естественно, по Божьей милости и молитвой! В духовном плане кое-что выходит. Много сделано. Ну, а когда оцениваешь в плане общественного, то, оказывается, ничего не сделано. Ноль. Нет в государ-

стве заинтересованных сил, которые боролись бы за молодежь. Есть отдельные личности, может быть, отдельные небольшие сообщества. Но даже Церковь я бы не назвал в числе тех, кто активно борется за молодежь. В Церкви, например, активно продвигается “Двенадцатишаговая программа” по реабилитации наркозависимых, которая разрушит то, что мы сделали, и не даст для реабилитации молодежи ничего. Даже “православные” рок-фестивали проводят... И что, все бросились бегом в храмы? Нет. Так и с “Двенадцатью шагами”, которые применяют и католики, и протестанты, не думающие о последствиях “специалисты”.

- А что это за страшная программа?

- Это американская программа. Она, может быть, неплохо работает на Западе, но у нас в России, среди русских православных людей, она не работает или работает плохо. У нас другая духовность, другой менталитет. Двенадцатишаговая программа для анонимных наркоманов и анонимных алкоголиков направлена на человека. Она человекоцентрична! Наши православные программы – Богоцентричны! Поэтому они и дают такие хорошие, потрясающие результаты, в том числе у вас в Красноярске.

- Вкратце можете изложить суть “Двенадцатишаговой программы”.

- Она основана на общем интересе группы людей избавиться от наркотической или алкогольной зависимости. В ней есть 12 этапов, или шагов, которые необходимо преодолеть. Но эти шаги не приводят к Богу, не приводят в Церковь. В ней нет понятия греха, нет понятия духовности, нет понятия Бога. Ее апологеты считают, что она нерелигиозная, неполитическая, но якобы духовная. Туда может войти любой человек – и православный, и атеист, и адепт любой религии и любого суеверия вплоть до самого экзотического. Как здесь сделать так, чтобы все нашли единого Бога? Почему у них и говорится: «Бог, как мы его понимаем». А Бога можно понимать по-разному. Скажите, как может Бога понимать атеист? Или сатанист? Или буддист? Как здесь найти единый стержень? Они говорят о покаянии. А покаяния у них нет. В том же протестантизме нет таинства покаяния. А без него нет и исцеления.

- Отец Анатолий, может, тогда стоит объединять усилия людей, стоящих на православных позициях в борьбе со злом наркомании? Я знаю, например, что в Екатеринбурге успешно действует фонд “Город без наркотиков” под руководством Евгения Вадимовича Ройзмана. Есть и другие примеры. Какие-то попытки делаются вами в этом отношении?

- У меня есть желание объединить все православные силы, борющиеся с наркоманией. В Санкт-Петербурге есть несколько замечательных реабилитационных центров, работающих по православным программам. В Магадане, во Владивостоке, в Иркутске, в Новосибирске, в Новокузнецке, в Москве. И все это поломать-поручить и заменить на деструктивную для православия “Двенадцатишаговую программу”? Это как русский

борщ заменить чизбургером. Абсурд! Нонсенс! Конечно, нам, православным, в этом отношении надо объединяться и бороться сообща.

- В прошлую нашу встречу мы говорили о необходимости проведения конференции, посвященной этим вопросам. Готовится ли что-нибудь в ближайшее время?

- Да, мы планируем провести конференцию или "круглый стол" по вопросам реабилитации наркозависимых. Надо разобрать все существующие методики и программы реабилитации, сравнить их и предложить государству те из них, которые могут дать наибольший эффект. Эти же методики мы должны предложить и Церкви.

- В какие сроки?

- Пока о сроках говорить рано. Но хотелось бы провести ее как можно скорее.

- Думается, что ее надо было проводить позавчера. Но, как говорится, лучше поздно, чем никогда. Отец Анатолий, вы очень много ездите по стране, читаете лекции и работаете с массами наркозависимых людей, служите в храме. У вас очень много духовных чад. На все и на всех вы находите время. А в Сибири вы были?

- Вчера только я прилетел из Томска, где проходили Кирилло-Мефодиевские чтения. Я принимал там активное участие. Встречался с медиками и наркологами. Очень много общался с простыми томичами. Вчера по прилете из Томска сразу же принял участие в других Кирилло-Мефодиевских чтениях в Московской области, в городе Дедовске, в котором находится наша реабилитационная община. Так что работаем активно. Я бы с удовольствием приехал бы и к вам в Красноярск, если пригласите.

- Это было бы очень хорошо. Для Красноярска проблема наркомании просто крайне актуальна. Есть много наркозависимой молодежи. Есть, конечно, много проблем с людьми, объявляющими себя монополистами в борьбе с наркозависимостью, такими образцами для поклонения и подражания. Подчас идет зарабатывание денег. Это не секрет.

- Да, зарабатывание денег, или увод молодежи в свои группировки. Я имею в виду секты. Сейчас, помимо всего прочего, развелось очень много сектантских реабилитационных центров. В основном это — неопятидесятники. Не понятно, как они работают. Не понятно, какие у них результаты. Информацией они не делятся и работают в закрытом пространстве. Самое страшное в этом то, что если молодежь и реабилитируется от наркомании в секте, она не возвращается активно в социум, а остается в закрытом сектантском пространстве. Это страшно.

- Как говорится, из пламени да в полымя! Из одной беды в другую.

- Да, совершенно верно. Как выразился замечательный священник отец Александр Новопашин, имеет место перезависимость. Четкий термин.

- Отец Анатолий, в Красноярске группой небезразличных и инициативных граждан, среди которых есть и ваш старый знакомый Юрий Цыбин, сейчас создается антинаркотический центр — фонд "Город без наркотиков", который должен являться самостоятельным филиалом екатеринбургского фонда "Город без наркотиков". Вместе с Юрием Цыбиным по приглашению председателя фонда, депутата Государственной Думы Евгения Вадимовича Ройзмана в марте 2007 года мы посетили столицу Урала и договорились о создании этого филиала. Какова ваша оценка деятельности этой организации?

Отец Анатолий: - Я отношусь к фонду "Город без наркотиков" положительно. Я дружу с Евгением Вадимовичем и Андреем Кабановым. Мы помогаем друг другу. Обмениваемся информацией. И если в вашем городе откроется его филиал, я буду только рад. Да поможет вам Господь Бог в этом!

О.Емельяненко: - Большое спасибо за благословение. Храни вас Бог! До встречи на нашей сибирской земле.

Источник: "Красноярская газета"
Электронный адрес статьи: <http://krsgz.narod.ru/2007/49/1.html#1-7>

Post Scriptum

Бизнес на крови

Как следует из вышеприведённых блоков информации, на сегодняшний день в нашей стране при внимательном рассмотрении можно обнаружить страшную картину повальной наркотизации (вместе с алкоголизацией) практически всех слоёв населения и всех возрастов, начиная уже с 10 (!) лет. С одной стороны нелегальный, так называемый “чёрный” рынок наркотических средств и психотропных препаратов продолжает калечить и убивать наших сограждан. При этом наши правоохранительные органы: Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России), Министерство внутренних дел Российской Федерации (МВД России), Федеральная служба безопасности Российской Федерации (ФСБ России) до сих пор не могут отрубить все головы этой смертоносной “гидре”. Действительно, это чрезвычайно трудная задача на фоне высокого уровня коррупции как в этих, так и в других заинтересованных государственных службах и ведомствах! Несмотря на то, что усилия с их стороны, как мы видим, с каждым годом возрастают. В это время с другой стороны внутри страны имеются силы, которые не только способствуют бурному развитию структуры наркорынка, но и сами внедряют его в огромных масштабах, и такие процессы происходят легально, то есть некоторое время не противоречат действующему российскому законодательству. В дальнейшем определённые марионетки: юристы, фармакологи, фармацевты, врачи, содружественные разрушителям общественные организации и политические деятели лоббируют сохранение лазеек в нём, что позволяет наращивать темпы и объёмы производства разнообразных наркосодержащих медицинских препаратов, изобретать новые комбинации входящих в их состав лекарственных ингредиентов и придумывать новые торговые наименования своим, по сути, наркотическим продуктам. В итоге их перечень постоянно расширяется. Конечно, сразу перекрыть все нелегальные каналы поставки наркотиков практически невозможно, но когда рядом совершенно открыто и безнаказанно продают почти то же самое, работа силовых структур в этом направлении просто теряет смысл. Тем временем где-то поблизости: в соседних квартирах, подъездах, подвалах, дворах, на пустырях, водоёмах каждый день от смертельных передозировок продолжают гибнуть молодые юноши и девушки... Многие из них последний раз в своей жизни употреби-

ли дозу того самого “аптечного” наркотика, либо раствор, полученный из наркотических семян теоретически кондитерского мака – тысячи и тысячи смертей на совести сравнительно небольшой группы лиц. К ним можно отнести некоторых руководителей Минздравсоцразвития России, представителей российского и зарубежного фармацевтического бизнеса, недобросовестных сотрудников правоохранительных органов, работников аптекных учреждений и даже врачей смежных с наркологией специальностей, практикующих выписку рецептов на наркосодержащие медицинские препараты и их приобретение с последующей перепродажей наркозависимым по цене, превышающей официальную стоимость приблизительно в 3 раза. Такие случаи всё чаще фиксируются сотрудниками правоохранительных органов ...

Как ни странно, в складывающейся ситуации один из немногих авторитетных отечественных специализированных журналов, посвящённых вопросам наркологии, на протяжении достаточно длительного времени размещал рекламу медицинского препарата, способного в случае злоупотребления им в виде инъекций в высоких дозах, привести потребителя в лучшем случае к частичной потере трудоспособности, в худшем – к смерти. Невероятно, но факт!

К сожалению, предыдущее руководство Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации каждым своим ответом пыталось доказать всем людям, задающим вопросы о текущей ситуации в сфере контроля за оборотом наркотических средств и психотропных препаратов отсутствие каких-либо проблем с их утечкой к наркозависимым лицам. Если внимательно изучить все комментарии высокопоставленных сотрудников Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – ведомства, по определению призванного стоять на страже здоровья своих сограждан, то можно обнаружить абсолютную идентичность в некоторых частях текстов, написанных и опубликованных с их участием в разное время за последние 2 года. Так, например, статья Натальи Михайловны Николаевой, занимавшей на тот момент пост заместителя начальника отдела нормативно-правового регулирования в сфере обращения лекарственных средств Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования, описывала все возможные, по её мнению, меры контроля за оборотом комбинированных кодеинсодержащих лекарственных препаратов, и содержала чрезмерно оптимистичную информацию, абсолютно не соответствующую действительному положению вещей на российском фармацевтическом рынке. Написанный ею материал был опубликован 25 апреля 2006 года в №15 (420) периодического специализированного печатного издания “Фармацевтический вестник” и позднее размещён в компьютерной сети “Интернет”. Полный текст статьи приведён в третьем разделе настоящего издания – “Разъяснительные письма”. Наши комментарии к нему смотрите

там же. Несколько позднее, в начале сентября 2007 года от ФСКН России на адрес Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского пришёл ответ на последнее за время переписки обращение к директору этой правоохранительной структуры, посвящённое исследованию причин продолжающегося роста наркотизации, как правило, молодого населения. Во многом эти показатели обусловлены ежедневным поглощением огромного количества наркотических средств, которые достаточно легко изготавливаются из приобретённых свободно, но незаконно (в обход действующего российского законодательства) медицинских препаратов. К короткому лаконичному тексту записки от руководства Госнарконоконтроля был приложен документ из Миндравсоцразвития России на 3-х листах (№6455-ВС от 27.08.2007 г.), что по меркам государственных работников представляет собой достаточно большой объём информации. Этот факт не мог нас не порадовать, однако при детальном изучении переданного текста было нетрудно обнаружить поразительное сходство некоторых абзацев в нём с вышеназванной статьёй Н.М.Николаевой, опубликованной, отметим, почти за 1,5 года до выхода в свет очередного информационного письма одного из заместителей министра здравоохранения В.И.Стародубова. Учитывая тот факт, что г-жа Николаева по роду своей службы и/или в силу неких внутренних убеждений помогает этому высокопоставленному чиновнику составлять ответы на все запросы со стороны заинтересованных текущей наркологической ситуацией государственных и общественных организаций, можно многое объяснить. Если обобщить все имеющиеся в нашем распоряжении тексты переписки с федеральными органами здравоохранения, посвящённые вопросам существования в стране проблемы легального наркорынка, в частности, с заместителем министра В.И.Стародубовым, то может возникнуть мысль о наличии у последнего такого проявления человеческой психопатологии, как “эхолалия”. Оно характеризуется многократным повторением одинаковых фраз, слов, звуков... В данном случае только с его помощью можно попытаться дать разумное объяснение механическому переписыванию частей текстов представителями Минздравсоцразвития России и их вставка в практически не отличающиеся друг от друга ответы на наши запросы. О других возможных вариантах обоснования столь нейтральной позиции лучше и не думать.

Очередной ответ заместителя министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.Стародубова, датированный концом августа 2007 года, также содержит в себе повторы, на этот раз – фрагментов текста его же письма, направленного в региональные подразделения данного ведомства несколько ранее (№2731-ВС от 6 апреля 2007 года). Мы разместили его во втором разделе книги, в хронологическом порядке повествующем о нашей служебной переписке с различными государственными надзорными органами и службами. В свою очередь апрельский доку-

мент содержит в себе элементы текста, направленного 27 февраля 2006 года гражданину Российской Федерации Л.И.Сигалу в ответ на его запрос о возможности внесения одного из комбинированных кодеинсодержащих лекарственных средств, снижающих болевую чувствительность, к разряду препаратов, выдающихся населению исключительно по рецепту. Подписано то письмо было директором Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации Н.Н.Володиным, а текст помогла составить всё та же вездесущая Н.М.Николаева. Бывший глава Росздравнадзора Р.У.Хабриев в своих пространственных ответах на задаваемые нами вопросы по существу, также неоднократно совершенно однозначно сообщал нам о складывающемся благоприятном положении дел в области контроля за выдачей населению тех или иных наркосодержащих медицинских препаратов, либо их прекурсоров. В то время как они продолжали бесконтрольно отпускаться населению страны, в том числе потребителям наркотиков без каких бы то ни было существенных ограничений на большей части территории Российской Федерации.

Таким образом, время идёт, а положение дел, по мнению представителей различных подразделений Минздравсоцразвития России по-прежнему не должно вызывать у россиян никакой тревоги. И это несмотря на то, что за последние годы картина с потреблением психоактивных веществ (ПАВ) у лиц, изловчившихся приобретать их без рецепта в аптеке или просто в обычной торговой палатке, только ухудшилась – всё больше молодых людей в России страдает от тяжёлых последствий злоупотребления теми или иными наркотическими веществами, извлечёнными из медицинских препаратов или семян условно кондитерского мака, чему виной, в том числе такая трудно объяснимая пассивность со стороны некоторых государственных чиновников. Мало того, что до сих пор практически ничего не сделано в этой области, за исключением принятия соответствующими органами, контролирующими оборот наркотических, психотропных и сильнодействующих веществ, неких символических, якобы защитных мер, но и представители Минздравсоцразвития России в процессе диалога с окружающим их сообществом продолжают демонстрировать откровенное безразличие к данной проблематике и совершенно безучастно из года в год дублируют “под копирку” своё иллюзорное видение анализа текущей ситуации, пути решения назревших проблем в сфере незаконного оборота наркотических средств и психотропных препаратов, кажущиеся только им эффективными и способными оздоровить текущую эпидемиологическую ситуацию. Для них, судя по всему, вообще не существует такой проблемы.

В то же время информация, поступающая от самих наркозависимых и их близких родственников, а также медицинских работников, свидетельствует об обратном. По вполне обоснованному мнению сотрудников Душепопе-

чительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, отделения наркологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, наркологической клинической больницы № 17 Департамента здравоохранения (ДЗ) г. Москвы, наркологического диспансера ДЗ Краснодарского края и некоторых других наркологических стационаров России и Ближнего Зарубежья, представителей общественности, православных и светских реабилитационных центров, обменивающихся с нами своим клиническим опытом, а также журналистов федеральных и региональных средств массовой информации, описывающих текущую наркоситуацию, в стране продолжается беспрецедентный рост злоупотребления наркотическими средствами и психотропными препаратами, приобретаемыми либо через аптечную сеть (практически все кодеин- и трамадолсодержащие перепараты, “Коаксил” (тианептин), “Буторфанол”, “Морадол”, “Стадол”, “Буторфанола тартрат”, “Димедрол”, “Пипольфен”, “Триган”, “Туссин Плюс”, “Гликодин” и многие другие), либо на разнообразных ярмарках, овощных рынках, в обычных торговых палатках (семена кондитерского мака) чаще всего вместе со всеми необходимыми для изготовления раствора наркотика ингредиентами.

Достаточно взглянуть на количество молодых людей, обратившихся с проблемами лекарственной наркотической зависимости за 9 месяцев 2007 года в Душепопечительский центр святого праведного Иоанна Кронштадтского (ДПЦ), и соотнести его с общим числом пришедших на консультацию наркозависимых, чтобы осознать степень значимости данной проблемы. Так, с 1 января по 20 сентября 2007 года в ДПЦ обратилось 563 человека, страдающих наркотической зависимостью от различных ПАВ. Из них 209 стало жертвами того самого “легального наркорынка”, то есть около 40%! Если говорить о психотропных препаратах опийной группы, либо оказывающих подобный эффект, то чаще всего встречается зависимость от следующих торговых наименований фармацевтических изделий, ставших чрезвычайно популярными в и без того насыщенной наркотиками молодёжной среде:

- **Комбинированные кодеинсодержащие препараты** (“Терпинкод”, “Коделак”, “Тетралгин”, “Пенталгин”, “Седал-М”, “Седалгин-Нео”, “Нурофен-плюс” и др.) – 83 человека или 14,7% от общего числа пациентов;

- “Коаксил” (тианептин) – 34 человека (6%);
- “Трамал”, “Трамал-ретард” – 15 человек (2,7%);
- “Залдиар” – 12 человек (2,1%);
- “Буторфанол” – 5 человек (0,89%).

И это при том, что большинство из вышеуказанных медикаментов должно продаваться населению только при предъявлении рецептурного бланка, в том числе специальной формы, который, естественно, отсутствовал у тех, кто желал употребить их с целью наркотизации. Но фармацевтов редко

волнует, с какой целью приобретается этот наркотический товар, им важна сиюминутная прибыль, пускай даже незаконная.

С учётом того, что многие потребители нелегальных, продающихся вне аптечных учреждений наркотиков, периодически совмещают их приём с приобретёнными у аптечных работников медикаментами, то этот процесс может охватить приблизительно 80% потребителей наркотиков. По сути на наших глазах претворяются в жизнь идеи заместительной терапии, теоретически запрещённой на территории Российской Федерации. А ведь за каждой историей болезни скрывается не одна человеческая трагедия, в борьбе за жизнь близкого человека вынуждено принимать участие всё окружение потребителей “аптечных” препаратов, страдая не меньше, а порой и больше самих наркозависимых. Жертвами их страсти могут стать и совершенно случайные люди, попавшие к ним на глаза в момент трезвости, невыносимой для их изменённого сознания, и отсутствия наличных денег на приобретение новой дозы искусственного химического счастья. В итоге дело может закончиться уголовным преступлением, совершённым с целью завладения чужим имуществом – и снова страдают люди.

К сожалению, из других регионов России к нам, как и в Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, поступает идентичная информация, в связи с чем говорить об исключении из правил уже не приходится – то, что мы видим и описываем – выраженная смертоносная тенденция. Другими словами – **ЛЕГАЛЬНЫЙ НАРКОТЕРРОР!** Никак иначе то, что происходит сегодня вокруг, к сожалению, назвать невозможно... Вероятно, у кого-то может возникнуть вопрос: «А почему же он легальный?!». Ответ прост – потому что информация есть, но её либо вообще не учитывают, поскольку отсутствует законодательная база для проведения соответствующей работы на всех уровнях, либо изображают некую деятельность, далёкую от истинного понимания о разработке и реализации эффективных мер по предотвращению дальнейшей наркотизации населения Российской Федерации путём борьбы с предложением, то есть оптовыми и розничными продавцами многоликого зелья, уничтожающего ошибившихся в своём жизненном выборе потребителей. Как и прежде, страстным любителям фармацевтических изделий с наркотическим действием хирурги ампутируют конечности, офтальмологи безрезультатно пытаются излечить их от возникшей слепоты, а священники, наркологи, психологи и социальные работники стараются всеми силами и возможностями исцелить, воодушевить и поставить на ноги потерявших во мраке пациентов, направив их по пути к освобождению от химической зависимости, ставшей для них тяжелейшим проклятием.

Мы очень надеемся и верим, что всё изложенное в данном сборнике в виде научно-медицинских клинических статей и литературных обзоров, фрагментов переписки с ответственными за происходящее государствен-

ными надзорными органами, многочисленных публикаций в различных федеральных и региональных средствах массовой информации, а также наглядных тематических иллюстраций, не оставит равнодушными ни одного человека, ознакомившегося с его содержанием. И в итоге каждый читатель под впечатлением от истинных масштабов трагедии попытается внести на возможном для его социального положения уровне свой посильный вклад в противодействие такому страшному явлению российской современности, как наркомания и токсикомания, связанная с постоянным злоупотреблением непрерывно увеличивающегося ассортимента психоактивных веществ с наркотическим действием, которые продолжают открыто и свободно продаваться с прилавков российских аптек и не предназначенных для этого торговых точек. Можно было бы долго развивать эту тему, однако так или иначе вопрос как минимум о преступной халатности соответствующих лиц из руководства федеральных и региональных органов здравоохранения, правоохранительных органов, обязанных контролировать данный сегмент потребительского рынка, не может не возникнуть у каждого специалиста-нарколога, медицинского работника или священнослужителя, постоянно занимающегося лечением и душепопечением заблудших личностей. Особенно трудно принять такую странную позицию государственных служащих, являющихся по идее гарантом здоровья своих сограждан, после ежедневного общения с поседевшими от горя отцами и матерями, ставшими свидетелями превращения их детей в опустошённых и искалеченных существ. Ещё более тяжело на душе становится в моменты наблюдения за работой хирургов, реаниматологов, офтальмологов и других смежных с наркологией специалистов, отдающих все свои силы для спасения жизней тех, кто не смог избежать соблазна попробовать столь доступные “аптечные” наркотики разрекламированные в компьютерной сети “Интернет”, с экранов телевизоров и даже не так давно в вагонах московского метрополитена, либо приобрести на соседнем рынке, в ближайшей фруктовой лавке или с виду обычной торговой палатке оказавшиеся смертоносными семена в прошлом ненаркотического пищевого (кондитерского) мака, ставшие сегодня широко известными среди российских наркоманов как сравнительно легко доступное сырьё для получения сильнодействующего наркотика.

Другими словами, некоторые государственные служащие, призванные встать на защиту здоровья и благополучия жителей России, уже не один год занимаются, пускай даже по незнанию, их убийством. Возникает закономерный вопрос: кто они в таком случае – люди или нелюди?! Если люди, то где их совесть и личная гражданская позиция? Если же они готовы неоднократно злоупотреблять своим служебным положением в угоду производителям и реализаторам психотропных препаратов, наркотических средств и их преемников, продолжают настаивать на их свободной продаже, абсолютно игнорируя мнение российского сообщества, то их абсолютно невозможно

причислить к категории сознательных и ответственных граждан Российской Федерации. Естественно, что в таком случае ни о каком здравоохранении не может быть и речи. Для убитых горем близких родственников и друзей жертв фармацевтического и аптечного наркорынка они – нелюди и душегубы! В таких случаях не стоит бояться произносить слова правды. Не для того мы появились на Свет, чтобы на протяжении всей своей жизни обманывать себя и окружающих нас людей. Пусть те чиновники, которые почувствуют себя оскорблёнными и униженными этими формулировками, подадут на авторов этой книги в суд. Этим поступком они лишь создадут юридический прецедент, что, безусловно, в итоге сыграет на пользу всем жителям России.

На основании всей информации, изложенной в представленном Вам материале, можно с полной ответственностью заявить – если раньше (2-3 года назад) речь шла лишь о немногочисленных выявленных соответствующими специалистами случаях формирования зависимости от приёма всех упоминавшихся в этой книге наркотических средств и психотропных препаратах, то сейчас мы имеем дело с повальным нашествием наркотиков, умело маскируемых заинтересованными лицами либо под безобидное, на первый взгляд, лекарственное средство, вещество для химической промышленности, либо под, казалось бы, обычный пищевой продукт. Бесспорно, под этими словами при возникновении дискуссий на подобные темы подпишется не один десяток тысяч наших соотечественников и тысяч сотрудников всевозможных государственных и общественных организаций, проводящих работу в среде лиц, попавших в наркотическую ловушку к некоторым наиболее изворотливым представителям российского фармацевтического бизнеса и связанным с ними коррумпированным государственным служащим на различных уровнях служебной лестницы. Уже ни для кого не секрет, что в нашей стране быстро заработать солидный капитал способны только те личности, которые умеют извлекать выгоду из любого товара, востребованного современным обществом, не задумываясь об ответственности за свои преступные деяния, а также о последствиях их, нередко, разрушительной и губительной деятельности. При этом, как правило, о необходимости соблюдения действующего российского законодательства эти коммерсанты вспоминают лишь в процессе проведения так называемых “прокурорских” проверок. Особенно, если они завершаются административными взысканиями в виде наложения на производителей или реализаторов той или иной продукции крупных штрафов, либо привлечением к уголовной ответственности лиц, причастных к махинациям, нанесшим серьёзный ущерб экономическому потенциалу страны или здоровью граждан России. Однако, возможная огромная сверхприбыль от продажи некоторых товаров народного потребления, пользующихся особым спросом у населения, часто вынуждает руководителей компаний пренебрегать действующим на территории Российской Федерации законодательством. При этом с помощью опытных

юристов они постоянно находят в нём лазейки для совершения своих миллиардных сделок. В частности, основные российские производители и реализаторы “кодеиновой смерти”, высокопоставленные сотрудники фармацевтического концерна “Фармстандарт”, ставшего чрезвычайно удачным бизнес-проектом конца прошлого века, во главе с Виктором Харитоновым и при ведущем участии капиталов ныне проживающего в Великобритании миллиардера Романа Абрамовича, не могут не знать, на каком товаре они многократно увеличили свои доходы. И о том, какую цену за это пришлось (и ещё придётся) заплатить их гораздо менее обеспеченным согражданам, им, скорее всего, известно. Вне всякого сомнения, грамотный менеджер обязан владеть всей информацией в отношении того продукта, который он должен максимально выгодно продать покупателю. Тем не менее, выше-названная корпорация сознательно наращивает объёмы выпуска своей продукции, продолжая уничтожение нашей молодёжи. Вместо того чтобы вкладывать деньги в сохранение здорового потенциала России, эти нечистоплотные предприниматели оригинальных идей покупают себе на радость иностранные футбольные клубы, очередные виллы, яхты, личные самолёты, подводные лодки и многие другие предметы роскоши, вкладывая в эти приобретения огромные средства. А ведь заработаны они, в том числе, на крови наших с Вами сограждан!!! Так кто же эти господа для нас — люди или нелюди? Решайте сами. Бог им судья... В любом случае то, что мы сегодня видим вокруг себя — повальное увлечение молодёжи содержимым аптек и практически беспрепятственный доступ к любым медицинским препаратам, в том числе сильнодействующим и наркотическим, реализуемым совершенно свободно в обход действующего законодательства, трудно не назвать войной против всех народов, населяющих территорию Российской Федерации. Так как о её последствиях в силу неких личных и корпоративных интересов стараются особо не распространяться, она может считаться необъявленной.

В качестве завершения обсуждения причин текущей напряжённой наркологической ситуации, наблюдаемой сегодня в России, считаем необходимым подробнее остановиться на чрезвычайно печальном обстоятельстве последних месяцев уходящего года — росте случаев непреднамеренных, в том числе смертельных передозировок у молодых людей, злоупотребляющих ацетилированным опиумом, который изготавливается из всё тех же злополучных наркосодержащих семян “кондитерского” мака. Причём большинство из них имело длительный стаж наркотизации, что позволяет говорить о наличии в их жизненном опыте определённых знаний, обеспечивающих в некоторой степени контроль количества вводимого наркотического вещества. Тем не менее, лишь некоторые потребители самостоятельно изготовленного наркотического раствора смогли выжить после его приёма. К сожалению, не всех из них успевали довести живыми до реанимационных отделений.

Один заслуживающий внимания случай рассказал пациент Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского. Его “товарищ” по прежнему образу жизни совсем недавно (в начале октября сего года) приобрёл на одном из рынков столицы наркосодержащие семена мака и после проведения соответствующих манипуляций изготовил и употребил привычную для себя дозу наркотика. Однако? в отличие от ожидаемого привычного состояния наркотического опьянения, получил передозировку. Если бы не приехавшая на вызов родственников бригада скорой медицинской помощи, смерть была бы неизбежна. В тяжёлом состоянии он был доставлен в близлежащее отделение реанимации, где ему была оказана экстренная помощь по выведению из коматозного состояния. Одновременно был сделан развёрнутый анализ крови для обнаружения в ней следов каких-либо наркотиков. Результаты показали присутствие в организме димедрола и ... метадона!!! Если кто не владеет информацией: в семенах мака ни при каких обстоятельствах не может содержаться этот синтетический опиат. Но, судя по всему, он там присутствует! При этом следует отметить, что стоимость “уличного” метадона в Москве искусственно сохраняется на высоком уровне (3-5 тысяч рублей за 1 грамм) и приобрести его могут только более или менее обеспеченные наркоманы, что возможно лишь на начальных и средних стадиях наркотической зависимости. А этот парень находился уже внизу социальной лестницы, и имел возможность употреблять только дешёвые и, соответственно, более доступные для него опиаты, в частности, наркотический раствор, полученный из этих опасных семян. Между тем большинство представителей силовых структур и других государственных органов, контролирующих данный сегмент потребительского рынка, до сих пор склонно утверждать, что наркотические свойства этого продукта обусловлены лишь наличием в расфасованных пакетах с семенами мака различного сопутствующего сора: коробочек, стеблей мака и т.п. Вышеприведённый пример ещё раз абсолютно чётко показывает опасную ошибочность подобных рассуждений. При этом ни в коем случае нельзя забывать, что цена подобных ошибок чрезвычайно велика — за ними стоят чьи-то загубленные жизни или навсегда утраченное здоровье!

Согласно проведённым в этом году подсчётам, всё большую часть из поступающих в ДПЦ наркозависимых составляют лица **с синдромом зависимости от ацетилированного опиата, изготовленного из семян условно кондитерского мака**, содержащего, как выясняется, различные опиаты и их синтетические аналоги и производные, которые могут находиться там лишь при условии введения их извне заинтересованными лицами. **За период с 1 января по 20 сентября 2007 года с проблемой злоупотребления такого рода “пищевым” продуктом обратилось 60 человек или 10,7% от общего числа принятых пациентов с наркотической зависимостью за тот же период времени.** В реальности картина гораздо страшнее — молодые люди, приходящие на приём к

врачам в ДПЦ рассказывают об истинном масштабе этой проблемы. Сегодня даже те, кто в прошлом отказывался от столь “грязного” наркотика, предпочитая героин или медицинские наркосодержащие препараты, в массовом порядке переходят на него, в течение года и до конца своих дней превращаются в инвалидов, в итоге погибая от мучительных последствий своего выбора.

Игнорировать и дальше многочисленные факты бесконтрольной продажи бесчисленного количества наркотических средств и психотропных препаратов не просто безграмотно и нелепо, но и убийственно для всей многонациональной России. Те, кому лечащий врач назначил какие-либо лекарства, содержащие наркотические вещества, или их прекурсоры, в исключительных случаях их близкие родственники или опекуны, способны приобрести выписанные медикаменты в соответствующем отделе аптечного учреждения, предварительно получив заполненный медицинским работником рецептурный бланк установленного образца, а семена мака для выпечки кондитерских изделий совсем не обязательны маленьким частным предприятиям и домохозяйкам – вполне достаточно обеспечить ими государственные предприятия пищевой промышленности, способные справиться с потребностью трезвомыслящего населения, употребляющего их исключительно в качестве пищевого наполнителя. Ради спасения жизни многих сотен молодых россиян необходимо пойти на строгие ограничительные меры, иначе грош цена всей отечественной антинаркотической политике, стремящейся активно противодействовать представителям наркобизнеса, которые теперь, как мы видим, легализуют свою деятельность через аптечную сеть, которой сегодня старательно опутывают практически всю Россию! Подобная ситуация наблюдается и в соседней с нами Украине, многих других республиках бывшего Советского Союза. В Восточной Европе, в частности, в Болгарии нам рассказывали о такой же трудно разрешимой проблеме.

Безусловно, в условиях жесточайшего демографического кризиса злоупотребление наркотическими средствами и психотропными препаратами наносит непоправимый ущерб российскому обществу. Наркомания – это рост преступности, смертельные передозировки, самоубийства, психозы, дорожно-транспортные происшествия и пр. Наиболее поражаемая часть населения – молодые люди, являющиеся основным демографическим ресурсом общества. И в данном контексте пассивное созерцание всероссийской распродажи смертоносной отравы под видом фармацевтических изделий и пищевых продуктов можно смело назвать хладнокровным убийством будущего страны. Другой синоним, характеризующий текущие события в данной сфере наркорынка, звучит достаточно чётко и понятно для каждого истинного гражданина своего Отечества – ГЕНОЦИД. И за его проведение кому-то так или иначе придётся ответить... Уверены, что после ознакомления с содержанием этой книги, ни один сознательный гражданин России

не способен остаться равнодушным к поднимаемой в ней проблематике, включая и тех специалистов, которые занимают сегодня руководящие посты во всех подразделениях Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Особая ответственность за происходящее лежит на сотрудниках Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора) и Министерства внутренних дел Российской Федерации, которые по долгу службы призваны контролировать фармацевтический рынок. Без их оперативного вмешательства в хаос, царящий в сфере контроля оборота наркотических средств и психотропных препаратов, прекратить гибель российской молодёжи от последствий, так или иначе связанных с проблемой зависимости от приёма теоретически запрещённых психоактивных веществ, реализуемых с аптечных прилавков и других торговых точек, не представляется возможным. Как говорит Священное Писание: «Обративший грешника от ложного пути его спасёт душу от смерти и покроет множество грехов» (Послание святого апостола Иакова: 5, 20).

При этом остаётся надеяться, что недавно созданный Государственный антинаркотический комитет сможет на высоком профессиональном уровне проконтролировать деятельность всех структур, причастных к зафиксированному ведущими отечественными специалистами в области наркологии и смежных дисциплин росту наркотизации российского сообщества, который непосредственно связан с наличием в стране так называемого “легального наркорынка”.

С наилучшими пожеланиями, соавторы издания «Легальная наркоагрессия в России (Хроники необъявленной войны)».

Январь 2008 года, г. Москва

Для заметок:

Для заметок:

Для заметок:

Легальная наркоагрессия в России

(Хроники необъявленной войны)

М., 2008. – 400 стр.

*Текст и дизайн
даются в авторском варианте.*

Душепопечительский православный центр
святого праведного
Иоанна Кронштадтского.

109044, г. Москва, Крутицкое Патриаршее Подворье,
ул. Крутицкая, д. 17, стр. 5.

Лицензия ИД № 02404 от 20.07.2002 г.

Формат 60х90 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 25 усл. печ. л. Тираж 3000.
Заказ № .