

МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ТРЕЗВОСТИ



СОБРИОЛОГИЯ

2015, №1

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Ю.Е. Разводовский

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ
РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ
А.Н. Маюров

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Башарин К.Г., д.м.н., профессор,
академик (Якутск).

Бондаренко В.А.
академик (Краснодар).

Григорьев Г.И., д.м.н.,
профессор, академик (С.-
Петербург).

Губочкин П.И., к.псих.н., член-
корр. МАПН (Ярославль).

Демин А.К., доктор политологии,
профессор (Москва).

Евдокимова С.Л., профессор
(Астана).

Жданов В.Г., к.ф.-м.н., профессор
(Москва).

Искаков Б.И., д.э.н., профессор,
академик (Москва).

Карпов А.М., д.м.н., профессор,
академик (Казань).

Кривоногов В.П., д.и.н.,
профессор, академик
(Красноярск).

Куркин В.В., профессор
(Краснодарский край).

Кутепов В.И., академик
(Москва).

Маюров А.Н., д.п.н., профессор,
академик (Нижний
Новгород).

Толкачев В.А., академик
(Минск).

Чекаускас А., профессор,
академик (Вильнюс).

СОДЕРЖАНИЕ

ПИРОГОВСКОЕ СОВЕЩАНИЕ 1915
ГОДА

А.Н. Маюров _____ 3

МЕТАДОН – ИГРА НА
ПОРАЖЕНИЕ

о. Анатолий (Берестов),
Ю.Б.Шевцова, Н.В. Каклюгин _____ 20

АЛКОГОЛЬНЫЕ И ПРОЧИЕ
ОТРАВЛЕНИЯ В РОССИИ: АНАЛИЗ
ВРЕМЕННЫХ СЕРИЙ

Ю.Е. Разводовский _____ 57

ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ

Ю.Е. Разводовский _____ 66

ТРЕЗВЕНИЕ – ПУТЬ
ОЗДОРОВЛЕНИЯ И УВЕЛИЧЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

В.А.Толкачев _____ 75

ТРЕЗВОСТИ НЕТ АЛЬТЕРНАТИВЫ

В.П. Кривоногов _____ 86

НА ПУТИ К ТРЕЗВОМУ
ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Н.Т. Дегтярёв _____ 88

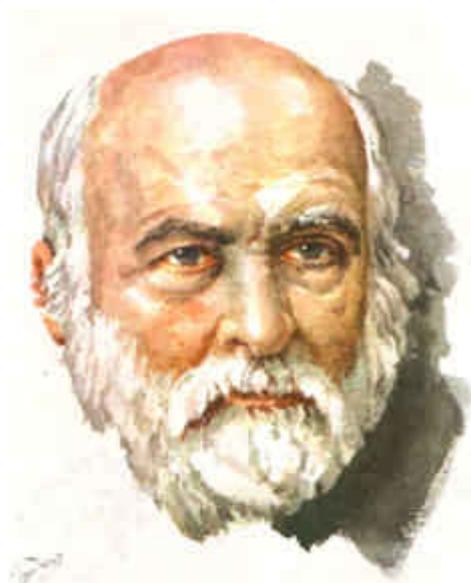
ПИРОГОВСКОЕ СОВЕЩАНИЕ 1915 ГОДА

А.Н. Маюров

Международная академия трезвости, Нижний Новгород.

В мае 2015 года мировая наука и общественность отмечает великое событие – 100-летие официального признания алкоголя наркотиком. С 9 по 11 мая 1915 года в Москве при Обществе русских врачей в память Н.И. Пирогова состоялось Пироговское совещание о борьбе с алкоголизмом, которое приняло такое решение. В ознаменование юбилея Международная академия трезвости в начале 2015 года приняла постановление об увековечивании решения русских врачей – учреждение Юбилейной настольной медали «100 лет со дня признания алкоголя наркотиком». Медалью награждены сотни граждан стран СНГ, Балтии, Польши и Финляндии, стран, входивших в 1915 году в Российскую Империю, так же потомки выходцев из Российской Империи, проживающие в других странах мира, за деятельное участие в становление трезвого образа жизни, за конкретный вклад в борьбу с алкогольным, табачным и прочим наркобизнесом и другими вредными явлениями, разрушающими физическое и духовное здоровье человека и общества, проявившие личное мужество в борьбе с производителями и распространителями табака, алкоголя и других наркотиков.

Пироговские съезды и совещания, проводимые ранее, всегда обращали внимание ученых и общественности на злободневную тему спаивания жителей России. Эти собрания проходили под патронажем организованного в 1883 году «Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова», более известного, как Пироговское общество.



Пирогов Николай Иванович (13 (25) ноября 1810 года — 23 ноября (5 декабря) 1881 года)

Его учредителями стали: гигиенист, профессор Фёдор Фёдорович Эрисман (12 [24] ноября 1842 года — 31 октября [13 ноября] 1915 года); русский невропатолог, доктор медицины, профессор Алексей Яковлевич Кожевников (5 марта 1836 года — 10 января 1902 года); русский врач-терапевт, доктор медицины, профессор Алексей Александрович Остроумов (27 декабря 1844 [8 января 1845] года — 11 июля [24 июля] 1908 года); основоположник экспериментальной кардиологии, доктор медицины, профессор Александр Богданович Фохт (16 (28) сентября 1848 года — 23 августа 1930 года); основоположник клинической эндокринологии, доктор медицины, профессор Василий Дмитриевич Шервинский (1850 год — 1941 год); почетный лейб-хирург Эраст Васильевич Каде (1817 год — 22 ноября (4 декабря) 1889 года) и заслуженный российский профессор Николай Васильевич Склифосовский (25 марта [6 апреля] 1836 года — 30 ноября [13 декабря] 1904 года). Первым председателем общества стал один из инициаторов его создания, видный акушер-гинеколог Эдуард-Антон Яковлевич Крассовский (1821 год — 1898 год). Вместе с ним работой общества руководили хирург Н.В. Склифосовский; терапевт, профессор Сергей Петрович Боткин (5 [17] сентября 1832 года — 12 [24] декабря 1889 года); гигиенист Ф. Ф. Эрисман; хирург, профессор Александр Алексеевич Бобров (30 мая (11 июня) 1850 года — 26 ноября (9 декабря) 1904 года); терапевт А.А. Остроумов; патолог, профессор Виктор Васильевич Пашутин (1845 год — 1901 год); психиатр, профессор Сергей Сергеевич Корсаков (22 января

1854 года — 1 мая 1900 года); хирург, профессор Петр Иванович Дьяконов (2 июня 1855 года — 21 декабря 1908 года); офтальмолог, профессор Алексей Николаевич Маклаков (27 ноября 1837 года — 4 мая 1895 года); основоположник российской санитарной статистики Евграф Алексеевич Осипов (21 декабря 1841 года — 4 апреля 1904 года); бактериолог, профессор Георгий Норбертович Габричевский (1860 год — 1907 год); хирург, доктор медицины, профессор Сергей Петрович Фёдоров (1869 год — 1936 год). Пироговское общество выпускало собственный журнал «Общественный врач», труды съездов и Пироговских совещаний, земско-медицинские сборники и другие издания. В период с 1885 по 1913 годы в России было организовано двенадцать Пироговских съездов (восемь в Санкт-Петербурге и четыре в городе Москве). Пироговские съезды и совещания врачей являлись важной, но пока недостаточно изученным этапом в истории становления государственной системы здравоохранения в Российской Империи в конце XIX - начале XX вв. Им принадлежала значительная консолидирующая роль, выбор коллегиальных путей решения наиболее актуальных проблем земской медицинской деятельности, сбор и анализ медико-статистических сведений по общественной медицине в различных территориях России, разработка, унификация и содействие повсеместному внедрению программ санитарно-статистических исследований, принятие единой номенклатуры врачебных специальностей и т.д. (1). В деятельности Пироговского общества можно условно выделить несколько этапов:

Первый этап - с 1885 года по 1894 год - охватывает первые пять Пироговских съездов врачей и начало второго этапа трезвеннического движения в Российской Империи. Особенностью этого этапа стало зарождение и становление всероссийского Пироговского движения врачей и коллегиальной выработки принципов врачебного самоуправления. В среде русских врачей - это период профессиональной консолидации и активной общественной деятельности. В это время в центре внимания врачебной общественности находятся вопросы повышения материального, правового и морального уровня врачебного сословия. На съездах происходит активный обмен опытом и дискутируются вопросы о единых подходах к организации медицинской помощи в различных регионах России (2).

Второй этап - с 1895 года по 1916 год - включает в себя деятельность VI - XIII Пироговских съездов. Этому периоду свойственна выработка единых подходов к организации медицинской помощи сельскому населению на всей территории страны, формирование принципов и создание предпосылок к становлению системы государственного здравоохранения и практических основ социального партнерства в этой области. В среде русских врачей усиливается интерес к теоретическим разработкам социально-гигиенических учений, санитарная и противоэпидемическая деятельность рассматривается ими как важнейшая задача земского врача. Особое внимание в этот период уделялось алкогольной проблеме в России (3).

Третий этап - с 1917 года по 1919 год - включает в себя деятельность трех чрезвычайных Пироговских съездов врачей. Его содержание связано с выработкой основных подходов к реорганизации системы оказания медицинской помощи населению в соответствии с новыми социально-политическими условиями того времени. Важное значение, в этот период, приобрели вопросы профессионального объединения медиков во Всероссийский союз профессиональных объединений врачей (4).

На Пироговских съездах и совещаниях нередко обсуждались не только медицинские, но и политические вопросы. Так на внеочередном московском съезде врачей 1905 года созванном с целью принятия экстренных мер против холеры, депутаты успели принять и политическую резолюцию, призывающую медиков «сорганизоваться для... борьбы... против бюрократического строя до полного его устранения и за созыв Учредительного собрания». С 1914 по 1919 год прошло пять чрезвычайных Пироговских съездов носивших политический характер.

Еще на III Пироговском съезде, состоявшемся 4 января 1887 года в большом зале Российского благородного собрания, доктор медицины, профессор Иван Михайлович

Догель (7 марта 1830 года — 16 августа 1916 года) горячо доказывал вред табака и любых спиртных изделий и призывал врачей к борьбе с ними. К сожалению, профессор Ф.Ф. Эрисман выступил против трезвости, за так называемую культуру питания. И тогда вопрос не получил практического решения (5). С трибуны VI Пироговского съезда главный редактор и издатель журнала "Вестник трезвости" Григорьев Николай Илларионович (2 декабря 1853 года — 1921 год?) призвал участников форума оказать всемерную помощь словом и делом зарождавшемуся трезвенническому движению (6). На VIII Пироговском съезде, прошедшем в Казани с 28 апреля по 5 мая 1899 года выступил военно-медицинский инспектор Приамурского округа Василий Николаевич Радаков (1836 год — 1910 год), который предложил исключить алкоголь из русской армии. Но и его мало кто поддержал тогда (7). Много внимания уделивший алкогольной проблеме в Российской Империи IX Пироговский съезд, самый многочисленный из всех съездов (2300 делегатов), проходивший в Санкт-Петербурге с 4 по 11 января 1904 года принял такое решение:

«1. Метод принудительного лечения алкоголиков, как метод принудительного лечения вообще, не соответствует принципам общественной медицины.

2. Казенная винная монополия, как источник государственного бюджета, не только не способствует борьбе с алкоголизмом, но даже ей препятствует.

3. Правильная и целесообразная борьба с алкоголизмом, представляющим в России социальное зло огромной важности, невозможно без учреждения свободы слова, печати и личности» (8).

И только XII Пироговский съезд, посвященный 100-летию юбилею Н.И. Пирогова, работавший в Санкт-Петербурге с 21 по 28 апреля 1910 года объявил все курорты Российской Империи безалкогольными территориями. Тот же XI съезд постановил, что «алкоголь не является пищевым веществом, и с этим положением должно быть широко ознакомлено население». Съезд высказал так же пожелание: «чтобы российские врачи - абстиненты сплотились – чем скорее, тем лучше – в прочную организацию, составляющую как бы лейб-гвардию среди борцов с громаднейшим всероссийским бедствием – алкоголизмом» (9). Принципиальную роль в этих решениях на съезде сыграли: профессор Данилевский Василий Яковлевич (1852 год — 1939 год) и профессор Вериго Бронислав Фортунатович (14 февраля 1860 года — 13 июня 1925 года) (10).

В декабре 1914 года пироговцы собрались на свое очередное совещание, посвященное проблеме заразных болезней. На этом совещании не забыли и алкогольный вопрос. Профессор Лев Борисович Грановский (1878 год – 1954 год) внес предложение о поддержке сухого закона в Российской Империи и констатировал тот факт, что без «систематического вытеснения алкоголя, как пищевого и вкусового вещества, из обихода широких слоев населения» полных успехов в отрезвлении народа можно и не достигнуть. (11).

Участники декабрьского совещания приняли решение о проведении специального Пироговского форума, посвященного только алкогольной теме. На совещании было зачитано письмо профессора Всеволода Прокопьевича Первушина (7 января 1869 года - 21 декабря 1954 года), в котором он в частности писал: «По моему глубокому убеждению... организация такого противоалкогольного съезда должна быть делом Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, общества опытного в подобных делах и авторитетного в широких общественных кругах. Пусть имя славного русского врача-гуманиста объединит силой своего обаяния около идеи трезвости народной разнородные общественные элементы для осуществления крупнейшего общественного дела, откладывая которое, повторяю, нельзя» (12). Но в условиях войны созвать большой Пироговский съезд было проблематичным делом. Но, и откладывая наболевший вопрос участники совещания посчитали не возможным. Поэтому решили провести Пироговское совещание. Избрали Организационный комитет, в который вошли известные ученые:



Ф. А. Рейнь.

Рейн Фёдор Александрович (3 (15) марта 1866 года — 3 сентября 1925 года) — русский хирург, доктор медицинских наук, профессор, председатель правления Общества Русских врачей в память И.И. Пирогова, председатель Оргкомитета Пироговского совещания 9-13 мая 1915 года.



ВеригеБрониславФортунатович(14 февраля 1860 года — 13 июня 1925 года) -русский физиолог, доктор медицины, профессор, председатель Пироговского совещания.



Горохов Дмитрий Егорович (1863 год — 1921 год) –приват-доцент, детский хирург, организатор здравоохранения, общественный деятель.



Жбанков Дмитрий Николаевич (1853 год — 20 июля 1932 года) — русский врач, деятель земской медицины и этнограф, один из организаторов Пироговских съездов врачей и редактор его изданий.



Александр Михайлович Коровин (1865 год – 1943 год) - первый председатель московского общества трезвости.



Минор Лазарь Соломонович (17 декабря 1855 года — 1942 год) — видный российский невропатолог, член Оргкомитета Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан официально наркотиком.



Перушин Всеволод Прокопьевич (7 января 1869 года - 21 декабря 1954 года) - профессор, активный сторонник трезвости, инициатор проведения Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан наркотиком.



Россолимо Григорий Иванович (5 (17) декабря 1860 года — 29 сентября 1928 года) — русский и советский невропатолог и дефектолог, член Оргкомитета Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан официально наркотиком.



Сытин Алексей Николаевич (17 октября 1879 года - 1956 год) — профессор гигиены, заслуженный деятель науки, участник революционно-демократического движения, организатор санитарно-эпидемиологической службы, академик АМН СССР, член Оргкомитета Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан официально наркотиком.



Доктор биологических наук
проф. А. Ф. Флаеров.

Флёров Александр Фёдорович (12 июня 1872 года - 12 октября 1960 года) - известный отечественный ботаник, физиолог растений, доктор биологических наук, профессор, член Оргкомитета Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан официально наркотиком.



Шидловский Константин Иванович (1858 год — 1920 год) - санитарный врач, общественный деятель, литератор-публицист, член Оргкомитета Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был признан официально наркотиком.

В программе Пироговского совещания было намечено 9 пунктов:

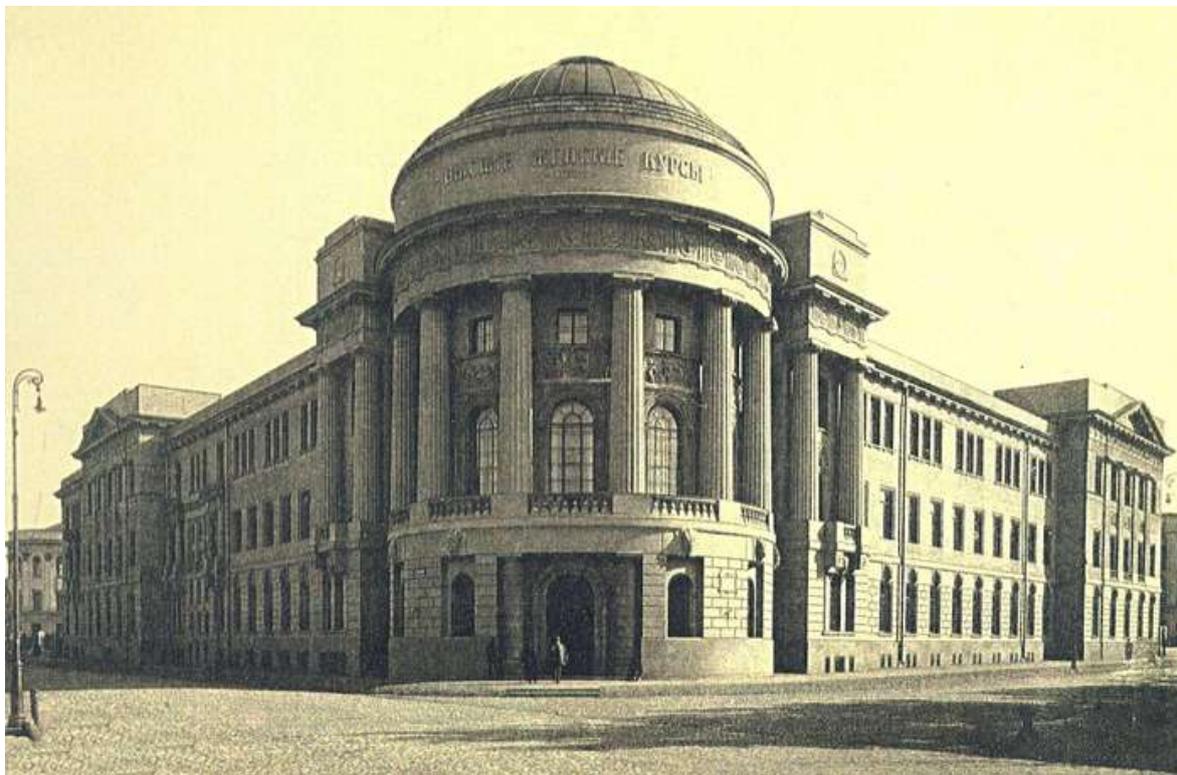
1. Действие больших и малых доз алкоголя на организм.
2. Влияние алкоголя на течение различных болезней.
3. Суррогаты алкоголя.
4. Причины массового алкоголизма.
5. Алкоголизация детей и юношества.
6. Последствия массового алкоголизма.
7. Географическое распространение и статистика алкоголизма.
8. Меры борьбы с массовым алкоголизмом.
9. Итоги запрещения продажи спиртных «напитков» в России.

В связи с тем, что программа совещания охватывала не только медицинские вопросы, на форум были приглашены известные политики, журналисты, чиновники, представители широкой общественности. Совещание вначале намечали на 2 - 4 мая, но с учетом того, что в Москве в конце апреля – начале мая проходило совещание по борьбе с заразными болезнями, было принято решение Пироговское совещание по алкогольной проблеме провести с 9 по 11 мая, с той целью, чтобы люди, приехавшие на первое совещание из разных уголков Российской Империи, смогли поучаствовать и во втором антиалкогольном совещании.

В работе Пироговского совещания 9 – 11 мая 1915 года о борьбе с алкоголизмом приняло участие свыше 130 врачей, представителей городских и земских врачебно-санитарных организаций и общественных деятелей, было представлено 35 докладов. Председатель совещания русский физиолог, доктор медицины, профессор Вериге Бронислав Фортунатович обозначил задачи совещания. Задачи совещания

сводились к подготовке необходимых средств, прежде всего, путем распространения среди населения правильных взглядов на задачи трезвеннического движения в России, создать восприимчивую почву для осуществления программы максимум, преследующей своей конечной целью полное прекращение употребления спиртных изделий.

Начиная с 8 мая и по завершении работы Пироговского совещания – 11 мая 1915 года, по инициативе профессоров А.М. Коровина, С.Н. Нахимова и Н.А. Флёрва, в помещении нового здания Высших женских курсов, на Девичьем поле, где и проходило само совещание, была организована большая противоалкогольная выставка.



Здание Высших женских курсов, на Девичьем поле. Фотография 1915 года.

Выступая при открытии Пироговского совещания 9 мая председатель Комиссии по вопросу об алкоголизме при Обществе охранения народного здоровья М.Н. Нижегородцев, который обратил внимание присутствующих, что во время действия сухого закона лоббисты пива и вина вновь поднимают голову и хотят разрушить сухой закон в Российской Империи. Более того, они при Министерстве торговли и промышленности, под председательством тайного советника В.В. Прилежаева провели совещание, на котором приняли решение о расширении торговли пивом и вином. Зашевелились и сами виноделы. К счастью, эти решения не получили поддержки правительства и не были осуществлены.

С первым докладом на Пироговском совещании «Об эволюции противоалкогольной идеи» выступил профессор Н.А. Флеров. Он объемно и интересно рассказал об истории знакомства человечества с алкоголем и алкогольным одурением. Докладчик весьма подробно остановился на алкогольных предрассудках, назвав нелепые питейные обычаи, которые из-за дремучей безграмотности и невежества зародились у некоторых народов мира. В докладе была развенчана, так называемая, теория «культурного умеренного питания», которую в те годы пропагандировал французский профессор Пьер Эмиль Дюкло (24 апреля 1840 года – 3 мая 1904 года). Докладчик подчеркнул, что немецкий профессор Эмиль Вильгельм Магнус Георг Крепелин (15 февраля 1856 года — 7 октября 1926 года) доказал, «что всякая (и физическая, и – что важнее - духовная) работоспособность, немного-выпившего человека падает и в количественном, и – что важно – в качественном отношении; но ни сам он, ни окружающие заметить этого не могут! И так алкоголь есть наркотический (т.е.

парализующий) яд, действующий наподобие хлороформа, морфия и др. Алкоголизмом должно считаться всякое потребление алкогольных жидкостей (так же как морфинизм – всякое потребление морфия), даже и в малых дозах, даже и в слабом разведении (в виде пива и виноградного вина). Отсюда вывод: алкоголь во всех видах должен быть изъят из обихода, так же как изъят морфий и др. сильные яды» (13). К сожалению, против позиции докладчика выступил меньшевик Грановский Лев Борисович. Съезд же, подавляющим большинством, поддержал профессора Н.А. Флерова.

Вторым по программе совещания должен был выступать профессор И.Д. Сажин. Но он не смог присутствовать. Однако его доклад был опубликован в бюллетенях Пироговского совещания и послужил важным материалом для выработки резолюции форума. Иван Дмитриевич утверждал, что «...основное свойство алкоголя, как типичного наркотического яда, логически указывает, что, совместно со всеми остальными мерами, необходимы и запретительные меры»(14).

Профессор Б.Ф. Вериге в своем докладе подчеркнул, что «... алкоголь есть протоплазматический яд, он поражает нервные элементы нашего тела, он расстраивает правильность его функций и потому не должен употребляться вовнутрь». Профессор Н.А. Флеров в своем выступлении уточнил: «Мы... должны категорически заявить, что алкоголь не имеет права называться пищевым веществом». Эту же точку зрения поддержал врач П.Ф. Кудрявцев: «Алкоголь есть не пищевое вещество, а яд и только яд!» Или вот, что утверждал фармаколог, профессор С.И. Чирвинский в своем сообщении: «Основное действие алкоголя, несомненно, наркотическое, и в этом отношении он как по своему действию, так и по химическим свойствам принадлежит к тем же средствам, как и эфир, хлороформ, хлоралгидрат, паральдегид и др.»(15).

Второй день работы Пироговского совещания открыл доклад профессора Н.А. Флерова «Влияние малых доз алкоголя на личное и общественное здоровье». В частности докладчик утверждал, что «новейшими экспериментальными исследованиями установлено, что алкоголь есть типичный наркотический яд, который производит вредное, парализующее действие на все клетки, ткани и органы»(16). Он еще и еще раз остановился в своем докладе на том, что любые, даже самые малые дозы алкоголя несут безусловный вред человеку, семье и обществу в целом. В частности он сказал: «У выпивающего человека образуется особый склад ума, особое извращение логики, при котором самые сильные и убедительные возражения *против* алкоголя, кажутся слабыми и натянутыми, а самые грубые софизмы в *защиту* алкоголя – кажутся сильными и убедительными доводами... пьянство, по сравнению с «умеренностью», есть менее вредный вид потребления, так как никто не считает его допустимым, безвредным... Где допускается, как нормальное явление, так-называемое «умеренное» потребление алкогольных жидкостей, там неизбежно будет процветать и пьянство... алкоголь вреден всегда, во всех видах и во всех дозах»(17). Против точки зрения профессора Н.А. Флерова и фактически за так называемую «культуру питья» выступили врач А.Н. Винокуров из Петрограда и санитарный врач М.С. Тарасенко из Москвы. В защиту трезвеннической позиции профессора Н.А. Флерова ярко и убедительно на Пироговском совещании выступили: профессор А.Л. Мендельсон, врач А.М. Корович, приват-доцент, врач-педиатр Г.Е. Владимиров и другие участники совещания. В ответном слове профессор Н.А. Флеров сказал оппонентам-культурпитейщикам: «Чураться» малых доз алкоголя надо так же, как малых доз холерной, туберкулезной и всякой другой инфекции, и этот предупредительный способ борьбы – самый верный»(18).

Затем с докладом выступил врач А.М. Коровин, который рассказал о провокации депутата Государственной Думы Российской Империи Крым Соломон Самойлович (25 июня 1867 (по другим данным 25 июля 1868 года — 9 сентября 1936 года), который в январе 1915 года в Медицинском обществе города Феодосии ратовал за вино, а в декабре 1914 года Симферопольское общество врачей высказалось за возможность торговли вином вновь. Хорошо, что с этими предложениями не согласилась Симферопольская городская дума,

которая продлила сухой закон на своей территории. Александр Михайлович Коровин внес ряд дельных предложений в резолюцию Пироговского совещания. В частности, он предложил систематически знакомить всех студентов университетов с алкогольной проблемой; на медицинских курсах повышения квалификации осуществлять противоалкогольное обучение фельдшеров, акушерок, сестер и другой медицинский персонал; объявить бой любой алкогольной рекламе; существенно усилить контроль за выписыванием рецептов на спирт медицинскими специалистами.

О деятельности передвижных выставок Общества борьбы с алкоголизмом рассказал М.П. Кутанин, который сосредоточил свое внимание на пропагандистской работе в защиту трезвости, утверждая, что с введение сухого закона в Российской Империи опасность алкогольного рецидива еще не миновала и нужно усиленно вести пропаганду трезвости, особенно в регионах страны. С сообщением о статистике спиртных изделий выступил профессор А.Ф. Фортунатов, который привел данные по сокращению количество винокурных заводов в Российской Империи с 1 ноября 1913 года по 1 ноября 1914 года - с 2363 завода до 924. Сокращение существенное, но не полное. Сотни заводов выпускали алкоголь и травили им народ. Правда, специалисты утверждают, что выпускали спирт, который шел тогда в своем большинстве на военные и медицинские цели (19). Интересным на совещании было сообщение Ф.Е. Термитина, секретаря редакции «Вестник Пензенского земства», который проанализировал в Пензенской губернии, как народ отнесся к введению сухого закона в Российской империи. Было опрошено 2167 респондентов. До запрета потребляли алкоголь 95% опрошенных лиц. Перенесли запрет легко – 64.8%; сначала было трудно, а потом привыкли – 22.6%; перенесли очень тяжело – 12.6%. Из последних, 2.8% жителей Пензенской губернии до сих пор не могут привыкнуть к трезвости. Из всех опрошенных 80% испытали благодетельные последствия отрезвления. 84% из всех опрошенных желают сохранить трезвость на все времена. Только 14% прибегали к нелегальному алкоголю во время запрета (медовый квас и брага) (20). Врач А.М. Коровин сообщил, что на международном уровне существует Международный винодельческий комитет, который предпринимает все меры, что даже в период мировой войны в Россию поступают алкогольные изделия из зарубежных производящих вино стран (21). Профессор Д.П. Никольский в своем докладе предложил целую серию мер в области профилактики потребления алкоголя среди детей и подростков и, в частности: продлить трезвость на все население и после мировой войны; необходимо трезвенническое просвещение, как среди детей, так и среди их родителей; ввести систему подготовки по трезвости в учительских институтах и институтах системы повышения квалификации педагогического состава, введя новый предмет алкоголеведение; педагогам повсеместно показывать пример трезвости; в учебных заведениях нужно создавать трезвеннические организации (22). На совещании с сообщением выступил медицинский психолог и невролог С.Я. Рабинович, который рассказал о соотношении между алкогольной наследственностью и детской дефективностью. В частности докладчик поведал высокому собранию, что во вспомогательных школах Германии 53% учащихся пришли из семей с алкогольной наследственностью (23). Острой на совещании оказалась дискуссия вокруг доклада Л.С. Минора о суррогатном пьянстве. Практически все участники Пироговского совещания высказались о том, что сухой закон практически не повлиял на рост потребления суррогатов в российском обществе (24). Далее участники совещания остановились на провокационных действиях виноделов и сотрудников Общества Красного Креста, которые раненым на поле боя и в лазаретах дают вино, что, по мнению медиков, совершенно не допустимо. К сожалению, виноделов поддерживают и некоторые врачи, к примеру, профессор Разумовский, который дает вино больным (25). В результате предложили создать специальную комиссию, состоящую из фармакологов и клиницистов, которая бы предложила свой проект Пироговскому совещанию.

В последний день работы Пироговского совещания первым с докладом «В защиту трезвости» выступил присяжный поверенный из Петрограда Д.Н. Бородин. Затем автор

книги «Учебник трезвости» (1913) А.Л. Мендельсон, в своем докладе о принудительной трезвости, рядом убедительных фактов и цифр доказал, что запрещение продажи спиртного отразилось на сокращении алкогольных заболеваний, самоубийств и на улучшении материального положения населения. После этого выступил с сообщением присяжный поверенный А.В. Шилов из Москвы с темой «Удовлетворение новых запросов и потребностей трезвого населения», который, в частности, принципиально выступил против пропаганды культурпитейства в курсе гигиены. Выступающий подчеркнул, что в основу учения о вреде алкоголя должен быть положен принцип абсолютного воздержания от спиртного (26). А.В. Шилов сказал, что отрезвление народа заметно повысило трудоспособность населения, создало потребности в улучшенном питании, жилище и пр. Директор издательства «Посредник» И.И. Горбунов-Посадов в докладе «Ускорение трезвой жизни в народе» говорил, что трезвая жизнь может укорениться в народе при условии: во-первых, все возрастающего развития высшей духовной культуры; во-вторых, глубокого укрепления антиалкогольного просвещения всех классов населения; в третьих, широкого развития трезвеннических общественных организаций. Н.Н. Иорданский в докладе «Трезвость и внешкольное образование» указал на внешкольное образование как форму трезвеннического воспитания и образования населения. Врач Д.П. Никольский привел данные алкоголизации школьников и молодежи. Согласно им, среди русских школьников процент пьющих до введения сухого закона колебался для мальчиков от 65 до 83%, для девочек от 45 до 79%. Анкетирование среди воспитанников высших учебных заведений показало, что 3/4 всех учащихся знакомы с употреблением спиртного в средней школе. Докладчик заключил, что именно школа должна являться институтом трезвеннического воспитания и образования учащихся. Подобных точек зрения придерживались другие докладчики (27).

Совещание вынесло резолюции по всем вопросам, затронутым докладчиками, которые сводились к следующим положениям:

- научные данные (физиологии, общей патологии, клиники) побуждают отнести алкоголь, а следовательно и содержащие его жидкости (так называемые спиртные «напитки»), к разряду веществ вредных, ядовитых. Алкоголь есть типичный наркотический яд, который уже с самого начала, принятый даже в малых дозах, расстраивает высшие функции головного мозга;
- алкоголь должен быть отнесен по своим действиям к вредным веществам. Малые дозы алкоголя, сами по себе способны вызвать увеличение различных проявлений ослабленной психики: понижение трудоспособности, самоубийств и т.д. и могут привести к моральному вырождению;
- массовый алкоголизм должен быть приравнен к социальному злу, почему в борьбе с ним необходимы самые решительные меры;
- государство обязано запретить свободную продажу алкоголя так, как оно запрещает продажу всех ядов, к числу которых принадлежит и алкоголь;
- запрещены должны быть не только алкогольные изделия, производимые в России, но и ввоз иностранных алкогольных изделий;
- признать, что те врачи, которые прописывают алкоголь, не как внешнее лекарство, а для употребления внутрь, нарушают свой профессиональный долг;
- признать необходимым введение в курс университетских наук алкологелеведения;
- для борьбы с детским алкоголизмом школа должна среди детей и родителей распространять правильные сведения об алкоголизме;
- в целях укрепления в населении начал трезвой жизни признано необходимым поднять культурный уровень народных масс при посредстве широкой организации библиотек и читален, различных народных развлечений, реформы школы на основаниях свободного развития личности ребенка и юноши и их самоопределения, а также устранения существующих стеснений в области внешкольного образования.

Продуктивная борьба за трезвость может быть успешной только при условии активного участия в ней самого населения, для чего было предложено ввести мелкую земскую единицу. Для борьбы с алкоголизмом не достаточно одних запретительных мер. Необходимо создание таких правовых условий общественной жизни, при которых возможна широкая самодеятельность трудящихся масс.

Кроме того, Совещание признало необходимым созвать через Пироговское общество противоалкогольный съезд, который, к сожалению, так и не был созван. Да и само Пироговское общество, его всероссийское представительство – Пироговские съезды врачей и их печатный орган «Общественный врач» в 1922 году прекратили свое существование. (28).

Решение Пироговского совещания сто годичной давности сорок лет назад подтвердил ВОЗ на двадцать восьмой сессии Генеральной ассамблеи Всемирной организации здравоохранения, где в 1975 году было вынесено специальное решение: считать алкоголь наркотиком, подрывающим здоровье. (29)

Литература:

1. Злодеева Е.Б. Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России: Конец XIX- начало XX вв. Автореферат на соискание ученой степени кандидата исторических наук. – М., 2002.
2. Грейденберг Б.С. Секция нервных и душевных болезней IV Пироговского съезда. - СПб., 1891; Дневник I съезда Московско-Петербургского медицинского общества./ Под ред. Славянского К.Ф. - СПб., 1886. Вып.2; Дневник II съезда Общества русских врачей./ Под ред. Боброва А.А. - М., 1887; Дневник III съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова./ Под ред. Пашутина В.В. -СПб., 1889; Дневник IV съезда русских врачей в память Н.И. Пирогова. / Под ред. Дьяконова П.И. - М., 1891.
3. Биншток В.И. Отчет об XI съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова. - СПб., 1910; Бреженер М.М. Физиотерапия на X Пироговском съезде. - М., 1908. Буищев В.Ф. Врачи и освободительное движение. - Киев, 1907. Васильевский Н.П. О Пироговском съезде в Киеве 21-28 апреля 1896 г. - Херсон, 1896; Воскресенский А.П. О нормальной сети врачебных участков (Доклад VIII Всероссийскому Пироговскому съезду Общества русских врачей). - СПб., 1902; Горохов Д.Е. О IX Пироговском съезде. - М., 1903; Гран М.М., Френкель З.Г., Шингарев А.И. Н.И. Пирогов и его наследие Пироговские съезды. СПб., 1911; Дмитриев И.А. VIII Пироговский съезд русских врачей. СПб., 1902.; Дневник VI съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Под ред. Ходина А.В. Киев, 1896; Дневник VII съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. - Казань, 1899; Доброславин А.П. Очерки основ санитарной деятельности. - СПб., 1874; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова VI съезду Общества. - М., 1896; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова VII съезду. - М., 1899; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова VIII съезду. - М., 1902; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова X съезду врачей. - М., 1907; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова XI съезду врачей. - М., 1910; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова XII съезду врачей. - М., 1913; Доклад правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова и состоящих при нем комиссий IX съезду врачей. - М., 1904; Долженков В.И. О связи между Обществом русских врачей в память Н.И. Пирогова и местными врачебными обществами. - СПб., 1894.
4. Пироговский съезд по вопросам профессионального объединения врачей. - М., 1918; Труды чрезвычайного Пироговского съезда (Москва, 4-8 апреля 1917 г.). - М., 1918.; Хворостанский М.А. Чрезвычайный Пироговский съезд. - Чернигов, 1917; Невядомский М.А. Два съезда//Общественный врач. - 1918. - № 8-10; Постановления чрезвычайного

- Пироговского совещания по вопросам врачебно-санитарного дела (Москва, 13-15 марта 1918 г.) // *Общественный врач.* - 1918. - № 5-6; Постановления чрезвычайного Пироговского съезда 4-8 апреля 1917 г. // *Журнал общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.* - 1917. - № 1-3.
5. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 307.
 6. Труды V съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. СПб., 1894.
 7. <http://www.rmass.ru/publ/info/nachalo>
 8. Труды IX Пироговского съезда. / Под ред. Булатова П.Н. Т. 1-6. - СПб., 1904.
 9. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 308; Труды XI Пироговского съезда./ Под ред. Булатова П.Н. - СПб., 1911.
 10. XI Пироговский съезд. Петербург, 21-28 апреля 1910. Вып. № 1-2. - СПб., 1910; Биншток В.И. Одиннадцатый съезд русских врачей в память Н.И. Пирогова. - СПб., 1910, с. 16-18.
 11. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 309.
 12. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 309.
 13. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 315.
 14. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 318.
 15. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 320-324.
 16. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 328.
 17. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 330.
 18. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 334.
 19. *Вестник финансов.* – 1915. - № 12.
 20. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 351 – 352.
 21. *Вестник виноделия.* – 1914. - № 9 – 11.
 22. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 359 – 360.
 23. *Медицинское обозрение.* – 1915. - № 11. – с. 628 – 632.
 24. Совещание врачей и представителей врачебно-санитарных организаций по вопросу о борьбе с алкоголизмом. - М., 1915.
 25. *Вестник виноделия.* – 1914. - № 9; *Вестник трезвости.* – 1914. - № 242; Глыбочко П.В., Николенко В.И., Кочеткова Т.В. Судьбоносный выбор российской университетской науки (150-летию со дня рождения В.И. Разумовского посвящается) // *Саратовский научно-медицинский журнал* — 2007. — Т. 3. — № 1. — с. 109—111.
 26. В борьбе за трезвость. – 1915. – отд. 1. - № 5.
 27. *Общественный врач.* – 1915. - № 6. – с. 377 – 386.
 28. *Вестник трезвости.* – 1915. - № 250. – с. 20-27; Первушин В.П. К вопросу о борьбе с массовым алкоголизмом. [Текст] : отчет о командировке на «Совещание врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по вопросу о борьбе с алкоголизмом», созванное Правлением Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова в Москве 9-11 мая 1915 г. / В.П. Первушин. - Казань: [б. и.], 1916. - 19 с.
 29. <http://romix1c.livejournal.com/38726.html>

Постановления Совещания врачей и представителей врачебно-санитарных организаций по вопросу о борьбе с алкоголизмом (9 – 11 мая 1915 года)

А. К вопросу о научной оценке алкоголя и алкоголь-содержащих жидкостей.

1. Научные данные (физиологии, общей патологии, клиники) побуждают отнести *алкоголь*, а следовательно и содержащие его жидкости (так называемые *спиртные напитки*), к разряду веществ *вредных, ядовитых*.

Алкоголь есть типичный *наркотический яд*, который уже с самого начала, принятый даже в малых дозах, *расстраивает высшие функции головного мозга*, вследствие чего и создается ряд *приятных, но обманчивых* ощущений (иллюзий) тепла, энергии, бодрости.

2. При регулярном потреблении *малых доз* (при так называемом «умеренном» потреблении) алкоголь-содержащих жидкостей в организме нарастает ряд расстройств, но нарастание происходит *медленно, постепенно* и потому долго остается *скрытым и незаметным* как для самого пьющего, так и для окружающих.

Из потребления *малых доз* алкоголя, как наркотического яда, у некоторых менее устойчивых людей развиваются *тяжелые формы* алкоголизма (*пьянство*), являющиеся очевидным источником самых пагубных последствий для личного и общественного благополучия.

Однако можно считать доказанным, что регулярное потребление *малых доз* алкоголя населением и само по себе значительно увеличивает заболеваемость, смертность, количество несчастных случаев, душевные болезни, самоубийств, преступлений, вызывает количественное и качественное понижение работоспособности физической и духовной, в общем *ведет к физическому, умственному и моральному вырождению*.

Понятие «умеренности» неприложимо к бытовому потреблению спирт-содержащих жидкостей, так как всякое потребление *яда* есть *неумеренность и злоупотребление*.

3. Принимая, что «*пищевыми*» веществами никак не могут считаться такие, которые *приносят несомненный вред* организму, Совещание признает *невозможным причислять алкоголь к «пищевым» веществам*.

На том же основании *пиво и виноградное вино* не должны считаться ни «питательными», ни «укрепляющими», ни «гигиеническими» напитками.

Б. О мерах борьбы с алкоголизмом. Меры отрицательного характера: запрещение.

4. Массовый алкоголизм есть весьма *сложное, многовековое социальное зло*, поддерживаемое *совокупностью причин* – экономических, культурно-бытовых, физиологических, психологических и др., - соответственно чему в борьбе с алкоголизмом *одновременно* должны приниматься *многообразные меры*.

5. Основное свойство алкоголя, как наркотического яда, указывает, что, наряду с другими мерами, необходимы и *меры запретительные*. Будучи лишь *началом* тяжелого пути в борьбе с алкоголизмом, запретительные меры, как показал опыт всех стран мира, имеют важное значение, и без них *немыслимо надежное стойкое, противоалкогольное движение*. Поэтому государство, во имя высших общественных интересов, не только имеет *право*, но и *обязано* применять *запретительные и ограничительные* меры по отношению к производству и продаже спирт-содержащих жидкостей, так же как это практикуется относительно других сильно действующих ядов.

6. Совокупность имеющихся данных позволяет думать, что прекращение продажи спиртных «напитков» в России способствовало уменьшению в населении ряда заболеваний (между прочим, половыми и душевными болезнями), несчастных случаев (в частности – железнодорожных несчастий), пожаров, самоубийств, преступлений, увеличению продуктивности труда и накоплению материальных средств населением.

7. Распространение *пива* или *виноградного вина* не может быть средством борьбы с алкоголизмом, так как оно само по себе ведет к алкоголизму (хорошо известные Западной Европе – «пивной» и «винный» алкоголизм). Пиво и виноградное вино особенно опасно тем, что эти «напитки», ка более слабые и вкусные, охотно потребляются *женщинами* и *детьми*.

8. За *общественными самоуправлениями*, на которые законом возложена забота о народном здоровье, навсегда должно быть сохранено *право делать обязательные постановления о запрещении торговли спиртными «напитками»*.

Многообразным и существеннейшим интересам *многомиллионного русского народа* должно быть отдано *преимущество* перед узкими интересами *небольшой группы* представителей алкогольной промышленности и торговли.

9. Совещание признает безусловно необходимым, чтобы не только *в пределах России* было запрещено производство спиртных «напитков», но и *прекращен ныне же ввоз всяких спиртных «напитков» из-за границы*.

В. Меры положительного характера. Общие социальные меры.

10. Совещание признает, что в борьбе с таким сложным общественным явлением, как алкоголизм, никоим образом нельзя ограничиваться мерами *запрещения*, имеющими *отрицательный характер* и создающими лишь *благоприятную обстановку* для мероприятий *положительного характера*, - социальных, экономических и культурных, - которые и должны получить немедленно самое широкое развитие.

11. ... Для искоренения алкоголизма Совещание признает существенно необходимыми общие мероприятия социального характера, которые способствуют устранению указанных ненормальных условий...

12. Общественная борьба с алкоголизмом среди сельского населения может быть целесообразной и успешной только при активности и самодеятельности самого населения, которая возможно лишь при наличии местного самоуправления...

Г. Противоалкогольное внешкольное просвещение.

13. Так как одной из причин широкого потребления алкоголя и тяготения к нему является полная неосведомленность населения относительно истинных свойств спиртных «напитков» в длинный ряд самых грубых предрассудков в их пользу (что наблюдается не только в простом народе, но и в образованном обществе), необходима широко поставленная *пропаганда* всех добытых наукой данных, касающихся алкогольного вопроса.

Этой цели могут служить: противоалкогольные музеи и выставки, особенно передвижные; противоалкогольные курсы и отдельные лекции с демонстрациями; противоалкогольная литература (книги, брошюры, листки, плакаты).

14. Для того, чтобы внешкольное образование могло содействовать укреплению трезвости в населении, при организации его, должны быть соблюдены следующие условия:

а) Поддержка и развитие *самодеятельности* и *инициативы* населения в области народного образования и просветительных мероприятий.

б) Свобода выбора и организация просветительных мероприятий *самим населением* и осуществление их *при участии общественного самоуправления* в связи с местными *общественными организациями*, объединяющими частную инициативу.

в) Самое энергичное содействие возникновению и развитию *кооперативов, профессиональных союзов и просветительных обществ и учреждений*.

г) Введение начала *самодеятельности* и *самоуправления* в организацию *народных домов*, как учреждений, объединяющих в себе все виды внешкольного образования и наиболее отвечающих идее укрепления трезвости населения.

д) *Широкая демократизация искусства* (устройство народных театров, народных оркестров, литературных, певческих, живописных и иных кружков) опять-таки при условии *самодеятельности* населения, которая не менее чем эстетическое наслаждение, создает жизнерадостное настроение и устраняет потребность в наркотиках.

Д. Сообщение противоалкогольных сведений учащимся в школах.

15. Доказано, что *начало алкоголизма* взрослых восходит обыкновенно к *детским годам*, особенно к *школьному возрасту*, когда дети, под влиянием родителей и вообще взрослых, постепенно приучаются к потреблению алкоголя.

Вредное влияние алкоголя на детском организме отражается с большей интенсивностью, чем на взрослых, причем особенно сильно алкоголь поражает нервную систему и делает детский организм менее устойчивым в борьбе с болезнетворными началами.

Поэтому борьба с алкоголизацией детей должна вестись самым энергичным образом всеми общественными учреждениями, педагогами, врачами и самими родителями.

Эта предупредительная борьба с детской алкоголизацией естественно должна быть плодотворнее и успешнее, чем борьба с уже сложившимся алкоголизмом взрослых.

16. Для борьбы с алкоголизацией детей, в качестве наиболее существенной меры, необходимо сообщение детям в школе сведений о свойствах алкоголя и о вреде его потребления, причем такое осведомление может начинаться с первой ступени школьного обучения, в порядке объяснительного чтения статей из хрестоматий. (Противоалкогольное просвещение в школе возможно лишь при наличии рационально составленных учебников, хрестоматий, наглядных пособий и методических руководств, а также при условии ознакомления лиц, получающих педагогическую подготовку, с алкогольным вопросом).

17. Школа может и должна *воздействовать на семью* в том смысле, что родители в интересах телесного и душевного, личного и общественного здоровья, сами не употребляли и детей своих не приучали к потреблению спиртных «напитков».

При школах необходимо устраивать *народные библиотеки и читальни*, с отделом по алкогольному вопросу, причем должны быть устранены стеснения по организации в школах лекций и передвижных выставок.

К организации указанных учреждений должны быть привлечены земские и городские самоуправления, а в средних школах родительские комитеты.

18. Необходима реформа школьного образования и воспитания в духе свободного развития ребенка и юноши и их самостоятельности.

Е. Алкоголь и врачебное сословие.

19. Если, для современного положения вещей, участие в противоалкогольной борьбе есть долг не только всякого общественного деятеля, но и каждого гражданина, то есть более *обязательно* оно для *врача*. Основным смыслом врачебной профессии обязывает врача быть передовым борцом и руководителем противоалкогольного движения, столь необходимого для духовного и физического здоровья народа и грядущих его поколений.

20. ... Собрание обращает внимание врачей на то, что:

1) алкоголь среди всех наркотических веществ (эфир, хлороформ, морфий и др.) занимает особое положение по своей *широкой доступности для всех*;

2) врачебное назначение спиртных «напитков», как «укрепляющих» средств, действует *тормозящим* образом в деле борьбы с алкоголизмом, внушая массам идею полезности алкоголя;

3) врачебное назначение алкоголя бывает причиной развития алкоголизма у пациентов;

4) по заявлению многих авторитетных врачей - клиницистов и экспериментаторов – внутреннее назначение алкоголя больным никогда не приносит пользы и при лечении болезней можно с успехом обойтись без него (Нет ни одного органа в человеческом теле, который не подвергался бы разрушительному действию алкоголя. Алкоголь не обладает ни одним таким действием, которое не могло бы быть достигнуто другим лечебным средством, действующим лучше, полезнее, безопаснее и надежнее. Нет такого болезненного состояния, при котором представлялась бы необходимость в назначении алкоголя на сколько-нибудь продолжительное время. Необходимость исключения алкоголя из списка лекарственных средств является выводом из множества научных наблюдений и точных лабораторных исследований).

Поэтому Совещание признает, что лечащие врачи должны всячески избегать прописывания алкоголя и обходиться назначением других средств.

21. Вместе с тем Совещание обращает внимание медицинского ученого на необходимость *пересмотреть вопрос о значении алкоголя, как лекарственного вещества*, и подвергнуть этот вопрос *тщательному и беспристрастному обследованию* в лабораториях, в ученых обществах и на специальных съездах.

22. В виду оглашенных в печати и в докладах сообщений о том, что некоторые лица, носящие звания врача, явно и даже с корыстной целью *злоупотребляют своим правом* прописывать в рецептах спирт и спиртные «напитки», за что некоторые подверглись даже административным карам, Совещание *признает подобные поступки врачей нарушающими врачебный долг*.

23. В виду огромного социального значения вопроса об алкоголизме на медицинских факультетах университетов следует ввести всестороннее ознакомление студентов с алкогольным вопросом.

В программу повторных курсов для врачей и лиц вспомогательного медицинского персонала должен быть также включен вопрос об алкоголизме.

Ж. О «суррогатном пьянстве».

24. Судя по полученным до сих пор данным, можно предполагать, что употребление внутрь различных «суррогатов» водки, часто ведущее к тяжелым последствиям для и в последнее время обращающее на себя пристальное внимание общества, по своим размерам и значению представляется незначительным по сравнению с тем злом, какое причинялось общественному здоровью потреблением водки и других спиртных «напитков». А то преувеличенное значение, какое ныне в обществе придается потреблению «суррогатов», отчасти может объясняться *тяжестью и наглядностью* отдельных случаев отравлений, отчасти же – тем, что лица, заинтересованные в алкогольной промышленности и торговле (представители алкогольного капитала), *намеренно* раздувают значение этого явления с целью показать, что у народа будто бы существует неудержимая органическая потребность в алкоголе и её необходимо удовлетворить путем разрешения продажи хотя бы «слабых» спиртных «напитков», иначе народ-де подвергается большой опасности массового отравления суррогатами.

25. Для выяснения истинных размеров и истинного значения так называемого «суррогатного пьянства», Совещание просит Правление Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова организовать по всей России анкету по однообразной программе, к выработке которой привлечь силы научных, профессиональных, земских и муниципальных общественных организаций...

З. О необходимости дальнейшего изучения вопроса.

26. ...

27. ... Сознвая необходимость обсуждения всех сторон великого общественного бедствия в более спокойное время, с более продолжительной подготовкой, Совещание просит Правление Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова созвать – при наступлении благоприятного времени – особый съезд, посвященный вопросу о борьбе с алкоголизмом.

(Вестник трезвости. – 1915. - № 250. – с. 20-27; Общественный врач. – 1915. - № 6.; Совещание врачей и представителей врачебно-санитарных организаций по вопросу о борьбе с алкоголизмом.

МЕТАДОН – ИГРА НА ПОРАЖЕНИЕ

Ответ на критические замечания проф. В.Д. Менделевича с соавторами "Осторожно-псевдонаркология"

о. Анатолий (Берестов), Ю.Б. Шевцова, Н.В. Каклюгин

Международная Академия Трезвости, Москва.

Предисловие

Сразу на нескольких Интернет-сайтах была размещена критическая статья, являющаяся рецензией на опубликованную в апреле 2007 года на информационном Интернет-ресурсе "Нет-наркотикам" электронной версии информационно-аналитического обзора "Осторожно - метадон (Заместительная метадоновая терапия в "программах снижения вреда")", подготовленного и изданного нами в виде брошюры в 2006 году. В прошлой публикации мы попытались на основании международного опыта, подтвержденного многочисленными изученными нами в процессе подготовки материала зарубежными и отечественными литературными источниками, достоверными статистическими исследованиями, а также исходя из собственных клинических наблюдений, наглядно продемонстрировать отсутствие значимых аргументов в пользу необходимости внедрения в отечественную наркологическую практику так называемых программ "снижения вреда", включая заместительную терапию (ЗТ).

И вот теперь некоторые российские специалисты в области медицины и социальные работники, работающие с потребителями наркотиков совместно с коллегами из части стран СНГ, решили открыто выступить с позицией, в резкой форме критикующей отдельные утверждения, выборочно взятые из составленного нами текста. Название подготовленному документу было выбрано по аналогии с тем, которое мы вынесли на титульный лист в своей книге, однако звучит в несколько ином ключе: "Осторожно-псевдонаркология". Тем самым ставится под сомнение научная обоснованность выводов, сделанных священником-врачом, доктором медицинских наук, успешно организовавшим в 1996 году реабилитацию алкогольной и наркозависимых лиц, не только в городе Москве, но и во многих других субъектах Российской Федерации; практикующим врачом психиатром-наркологом с большим клиническим опытом работы из Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ СиСП) имени В.П.Сербского, а также дипломированным врачом-эпидемиологом, ныне сотрудником того же авторитетного научного заведения страны. Естественно, что мы не можем не ответить на очередную абсолютно абсурдную акцию пропагандистов идей замещения одного наркотического средства на другое под прикрытием "научно обоснованных методик".

Кроме того, судя по всем изложенным в коллективном обращении группы авторов комментариям и замечаниям к нашему тексту, его составители не посчитали нужным полностью ознакомиться с его содержанием на момент подготовки своего ответа, либо в силу определенных причин и обстоятельств решили проигнорировать представленные в нем факты. Поэтому их краткая рецензия насыщена теми же слабо аргументированными утверждениями, которые мы на основании серьезной доказательной базы уже опровергали в предыдущей публикации. Ознакомившись с текстом критических высказываний в адрес проделанной нами работы, мы вынуждены еще раз пояснить свою позицию, которая стараниями определенного круга лиц вновь вынесена на общественную трибуну. Надеемся, что данный ответ поможет представителям различных специальностей, интересующимся по долгу службы и/или из чувства сопереживания проблемами сограждан, страдающих той или иной формой наркотической зависимости, окончательно прояснить для себя истинную суть и бесперспективность навязываемых российскому правительству программ и выработать

твердую позицию в отношении целесообразности ведения дальнейшей дискуссии на подобные темы.

О возможности внедрения программ ЗМТ в российскую наркологическую практику

По последним данным руководителя отделения эпидемиологии Национального научного центра (ННЦ) наркологии Росздрава, д.м.н., проф. Е.А. Кошкиной (2006) в Российской Федерации опиоидная зависимость является доминирующей (87,8%) в общем числе различного вида зависимостей от приема наркотиков. При этом из всех пациентов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, 84,5% приходится на лиц, страдающих алкоголизмом, на больных остальными формами наркотической зависимости - 14,3%. Бесспорно, вызывает тревогу наметившийся в 2006 году рост распространенности наркомании именно за счет опийного контингента наркозависимых. Над этим вопросом стоит серьезно задуматься ведущим наркологам страны. Однако при этом и они не вправе забывать о принятии своевременных полномасштабных мер в отношении широкого спектра других наркологических проблем, стоящих перед современным обществом. Если даже представить, что в случае создания благоприятных условий для проведения в стране программ "снижения вреда", они будут внедрены в наркологическую практику, то на их реализацию потребуется огромное количество финансовых средств и профессионалов различного уровня и специализации для четкой организации и контроля проведения подобных процедур. Что бы ни говорили идейные вдохновители данных инициатив, в нашей стране такой сценарий по многим причинам абсолютно неприемлем. Вне всякого сомнения, он усложнит и без того напряженную ситуацию в сфере социального развития и здравоохранения на территории Российской Федерации. Именно поэтому, никакая "живая и заинтересованная дискуссия в профессиональной среде" по вышеупомянутым вопросам не может считаться актуальной и соответствующей духу времени. Нет смысла просто сотрясать воздух. Правда, если серьезно задуматься над мотивами людей, выступающих за программы "снижения вреда", их можно легко обнаружить. Как ни крути, по своей сути эти технологии - не просто медицинские манипуляции, не просто "сугубо медицинская проблема", за что постоянно выступает группа сторонников профессора В.Д. Менделевича - это вопрос повышения толерантности всего общества к факту употребления любым индивидуумом того или иного вещества, вызывающего измененное состояние сознания. Об этом факте пропагандисты идей ЗМТ всегда стараются упоминать как можно реже. При этом не рекомендуем забывать о том, что один из принципов отечественной наркологии - отказ от употребления различных интоксикантов. Его придерживаются и во многих других странах мира. Это условие является одним из самых важных в процессе пребывания пациента в программе лечения и целью комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Именно на выполнение пациентом этого условия и на достижение этой цели должна быть направлена совместная работа врача и пациента. Обвинять тех, кто придерживается именно этой точки зрения при обсуждении основ русской врачебной этики в "непрофессионализме и невежестве в понимании биологических основ болезни" нетактично и, более того, противоестественно. В любом случае российская государственная политика в этом отношении остается непоколебимой - оборот и потребление сильнодействующих и наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров находятся и должны находиться под строгим контролем государства. Любые наркотические вещества опийной группы (пока за исключением комбинированных кодеинсодержащих медицинских препаратов) также включены в перечень учетных лекарственных средств. Признание же на законодательном уровне возможности регулярной выдачи наркотического "пайка" человеку, уже страдающему от патологического влечения к какому-либо интоксиканту, предоставит возможность так называемым "правозащитникам" неограниченное поле деятельности для дальнейшего продвижения идеи всеобщей легализации потребления какого бы то ни было

наркотика. По нашему мнению, крайне безграмотно и некорректно рассматривать проблему наркотической зависимости только в медицинской плоскости, игнорируя социально-политический, морально-нравственный и духовно-религиозный аспекты этого душевного и телесного недуга, поражающего все большее количество населения земного шара. И единичные ссылки на исследования каких-то зарубежных исследователей здесь абсолютно неуместны.

К вопросу о зависимости от приема опиатов

Безусловно, как правильно отмечают авторы критических замечаний в адрес нашей брошюры "Осторожно - метадон", "существующие в мире проблемы помощи больным опишной наркоманией далеки от удовлетворительного разрешения". Но из этого они пытаются на основании далеко не однозначного опыта некоторых стран Европы и США сделать вывод о том, что наилучший путь решения данного вопроса заключается исключительно в программах "снижения вреда". В своих монологах приверженцы разнообразных идей на данную тему ни слова не говорят о других возможных подходах к лечению наркотической зависимости, иному медико-социальному сопровождению потребителей наркотиков с целью их более благополучного обратного вхождения в общественную жизнь, т.е. полноценную ресоциализацию. Речь здесь идет о положительном многолетнем опыте работы терапевтических сообществ (коммун), имеющемся во многих странах Европы и Америки. Как только в дискуссии речь заходит о них, наиболее опытные ораторы пытаются любыми путями переключить внимание аудитории на темы, не связанные с предложенной тематикой дискуссии. А те, кто еще не успел обрести опыт в ведении открытой полемики по данным злободневным вопросам, неумело пытаются на основании каких-то нелепых цифр и графиков обосновать высокую степень эффективности программ "снижения вреда" в сравнении с лечебно-реабилитационными мероприятиями в атмосфере, свободной от наркотиков. Это естественно, ведь на самом деле в первую очередь пропагандисты заместительной терапии выступают за свои собственные интересы, финансовую заинтересованность общественных организаций, которые они представляют, политические амбиции своих лидеров, а также за право каждого совершеннолетнего человека употреблять то, что он пожелает. Цель отказа от дальнейшего употребления любых интоксикантов декларируется чрезвычайно условно. По мнению подобных деятелей, задача окружающего общества - лишь снизить последствия от сознательно выбранной постоянной наркотизации. То, что наркоман - это больной человек, как физически, так и духовно, и его необходимо лечить в полном смысле слова, не называя лечением выдачу другого наркотика, никто из них по понятным причинам не говорит.

Выступая 20 марта 2007 года на расширенном заседании Ученого совета ННЦ наркологии Росздрава, профессор Менделевич опрометчиво заявил, что ежедневный прием метадона позволяет снизить патологическое влечение наркозависимого лица к приему других опиатов. Такое можно утверждать где угодно, но не на собрании ведущих специалистов-наркологов страны! После его выступления при обсуждении прослушанного доклада, в очередной раз критикующего современные подходы к лечению наркологических заболеваний на территории Российской Федерации, автору указали на ошибочность и псевдонаучность подобных высказываний. Безусловно, после приема любого агониста опиоидов (вещества, обладающего сходным действием на опиатные рецепторы) желание употребить "уличный" наркотик может временно уменьшиться, однако после прекращения действия выданного медицинского препарата, оно появится вновь с той же, а возможно и с большей силой! Если провести аналогию с тем же алкоголизмом, то после массивного вечернего возлияния при приеме утром сравнительно небольшого количества, допустим, водки, мысли о продолжении алкоголизации на некоторое время угаснут. Однако вскоре возникнут вновь, что потребует обязательного принятия очередной дозы спиртного. Сколько

же можно называть данный подход лечением?! Предлагается просто удобный для кого-то, но не выгодный для государства, замкнутый круг, который чаще всего разорвать не под силу ни медицинским и социальным работникам, курирующим пациента, ни самому потребителю инъекционных наркотиков, превратившемуся со временем в безвольное существо, в дополнение получившему зависимость от приема метадона. Вызывает удивление тот факт, что в своем критическом очерке, посвященном написанной нами брошюре, тот же человек, именующий себя врачом-профессионалом и при этом произносящий столь несерьезные до бестолковости речи с высоких трибун, вместе с многочисленными соавторами обвиняет именно нас, а также некоторых академиков и профессоров, отдавших много лет борьбе с алкоголизмом и наркоманией, чьи слова мы использовали при написании информационно-аналитического обзора, в невежестве и непрофессионализме... Безусловно, достойно уважения активное отстаивание каждым человеком своих убеждений. Однако в данном случае (как и во многих других) профессор Менделевич вместе с соавторами выходит за рамки научной дискуссии, пытаясь с помощью искусной манипуляции медицинскими терминами, а также, используя ничего не значащие красивые словесные фразеологизмы, превратить серьезный для всего российского сообщества вопрос в некий бессвязный малопонятный набор звуков со ссылками на некоторых зарубежных авторов и свои собственные книги. Считаем своим долгом повторно напомнить всем "специалистам", подобным Владимиру Давыдовичу о необходимости строгого контроля за своими словами и поступками, способными впоследствии нанести трудно поправимый ущерб населению России. И если Бог для таких как он - ничто, то существует к тому же и законодательство Российской Федерации. В соответствии с ним, медицинский работник в своей работе имеет право использовать только те лекарственные средства и способы лечения, в том числе наркотической зависимости, которые официально разрешены к применению. На данный момент все агонисты опиоидных рецепторов внесены в списки наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен (метадон) в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I), либо строго ограничен (бупренорфин), и в отношении них устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список II). Культивирование, изготовление, приобретение, хранение, перевозка и сбыт веществ и медицинских препаратов, включенных в них, караются на основании статей 228-233 Уголовного кодекса Российской Федерации лишением свободы сроком до пятнадцати лет в зависимости от тяжести совершенного преступления. До тех пор пока эти наркотические средства не включены в список лекарственных средств РФ и нет разрешения Минздравсоцразвития России на возможность их использования для проведения "заместительного лечения", обсуждение этого способа терапии является бессмысленным.

Но не для всех. Задача людей, подобных тем, что подписались под текстом, протестующим против многих обоснованных позиций в современной наркологии - не давать российской общественности забывать о том, что каждый наркоман имеет право жить так, как ему вздумается, употреблять то, что он хочет, а государство, как ни странно, должно ему в этом помогать и оберегать от юридических проблем, связанных с потреблением наркотиков. А в идеале, о чем мечтают все так называемые "правозащитники", специально подготовленный медицинский или социальный работник должен выдавать каждому хроническому потребителю инъекционных наркотиков приобретаемое за бюджетные деньги наркотическое средство, изображая при этом заботу об остальном обществе и прикрываясь в первую очередь защитой его интересов. Подобные идеи, словно метастазы раковой опухоли, при активном участии заинтересованных лиц продолжают прорастать в нашу повседневную жизнь. И задача пока еще здоровых в морально-нравственном отношении граждан России заключается в пресечении подобных губительных для страны поползновений. Ведь в данном случае цена вопроса невероятно высока - человеческие судьбы сотен тысяч, если не

миллионов, молодых людей, решивших несмотря ни на что переступить опасную черту, что в итоге чаще всего приводит к тяжелым необратимым последствиям, где у них остается два выхода - тюрьма или смерть! И назад, в трезвую, полноценную здоровую жизнь без наркотиков, к сожалению, возвращаются далеко не все. В любом случае упасть на "дно" намного легче, чем выбраться из наркотического "болота". Именно эти границы дозволенного изо всех сил пытаются размывать некоторые медицинские и социальные работники, обвиняющие нас сегодня в псевдонаучности. Вместе с тем также считаем необходимым напомнить, что согласно Постановлению 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", склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ (статья 230 УК РФ) может выражаться в любых умышленных действиях, в том числе однократного характера, направленных на возбуждение у другого лица желания их потребления (в уговорах, предложениях, даче совета и т.п.), а также в обмане, психическом или физическом насилии, ограничении свободы и других действиях, совершаемых с целью принуждения к потреблению наркотических средств или психотропных веществ лицом, на которое оказывается воздействие. При этом для признания преступления оконченным не требуется, чтобы склоняемое лицо фактически употребило наркотическое средство или психотропное вещество. Кроме того, склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего, охватывается диспозицией части 3 статьи 230 УК РФ и не требует дополнительной квалификации по уголовному закону, предусматривающему ответственность за причинение смерти по неосторожности. Под иными тяжкими последствиями следует понимать самоубийство или покушение на самоубийство потерпевшего, развитие у него наркотической зависимости, тяжелое заболевание, связанное с потреблением наркотических средств или психотропных веществ, заражение ВИЧ-инфекцией и т.п. Приведенный выше текст должны знать наизусть те, кто в своих выступлениях, статьях и совместных позициях постоянно пытаются приучить общество в целом и наркопотребителя в частности к мысли о том, что употреблять наркотики можно каждому, но контролировать этот процесс должно государство. В тоже время сторонники этой идеи продолжают навязывать нам мнение о малой токсичности наркотика, унесшего уже не одну тысячу жизней во всем мире, искалечившего судьбы сотен тысяч молодых людей. И на факт представления запрещенного законом наркотического препарата в качестве наиболее эффективного лечебного средства, избавляющего от наркотической зависимости, необходимо обратить внимание всем сотрудникам правоохранительных структур, выступающих единым фронтом против международного наркотерроризма! Считаем недопустимым распространение среди населения Российской Федерации заведомо ложной информации, способной привести его к мысли о возможности государственной поддержки употребления наркотических веществ в какой бы то ни было форме.

Вместе с тем напоминаем, что демографическая ситуация в Российской Федерации сегодня в силу различных причин и обстоятельств чрезвычайно осложнена, в соответствии с чем наше правительство не имеет права ошибиться в выборе дальнейшей стратегии по ее исправлению. Предлагать подобные программы к скорейшей реализации, значит совершать преступление против своего народа, его исторического прошлого и многообещающего будущего. Для настоящих специалистов, искренно переживающих за происходящее в отечественной наркологии, абсолютно понятны мотивы, толкающие подобных деятелей к активному продвижению идей заместительной терапии на российскую территорию. И ни у кого из них нет сомнений в абсолютной бесперспективности навязываемых методик в современных условиях. Декларируемые профессором Менделевичем с соавторами цели недостижимы, а последствия от внедрения этих программ, заявляющих почему-то о своей великой роли в снижении вреда от приема населением инъекционных наркотиков, вне

всякого сомнения, трудно прогнозируемы. Эти технологии, разработанные и распространяемые некоторыми заинтересованными европейскими и американскими неправительственными организациями, не только не уменьшат последствия от приема наркотических средств населением и не смогут остановить рост наркомании в стране, но и будут повсеместно способствовать ее дальнейшему распространению. Как бы яростно не протестовали идеологи заместительной терапии, данное утверждение на 100% справедливо и в полной мере соответствует действительности. Это подтверждается, в том числе теми данными, которые мы приводили в своей предыдущей публикации "Осторожно - метадон", а также новыми материалами, которые мы постарались коротко прокомментировать в этой работе.

Снова повторим мысль, высказанную в предыдущей публикации: сторонников так называемого "заместительного лечения" опийной наркомании объединяет сугубо прагматичный материально ориентированный подход к жизненным ценностям, неуважение к национальной и культурной самобытности нашей страны, патологическая связь с некоторыми международными организациями. Наша позиция в данном случае неизменна.

Так же считал и до сих пор считает председатель Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН) при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, академик РАМН, д.м.н., проф. Эдуард Арменакович Бабаян. В уже ставшем далеком 1996 году в очередной своей статье, посвященной этому болезненному для всего мирового сообщества вопросу, он процитировал приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 239 от 14.08.1995 г. "О дополнительных мерах по контролю наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ". С учетом появившейся тенденции реанимировать "наркотический паек" и под любым предлогом предложить внедрение метадона в российскую наркологическую практику в этом приказе специально отмечено: "Подтвердить ранее установленный порядок, запрещающий применение наркотических средств в терапевтических целях при лечении наркомании, в том числе выдачу больным наркоманией наркотических средств в любой форме (выдача рецептов, назначение в стационаре, диспансере и т.д.)" [2]. Эти слова должны помнить те, кто ответственно подписывается под любыми требованиями и рекомендациями об изменении существующих основ российского законодательства в сфере здравоохранения.

Прежде чем ответить на наспех подготовленное нашими коллегами и их помощниками обращение, еще раз подчеркнем, что очень трудно отвечать на претензии группы авторов, которые по своей сути ничего нового в себе не несут. Все ответы на свои вопросы лица, подписавшиеся под совместной позицией в защиту программ "снижения вреда", при желании смогли бы найти в той самой публикации. По нашему мнению, эта акция спланирована и организована с одной лишь целью - разворачивания широкой дискуссии по данному разделу наркологии во всех возможных средствах массовой информации. В силу того, что действующее законодательство ограничивает поле деятельности лиц, жаждущих обсуждения околонаркотических тем, был сделан такой ход. Мы считаем данный вопрос закрытым и не требующим "живой и заинтересованной дискуссии", поскольку посвятили ему очень много времени, изучая международный опыт, как с теоретических позиций, так и при посещении центров выдачи метадона в Литве, Сербии и Болгарии. Мы наблюдали состояние тяжелой, ни с чем не сравнимой, абстиненции у ребят, находящихся на "метадоновых" программах и пожелавших любой ценой выйти из участия в них. Какого бы уровня не был специалист, пытающийся убедить нас в великой пользе программ "снижения вреда" для общества в целом и наркопотребителя в частности, все его доводы будут лишены значимого для нас смысла после того, что мы увидели, услышали, прочитали, проанализировали и опубликовали. Все, что мы хотели абсолютно искренне и правдиво сообщить российскому сообществу о данных смертоносных программах изложено в предыдущей публикации.

Далее, минуя "конспирологический дух и оскорбительный тон этой псевдонаучной риторики", как называет открытое обсуждение данных злободневных вопросов профессор Менделевич с соавторами, перейдем к тщательному изучению тех контраргументов, которые выдвигают в наш адрес он и его сторонники.

После цитирования избранной части доводов противников внедрения заместительного поддерживающего лечения метадоном в России, произвольно выбранных из текста информационно-аналитического обзора "Осторожно - метадон", авторы критических очерков "Осторожно-псевдонаркология", ссылаются на отсутствие в нашей стране "малейшего опыта проведения заместительного лечения". Во-первых, еще раз подчеркнем псевдонаучность формулировки "заместительное лечение". Пора бы уже прекратить называть выдачу наркотического средства лечением. Если в странах Евросоюза термин "substitution therapy (treatment)" действительно подразумевает лечение опишной наркомании и активно используется в документах различных международных организаций, отслеживающих и корректирующих текущую ситуацию с оборотом и потреблением наркотиков в мире, то в России такое понятие не может быть использовано по определению. Поэтому не стоит оперировать при проведении дискуссии на русском языке медицинскими терминами, не характеризующими понимание болезни и подходов к ее лечению с позиций отечественной медицинской науки и этики. Откровенно стыдно за такой "профессиональный" подход в области наркологии, тиражируемый достаточно большой группой ученых, практикующих врачей и социальных работников из разных уголков бывшего Советского Союза! Ставя подпись под различными документами в пользу программ ЗТ, они расписываются в собственной безграмотности, стараясь не задумываться об этом, либо вообще не думая. Продолжение наркотизации - вот правильное определение такой методике. Зачем обманывать себя и окружающих? Во-вторых, если коллеги из России и некоторых стран СНГ владеют, в достаточной степени, русским и английским языками, то им не составит труда в конце нашей брошюры обнаружить ссылки на 88 литературных источников. Во многих из них, что естественно, мы смогли найти абсолютно достоверную информацию о печальном опыте и трагических последствиях ошибочно внедренных в наркологическую практику многих государственных программ "снижения вреда". Даже не принимая во внимание то, что мы увидели своими глазами в некоторых странах Восточной Европы, где функционируют подобные технологии, считаем научно необоснованной попытку авторов критической публикации в наш адрес сослаться на существование "тысячи научных публикаций, не оставляющих камня на камне" от нашей аргументации. Было бы очень интересно взглянуть хотя бы на половину из таких работ для оценки степени их достоверности и научной обоснованности. При этом в конце своего обращения 23 специалиста различной квалификации и места проживания указывают на существование 9 литературных источников, использованных при написании своего текста, претендующего на высокий уровень научной чистоты. И лишь 5 из них содержат информацию, указывающую на возможную эффективность программ "снижения вреда" в соответствующих странах. Весьма существенная диспропорция не в их пользу, наводящая на определенные мысли о степени той самой показательной чистоты!

Что касается документов ВОЗ и Управления ООН по наркотикам и преступности, а также других данных, свидетельствующих о "победоносном" шествии программ ЗТ во всем мире, на которые также ссылаются наши оппоненты, то даже упоминание столь авторитетных организаций и документов в данном контексте ни в коем случае не должно лишать отечественных специалистов, работающих с наркозависимыми, права трезво рассуждать и делать свой собственный выбор на основании достоверных отечественных клинических исследований и публикаций в не менее солидных и уважаемых изданиях во всем мире. При этом, как указывалось выше, мы обязаны учитывать не только медико-социальный аспект наркомании, но и целый ряд других, не менее важных компонентов,

составляющих целый комплекс проблем в рамках синдрома наркотической (в том числе опийной) зависимости.

Более того, мы считаем, что список наших аргументов, обосновывающих низкую степень эффективности заместительной терапии, на который ссылается в своей критической рецензии профессор В.Д. Менделевич с соавторами, процитирован в недостаточном объеме и требует обязательной коррекции. Для сравнения приведем и основные тезисы сторонников такого подхода к "лечению" наркотической (опийной) зависимости, чаще всего упоминаемые при проведении акций в его поддержку. Заранее выражаем сомнения в их достоверности и правдивости, что подтверждается и теоретическими изысканиями, и нашими личными наблюдениями.

ЗА	ПРОТИВ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение криминального поведения; 2. Снижение случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами; 3. Меньшая токсичность метадона в сравнении с героином; 4. Осуществление систематического контроля за психическим и социальным статусом пациента; 5. Возможность проведения регулярной психотерапевтической коррекции с формированием мотивации на полный отказ от употребления наркотика; 6. Постепенная социальная адаптация; 7. Нормализация семейной жизни пациента; 8. Предотвращение развития синдрома зависимости у новорожденного от матери-наркоманки; 9. Увеличение продолжительности жизни потребителя инъекционных наркотиков (ПИН). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. При разработке программы медико-социальной адаптации абсолютно не учитываются духовно-нравственные основы формирования наркотической зависимости; 2. Реальные эффекты от программы - и медицинские, и социальные не соответствуют ожидаемым и заявленным; 3. Ограничение социального функционирования за счет привязанности к месту получения препарата; 4. Токсические эффекты метадона (при небольших ежедневных дозах): <ul style="list-style-type: none"> ○ потливость; ○ нарушения сна; ○ снижение сексуальной потенции; ○ когнитивные расстройства. 5. Сохранение синдрома зависимости; 6. Высокая стоимость программы (цена препарата и организационные расходы - помещение, медицинский персонал, психологи и психотерапевты, социальные работники, технические службы), которую должны взять на себя страховые компании ОМС; 7. Необходимость жесткого контроля за организацией выдачи препарата во избежание злоупотреблений со стороны персонала; 8. Трудно исключить возможность включения в программу лиц без признаков зависимости от наркотика; 9. Наличие абстинентного синдрома у новорожденных от матерей, включенных в программы ЗМТ; 10. Нельзя исключить нарушений в эндорфиновой системе у детей, рожденных от матерей, принимавших в период беременности метадон; 11. Бюрократическая трудоемкость процесса; 12. Участие в организации программы большого числа персонала, что резко повышает затраты на проведение эффективной ЗМТ; 13. Большинство участников программы продолжают употреблять другие ПАВ;

14. Наличие сочетанного употребления метадона и других ПАВ увеличивает вероятность передозировок, в том числе со смертельным исходом;
15. Отсутствие реальных рычагов по удержанию пациентов в программе, поэтому часто они из нее выходят;
16. Страховая медицина стимулирует работу с пациентами нарушителями режима (больнице невыгодно исключать нарушителей из программы, т.к. ее финансирование определяется числом участников);
17. Среди участников программы остается много безработных, т.к. участие в программе усиливает имевшиеся у них ранее рентные установки;
18. Факт выдачи государственными мед. службами любой дозы наркотического средства легализует потребление наркотиков населением.

Что касается экскурса в историю, то мы признательны группе авторов за восстановление исторической справедливости. Возможно, что при подготовке данного раздела мы оперировали недостоверной информацией в отношении одного из первых названий вещества, впоследствии названного "метадон", однако однократное упоминание в тексте слова "адольфин", как правильно отмечается в представленном нашему вниманию тексте, "не имеет значения для содержательных характеристик" его использования в наркологической практике. Более того, применение заместительной терапии, в том числе метадоновой, во многих странах мира признается недостаточно эффективным и неблагоприятным в отношении дальнейшего прогноза методом не из-за неудачного названия наркотического средства, а вследствие неудовлетворительных для общества и государственных органов здравоохранения результатов от его использования в медицинской практике. Если в Швейцарии в настоящее время перешли от выдачи метадона к созданию анонимных кабинетов для внутривенного введения наркозависимым водного раствора героина (по данным директора ННЦ наркологии Росздрава, проф. Н.Н.Иванца их количество там доведено до 29), то это свидетельствует лишь о полной капитуляции местной наркологической службы перед проблемой опийной наркомании, а не о преимуществах названия того или иного наркотика. И уж тем более, совсем не означает, что и наша страна обязана перенимать этот чудовищный опыт, поражающий своей антинаучностью.

Мы надеемся, что наш труд поможет людям обрести действительно верное направление в паутине лжи, с каждым годом все плотнее опутывающей нашу планету.

Ответное слово

1. Авторы меморандума, направленного в защиту интересов приверженцев идей заместительной терапии, ответственно заявляют, ссылаясь на некую научную работу неизвестного нам иностранного автора (Leshner A.I., 1997), что "дискуссии по поводу того, является ли опийная наркомания болезнью или духовно-нравственным изъяном, закончились в мире много лет назад".

Действительно, они закончились давно, но намного раньше, чем могут себе представить медицинские и социальные работники, подписавшиеся под столь нелепым утверждением, опровергающим всю историю человечества. То, что это болезнь - бесспорно, как и то, что это духовно-нравственный изъян. Достаточно просто сослаться на Библию, где можно найти немало примеров деградации людей, попавших в сети зависимости от того или

иного порока, включая алкогольные возлияния. Однако некоторые из них, обретя Веру, кардинальным образом меняли свой образ жизни, превращаясь в добропорядочных и законопослушных людей, до конца своих дней работающих на благо общества. Эти факты из истории не могут быть объяснены даже с точки зрения современной, так называемой доказательной медицины, за которую сегодня выступает тот же профессор В.Д. Менделевич. Безусловно, в то время не было проблемы наркомании, однако суть грехопадения одна, лишь его скорость может несколько отличаться в зависимости от величины искушения и степени сохранности духовного и интеллектуального потенциала в структуре личности человека. И выделять опийную наркоманию в отдельную графу в данном случае не имеет никакого смысла. Безусловно, нас крайне удивил тот факт, что мнение представителя Русской Православной Церкви было не только проигнорировано, но и подверглось жестокой критике, что оскорбляет чувства верующих людей во всем мире. Если небольшая группа, каких бы тот ни было специалистов, так неистово пытается посягнуть на святые ценности как минимум сотен миллионов прихожан различных Церквей, ищущих там спасения и исцеления души, то невольно возникает мысль о духовной ущербности и благоразумии первых и тревога за дальнейшую судьбу вторых. Лишать человека надежды на выздоровление непозволительно никому. Убивать в нем веру жестоко и аморально. А когда понимаешь, что на такой богоборческой, а, значит, и человеконенавистнической позиции настаивают и медики, и психологи, и социальные работники, то становится по-настоящему страшно за будущее современной цивилизации! Вера, надежда, любовь - эти три взаимодополняющих момента всегда будут благотворно влиять на дальнейший прогноз тех, кто смог как с помощью медицины, так и с помощью традиционных мировых религий обрести настоящую свободу от алкоголя, наркотиков и многих других зависимостей, количество которых возрастает с каждым днем развития научно-технического прогресса.

К счастью, вокруг нас работает еще очень много настоящих профессионалов-медиков, бережно хранящих и всегда учитывающих общемировые культурные ценности, составляющие основу мироздания и бытия большинства жителей земного шара. Во избежание новых претензий в отношении нашего "непрофессионализма и невежества в понимании биологических основ болезни" сошлемся в этом пункте также на мнение более опытных и авторитетных российских ученых, на протяжении многих лет специализирующихся в области психиатрии и наркологии. К сожалению, профессор В.Д. Менделевич с соавторами и в этот раз до написания своей критической рецензии не посчитал нужным взглянуть на литературные источники, на основании которых в том числе были сделаны выводы об эффективности духовно ориентированных методик, разработанных традиционными религиозными конфессиями и успешно работающих во многих странах мира. В конце своего информационно-аналитического обзора "Осторожно-метадон" мы с разрешения авторов дословно отразили совместную позицию академика Российской академии медицинских наук (РАМН), члена Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН), директора ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, д.м.н., проф. Татьяны Борисовны Дмитриевой и руководителя Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма, а также Отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом того же ведущего судебно-психиатрического медицинского учреждения страны, д.м.н., проф. Андрея Леонидовича Игонина.

Предлагаем Вашему вниманию данный текст в сокращенном варианте: "Роль медицинских методов в борьбе со «злоупотреблением» ПАВ не следует ни преувеличивать, ни приуменьшать. Как уже неоднократно отмечалось, наркомания является, в первую очередь, духовной, а не физической болезнью. Поэтому только медицинскими средствами задачу прекращения пациентом приема ПАВ решить невозможно. Можно говорить о двух причинах, по которым данный вид биологического воздействия, как и любой другой, впрочем, не дал радикальных результатов.

Во-первых, биологические механизмы формирования и прогрессирования наркологических заболеваний слишком сложны для того, чтобы путем реализации таких прямолинейных схем устранять зависимость пациента от интоксикантов. Кроме нарушений обмена нейромедиаторов, существует много других звеньев патогенеза данных заболеваний.

Создать комплекс медикаментозных средств, которые бы внесли необходимую коррекцию во все нарушенные системы организма при зависимости от интоксикантов, попросту нереально. Кроме того, сдвиг в функционировании одной системы естественным образом компенсируется изменением функций другой. Указанное многоплановое вмешательство, даже если оно предпринято с позитивной целью, лишь усиливает разбалансировку работы различных систем организма, и так имеющуюся у наркологических больных.

Но, пожалуй, главной является вторая причина, по которой методы биологического воздействия не могут обеспечить в наркологии необходимый результат. Прямая связь между той или иной формой поведения и конкретным биологическим субстратом отсутствует. Любое биологическое вмешательство в организм человека не позволяет нужным образом изменить поведение человека. Оно формируется при повторении одного и того же действия сотни и тысячи раз путем, как говорят в психологии, научения. Тем более это невозможно сделать, поскольку поведение наркологического больного представляет собой не просто комплекс определенных действий, а специфический образ жизни, основанный на сформировавшемся мировоззрении человека.

Результаты лечения наркологических больных с точки зрения отказа от интоксикантов зависят в большей степени не от состояния их организма в целом, и головного мозга, в частности, а от наличия или отсутствия установки на воздержание от веществ, а также глубины и стойкости этой установки. Следует отметить, что сам термин установка был позаимствован наркологами у социальных психологов.

В свою очередь, возможность формирования установки на воздержание от интоксикантов определяется личностными характеристиками больных, такими, как ценностная ориентация, отношение к существующей в обществе морали, психологическая устойчивость и многими другими. Естественно, не менее важную роль играет социальный статус пациента: особенности семейного окружения, опыт трудовой деятельности, возможность реализации позитивных интересов и увлечений и т.п. . . .

В некоторых наркологических клиниках с высоким уровнем оказываемой помощи делаются попытки выйти из узко медицинских рамок. Проводится, например, длительная групповая дискуссионная психотерапия. Она позволяет изменить в лучшую сторону самосознание больных, развеять многие характерные для них заблуждения и мифы. При проведении занятий удается добиться эмоциональной разрядки пациентов и моральной поддержки от партнеров по группе, которым они доверяют.

Но даже метод групповой психотерапии не может внести каких-либо кардинальных изменений в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым навыкам и занятиям. Это относится в особенности к молодым больным наркоманиями с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться.

Для достижения указанных целей необходимо длительное, в течение 1-2 лет, пребывание пациента в иной социальной среде, по сравнению с той, в которой он существовал до этого. При этом на человека должно оказываться глубокое влияние со стороны нового сообщества в целом и позитивных лидеров в частности. Очень полезным является привлечение к работе "бывших" больных алкоголизмом и наркоманиями. Необходимы жесткий распорядок дня и интенсивная трудовая деятельность, приносящая, однако, творческое удовлетворение. Наркологи называют такого рода учреждения реабилитационными центрами (по терминологии Всемирной организации здравоохранения, реабилитация - это возвращение больного к активной, социально полноценной жизни).

Создание и поддержание деятельности реабилитационных центров в структуре учреждений наркологической службы - трудная задача. Примеры положительного решения данной проблемы немногочисленны. Такого рода подразделения в структуре наркологических учреждений были созданы в Калининграде, Петербурге, Самаре и еще в нескольких городах. Для того чтобы работать в реабилитационном центре, надо быть не узким профессионалом, а убежденным сторонником отказа от любых видов интоксикантов, энтузиастом, а еще лучше - фанатиком трезвости. Необходимо коренным образом изменить свой собственный образ жизни. Подавляющее большинство наркологов оказывается неспособным сделать это. Поэтому задачи социальной реабилитации наркологических больных порой более эффективно решаются работниками не медицинских, а иных, например, религиозных организаций.

Если речь ведется о сообществах пациентов на религиозной основе, то в большинстве случаев более успешной их деятельность оказывается в тех случаях, когда они созданы под эгидой традиционных для нашей страны религиозных организаций. Наиболее известны антинаркотические и антиалкогольные сообщества при Русской Православной Церкви. Они оказываются более жизнестойкими и стабильно функционирующими, чем ячейки общества анонимных алкоголиков и наркоманов. Примером такого рода является деятельность Душепопечительского центра в Москве, возглавляемого отцом Анатолием. (А.И. Берестовым)" [4].

Еще раз напомним, что эти слова написаны авторитетными специалистами в области охраны психического здоровья, известными далеко за пределами Российской Федерации.

В дополнение к вышеприведенному тексту, считаем целесообразным привести высказывание заместителя главного психиатра города Москвы по наркологии, к.м.н. Евгения Алексеевича Брюна: "Если к медицинскому лечению наркомании добавить различные программы, культурные или религиозные, как у Анатолия Берестова, то цифра ремиссий может возрасти до 30-40%". (<http://drugsnon.narod.ru/statii/brunovarshake.html>).

Безусловно, называть мнение столь уважаемых в российском и зарубежном медицинском сообществе специалистов псевдонаучным чрезвычайно некорректно и крайне невежливо. К нашему недоумению, язвительный тон рецензии ряда профессионалов из различных уголков страны и Ближнего Зарубежья, отраженной в виде позиции "Осторожно - псевдонаркология", профессор В.Д. Менделевич считает "логичным и отражающим высокий уровень научной чистоты".

Приведенные выше высказывания профессионалов высокого уровня в области психиатрии-наркологии далеко не единственные, способные подтвердить эффективность духовно ориентированных практик, которые базируются на традиционных мировых религиях. Детальное описание работы подобных реабилитационных программ не является целью данной публикации. Просто считаем уместным пояснить, что в настоящее время в мире накоплен богатый опыт работы с заблудшими душами не только на базе Русской Православной Церкви, но и других традиционных вероисповеданиях. В частности, некоторые католические общины сегодня продолжают достаточно успешно заниматься вопросами реабилитации (ресоциализации) наркозависимых. Например, на территории Италии существует сеть реабилитационных центров (терапевтических сообществ), функционирующих во взаимодействии с католической церковью - "Ассоциация Папы Иоанна XXIII". Программы с их участием благополучно и достаточно успешно функционируют и в некоторых других странах Западной и Восточной Европы, Африки и Латинской Америки. Эффективность работы подобных центров превышает таковую в программах медико-социальной адаптации наркозависимых без использования христианского религиозного опыта.

Однако необходимо подчеркнуть, что, говоря о христианских реабилитационных центрах, мы имеем в виду исключительно традиционные религиозные объединения - православные, католические и мусульманские. В их число не входят так называемые

"Центры духовного развития, возрождения, новой жизни и т.п.", организованные при помощи многочисленных международных благотворительных фондов и общественных организаций псевдохристианского или даже оккультного толка. Подобные религиозные новообразования под прикрытием избавления от алкогольной и наркотической зависимости нередко применяют опасные для здоровья психотехники с вхождением в некое трансное состояние, вызывающее сильное чувство эйфории, сходное с состоянием наркотического опьянения. В итоге регулярное посещение собраний, либо постоянное нахождение в подобных организациях с соблюдением жестких требований к дисциплине и режиму дня быстро приводит к полному безоговорочному подчинению новоявленных адептов воле и желаниям лидеров таких общин и их ближайшего окружения. После попадания в подобный деструктивный тоталитарный культ у новобранца формируется зависимость от нахождения в нем, что крайне осложняет желательный выход заблудшего человека обратно в общество, то есть полноценную ресоциализацию. Но это уже другой вопрос, неуместный в рамках данной дискуссии.

Мы лишь хотели раз и навсегда указать соавторам во главе с профессором В.Д. Менделевичем, на серьезную ошибку, допущенную им и его коллегами в отношении игнорирования духовно-нравственных основ зависимости от приема наркотических средств, в том числе опийного ряда. "Без Бога все возможно", - эти слова писал классик русской литературы XIX века Федор Михайлович Достоевский. И это действительно так.

Вообще, вызывает удивление и тревогу тот факт, что позиция отрицания духовно-нравственных основ формирования наркологических заболеваний принадлежит заведующему кафедрой медицинской и общей психологии Казанского ГМУ. Неужели духовные и социальные аспекты не являются основными составляющими профилактической и реабилитационной работы? Зарубежный опыт, к которому часто апеллирует автор в своих выступлениях, и на который он в очередной раз ссылается в своей критической статье, также предусматривает психологическую поддержку и консультирование пациентов, в том числе тех, кто находится в программе альтернативного лечения. И в психологическую поддержку действительно грамотный специалист включит и работу с духовно-нравственными составляющими личности больного, его внутренними переживаниями на экзистенциальном уровне. При возникновении необходимости в духовной поддержке (что происходит сегодня достаточно часто) и по желанию пациента, участие священника, безусловно, сыграет существенную роль в формировании позитивных установок на дальнейший жизненный путь. При этом подобная работа с близкими способна еще в большей степени увеличить шансы на благополучный исход. Мало кто из ныне живущих людей может попытаться возразить на данную аксиому, обоснованную тысячелетним опытом. Либо это сделает профессионал, сознательно работающий против улучшения дальнейшего прогноза заболевания и выхода пациента в по-настоящему трезвую, а значит в полной мере счастливую жизнь.

Завершить пояснение некоторых причин, приводящих к приобретению непреодолимого влечения к наркотизации тем или иным психоактивным веществом, будет правильно словами цитируемого нами в предыдущей публикации австрийского ученого Виктора Франкла - всемирно известного специалиста по вопросам психологии личности и психотерапии, основоположника логотерапии, учения о смысле жизни и поисках его в лабиринтах современной цивилизации: "Если смыслом жизни становится удовольствие, то она превращается в страдание". Напомним, что автор данного утверждения часть Второй мировой войны провел в немецких концентрационных лагерях, где получил уникальную проверку и подтверждение своих взглядов на особенности формирования, а также разрушения личности человека. Только чудо (как совокупность закономерных случайностей) и стойкость духа спасли его от неминуемой гибели. Вряд ли удастся найти еще хотя бы одну философскую или психологическую теорию личности, которая была бы в такой степени выстрадана и оплачена столь дорогой ценой. Отсутствие смысла порождает у человека состояние, которое Франкл назвал экзистенциальным вакуумом. Именно он, согласно

авторским наблюдениям, подкрепленным многочисленными клиническими исследованиями, является причиной, порождающей в широких масштабах специфические "ноогенные" (порожденные разумом) неврозы, распространяющиеся с послевоенного периода по всем странам Западной и Восточной Европы и в еще больших масштабах в США. В настоящее время и в России мы видим поразительно похожую ситуацию, требующую немедленного реагирования. "Дела плохи, но они станут еще хуже, если мы не будем делать все, что в наших силах, чтобы улучшить их" [13].

2. Во втором пункте, направленных в наш адрес критических замечаний, авторы утверждают, что "от 22% до 86% клиентов программы метадоновой поддержки полностью прекращают употребление ПАВ".

При этом не уточняется о каких именно программах идет речь - то ли о низкопороговых, то ли о высокопороговых. А ведь это имеет существенное значение при серьезном разговоре об успехах тех или иных методик. Кроме того, не поясняется - какие именно интоксикантов имеются в виду: "уличные" наркотики (героин, кокаин, каннабис, вещества амфетаминового ряда и пр.), алкоголь или медицинские препараты, что также крайне важно для выяснения истинной картины происходящего в программах ЗТ. При этом трудно понять, что подразумевают наши оппоненты, говоря о длительности выхода пациентов, получающих официальный метадон, в трезвую жизнь. Несколько лет - очень неопределенный промежуток времени, не поддающийся сколько нибудь достоверной оценке эффективности данных программ.

В то же время, на основании каких-то нелепо сформулированных мыслей подвергается сомнению процитированное нами в информационно-аналитическом обзоре "Осторожно - метадон" утверждение академика РАМН, д.м.н., проф. Э.А.Бабаяна, на тот момент занимавшего пост вице-президента ПККН при Минздраве РФ: "Накопленный к концу 70-х годов XX века практический опыт многих врачей во всем мире показал, что использование метадона в качестве заместительной терапии больных героиновой наркоманией привело к быстрому созданию следующей новой, еще более тяжелой в плане дальнейшего прогноза, группы наркоманов, на этот раз зависимых от метадона" [2]. Вообще, удивительно, как легко сегодня подвергаются сомнению слова, сказанные даже именитыми учеными, считающимися признанными авторитетами во всем научном мире! При этом группа менее авторитетных специалистов из России и части сопредельных государств рискованно играет в словесную чехарду, называя сформировавшийся в результате систематического перорального приема метадона полноценный синдром зависимости ни чем иным, как "зависимостью больных людей от продолжения эффективного и безопасного лечения". Откровенно говоря, нам даже стыдно как-то комментировать подобные невероятно лживые и откровенно неразумные изречения, от кого бы они не исходили. Но придется, поскольку мы обязаны донести до общественности правду о той беде, которую пытаются пронести на территорию Российской Федерации люди, подобные неумолимому активисту продвижения метадона на русскую землю, профессору из Казани, Владимиру Давыдовичу Менделевичу. Слава Богу, у нас имеется достаточно оснований назвать вещи своими именами.

J. Goelz изучил сопутствующее употребление психоактивных веществ участниками метадоновой программы в Берлине (Германия). Он установил, что в начале заместительной терапии пациенты употребляют чаще героин и кокаин, что связано с сохраняющимися социальными связями со средой наркопотребителей. В дальнейшем на первый план выходят алкоголь и бензодиазепины, что является более опасным с точки зрения соматического здоровья и передозировки. В случае формирования полинаркомании и постоянного сопутствующего приема алкоголя и/или бензодиазепинов (прим. авт. - подобные случаи фиксируются достаточно часто) в стационарных условиях проводят, так называемую "частичную" детоксификацию. Ее суть состоит в том, что дозу метадона не меняют (иногда увеличивают), а остальные препараты отменяют. При этом у опиатзависимого больного развивается синдром отмены алкоголя или бензодиазепинов, который требует

психофармакологического лечения. В целом удерживаемость больных на программах с пероральным приемом метадона составляет около 75 % в течение 1 года (по данным автора). Другим недостатком поддерживающей терапии, подтверждаемым немецким исследователем, является утечка части препаратов на черный рынок.

Далее в своей работе J. Goelz следующим образом описывает, по его мнению, наиболее благоприятный вариант течения заместительной терапии опиатзависимых. На первом году лечения осуществляется терапия коморбидных соматических и психических заболеваний. Важно, чтобы пациент прекратил контакты с наркозависимым супругом/супругой (партнером), если тот продолжает употребление наркотиков. Пациент должен научиться структурировать время и самостоятельно справляться с бытовыми обязанностями. В конце первого года необходимо решить вопрос о возможности профессиональной реинтеграции больного, и какие шаги должны быть для этого предприняты. Во время второго года терапии пациент сталкивается с проблемами на работе. Это время обучения социальному взаимодействию с людьми, которые не употребляют наркотики. Часто возникает дискомфорт, связанный с неумением проводить свободное время. На третьем году у пациента часто появляется постоянный партнер, становятся более актуальными сексуальные нарушения. На четвертом году, если произошла стабилизация в профессиональной и личной жизни, часто возникает экзистенциальный кризис. В последующие годы возникают новые интересы, стабилизируется самооценка, возникает желание жить без метадона (прим. авт. - это после четвертого года ежедневного употребления метадона?!). В настоящее время не существует согласия в том, следует ли в таких случаях отменять метадон (!!!). Большинство специалистов считают, что риск возврата к употреблению нелегальных наркотиков слишком высок, и терапию следует продолжать неограниченно длительное время"[21,22].

В данной работе автор, развивая утопичную до абсурда идею реабилитации зависимого от приема метадона пациента с последующим его отказом от всякого употребления интоксикантов, в конце концов признает, что вообще не имеет смысла прекращать курс ЗМТ. Вот, оказывается, в чем истинный смысл "заместительного лечения" опийной наркомании - сделать потребителя инъекционных наркотиков вечно наркозависимым! Вот вам и клятва Гиппократа со своим казавшимся когда-то незыблемым принципом "In noscere" - не навреди... К сожалению, наступают времена, когда не только люди позабыли Бога, но и врачи изменили своему морально-этическому кодексу, извратив его суть до неузнаваемости. Мы не можем с этим смириться и поэтому отвечаем на потуги прозападных идеологов, проникших в сознание избранных медиков и социологов и пытающихся с их помощью и на землю России протащить эту нечеловеческую безнравственность под видом "реализации прав и свобод личности".

Недавно нам удалось на собственном опыте убедиться в особой сложности курации пациентов, получавших на протяжении сравнительного короткого отрезка времени внутрь (per os) раствор метадона. В конце 2006 года из Сербии для прохождения реабилитации в Душепопечительский православный центр святого праведного Иоанна Кронштадтского (далее - Центр) был направлен молодой человек, находившийся на программе ЗМТ в этой стране чуть более 8 месяцев. С собой он привез 2 флакона с метадоновым сиропом, которые у него закончились на 5-й день нахождения в Центре. Абстинентный синдром развился через 2 дня после последнего приема субстанции и продолжался на протяжении 5 недель! Для сравнения: при героиновой зависимости подобное состояние максимально при высоких суточных дозах может продолжаться не более 10-12 дней. На первые 2 недели пациента, проходившего то самое "заместительное лечение" с помощью официально выдаваемого метадона госпитализировали по договоренности в наркологическую клиническую больницу №17 города Москвы, где медицинскому персоналу с трудом удавалось купировать все проявления развернувшегося в ярко выраженной форме синдрома отмены. За время нахождения в стационаре пациент неоднократно давал острые психотические состояния. Далее, находясь в Центре под наблюдением у иеромонаха Анатолия (Берестова), он

неоднократно предпринимал попытки любой ценой изменить свой психический статус, вплоть до жевания пакетированного чая. При этом постоянно просил у сотрудников Центра, помимо назначенных, любые другие таблетки, способные "приглушить" его патологическое влечение. С большим трудом удалось избежать трагических последствий при его попытке покинуть территорию общины с ножом в руках. Амбулаторно пациент периодически посещал отделение наркологии ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, где лечащий врач корректировал курс приема соответствующих медицинских препаратов, которые, кстати, превышали средние дозировки, которые обычно назначаются лицам с зависимостью от внутривенного введения героина. Прошло более месяца, прежде чем молодой человек смог адекватно оценить ситуацию и полноценно войти в реабилитационную программу.

А теперь в качестве короткой предыстории, объясняющей причины появления жителя Сербии в городе Москве, приведем описание его первой встречи с отцом Анатолием (Берестовым), произошедшей на сербской земле. Мы снова вынуждены обратиться к нашей работе "Осторожно - метадон", где был подробно описан этот визит. Напомним, что в июне 2006 года представители Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского по приглашению общества Сербско-Русской дружбы и Сербской Православной церкви, а также некоторых членов Парламента Сербии посетили эту дружественную русскому народу страну. В процессе нахождения в одном из достаточно крупных сербских городов, сотрудники Центра во главе с отцом Анатолием посетили пункт выдачи метадона в городе Нови-Сад, где смогли наглядно убедиться в лживости историй, рассказывающих о полезном для общества и самих наркопотребителей наркотическом средстве под названием "метадон". Там же была проведена встреча с участниками программ ЗМТ и их родственниками. Вот история последних лет жизни того самого молодого человека, впоследствии успешно прошедшего реабилитацию в российском Православном центре реабилитации и вернувшегося домой трезвым человеком.

"Урош Стеф., 23 года. Проживает в городе Нови-Сад, республика Сербия. В течение 4 лет употреблял инъекционным путем (внутривенно) героин, последние 6 месяцев находится на ЗМТ. Первоначально получал каждое утро в 9:00 по 300 капель, последний месяц - 200 капель. К моменту осмотра предъявляет жалобы на неудовлетворительное самочувствие: повышенную раздражительность, нервозность, трудности при засыпании и неглубокий кратковременный сон. В связи с этим вынужден на ночь постоянно принимать снотворный препарат - формидон. Также отмечает частые сильные головные боли, изнуряющие его и мешающие нормальной жизнедеятельности. Их появление также связывает с началом приема метадона. Кроме того, пациент указывает на выраженные боли в нижних конечностях в области голени тянущего и ноющего характера, возникшие с момента перехода на употребление метадона. Сообщает об ухудшении внимания и памяти, отсутствии влечения к противоположному полу. При разговоре с ним наблюдаются резкое снижение интереса к окружающей жизни, вялость, апатия, недовольство всем и всеми вокруг, особенно матерью ("все время контролирует") и лечащим врачом, которого считает обманщиком, ибо тот в начале программы обещал "скорое выздоровление, но оно так и не наступило". Вспоминая о прошлом опыте героиновой наркотизации, говорит, что "даже тогда был более активен и жизнерадостен". Никакого улучшения в собственном состоянии с момента начала ЗМТ не чувствует. Мотивация на дальнейшее продолжение лечения, а также на поиски работы полностью отсутствует. К проводимой ЗМТ относится крайне отрицательно, но не видит других возможных путей решения проблемы зависимости от наркотиков.

При осмотре отмечается повышенная масса тела (приобретенная в процессе ЗМТ) - рост составляет 175 см., вес - 97 кг. (до начала перорального приема раствора метадона весил 78 кг.) Наблюдаются нерезко выраженные отеки обеих стоп. При вытягивании рук вперед определяется мелкоамплитудный тремор пальцев. Для лица характерны гипомимия

(маскообразное лицо) и сухость кожных покровов (как и по всему телу), цвет их имеет землистый оттенок. Сухожильные рефлексы снижены.

Мать больного при личной беседе акцентирует внимание на том, что после начала проведения ЗМТ сын вскоре стал легко возбудимым, злобным, неуправляемым молодым человеком, проявляющим агрессию при всякой попытке войти с ним в контакт. Вместе с тем абсолютно не проявляет желания к дальнейшему обучению или трудоустройству. Потерял последних друзей. Однако этот факт его несколько не беспокоит - проявляет полную пассивность в этом отношении. Находясь в программе ЗМТ, ежедневно употребляет до трех литров пива.

Таким образом, в психическом и соматическом статусе на первый план выступает ярко выраженный апато-абулический синдром во всех его проявлениях, астенический синдром, ожирение средней степени, снижение сексуальной функции, алгический (болевой) синдром, сопровождающийся синдромом зависимости от приема алкоголя I стадии".

Еще раз подчеркнем, что все вышеперечисленные последствия от даже относительно непродолжительного периода систематического контролируемого перорального приема метадона, наши оппоненты называют весьма специфически: "продолжение эффективного и безопасного лечения"! Очень странное определение в свете представленной выше истории болезни и непростого пути выхода молодого человека на ремиссию через Православие без употребления каких-либо наркотических средств, включая метадон. И таких - изломанных далеко не "уличным" наркотиком судеб во всем мире, к сожалению, все еще очень много! Лишь у малой части из них в жизни появляется возможность найти выход из поставленной государством, либо какой-то общественной организацией западни.

Таблица №1.

Рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие между собой разные дозы метадона или метадон с плацебо

Автор	Препарат	Дневная доза	Количество пациентов	Уровень удержания пациентов в программе, %	Употребление нелегальных опиоидов, %	Длительность исследования (недели)
Newman and Whitehill,(1979)	Плацебо	-	50	10	Нет данных	32
Newman and Whitehill,(1979)	Метадон	97	50	76	Нет данных	-
Strain et al., 1993 [25]	Метадон	50	84	52	56	15
Strain et al., 1993 [25]	Метадон	20	82	41	67	15
Strain et al., 1993 [25]	Плацебо	-	81	21	74	15
Banys et al. (1994)	Метадон	80	19	84	Нет данных	13
Banys et al. (1994)	Метадон	40	19	78	Нет данных	13
Strain et al. (1999)	Метадон	90	95	60	53	30
Strain et al. (1999)	Метадон	46	97	56	62	30

Интересную информацию сообщили молодые люди - участники программ ЗМТ в том же городе Нови-Сад (Сербия). Одна небольшая емкость с метадоновым сиропом, приобретаемым по рецепту "лечащего" врача в аптеке стоит 1,5 евро, а у наркоторговцев - уже 100 евро. В соответствии с такой заманчивой разницей в цене те, кому официально выписывают метадон, за неделю собирают его в количестве 7 баночек, не прекращая при этом употребление "уличных" опиатов, а заработанные на незаконной продаже метадона 700 евро, тратят на приобретение мешка опийного мака. Далее готовят из него наркотический раствор и употребляют внутрь: либо пьют, заваривая с чаем, либо употребляют как обычно - инъекционным путем. Вот так в Восточной Европе сегодня снижают вред от потребления наркотиков! Подобные результаты наглядно демонстрируют полный крах идеи замещения одного наркотика другим под видом лечения наркотической зависимости.

Завершая этот пункт обвинений оппонентов в псевдонаучности нашей позиции, приведем ниже данные, опубликованные нами в 2006 году, в силу неведомых причин упущенные из виду авторами критической статьи "Осторожно-псевдонаркология". Они абсолютно достоверно, без всякой надуманности, в которой нас пытается обвинить проф. В.Д. Менделевич вместе со своими коллегами из разных стран Ближнего Зарубежья, показывают истинную эффективность ЗМТ.

Таблица №2.

Уровень удержания пациента в исследованиях заместительной метадоновой терапии без наличия контрольной группы

Исследование	Количество больных	Уровень удержания пациентов после 1 года лечения, %
Bale et al., 1980 [16]	59	29
Ball & Ross, 1991 [17]	126	38
Caplehorn et al., 1993 [18]	238	61
Fisher & Anglin, 1987 [20]	347	70
Lehman et al., 1993 [24]	51	73

В который раз абсолютно невозможно понять, на каком основании авторы, обвиняющие нас в псевдонаучности, свидетельствуют о том, что легко опровергается материалами, изложенными выше?! Разве имеют они право писать "о стабилизации состояния больного, улучшении показателей соматического и психического здоровья, сокращении употребления героина и ассоциированной с ним смертности, уменьшения риска инфицирования ВИЧ и снижении криминальной активности", когда более половины лиц, принимающих ежедневно государственный наркотик, продолжают внутривенно употреблять героин и другие опиаты?! И даже повышение дозы выдаваемого метадона не может существенным образом изменить ситуацию. При этом через год в программах ЗМТ остаются далеко не все наркозависимые, предпочитающие подчас покинуть заманчивую наркотическую ловушку в поисках иных, более благоприятных в отношении дальнейшего прогноза вариантов решения возникшей проблемы.

В дополнение к таблице, остановимся вкратце на скандинавском опыте программ ЗМТ. Изучение судьбы 279 пациентов, принимавших участие в шведских программах на протяжении 9 лет показало: 33% умерли, 69% в ходе участия в программе были осуждены за преступления, 60% не работают, имело место 5115 случаев госпитализации [6,7]. И это с учетом акцента программы не на раздаче метадона с целью профилактики преступлений и инфекционных заболеваний, декларируемой со стороны западных сторонников ЗМТ в нашей стране, а на продолжительной социальной и психологической реабилитации [8]."

3. Таким же абсурдным показалось соавторам публикации, пытающимся обвинить нас в псевдонаучности приводимых нами аргументов в пользу опасности внедрения программ ЗМТ в российскую наркологическую практику, сформулированное нами ранее утверждение о том, что применение метадона фактически является одной из форм легализации потребления наркотиков.

Да, это так и никакого абсурда в данном утверждении нами не просматривается.

Еще в 1988 году Нильс Бейерут, доктор медицинских наук из Шведского Института Карнеги, в своей речи, произнесенной во Франции, Соединенных Штатах Америки и Советском Союзе, описал возможный прогноз на ближайшее будущее, который поразительно напоминает складывающуюся сегодня ситуацию с ростом потребления наркотических средств и психотропных препаратов во многих странах мира: "Дренаж наркотического болота означает разрыв путей контрабанды наркотиков и снижение незаконного оборота наркотиков в обществе. В этом направлении уже приложены огромные усилия таможенной службы, полиции и разведки во всем мире. Тем не менее, ситуация с каждым годом ухудшается, и многие страны уже готовы сдать и прекратить борьбу. Почему борьба с наркоманией была столь успешной в Германии в 20-е годы, в США в 30-е годы и в Китае и Японии в 50-е годы? И почему мы не наблюдаем в последние два десятилетия в западном мире никаких решающих успехов? Я уверен - это в значительной мере связано с тем обстоятельством, что мы забыли, что первично и что вторично в существовании наркорынка. Первично для этой социальной проблемы не то, что в природе произрастают опийный мак, кусты коки или конопля, и не то, что международные преступные синдикаты осуществляют торговлю этими средствами. Первично то, что миллионы людей готовы нарушить нормы и законы, чтобы употребить опьяняющие вещества, изготавливаемые из этих растений, или сотни других синтетических наркотических веществ. Таким образом, основой существования наркорынка является нарушение отдельной личностью общественных норм и употребление наркотика, а не международные наркосиндикаты, которые на самом деле представляют собой последствие возникновения наркорынка.

"Не героин продают потребителям, а потребителей - героину" - сказал Уильям С. Берроуз. Хочу привести, также, еще одну мудрую цитату из предисловия к его книге "Голый завтрак (Naked Lunch)" (1959): "Если вам нужно изменить или разрушить числовую пирамиду, вы начнете с изменения нижних чисел. Если мы хотим разрушить наркотическую пирамиду, мы должны начать с ее основы - наркомана на улице, и прекратить подобно Дон Кихоту сражаться с мельницами - верхними звеньями пирамиды, которые мгновенно будут заменены. Наркоман на улице, которому нужен его наркотик - единственный незаменимый фактор в наркотической цепи. Если не будет ни одного наркомана, покупающего наркотики, не будет и незаконного оборота наркотиков. Пока же спрос на наркотики существует, всегда найдется кто-то, кто решит заняться его удовлетворением". На мой взгляд, это блестящее выражение сути сложной проблемы".

Далее по тексту: "Я убежден, что существование или гибель правовых государств западного типа в перспективе зависит от того, сумеют ли они победить наркоэпидемии. Для того, чтобы вести борьбу против распространения наркомании, надо иметь реалистичную стратегию и тактику. Необходимо осознать, что наркоман - двигатель всей системы. Однако именно наркоману, который всегда ловко манипулирует другими и защищает свое пристрастие к наркотику не хуже профессионального адвоката, удалось обмануть огромное количество честных и ответственных, но наивных политиков и публицистов, в результате чего он в последние двадцать лет пользовался почти полной неприкосновенностью. Это, на мой взгляд, один из важных факторов, определяющих наши неудачи... , чтобы изменить современные тенденции, нужно сделать употребление наркотиков исключительно неудобным. Наркоман должен знать, какие последствия ожидают его за его поведение.

Общество должно четко продемонстрировать, что оно не принимает употребление наркотиков.

Ни одно правительство не может победить крупномасштабную наркоэпидемию без широкой всенародной поддержки. Ее необходимо создать за счет политических соглашений и большой просветительской работы, что должно вести к пробуждению народного сознания и созданию негативного отношения к наркомании. В ближайшие годы должен решиться вопрос, удастся ли миру победить эпидемию наркомании. Используя принятую до сих пор стратегию, односторонне направленную на борьбу с предложением и не затрагивающую спрос на наркотики, мы ведем войну, в которой обречены на поражение. Только открытие второго фронта на основе стратегий, направленных на спрос, мы можем изменить ситуацию и выиграть войну против эпидемий наркомании. Но нельзя терять времени. В противном случае ситуация будет развиваться в сторону ухудшения и капитуляции перед наркотиками и через период хаоса в обществе может стать основой для наступления нового периода фашизма... Вы держите историю в своих руках!"

Как ни прискорбно, удержать историю большинству стран Европы и Северной Америки на должном уровне так и не удалось - сознание народа и государственных мужей оказалось во власти иных сил и, как следствие, от безысходности в поиске эффективных средств борьбы со спросом на наркотики, многие правительства дрогнули и сами приступили к выдаче наркотических веществ почти всем желающим. И во многом это связано с активизировавшейся в последние годы работой недобросовестных медицинских и социальных работников, подобных тем, что поставили свои подписи под очередным бесчестным меморандумом, направленным на повышение толерантности общества к вопросу потребления индивидуумом практически любого вещества, способного изменить состояние сознания. Именно такой подход и создает тот самый хаос в обществе, о котором упомянул в своем выступлении 19 лет назад эксперт из Швеции и который мы можем сегодня наблюдать на улицах многих крупных городов Европы и Северной Америки. В нашей стране ситуация также далека от совершенства, однако решать ее необходимо иными путями. Правительство России, безусловно, понимает всю опасность предлагаемых определенными кругами инициатив, поэтому не вправе допустить их вторжения на российскую территорию. Надеемся, у тех, кто внимательно прочитал выступление Нильса Бейерута, сложилось верное представление о роли, целях и задачах того же "Фонда Сороса" (Открытое общество и пр.) и некоторых других общественных организаций, финансируемых из-за рубежа, а также большинства так называемых "правозащитников", выступающих за соблюдение прав всех граждан, включая инъекционных потребителей наркотических средств и психотропных препаратов. Их работа под прикрытием условно благих намерений создает оптимальные условия для продолжения роста наркотизации в нашей стране.

О полной несостоятельности программ "снижения вреда" (включающих в себя в том числе и ЗТ) в отношении реального уменьшения распространения ВИЧ-инфекции в странах, где вышеозначенные программы все еще применяются, пишет и Томас Халлберг - директор некоммерческой организации "Европейские города против наркотиков (ECAD)", г. Стокгольм, Швеция, на примере опыта своей страны. Мы снова вынуждены обратиться к нашей предыдущей совместной работе "Осторожно - метадон", поскольку понимаем, что проф. В.Д. Менделевич с соавторами при написании своего неполноценного ответа на наш информационно-аналитический обзор, постарался просто в очередной раз высказать аргументы в свою защиту без каких-либо пояснений и ссылок на соответствующие места в написанном нами тексте. Далее приводим цитату из статьи Т. Халлберга: "Когда эпидемия ВИЧ была впервые выявлена - в 1985 году СПИД как более опасное явление, чем наркотики, был основным аргументом для бесплатной раздачи игл наркоманам. Все те же организации, и в определенной степени те же люди, которые поддерживали легальное назначение наркотических препаратов, теперь снова подали голос.

Конфликт по поводу обмена игл серьезен по двум причинам:

1. Частично потому, что многие из тех, кто защищает обменные программы, делают это для облегчения и смягчения дальнейшей дискуссии о либерализации существующего законодательства в области наркотиков и даже их легализации. Свободное обращение игл становится способом изменения статуса наркоманов с нелегального на легальный. Программы по обмену игл образуют заметную брешь в рестриктивной антинаркотической политике. Законодательные органы государственной власти об этом знают. Именно поэтому в движении по борьбе с ВИЧ/СПИД большую часть составляют сторонники легализации наркотиков.

2. Второе серьезное последствие - это некорректное расставление акцентов. Вместо того чтобы говорить и действовать в правильном ключе, а это принудительное лечение наркозависимых, бесплатное тестирование, консультирование и свободный доступ к лечебным услугам, ресурсы сосредоточены на дешевом и псевдопрактичном видимом решении" [14]. Уверены, что мнение одного из ведущих международных экспертов по проблеме наркомании и современным вопросам антинаркотической политики помогло читателям еще раз понять все мотивы, которыми руководствуются люди, пропагандирующие реально опасные для всего мирового сообщества идеи так называемых программ "снижения вреда", на деле оказывающихся одним из этапов глобальной пропаганды «культуры потребления» все более разнообразных наркотических средств и психотропных препаратов.

Что касается "назначения морфина и того же метадона для целей купирования болевого синдрома", то данный вопрос, поставленный в п. 3 проф. В.Д. Менделевичем с коллегами, никакого отношения к наркологии не имеет и иметь не может. Это вопросы чисто анестезиологические и в сферу нашей компетенции не входят. Странно, что профессионал с высшим медицинским образованием, не первый год занимающийся психологической практикой пытается сопоставить единственно возможное быстрое и эффективное устранение резко выраженного болевого синдрома с помощью наркотических средств и выдачу наркотика с совершенно иной целью - переключения лица, потребляющего "уличные" наркотики на прием официально выдаваемого в специальном медицинском учреждении наркотика. При этом он и его коллеги не чувствуют или не хотят чувствовать разницу между этими действиями, ставящими перед собой абсолютно различные задачи и способы их решения.

Далее в том же пункте упоминается терапия налтрексоном и указывается, что, со ссылкой на нашу прошлую публикацию, она "является позитивной альтернативой метадону". И в этом случае Владимир Давыдович со своими компаньонами пытается извратить тот текст, который мы издали в виде брошюры "Осторожно - метадон". Приходится признать, что тактика "словоблудия", то есть вольного обращения с критикуемыми материалами, является типичной для представителя Казанского ГМУ, как и для большинства сторонников всемирного распространения программ заместительной терапии наркотической (опийной) зависимости. Поэтому во избежание дальнейших недоразумений нам и приходится так подробно пояснять каждую фразу наших оппонентов, снова повторяющих одни и те же доводы в защиту своих действительно абсурдных теорий, созданных с целью продвижения разрушительных для современного общества идей. Упомянув при разборе основных современных медицинских подходов к лечению наркоманий использование налтрексона - антагониста опиатных рецепторов (то есть вещества с противоположным действием, блокирующим наркотические эффекты опиатов), мы сразу в тексте сделали оговорку - "ни одно из подобных веществ, к сожалению, не оказалось настолько эффективно, с высокой степенью достоверности без других сопроводительных мероприятий, обеспечивая воздержание пациента от приема наркотических веществ опийного ряда". И далее по тексту: "Изолированный прием налтрексона может усиливать тенденцию к употреблению алкоголя, транквилизаторов и снотворных средств, препаратов индийской конопли. Это требует сочетанного назначения налтрексона с нормотимиками (карбамазепином, производными

вальпроевой кислоты), психотерапевтической поддержкой больного. В целом по совокупности позитивных свойств налтрексон, безусловно, может рассматриваться как средство выбора в противорецидивной терапии опиоидной зависимости". Как средство выбора, но не как "эффективную стратегию"...

Однако, в отличие от применения в наркологической практике любого агониста опиоидных рецепторов (то есть с подобным действием) дальнейший прием налтрексона (антаксона, протетоксона) позволяет улучшить психическое состояние пациентов, ускоряет спонтанную редукцию аффективных, невротоподобных, вегетативных, психопатоподобных нарушений, стимулирует процессы соматического оздоровления, способствует снижению выраженности влечения к приему наркотика, повышению степени личностно проработанного критического отношения к болезни, "размыванию" аддиктивных черт, облегчает включение пациентов в программы лечения и реабилитации и в итоге позволяет добиться повышения качества ремиссий. Естественно, такого результата можно добиться только при возможности широкого доступа пациента к программам медицинской и социальной помощи, психологического консультирования и использования различных психотерапевтических методик в процессе реабилитации и последующей его ресоциализации в атмосфере, свободной от наркотиков. Тем не менее, лично у нас нет никаких сомнений в том, что при схожем медико-социальном сопровождении молодых людей, страдающих опиатной зависимостью, шансов вновь обрести трезвую и счастливую жизнь у ребят, принимающих антагонисты опиатных рецепторов, намного больше, чем у тех, кто вынужден неопределенно долгий период регулярно принимать в официально установленном порядке наркотическое вещество, будь то метадон, дигидрокодеин, героин или любой другой наркотик. Ежедневное существование от дозы к дозе тягостно сказывается на психическом статусе легальных "метадонщиков", в то время как вынужденно трезвый образ жизни при грамотной работе окружающих пациента специалистов через достаточно непродолжительное время заставляет его серьезно задуматься о поиске путей, уводящих его все дальше от поначалу трудно преодолимого желания постоянно находиться в состоянии наркотического или викарного (заместительного) алкогольного опьянения.

Многочисленные клинические исследования подтверждают тот факт, что контролируемый прием налтрексона в большинстве случаев позволяет предотвратить повторное употребление опиоидов и развитие рецидива болезни, что является основой для успешной реализации программ превентивной (противорецидивной) терапии опиоидной наркомании [12]. Кстати, в данном случае информация взята из научного обзора Ю.П. Сиволапа, являющегося соавтором статьи, на которую ссылаются наши оппоненты, упоминая низкую эффективность использования налтрексона и других антагонистов опиоидных рецепторов в лечебных программах.

2. В данном пункте наши оппоненты свидетельствуют не только об отсутствии токсических эффектов даже при длительном приеме метадона, но и о его роли как стабилизатора иммунного статуса и нейроэндокринного состояния организма его потребителя.

Медицинские и социальные работники из различных регионов России и Ближнего Зарубежья сообщают нам о том, что "у женщин, например, быстро восстанавливается нарушенный из-за предшествующего употребления опиатов менструальный цикл". Нам известны современные научные изыскания по данной проблематике. Действительно, в 80-х годах ушедшего века исследованиями некоторых ученых было показано, что применение метадона целесообразно при беременности у матерей-опиоманок, так как с его помощью можно постепенно, в течение нескольких месяцев, снизить дозу опиатов, а затем полностью прекратить их прием, что должно предотвратить развитие наркоманического синдрома плода у новорожденного. На тот момент имелись лишь сообщения об умеренном влиянии метадона на активность некоторых транзиттеров и поведение плода. Если же полностью прекратить его прием до родов не удавалось, то обнаруживалось, что дети, рожденные от матерей,

получающих этот препарат, более доношены и жизнеспособны по сравнению с младенцами, рожденными от матерей, употребляющих героин.

Однако по другим, полученным чуть позже, сведениям, стало известно, что при применении метадона в период беременности синдром отмены обязательно развивается у новорожденных (Offideni, Fundaro). Сами сторонники внедрения ЗТ в странах Восточной Европы со временем признали, что основным недостатком в случаях применения заместительной терапии у беременных наркозависимых женщин является формирование опиоидной зависимости у плода - при применении метадона у 60 % новорожденных наблюдается неонатальный абстинентный синдром, при применении бупренорфина - у 20%. Немного позднее выяснилось, что метадон также оказывает и эмбрио- и фетотоксическое (на плод) действие, а неонатальная смертность при метадоновой наркомании выше, чем при героиновой [9].

В ушедшем веке большинство ученых-исследователей утверждало, что метадон малотоксичен [15]. Это утверждение позволяло применять его в странах-"первопроходцах" программ ЗМТ как у пациентов пожилого возраста, так и в педиатрической практике. Сторонники ЗМТ до определенного времени утверждали, что "метадоновые программы" снижают криминальную активность наркоманов, способствуют повышению их занятости и стабилизации дальнейшего функционирования в обществе. Некоторые авторы характеризовали эти изменения как улучшение "качества жизни" (life quality). Особенно важной стороной "метадоновых программ" выставлялось уменьшение риска развития таких заболеваний, как СПИД и ВИЧ-инфицированные состояния, туберкулез, сифилис, что в определенной степени способствует снижению смертности в среде больных наркоманией. Профилактика распространения ВИЧ-инфекции стала особенно значимым критерием медико-социальной эффективности различных превентивных программ (в том числе и метадоновых).

Чаще всего сторонники выдачи метадона наркопотребителям, заявляют о том, что при систематическом употреблении метадона могут наблюдаться только такие побочные эффекты: головные боли, головокружение, сонливость или бессонница, потливость, зуд, тошнота, рвота, запоры, боли в суставах различной степени выраженности, а также снижение либидо (полового влечения). Эти эффекты, говорят они, чаще наблюдаются при пероральном применении, чем при парентеральном введении, и чаще у амбулаторных больных, чем у пациентов стационаров [3,5].

Между тем, клинические наблюдения тех больных, которые по каким-либо причинам прекратили прием метадона, в течение нескольких недель или даже месяцев отмечались нарушения сна, раздражительность, беспокойство, общее недомогание, боли, слезотечение, стойкое нарушение половой функции, повышенная кишечная перистальтика, анорексия, т.е. отсроченные симптомы выделяемого рядом авторов "вторичного абстинентного синдрома". Более того, в медицинской практике при сопровождении лиц, выходящих из программ ЗМТ встречаются даже абстинентные психозы, развивающиеся после отмены приема метадона.

Прием метадона также отрицательно влияет на моторику при вождении автомобиля. В клинической практике описаны случаи быстро прогрессирующего зубного кариеса на фоне систематического приема метадона в форме сиропа. В некоторых работах отмечается, что при постоянном употреблении метадона происходит вымывание кальция из костей и в итоге это приводит к их повышенной ломкости и, соответственно, к высокой травматичности.

3. Начнем ответ на этот пункт обвинений наших оппонентов из различных уголков бывшего Советского Союза в псевдонаучном подходе к проведению дискуссии о перспективах внедрения в России программ заместительной терапии, в том числе метадоновой, с автобиографического очерка девушки, в свое время попавшей "на крючок" к одному из медицинских работников, предложившему ей избавление от героиновой

зависимости в виде перехода на более редкое употребление его синтетического аналога - метадона.

Впоследствии она успешно прошла курс реабилитации на базе Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского и смогла рассказать свою историю страданий, связанных с тем же "заместительным лечением", о преимуществах которого неустанно твердит проф. В.Д. Менделевич вместе со своими коллегами. Этот текст также был опубликован в неоднократно упоминаемой нами брошюре, написанной, напомним, совместно представителями Русской Православной Церкви и специалистами-наркологами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. В ней все желающие смогут найти опровержение в том числе и неожиданной мысли авторов критической статьи "Осторожно-псевдонаркология", ответственно заявляющих, что "рост толерантности к метадону в программах ЗМТ является чистейшим мифом". Да, контролировать прием метадона пытаются, но в случае появления у пациента стойкого желания прекратить посещение пункта выдачи наркотика, что происходит достаточно часто, ежедневную дозу элементарно увеличивают. Вот такое "снижение вреда"!

Елена Ф., 25 лет: "Я употребляла наркотики в течение пяти лет. Первые два года "сидела" на героине. Я очень хотела выйти из героинового ада, бросить пагубное зелье, изменить свою жизнь, но у меня не было никаких сил бросить героин, и никто мне не мог в этом помочь. Много раз лечилась в разных клиниках, в том числе и в платных, но кроме снятия физической зависимости "ломки", мне никто ничем помочь не мог. Правда, знакомый врач из одного платного центра при личной встрече посоветовал мне бросить героин с помощью метадона. По его словам - это легко, безболезненно и никаких усилий с моей стороны не требуется. Он объяснил, как и в какой дозе я должна принимать метадон. Он также подсказал, где я смогу его найти. Так в первый раз я попробовала метадон. Да, действительно, героиновою "ломку" сняла очень просто, и ощущения от метадона были не как от обезболивающих и седативных препаратов, а новые, необъяснимые и интересные для меня. Прошло две недели, я должна была уже "завязать" с так называемым лечением, но с каждым днем метадон мне нравился всё больше и больше, причём сразу это не осознала, всё произошло незаметно и быстро. Я сравнивала ощущения от принятия героина и метадона и отдавала предпочтение последнему. Мне очень понравилось то, что метадона требовалось меньше, а состояние дурмана держалось дольше, и оно было более приятным. Так я основательно переключилась на метадон, благодаря "деятельному" совету врача. Всем своим друзьям стала советовать лечиться с помощью метадона. И те, кто начинали его употреблять, уже не хотели возвращаться к героину, но и к нормальной жизни без наркотиков они также не хотели возвращаться. Шло время, метадон засасывал меня в свое болото всё сильнее, и у меня выработалось сильное влечение к нему - и психическое и физическое. Иллюзия того, что метадон экономичнее героина, исчезла. Теперь мне пришлось употреблять его также часто, как и героин, по несколько раз в сутки. Стоил метадон в два раза дороже, купить его я могла только у чеченцев. Чтобы доставать деньги на метадон, мне пришлось решиться на криминал, и я стала воровать. Пыталась ли я бросить потребление метадона? Да, пыталась, и неоднократно, но сделать было это теперь невозможно. "Ломки" от метадона были настолько тяжелыми, что их и сравнить ни с чем нельзя и описать словами невозможно, к тому же многие наркологи не берутся лечить метадоновых зависимых. Они советовали мне сначала "перескочить" на героин, а потом уже браться лечить от героина, но и перескочить с метадона на героин я уже не могла! На мой взгляд, вводить метадоновую программу означает менять "шило на мыло" и плодить ещё большее число наркозависимых, причем, уже безнадежных..."

Следует отметить, что в нашей клинической практике ни разу не фиксировался факт прекращения употребления наркотиков после проведения самостоятельного "курса" заместительной терапии метадоном. Напротив, при знакомстве с историями заболевания, становилось совершенно четко понятно, что период систематического употребления

метадона - это в подавляющем большинстве случаев вновь сформированная самостоятельная зависимость. Реже встречались больные с полинаркотической, то есть множественной зависимостью, для которых метадон был лишь одним из употребляемых ими наркотиков опийной группы. У таких пациентов чередовались периоды употребления метадона и героина или метадона, героина и ацетилированного опия. При этом инъекции метадона часто сопровождались регулярным курением каннабиноидов и частым употреблением алкогольных изделий.

В дополнение ко всему некоторые отечественные авторы также указывают на крайне высокую степень фармакофилии - стремления к постоянному получению дополнительных лекарственных средств у пациентов, находящихся на ЗТ. Больные мотивировали просьбы о дополнительных лекарствах желанием улучшить собственное психофизическое состояние, однако эта тенденция была устойчивой и в отсутствие выраженного абстинентного синдрома. Если же он всё же имел место быть, то всегда служил причиной употребления героина либо повышения дозы метадона. В своем клиническом обзоре авторы (Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков и др., 2003) провели сопоставление абстинентных состояний, развивающихся при отмене метадона и героина. "Были проанализированы данные анамнеза, клинические наблюдения, результаты терапии и катамнестические данные, касающиеся 7 больных героиновой наркоманией мужчин, проходивших ЗМТ в Германии и обратившихся за врачебной помощью в Россию для преодоления зависимости от метадона. Примечательно, что ни одному из пациентов, желающих прекратить прием метадона (а также ни одному из известных им других участников программ заместительной метадоновой терапии) не удалось самостоятельно сделать это вследствие сформированного синдрома зависимости. В процессе пребывания в клинике было отмечено затяжное и трудно прогнозируемое развитие синдрома отмены метадона, более высокая резистентность больных к клонидину и другим лекарственным средствам у зависимых от метадона лиц в сравнении с пациентами, проходящими лечение от героиновой зависимости (21 человек).

Проведенное авторами исследование носило предварительный характер в связи с небольшим количеством наблюдений, однако полученные результаты предоставили им достаточно оснований для следующих главных выводов:

- общая тяжесть психофизической зависимости от метадона не уступает тяжести героиновой зависимости и в ряде случаев может превосходить ее;
- абстинентный синдром при отмене метадона имеет более затяжной и менее предсказуемый характер, чем абстинентный синдром при отмене героина, что в значительной степени затрудняет процедуру детоксикации у участников ЗМТ;
- изменения личности и другие психические нарушения у принимающих метадон и употребляющих героин практически идентичны. Подобная гомотипия ставит под сомнение потенциальную возможность достаточной социальной реадaptации больных наркоманией при замещении героина метадонем;
- поддерживающее лечение метадонем не устраняет потребности больных наркоманией в нелегальных наркотиках;
- по крайней мере часть больных, длительно принимающих метадон в соответствии с программами ЗМТ, способны к продолжительному полному воздержанию от употребления психоактивных веществ;
- использование ЗМТ в России не имеет достаточного медицинского обоснования при наличии активно функционирующих альтернативных (не основанных на принципе замещения) лечебных программ" [11].

Кроме того, часть авторов считает, что главной проблемой метадонных программ является употребление алкоголя больными с опиоидной зависимостью. Так, согласно результатам исследования эффективности лечения метадонем 201 пациента с опиоидной зависимостью [11], приблизительно каждый пятый участник ЗМТ обнаруживал признаки алкогольной зависимости. Эти факты, в дополнение ко всему вышеописанному, еще раз

свидетельствуют о невысокой способности метадона даже постепенно снижать патологическое влечение (тягу) к интоксикантам, в том числе к алкоголю. А ведь сформировавшаяся полинаркомания еще больше осложняет прогноз пациента на выздоровление, то есть на полноценную жизнь в атмосфере, свободной от наркотиков [5,10]!

В данном контексте имеет смысл сделать ссылку на пункт 3 данного текста, где можно обнаружить наблюдения пациентов, некоторое время назад участвовавших в так называемых "лечебных программах" на территории других стран, а также возможные последствия от подобных манипуляций. При этом практически все описанные нами случаи свидетельствуют не о судьбе "пациентов с наркоманической мотивацией", а конкретно о печальном опыте участников программ ЗМТ, хотя по сути своей и те и другие равнозначны.

Профессор Менделевич с соавторами в данном пункте заявил, что "опасность повышенного риска передозировки в случае приема героина за счет механизмов перекрестной толерантности является надуманной".

Позволим себе в качестве комментария к данному утверждению еще раз сослаться на статью академика РАМН, директора ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, д.м.н., проф. Т.Б. Дмитриевой, написанную совместно с руководителем Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма, д.м.н., проф. А.Л. Игониным в 2006 году: "В современной наркологической практике встречаются пациенты с длительным сроком «злоупотребления» наркотическими веществами, выраженным синдромом зависимости от их приема и сопутствующими инфекционными заболеваниями. Многие из них вообще не собираются прекращать употребление наркотиков. Они ВИЧ-инфицированы, склонны к совершению криминальных действий и суицидов, безразличны к своей судьбе. Программа "снижения вреда от наркотиков" позволяет, по замыслу ее создателей, установить постоянный контакт с такими лицами, что само по себе является достижением. Выдача заменителей героина представляет собой тот самый пряник, который дает возможность обеспечить сотрудничество пациентов с социальной службой. Наряду с этим ведется и менее приятная для больных деятельность, связанная с контролем за ними, профилактикой ВИЧ-инфекции, снижением риска совершения противоправных действий, привлечением к общественно-полезному труду и тому подобными мероприятиями. Но даже те специалисты, которым удалось воплотить в жизнь программу снижения вреда от наркотиков с годами разочаровываются в них. Оказывается, что метадон сам по себе вызывает тяжелую зависимость, которая сопровождается эмоциональными, волевыми и интеллектуальными расстройствами. Кроме того, больные "восполняют" недостаточный, с их точки зрения, эффект от приема метадона использованием иных лекарственных препаратов с эйфоризирующим действием. Это усугубляет картину. Смертность среди лиц, включенных в программу, оказалась, по результатам ряда исследований, столь же высокой, как и при приеме героина" [4].

Трудно не согласиться с мнением именитых российских ученых и еще труднее обвинить их в псевдонаучном подходе к пониманию сути проблем, связанных с последствиями от внедрения в современную наркологию идей "снижения вреда", включая программы "заместительной терапии".

В апреле 2007 года на информационном Интернет-ресурсе "Нет - наркотикам" была размещена переведенная на русский язык статистика смертности от передозировок за период с 1999 по 2005 годы на территории Соединенных Штатов Америки. Исследование было проведено в 2006 году Луи А. Фингерхутом, сотрудником отдела анализа и эпидемиологии Национального центра медицинской статистики, США.

"Метадон классифицируется Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), используемой в США с 1999 года, отдельно от других опиатов и наркотических средств, однако в предыдущей МКБ-9 он отдельно не выделялся. Таким образом, опубликованные материалы предоставили первую возможность достоверно оценить тенденции смертности от метадона на территории государства, в прошлом строго

придерживавшегося жесткой антинаркотической политики, противодействующей любой возможности внедрить ту или иную разновидность программ "снижения вреда". Проведенный анализ информации за период времени с 1999 по 2004 годы показал, что количество смертей от общих отравлений выросло на 54 процента и составило 30308 случаев, в то время как количество смертей от отравлений, в которых упоминался метадон, возросло на 390 процентов и составило 3849 случаев. При этом относительный рост смертей от отравлений, связанных с употреблением метадона, за период с 1999 по 2004 годы был выше, чем у любого другого вещества. www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/methadone1999-04/methadone1999-04.htm

Полученные данные напрямую свидетельствуют о большей опасности метадона в сравнении с каким-либо другим наркотическим средством вызывать спонтанные передозировки на фоне употребления иных опийных наркотиков, что не может не тревожить заинтересованных специалистов из соответствующих американских государственных служб. В принципе, также, как и нас с вами.

С 1999 года от 73 до 79 процентов смертей, в которых упоминался метадон, классифицировались как непреднамеренные (в 2004 году 3202 случая), 11-13 процентов классифицировались как произошедшие по неизвестным причинам, 5-7 процентов - самоубийства, менее 1 процента - убийства и около 1 процента - от травм, не связанных с отравлением. В то же время, только от 4 до 6 процентов смертей, в которых упоминался метадон, не были кодированы в качестве смерти от травм".

За прошедшие годы накопилось немало достоверной информации, подтверждающей то, что проведение программ заместительной терапии практически не влияет на сокращение числа больных, использующих парентерально другие наркотики, в том числе героин. Значительное количество лиц исключается из программ ЗМТ в связи с выявлением факта употребления "уличных" наркотиков [9]. И больные, покидающие программы ЗМТ, в подавляющем большинстве случаев снова возвращаются на прежний уровень наркотизации.

В качестве дополнительной иллюстрации к причинам такого беспрецедентного роста общего числа передозировок на фоне приема метадона, позвольте представить Вашему вниманию еще одну таблицу, на этот раз демонстрирующую тенденцию, прослеживаемую практически во всех программах ЗМТ во всем мире - свыше 50% лиц, включенных в "метадоновые проекты" продолжают употреблять незаконно приобретенный на улице героин. С учетом способности субстанции метадона аккумулироваться (накапливаться) в клетках печени и жировой ткани, с каждым годом ежедневного потребления пускай даже минимальной дозы этого синтетического опиата, риск смертельной передозировки на фоне инъекционного употребления любого другого препарата опийной группы резко возрастает.

Таблица №3.

Употребление героина в исследованиях ЗТ без наличия контрольной группы

Исследование	Количество больных	Результаты
Bale et al., 1980 [16]	59	53 % не употребляли героин в течение последнего месяца
Ball & Ross, 1991 [17]	339	83 % не употребляли героин в течение последнего месяца
Condelli & Duntemann, 1993 [19]	536	83 % употребляли героин реже 1 раза в неделю
Kang & DeLeon, 1993 [23]	152	49 % не употребляли героин в течение последнего месяца

Несмотря на наивные заверения авторов статьи "Осторожно-псевдонаркология" об осторожных пациентах программ "заместительной терапии", знающих, в отличие от нас, о феномене перекрестной толерантности метадона и других опиатов и в соответствии с этим знанием предварительно старающихся снизить перед употреблением того же героина дозу метадона, количество смертельных исходов от передозировок на фоне ежедневного приема во всем мире неуклонно возрастает. В связи с чем, считаем и этот вопрос закрытым и не требующим более "живой и заинтересованной дискуссии" специалистов. Более того, с нашей точки зрения, приведенное выше утверждение свидетельствует о невысокой степени профессионализма и научности авторов подобных словосочетаний. Как писал один известный русский писатель-сатирик: "Унтер-офицерская вдова сама себя высекла"... Возможно, в своей пропагандистской работе они и рекомендуют пациентам снижать дозу получаемого в специальном пункте одного наркотика перед приемом другого, приобретаемого на улице, но сами наркозависимые крайне редко способны задуматься о каком-либо уменьшении количества потребляемых ими наркотических средств. И чаще всего потребляют в кратчайшие сроки столько, сколько получится приобрести, оставляя часть для утреннего приема. Благоразумные наркоманы со стажем встречаются в основном в фильмах и книгах, но не в реальности. А само утверждение авторов критических очерков "Осторожно - псевдонаркология" о том, что лица, включенные в программы ЗТ, иногда желают "получить ожидаемый эффект от употребления героина" в очередной раз свидетельствует о парадоксальном расхождении теории программ "заместительного лечения" с практикой. Для чего затрачивать огромные средства на финансирование проектов, участвуя в которых, героиновый наркоман к тому же становится и метадоновым? О каком дальнейшем отказе от потребления ПАВ может в таких случаях идти речь? Кто и что надумал, если во всем мире продолжают гибнуть от передозировки опиатами на фоне приема метадона или бупренорфина сотни и тысячи молодых людей, так и не успевших обрести радость трезвого бытия?! К сожалению, такие вопросы обычно остаются без ответа... Но мы уверены, что рано или поздно ответственность за безвременно погибших ребят и горе близких ляжет на тех, кто способствовал распространению таких смертоносных идей.

В данном пункте соавторы совместной позиции "Осторожно-псевдонаркология" снова пытаются обвинить нас в фальсификации в связи с публикацией нашего мнения о продолжающемся на Западе закате программ "заместительной терапии" вследствие нарастающего разочарования их невысокой степенью эффективности и трагическими последствиями от их внедрения в наркологическую практику многих стран.

Попробуем еще раз, более подробно, остановиться на том, какие процессы сегодня выявляются при внимательном просмотре информации о масштабах использования практики официальной выдачи в Европе, Австралии и Северной Америке препаратов опиной группы потребителям инъекционных наркотиков. По информации на 2005 год, в программах заместительной терапии (в том числе с использованием метадона) в странах Евросоюза, включая Болгарию, Румынию и Норвегию, участвовало более 500 000 человек (по терминологии EMCDDA - клиентов). Из них, за исключением Чешской Республики и Франции, где по-прежнему преобладают бупренорфиновые программы, 90% приходится на официальную выдачу наркозависимым метадона. В Дании, Испании, Мальте, Нидерландах и в какой-то мере в Германии отмечается стабилизация уровня потребления метадона для медицинских нужд. В тоже время поиски более удобных во всех отношениях наркотических средств для проведения заместительной терапии продолжают. Однако вопрос его нахождения, судя по всему, скоро станет риторическим, поскольку Европейское сообщество просто заблудилось в замкнутом круге, которое само себе создало с подачи известных международных общественных организаций.

На сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам в 1994 г. представитель Швейцарии сделал официальное заявление о том, что его правительство намечает проведение нового для его страны эксперимента - выдачу героина больным героиновой

наркоманией. Как обоснование этого необычного шага своего правительства, представитель Швейцарии отметил, что они сочли целесообразным перейти на выдачу больным наркоманией героина, поскольку применение метадона не дало того положительного эффекта, который ожидался при запуске программ ЗМТ в этой стране.

Чуть позже появилась информация из Австралии о переходе на "героиновый паек" вместо регулярной выдачи метадона потребителям инъекционных наркотиков. Посольство этого государства в Российской Федерации в своем письме № 18 от 15.08.95 г., обосновывая позицию своего правительства, в частности, отмечало: "Практика раздачи метадона теряет эффективность. Поскольку метадон не дает желаемого эйфорического эффекта, наркоманы им пренебрегают".

На 66-й сессии ООН в мае 1999 года при обсуждении швейцарского эксперимента по выдаче наркоманам наркотических средств член Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН) из Германии О. Шредер заявил, что в ряде регионов Германии начинают более внимательно относиться к тому, что происходит в соседней Швейцарии, так как в последние годы от применения метадона все чаще регистрируются серьезные осложнения, почти в 2 раза увеличилась смертность. В газете "Frankfurter Allgemeinen Zeitung" от 04.05.1999 года предлагалось более осторожно использовать метадон и усилить контроль за его применением, так как в 1997 году в Германии от метадона погибло 100 больных наркоманией, а в 1998 году - уже 240 [1]. Наиболее вероятно, что эти цифры отражают не столько прямой ущерб от самого метадона, сколько последствия сочетанного потребления метадона вместе с "уличными" наркотиками, бензодиазепинами и алкоголем. На это указывают, в частности, данные [21,22]. Удержать больных от подобных нарушений предписанного режима оказалось невозможным из-за сохраняющегося патологического влечения к приему наркотиков, которое постоянно толкает больных на поиски средств более глубокого одурманивания.

Несмотря на то, что эти заявления были встречены острой критикой и стали предметом специального обсуждения на заседании МККН, Комиссия ООН по наркотическим средствам столкнулась с вновь нарождающейся тенденцией возврата к "наркотическому пайку" - контролируемой системе выдачи наркоманам соответствующих наркотиков, включая метадон или героин.

Чуть позже, в 2000 году, в Германии был принят закон о создании в стране сети пунктов раздачи и употребления слабодействующих наркотических препаратов, которые были названы "Fixerstuben". Новый закон предусматривает право властей каждой федеральной земли ФРГ самим решать, открывать на своей территории такие пункты или нет. Первые "Fixerstuben" уже действуют в Гамбурге, Ганновере и Франкфурте-на-Майне. Заявленная цель создания таких пунктов - помогать людям освободиться от наркотической зависимости. Конечно, для многих здравомыслящих наркологов подобная задача, недостижимая по определению, не может вызвать ничего, кроме смеха, смешанного со слезами. В каком же тупике оказалась современная европейская наука, если выдачу наркотика теперь в Евросоюзе стали называть освобождением от наркотика?! И какой ценой она платит за свои решения?! Ведь смертность от передозировок наркотиками, несмотря ни на что, и там остается на высоком уровне! Еще один парадокс современной цивилизации, не иначе...

Примерно в то же время представители ООН заявили, что создание пунктов употребления наркотиков противоречит соответствующим международным конвенциям. Что же заставило эти страны пойти на нарушение международных договоренностей? В пунктах раздачи наркоманы смогут получить наркотики только после осмотра врача и обязательной регистрации. По мнению законодателей, такая процедура поможет не просто перевести часть наркоманов с "сильных" наркотических веществ на "слабые", но и успешно контролировать рынок, до этого принадлежавший наркомафии. К тому же, фиксируя каждого пришедшего в такой пункт наркомана, правительство получит более достоверные цифры о

распространенности наркомании в стране. Жаль, что немногим специалистам-наркологам из стран Европы приходит в голову мысль, что чем больше в их государствах будет построено подобных "раздаточных пунктов", тем больше с каждым годом у них будет регистрироваться лиц, потребляющих наркотики. И в итоге это приведет к тотальной наркотизации общества. Для подтверждения этой мысли рекомендуем еще раз взглянуть на п.3 в этой публикации на выдержки из текста речи шведского эксперта из Института Карнеги Нильса Бейерута. В нем все акценты расставлены, что называется, в духе времени.

Дальше - больше. В декабре 2002 года Министерство здравоохранения Канады (Health Canada) разработало и опубликовало стандарты деятельности пунктов безопасного употребления инъекционных наркотиков в рамках пилотных программ, которые были впоследствии запущены в Ванкувере, Торонто и Монреале. "Большинство членов комитета признают огромное значение предложенного пилотного проекта по проверке эффективности терапии с применением героина для лечения героинозависимых, которым не помогла метадоновая терапия. Многие из них поддерживают проведение этого проекта, - говорится в отчете, - Министерство здравоохранения Канады (Health Canada) должно оказывать активное содействие и поддержку пилотному проекту, а также проводить его оценку".

Следует отметить, что члены парламента были не единодушны в оценке программ снижения вреда, проводимых в Европе. Так, заместитель председателя совета экспертов, член Канадского альянса Рэнди Уайт (Randy White), подверг резкой критике предложение о создании пунктов безопасного употребления инъекционных наркотиков. По его мнению, подобная мера будет способствовать скорее распространению зависимости от приема героина, чем ее лечению: "Как они могут выступать за программы, способствующие продолжению употребления наркотиков, вместо того, чтобы поддержать те программы, которые помогают потребителям пройти детоксикацию и реабилитацию?".

В 2003 году в Великобритании в сентябрьском номере специализированного медицинского журнала "British Medical Journal" был опубликован доклад, посвященный необходимости проведения в стране дополнительных исследований по вопросу эффективности назначения героина потребителям наркотиков перед началом лечения. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7416/638-b>

В докладе сказано о слабости доказательств, подтверждающих необходимость назначения героина, и о недостатке исследований в этой области. Сотрудница Департамента социальной науки и медицины (Imperial College, Лондон) Ники Метребьян (Nicky Metrebian), один из авторов доклада, заявила: "Имеющиеся данные говорят о том, что героин является потенциально эффективным средством лечения для некоторых пациентов - особенно людей, употреблявших инъекционные наркотики в течение долгого времени. Однако до сих пор неясно, сможет ли эффективность назначения героина компенсировать побочные эффекты... Более широкое назначение героина приветствуется главным образом для улучшения состояния здоровья потребителей наркотиков, однако оно должно сопровождаться тщательными научными исследованиями его эффективности для лечения". В опубликованном докладе говорится, что случаи назначения героина в качестве лечебного средства редки. Из 70 имеющих разрешение на назначение героина врачей только 46 на практике прописывали его своим пациентам. Таких пациентов насчитывается 448 человек на всю Великобританию. Гораздо большее количество людей - по оценкам, от 40 000 до 80 000 человек - проходило лечение с использованием метадона. Данный доклад, профинансированный независимой исследовательской организацией Joseph Rowntree Foundation (Фонд Джозефа Роунтри), является первой попыткой разобраться, как и в каких целях назначают героин на Британских островах. По мнению авторов доклада, использование героина в лечебных целях должно сопровождаться систематическим наблюдением и оценкой. Кроме того, в различных регионах необходимо проводить сравнение эффективности героина и стандартного лечения с использованием метадона. "Если через 10 лет мы по-прежнему будем сталкиваться с неопределенностью в этой сфере и

искать ответ на вопрос об эффективности назначения героина, то эта концепция докажет свою несостоятельность", - к такому выводу пришли английские ученые. Полный текст доклада можно найти по адресу: www.jrf.org.uk.

Спустя 3,5 года, в декабре 2006 года, после проведения соответствующих исследований и экспериментов, по сообщению информационного агенства "Лента.ру", шотландские ученые предложили заменить используемый метадон более дешевым и безопасным препаратом. То есть его опасность к настоящему времени уже ни для кого из зарубежных специалистов не является неожиданностью. Результаты научной работы, проводившейся в Эдинбурге в течение последних лет, свидетельствуют о том, что препарат дигидрокодеин более безопасен, чем метадон, до сих пор используемый в качестве заменителя героина. В эксперименте приняли участие 235 жителей Эдинбурга, проходивших лечение от наркотической зависимости. Отчет об исследовании опубликован в декабрьском номере номера журнала *Addiction*. Авторы публикации при этом подчеркивают, что дигидрокодеин более чем в два раза дешевле метадона. В настоящее время заместительная метадоновая терапия для одного страдающего наркоманией британца обходится государству в 1,5 тысячи фунтов (около 3 тысяч долларов) в год. Кроме того, по данным проведенных исследований, дигидрокодеин действует мягче метадона, и поэтому больше подходит для оказания помощи социально опасным пациентам, например, преступникам, отбывающим тюремное заключение. По мнению доктора Роя Робертсона из Эдинбургского университета - ученого, курировавшего проведение данных научных изысканий, дигидрокодеиновая терапия может стать одним из альтернативных методов лечения наркотической зависимости в тех случаях, когда применение метадона по тем или иным причинам оказывается неприемлемым. "Как в случае с другими хроническими заболеваниями, необходимо иметь несколько альтернативных способов лечения, чтобы врачи могли выбрать из них наиболее соответствующий индивидуальным особенностям каждого пациента", - считает шотландский ученый.

В конце декабря того же, 2006 года, коллегия оценки лекарственных препаратов Голландии одобрила средство для заместительной терапии, в котором содержится героин. Председатель комиссии, рассматривавшей этот вопрос, профессор Ян ван Рее, заявил, что в специализированных клиниках подобные медикаменты применяют уже довольно давно. Однако чтобы проводить такое лечение, больнице необходимо получить соответствующую лицензию министерства здравоохранения Нидерландов. По словам ван Рее, благодаря приему медицинского препарата, содержащего героин, состояние пациентов, страдающих наркотической зависимостью, значительно улучшается, и они получают возможность участвовать в жизни общества. Только вот в чем именно будет выражаться такое участие, авторы подобных изречений стараются не говорить. Таким образом, и в этой стране признали бесперспективность и опасность применения метадона при проведении программ "заместительной терапии", постепенно отдавая предпочтение "надежному" и проверенному героину.

По данным Национального института по вопросам злоупотребления наркотическими средствами (National Institute on Drug Abuse - NIDA, 2002), США, по меньшей мере, половина пациентов, которым предложена метадоновая терапия, отказываются от нее. Им часто не нравится атмосфера в клиниках, используемый препарат, им хотелось бы иметь больше прав в решении вопросов, непосредственно касающихся лечения, чем те, которые предлагают подобные заведения. В связи с этим, 3 октября 2002 года представители органов здравоохранения и законодательной власти США сообщили, что, благодаря разрешению на применение двух новых препаратов и новому законодательному акту, наркозависимые в Соединенных Штатах скоро смогут проходить лечение конфиденциально в кабинетах своих лечащих врачей.

Препараты, о которых идет речь, имеют в своем составе наркотическое болеутоляющее средство бупренорфин (*buprenorphine*). Разрешение на их применение было подписано

Управлением США по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (US Food and Drug Administration, FDA), и теперь, в соответствии с законом, подписанным в 2000 г. президентом Биллом Клинтонем, они могут отпускаться в аптеках по рецептам врачей, имеющих на это специальное разрешение. Субутекс (Subutex) стал первым лекарственным препаратом, который на законном основании может быть назначен наркозависимым пациентам и позволят им не обращаться каждый раз за помощью в клиники с низким уровнем обслуживания. Как и метадон, бупренорфин является веществом, родственным морфину. По отношению к бупренорфину нельзя исключать возможности «злоупотребления», его передозировка может привести к смертельному исходу.

Бупренорфин в чистом виде продается под торговой маркой Subutex.

Субоксон (Suboxone), второй одобренный лекарственный препарат, содержит налоксон (naloxone), препятствующий воздействию опиоидов на мозг.

"Я надеюсь, что одобрение со стороны FDA поможет побудить частный сектор удвоить усилия по поиску новых средств лечения наркозависимости", - сказала Оррин Хэтч (Orrin Hatch), сенатор-республиканец от штата Юта, содействовавшая продвижению законопроекта. Она особо подчеркнула, что употребление наркотиков по-прежнему должно считаться противозаконным, (с чем многие были согласны), но, в то же время, выразила надежду, что когда-нибудь к наркозависимым все-таки начнут относиться как к пациентам, а не как к преступникам.

Таким образом, во многих странах мира поэтапно проводят стратегии, легализующие факт употребления каждым индивидуумом некогда запрещенных законом наркотических веществ. Начинается все с программ обмена игл и шприцов (ПОИ, ПОШ), далее, после соответствующей информационной обработки всех слоев населения и сотрудников государственных служб следует внедрение программ заместительной терапии. Будет ли это метадон, бупренорфин, дигидрокодеин или что-либо иное из группы опиатов - не столь важно. Главное в данном случае - приучить общество к тому, что потребитель наркотиков - это больной человек с хроническим неизлечимым рецидивирующим заболеванием. Полную трезвость, по словам специалистов, подобных тем, что подписались под критическим очерком в наш адрес, обрести наркоман уже не сможет, поэтому целесообразно дать ему то, что он хочет, то есть сдать его в некое пожизненное рабство к наркотику. И все слова, подтвержденные достоверными аргументами об эффективности реабилитационных программ, ориентированных на полное воздержание от любых наркотических средств, странным образом заглушаются многоголосным хором разнокалиберных идеологов программ "снижения вреда", на самом деле таковыми не являющихся. В конце концов, устав экспериментировать с различными модификациями опиатов, часть медицинских и социальных работников из разных стран мира под определенным давлением общественных организаций, созданных на деньги соответствующих Международных фондов, просто решила выдавать наркопотребителям все тот же героин. Иначе как идиотизмом со смертельным исходом подобное лечение назвать невозможно. Это самая настоящая игра на поражение. Только наступает оно не сразу.

Как сообщают авторы совместной позиции "Осторожно - псевдонаркология", осуждающей псевдонаучность высказанных нами на страницах информационно-аналитического обзора "Осторожно - метадон", доводов против внедрения программ "снижения вреда", включая ЗТ, в российскую наркологическую практику: "В 1998 году в США на заместительной терапии метадоном находилось около 120 000 пациентов (Alteman A.I. et al., 1998, p.465. В последующие годы количество их увеличивалось в соответствии с ростом обращений за лечением по поводу героиновой зависимости и к 2005 году это количество удвоилось, составив 240 000 (Medication-Assisted Treatment...EMCDDA, 2005)". В данном предложении обращает на себя внимание выделенная жирным шрифтом фраза, способная объяснить такое значительное повышение количества участников программ ЗМТ в США. В тоже время цифры, приведенные группой авторов в критическом отзыве

"Осторожно-псевдонаркология", призваны продемонстрировать нам торжество программ ЗМТ в этом цивилизованном государстве. Они, конечно, впечатляют. Но только того, кто забывает о том, что количество чаще всего не подразумевает качества. По данным на конец 2006 года, 85% всего метадона для программ заместительной терапии потребляют страны, входящие в Евросоюз и США, причем на Европу приходится около одной трети этого наркотического продукта. Все остальное уходит на нужды американских "бывших" наркоманов, ставших теперь метадоновыми. Часть из них, возможно, постепенно перестанет употреблять "уличный" героин, предпочитая после приема официального метадона курить гашиш, употреблять алкоголь, барбитураты или регулярно принимать психостимуляторы в ночных клубах. Иные же сохраняют свое пристрастие к героину, и, несмотря ни на какую перекрестную толерантность, о которой им когда-то возможно сообщали работники сети программ "снижения вреда", будут употреблять его в привычном для себя количестве. В случае недостижения желаемого наркотического эффекта, доза может быть произвольно доведена до смертельного уровня. Именно с этим фактом связано возросшее за последние годы количество смертельных передозировок, связанных с метадоном, в этой стране. При этом, чем больше лиц, страдающих зависимостью от героина, обращается за медицинской помощью, которая все чаще в США заключается в элементарном назначении метадона, тем больше участников программ ЗМТ мы видим. Таким образом, и в данном случае снова искусственно формируется некий замкнутый круг, из которого наркоману выбраться чрезвычайно трудно. Продолжая регулярное потребление вместе с выписываемым метадоном других наркотиков, он по-прежнему остается социально опасным элементом, способным нанести вред, как окружающему обществу, так и самому себе.

Если взглянуть на опубликованные в специальном обзоре по наркоситуации данные (Manual Report-selected issues, EMCDDA, 2006) о количестве обратившихся за экстренной медицинской помощью, связанной с употреблением наркотиков, в городе Амстердам (Нидерланды) за период с 2000 по 2004 г.г., то можно увидеть их постоянный ежегодный прирост. Причем в отчете названы практически все виды потребляемых с опасностью для жизни наркотических средств, в том числе опиаты. То есть в одной из самых "продвинутых" стран, где очень сильно развита сеть программ "снижения вреда", с каждым годом растет нагрузка на медицинский персонал скоропомощных больниц, принимающих наркоманов. Где же экономическая выгода для государства?! А где, то самое снижение вреда от приема наркотических средств?! Получается, мы снова сталкиваемся с очередным парадоксом, пришедшим в европейскую наркологию вместе с этими странными программами.

И вечный вопрос - что первое: курица или яйцо в очередной раз не дает нам покоя! Для чего нужны программы, консервирующие проблему, но не уничтожающую ее базисные причины, основу той самой наркопирамиды, о которой было сказано в том же п.3 наших пояснений на тему псевдонаучности?! В США ситуация с потреблением "уличных" опиатов, включая метадон, в целом остается стабильной, но чрезвычайно напряженной. Скорее всего, с этим и связан рост числа участников программ ЗМТ. Данная проблема могла бы кому-то показаться несущественной, но продемонстрированный выше катастрофический рост количества смертельных передозировок опиатами, особенно - ассоциированных с метадоном, за последние 5 лет заставил американскую общественность внимательнее взглянуть на происходящую рядом с ними трагедию. Именно от безысходности, обусловленной столь высокой распространенностью наркологических расстройств, включая героиновую наркоманию, а также из-за гипертрофированного в последнее время чувства поддержания любых демократических свобод в обществе, максимальной отмене ограничений прав каждой личности в том числе, в прошлом были приняты решения о расширении американских программ ЗМТ. Только сейчас в полной мере проявились трагические последствия от такой "антинаркотической" деятельности. В нашей предыдущей работе, которая вызвала бурю негодования у некоторых медицинских и социальных работников в стране и за ее пределами, мы уделили недостаточно внимания статистическим

и социологическим исследованиям по данной проблематике. Теперь у нас появилась такая возможность, которой мы и воспользовались в данной работе. Выражаем благодарность сотрудникам Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, а также специалистам Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) за предоставленные для написания данного текста информационные материалы.

Следует отметить, что организация EMCDDA в публикуемых материалах приводит те же доводы в пользу программ ЗМТ, о которых постоянно говорит и пишет профессор Менделевич. При этом аналогичным образом даются ссылки на документы ВОЗ и ООН в лице Управления по наркотикам и преступности. В то же время в отчете о проделанной антинаркотической работе за 2006 год неоднократно упоминается лечение, основанное на отказе от потребления ПАВ, включая опыт терапевтических сообществ, и говорится о хороших результатах у тех, кто остается в них на 3 месяца и более (Farrel et al., 2005). Также сообщается, что 16 европейских государств, входящие в Евросоюз, признают заместительную терапию как одну из возможных форм лечения наркозависимости. Однако, как бы то ни было, в четырех странах: Чехии, Венгрии, Польше и Словакии лечение в атмосфере, свободной от наркотиков, является наиболее распространенным видом оказания наркологической помощи населению. Испания и Швеция в настоящее время при работе с потребителями инъекционных наркотиков балансируют между их медикаментозным сопровождением и проведением лечебно-реабилитационных мероприятий без использования наркотических веществ.

Таким образом, как правильно подметил проф. В.Д. Менделевич со своими коллегами: "при нынешних возможностях доступа к информации говорить неправду становится все труднее". То, что страны Европы и Северной Америки не планируют в ближайшее время отказываться от программ заместительной терапии, свидетельствует лишь о полном бессилии местных наркологических и служб и правоохранительных структур перед натиском повального стремления их жителей к тотальной наркотизации. Вместе с тем дельцы-фармацевты, улучив момент, предложили им иллюзорный выход из непростого положения. Но это никак не может означать признания и нашей с Вами беспомощности перед продолжающимся ростом распространенности наркомании во всем мире.

Послесловие

При вступлении в навязываемую некоторыми заинтересованными людьми дискуссию о планах постепенного внедрения программ заместительной терапии на территорию Российской Федерации, нельзя забывать о том, что у нас полностью отсутствует база для их проведения. Находится в зачаточном состоянии система социальной помощи больным наркологического профиля. К сожалению, на сегодняшний день возможности отечественной наркологической службы, как уже не раз говорилось выше, весьма ограничены. В тоже время любые виды реализации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров сегодня очень быстро переходят в руки криминальных элементов и организованных преступных группировок. Особенно высок риск такого рода в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, где в первую очередь предлагается внедрить программы "снижения вреда от наркотиков". К сожалению, метадон стал притчей во языцех в связи с наличием в нашей стране чрезвычайно агрессивных лоббистов, требующих разрешить его применение. Их активность обусловлена всем известными коммерческими и политическими мотивами. Уже давно ни для кого не секрет, что внедрение метадона в такой большой стране, как наша, сулит заинтересованным иностранным фармацевтическим фирмам огромные прибыли. В тоже время, отказ России от программ "снижения вреда" может явиться удачным поводом для заявлений об отставании России в развитии демократии

с применением соответствующих санкций. Пока, слава Богу, до этого не дошло. Будем надеяться, что этого не произойдет и впредь.

Но даже если кто-то на Западе и решит обвинить наше правительство и весь народ в следовании своим собственным принципам и идеям, обусловленным историческим прошлым, то он в любом случае окажется неправ, поскольку только, сохранив национальную самоидентификацию, наше общество сможет противостоять силам, желающим любой ценой разрушить умы и сердца русского народа. И как бы не старался профессор В.Д. Менделевич с компаньонами уйти от политической составляющей программ "снижения вреда", она все равно здесь четко просматривается. Что касается медицинских аспектов данной проблемы, надеемся, нам удалось грамотно отстоять свою врачебную и научную позицию, которую разделяет не одна тысяча коллег, а также прояснить гражданскую, с которой согласится не один миллион тех, кто сегодня с нами рядом.

Подводя итог всему изложенному выше, проведем одну историческую параллель, которая сможет помочь каждому из нас глубже вникнуть в суть некоторых процессов, происходящих в современном мире.

В начале прошлого века мало кто мог себе представить, что национализм - явление, недостойное уважения. В то время оно было синонимом понятия "патриотизм". Гордость за прошлое своей страны, за ее культурную самобытность не покидали сердца сограждан. Чуть позже, в 20-х годах, в Европе начало набирать силу движение, ставшее вскоре смертоносным практически для всех народов мира - фашизм. Это страшное явление навсегда запечатлелось в памяти многих миллионов людей. На первых порах оно скрывалось под казавшимся на тот момент более безобидным термином - нацизм, что не меняет его сути. При этом созданный режим постепенно с помощью искусных ораторов и пропагандистов смог извратить смысл национальной идеи, преобладающей в сознании многих европейцев после первой Мировой войны. С начала 30-х годов во многих странах Старого Света стали появляться политические лидеры, декларирующие право одной нации доминировать над другой. Тогда же открыто заявлялось, что для установления новой "идеальной" власти любые цели оправданны. Вскоре подобным теориям удалось глубоко укорениться в сознании очень многих европейцев. В итоге большая часть государств Европы рухнула на колени перед Третьим Рейхом, залившим кровью почти всю карту мира. Так неужели и руководство Советского Союза должно было, учитывая ставшее невероятно популярным в европейских странах движение и принимая во внимание его политическую и военную мощь, допускать фашистских лидеров к совместному управлению страной? Если бы произошел такой сценарий, то позже некому было бы встать на защиту общемировых ценностей, жестоко попранных Адольфом Гитлером и его соратниками. Так или иначе, в то время пол-Европы оказалось подвластно нацистскому режиму. Многие страны даже не сопротивлялись при вторжении немецко-фашистских захватчиков. А когда осознали всю ошибочность своего смертельного выбора, было уже поздно - враг уничтожал местное население. Отдаленные последствия сиюминутного выбора, к сожалению, редко учитываются, особенно если он подкреплен щедрым материальным вознаграждением или возможностью обретения власти над окружающими людьми. Эту мысль мы и хотели донести до тех, кому безразлична судьба своей страны, своего народа.

И напоследок, ни в коей мере не возражая против права авторов статьи "Осторожно-псевдонаркология" отстаивать свои убеждения, не способные нанести вред российскому сообществу, необходимо еще раз подчеркнуть, что научный подход к дискуссии на актуальные и дискуссионные проблемы подразумевает адекватное использование фактов, а не манипулирование ими, а также выдерживание последовательности изложения используемых аргументов для получения в полной мере реальной картины анализируемой проблемы. Любое искажение Истины всегда рано или поздно оборачивается серьезной проблемой для того, кто сознательно идет на этот опасный шаг.

Литература

1. Бабаян Э.А. Закат метадонных программ. // "Независимый психиатрический журнал" III.-2001.-С.8-11.
2. Бабаян Э.А. О применении метадона. // Вопросы наркологии. -1996. - № 3. - С.43-46.
3. Воронин К.Э. Использование метадона для лечения больных опийной наркоманией. // Вопросы наркологии. - № 2. - 1994. - С.13-15.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. // Наркология. - 2006.- №1.- С.56-60.
5. Должанская Н.А., Егоров В.Ф., Харьковская Н.В. Метадоновая терапия: обоснование применения, история внедрения, оценка эффективности. // Вопросы наркологии.-1994. - №2.-С.2-13.
6. Иванец Н.Н., Альтшулер В.Б. "Заместительная терапия" наркомании метадонном и другими опиоидными наркотиками: происхождение, суть и тенденции. // Вопросы наркологии. - 2004. - №2. - С. 3-7.
7. Краснов В.Н., Иванец Н.Н., Дмитриева Т.Б., Кононец А.С., Тиганов А.С. Меморандум "Нет" метадонным программам в Российской Федерации (применение метадона нельзя рассматривать как лечение)". / Сборник "Социально значимые болезни в Российской Федерации" под редакцией Л.А. Бокерия и И.Н. Ступакова. - НЦССХ им. А.Н. Бакулева. - Москва, 2006.-С. 79-83.
8. Надеждин А.В. - Перспективы внедрения "заместительной терапии" у больных опийной наркоманией в России. // Наркология. -2002. - №2- С.42-44.
9. Найденова Н.Г. Метадон у больных опийной наркоманией. // Вопросы наркологии. - 1994. - №2. - С.25-26.
10. Пятницкая И.Н. К вопросу о применении метадона. // Вопросы наркологии. -1994. - № 2. - С.25.
11. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Аксельрод Б.А., Кубарев Д.А., Чиченков Т.О. Купирование синдрома отмены метадона у акцепторов метадонных программ. // Журнал неврологии и психиатрии. - 2003. - №11. - С.33-37.
12. Сиволап Ю.П. Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости. // Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. - №1. - С.31-36.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла. - Москва, 1990. - 368 с.
14. Халлберг Т. Наркополитика и эпидемия ВИЧ. // Наркология. - 2006. - №5.- С.24-26.
15. Юханссон П. Наркомания неизлечима, но подконтрольна. // Наркология. - 2006. - №1.- С.42-43.
16. Bale R.N., vanStone W.W., Kuldau J.M., Engelsing T.M., Elashoff R.M., Zarcone V.P. Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. // Arch Gen Psychiatry. - 1980. - P. 179-93.
17. Ball J.C., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. Springer, 1991.
18. Caplehorn J.R., McNeil D.R., Kleinbaum D.G. Clinic policy and retention in methadone maintenance. // Int J Addict. - 1993. - Vol. 28, №1. - P. 73-89.
19. Condelli W.S. Strategies for increasing retention in methadone programs. J Psychoactive Drugs. - 1999. - Vol. 25, № 2.- P. 143-147.
20. Fisher D.G., Anglin M.D. Survival analysis in drug program evaluation. Part I. Overall program effectiveness. // Int J Addict. - 1987.- Vol. 22, № 2.- P. 115-34.
21. Goelz J. Der drogenabhängige Patient. Urban & Fischer, 1999.
22. Goelz J. Moderne Suchtmedizin. Thieme, 1999.
23. Kang S.Y., De Leon. Correlates of drug injection behavior among methadone outpatients. Am J Drug Alcohol Abuse. - 1993. - Vol. 19. - P. 107-118.

24. Lehman F., Lauzon P., Amsel R. Methadone maintenance: predictors of outcome in a canadian milieu. // J Subst Abuse Treat. - 1993. - Vol. 10. - P. 85-89.
25. Strain, E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. // Ann. Intern. Med. - 1993. - Vol. 119. - P. 23-27.

АЛКОГОЛЬНЫЕ И ПРОЧИЕ ОТРАВЛЕНИЯ В РОССИИ: АНАЛИЗ ВРЕМЕННЫХ СЕРИЙ

Ю.Е. Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

В настоящей работе в сравнительном аспекте анализируются тренды уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений, а также прочих отравлений в России в период с 1956 по 2005 годы. Установлена тесная корреляция между этими показателями. Показано, что уровень смертности в результате прочих отравлений значительно снизился в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов. Делается вывод, что ограничение доступности водки является эффективной мерой снижения уровня смертности в результате фатальных алкогольных отравлений.

Ключевые слова: алкогольные отравления, прочие отравления, Россия, 1956-2005 годы.

Алкогольные проблемы тяжелым бременем моральных и материальных потерь ложатся на плечи общества. Согласно экспертным оценкам в бывшем Советском Союзе торговля алкоголем составляла 12-16% доходной части бюджета (приблизительно 50 млрд. рублей), в то время как прямые алкогольные потери составляли 120-150 млрд. рублей [4]. По оценкам специалистов, в 1991 году в результате преждевременной смерти, прямой либо косвенной причиной которой был алкоголь, было потеряно 2,23 миллиона человеко-лет трудовой деятельности, что составляет более четверти трудового потенциала России [1]. Недавно проведенные расчеты показали, что в Беларуси экономические потери, связанные с потреблением алкоголя в 2008 году составили 9262,16 млрд. рублей или 7,23% ВВП [3]. Поэтому очевидно, что одной из важнейших задач государства является снижение уровня алкогольных проблем в обществе посредством реализации комплексной антиалкогольной политики.

Фатальные алкогольные отравления относятся к острым алкогольным проблемам, поскольку развиваются после однократного употребления больших доз алкоголя [1,15]. Среди умерших по этой причине больные алкоголизмом составляют 70-80% [4]. Уровень смертности от острых алкогольных отравлений – надежный индикатор уровня связанных с алкоголем проблем в тех странах, где преобладает так называемый интоксикационно-ориентированный или «фестивальный» стиль потребления алкоголя [5,15].

Антиалкогольная кампания, проведенная в бывшем Советском Союзе в 1985-1988 годы была одним из самых масштабных социальных экспериментов за всю историю СССР. Инициаторами кампании были члены Политбюро ЦК КПСС [М.С. Соломенцев](#) и [Е.К. Лигачёв](#), которые полагали, что одной из причин стагнации советской экономики является общий упадок морально-нравственных ценностей «строителей коммунизма» и халатное отношение к труду, в которых был повинен массовый алкоголизм. Несмотря на то, что со времени окончания проведения антиалкогольной кампании прошло достаточно много времени, до настоящего времени продолжают споры относительно итогов этого социального эксперимента. Причем, высказываются диаметрально противоположные точки зрения. Одни эксперты оценивают результаты кампании как безусловный успех, другие говорят о полном провале, в то время как третьи говорят об "успехе в рамках неудачи" [1,2,4]. У сторонников каждой из этих точек зрения имеются свои аргументы, которые, однако, зачастую трактуются односторонне и тенденциозно, без учета конкретного социально-экономического и исторического контекста. В то же время, опыт антиалкогольной кампании представляет собой уникальный исторический материал, тщательный и всесторонний анализ которого позволит разработать основные принципы формирования государственной алкогольной политики с учетом национальной специфики.

Считается, что антиалкогольная кампания была прекращена вследствие того, что государство не сумело справиться с волной самогонварения [1]. По оценкам разных экспертов в 1987 году было изготовлено от 1,9 до 5 литров самогона на душу населения [1,4]. Кроме того, в этом году населением было выпито около одного миллиарда спиртосодержащих парфюмерных изделий [1]. Несмотря на суровые наказания (штраф 300 рублей или исправительные работы до двух лет на первый случай и лишение свободы до 2-х лет при повторном нарушении) самогонварение было повсеместно распространено. Так, если в 1985 году было арестовано 80 тыс. самогонщиков, то в 1986 году - 150 тыс., в 1987 году уже 397 тысяч, а в 1988 – более 500 тысяч. Продажа сахара, как основного сырья для изготовления самодельного алкоголя, выросла на 964 тысячи тонн [1]. Таким образом, предполагается, что самогонварение фактически компенсировало сокращение производства алкоголя на государственных предприятиях.

Оппоненты проведения широкомасштабных экспериментов по резкому ограничению продажи алкоголя в качестве главного аргумента своей точки зрения указывают на компенсаторный рост уровня отравления различными токсическими веществами. Немногочисленные исследования, посвященные данной проблеме, в целом, подтверждают эту точку зрения. В контексте обсуждаемой проблемы представляют интерес результаты исследования, посвященные изучению динамики случаев не смертельных отравлений в г. Великие Луки [6]. Все случаи отравлений были классифицированы на 1) алкогольные изделия, приобретенные в государственных торговых предприятиях, 2) истинные суррогаты алкоголя (самогон, брага), 3) ложные суррогаты алкоголя, 4) токсиканты (фосфорорганические соединения, кислоты, щелочи). Анализ показал, что абсолютное число отравлений лицензированным алкоголем, самогоном и брагой несколько снизилось в 1985 году, резко снизилось в 1986 году, однако в последующие два года стало постепенно расти, а с 1989 года, наблюдался резкий рост числа этих отравлений. Причем, если рост числа отравлений алкоголем, ложными суррогатами и токсикантами отмечался содружественно вплоть до 1993 года, то в 1994 году число алкогольных отравлений несколько снизилось на фоне резкого роста числа отравлений самогоном и брагой. Число отравлений ложными суррогатами алкоголя, токсикантами, а также алкогольных отравлений в сочетании с лекарственными препаратами резко выросло (почти в 2,5 раза) в период с 1984 по 1989 годы, затем резко снизилось в 1990 году, после чего снова стало расти 1991-92 годы, а затем стало снижаться [6].

Анализ структуры причин не фатальных отравлений в г. Великие Луки показал, что в 1984 году лицензированный алкоголь был причиной 40% всех случаев отравлений, отравления самогоном и брагой составляли 23,2%, отравления ложными суррогатами алкоголя и токсикантами составляли 36,8%. В 1985 году удельный вес алкогольных отравлений оставался на прежнем уровне, а в 1986 году снизился до 3%. В последующие три года этот показатель держался на уровне 8-12%, а в 1990-92 годы вырос до 25-31%. В 1993 году он вырос в два раза по сравнению с предыдущим годом, а в 1994 году снизился до уровня 1984 года. Удельный вес отравлений самогоном и брагой в 1985 году по сравнению с предыдущим годом снизился до 4,5%, однако уже в следующем году он повысился до 18,2% и держался на этом уровне до 1990 года. Начиная с 1991 года отмечался резкий рост доли отравлений самогоном и брагой, вследствие чего в 1994 году он составил 44%. Удельный вес отравлений ложными суррогатами, токсикантами резко вырос в период антиалкогольной кампании, достигнув максимума (75%) в 1986 году и держался на этом уровне до 1989 года, после чего стал постепенно снижаться, составив в 1994 году 15% [6].

В одной из немногих работ, посвященных данной проблеме, был проведен анализ динамики не фатальных отравлений психотропными веществами (опиатами, транквилизаторами, нейролептиками, антидепрессантами, снотворными, летучими растворителями), отравлений не психотропными медикаментами, отравлений прижигающими средствами (кислоты, щелочи) и солями тяжелых металлов с использованием

данных Всесоюзного центра по лечению отравлений НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского за период с 1984 по 1987 годы [2]. Анализ показал, что в рассматриваемый период в Москве не отмечалось существенных изменений в уровне отравлений прижигающими веществами и не психотропными медикаментами. Вместе с тем, в этот же период произошел резкий рост числа отравлений психотропными препаратами (на 76% в 1987 г. по сравнению с 1984 г.). При этом число отравлений эйфоризирующими медикаментами, летучими растворителями и препаратами бытовой химии в этот период выросло в 2 раза.

Проведенный анализ историй болезней показал, что в 1987 г. по сравнению с 1986 г. число отравлений с использованием психотропных веществ с целью получения эйфории выросло в 4 раза. Отсутствие роста числа случаев отравлений прижигающими веществами и солями тяжелых металлов, с точки зрения авторов, свидетельствует об отсутствии роста суицидальной активности в рассматриваемый период. В заключении авторы делают вывод, что на фоне резкого уменьшения продажи алкоголя в период антиалкогольной кампании произошел рост уровня потребления психотропных веществ, используемых с целью достижения эйфории в качестве заместителей алкоголя [2].

Результаты представленных работ говорят о том, что в период антиалкогольной кампании на фоне резкого ограничения доступности алкоголя отмечался компенсаторный рост числа случаев не фатальных отравлений различными интоксикантами, которые использовались с целью достижения эйфории. Эти данные послужили источником широко распространенного мифа, согласно которому снижение алкогольной смертности, произошедшее вследствие ограничения доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании, было с лихвой компенсировано ростом уровня смертности в результате потребления суррогатов алкоголя и прочих токсических и одурманивающих веществ. Однако исследование, проведенное ранее в Беларуси, позволило опровергнуть это ошибочное представление. Сравнительный анализ динамики уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений и прочих отравлений ядовитыми веществами в период с 1970 по 2005 годы выявил, что в период антиалкогольной кампании уровень обоих показателей снизился [10]. Поскольку Белорусская ССР, также как и Российская Федерация относилась к республикам бывшего Советского Союза, в которых уровень алкогольных проблем был наиболее высок, можно предположить, что результаты, полученные с использованием Белорусских данных, будут воспроизведены в России. С целью проверки данной гипотезы в настоящей работе проведен сравнительный анализ динамики уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений и уровня смертности в результате прочих отравлений (помимо алкогольных) в России в период с 1956 по 2005 годы.

Материалы и методы

Половые коэффициенты смертности в результате острых алкогольных отравлений, а также прочих отравлений (суррогатами алкоголя, психотропными веществами, другими токсическими веществами) представлены на 1 миллион населения соответствующего пола. Что касается качества данных, то большинство экспертов считает данные уровня насильственной смертности в России достаточно надежными [15]. В настоящей работе с целью сравнительного анализа трендов изучаемых показателей наряду с анализом графических данных был проведен корреляционный анализ Спирмана, реализованный с помощью программного пакета “STATISTICA 10”.

Результаты и их обсуждение

В период с 1956 по 2005 годы уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений среди мужчин и женщин вырос соответственно в 2,9 раза (с 159,7 до 468,7 на 1

млн. населения) и в 4,1 раза (с 27,9 до 113,6 на 1 млн. населения). Половой градиент уровня фатальных алкогольных отравлений в рассматриваемый период снизился с 1:5,7 в 1956 году до 1:4,3 в 2005 году, что свидетельствует об опережающих темпах роста алкогольных проблем среди женщин. Уровень смертности в результате прочих отравлений в рассматриваемый период вырос среди мужчин и женщин соответственно в 3,5 (с 78,4 до 270,4 на 1 млн. населения) и в 1,6 раза (с 37,0 до 60,2 на 1 млн. населения). Графические данные, представленные на рисунках 1-2 позволяют видеть, что уровень фатальных алкогольных отравлений, также как и уровень прочих отравлений был подвержен значительным колебаниям. Причем, колебания уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений и прочих отравлений носили синхронный характер. Так, некоторое снижение уровня смертности от отравлений отмечалось в период с 1956 по 1963 годы. В этот период уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений снизился на 11,3% среди мужчин (с 159,7 до 141,7 на 1 млн. населения) и на 16,1% среди женщин (с 27,9 до 23,4 на 1 млн. населения). На протяжении последующих шести лет отмечался резкий рост уровня смертности в результате отравлений, который был прерван некоторым снижением в период с 1970 по 1972 годы.

Существенное снижение уровня смертности, как в результате острых алкогольных отравлений, так и в результате прочих отравлений отмечалось в период с 1980 по 1983 годы. В этот период уровень острых алкогольных отравлений снизился на 18,6% среди мужчин (с 408,7 до 332,5 на 1 млн. населения) и на 12,4% среди женщин (с 92,7 до 81,2 на 1 млн. населения), а уровень смертности от прочих отравлений снизился на 11,0% среди мужчин (с 180,5 до 160,6 на 1 млн. населения) и на 14,3% среди женщин (с 49,8 до 42,7 на 1 млн.). В период с 1984 по 1988 годы уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений снизился среди мужчин и женщин соответственно в 2,5 раза (с 338,7 до 133,6 на 1 млн. населения) и в 2,8 раза (с 83,9 до 30,2 на 1 млн. населения), а уровень смертности в результате прочих отравлений снизился на 30,3% среди мужчин (с 180,4 до 125,8 на 1 млн. населения) и на 17,8% среди женщин (с 49,0 до 40,3 на 1 млн. населения). В период с 1988 по 1994 годы уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений среди мужчин вырос в 4,7 раза (с 133,6 до 631,6 на 1 млн. населения), а среди женщин в 5,4 раза (с 30,2 до 161,7 на 1 млн. населения). В этот период также отмечался резкий рост уровня смертности в результате прочих отравлений. В период с 1994 по 1998 годы уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений, также как и уровень смертности в результате прочих отравлений снижался, после чего последовал рост уровня данных показателей, который в 2003 году сменился тенденцией снижения. Согласно результатам корреляционного анализа динамика уровня фатальных алкогольных отравлений и прочих отравлений тесно коррелирует как у мужчин ($r=0,85;p<0,000$), так и у женщин ($r=0,94;p<0,000$).

Причины резких колебаний уровня фатальных алкогольных отравлений в России явились предметом бурных дискуссий, которые продолжаются и в настоящее время. Большинство экспертов единодушны во мнении, что периоды резкого снижения уровня фатальных отравлений на фоне тенденции линейного роста уровня этого показателя были обусловлены государственными мероприятиями по ограничению доступности алкоголя [4,15,16]. Так, например, имеются все основания полагать, что некоторое снижение уровня фатальных алкогольных отравлений в период с 1956 по 1963 годы было следствием реализации антиалкогольных мер, предусмотренных постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР "Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками", которое было принято 15 декабря 1958 года. Постановление, в частности, предусматривало запрещение продажи водки в продовольственных магазинах, на предприятиях общественного питания (кроме ресторанов), расположенных на вокзалах, пристанях, в аэропортах. Торговля водкой запрещалась вблизи промышленных предприятий, учебных, лечебных и детских учреждений, а также в местах

массового отдыха. Торговля алкоголем в магазинах разрешалась с 10 часов утра, а в ресторанах была установлена предельная норма отпуска - не более 100 грамм водки на посетителя [7].

Резкий рост уровня фатальных алкогольных отравлений, отмечавшийся в период с 1963 по 1970 годы, является отражением роста уровня алкогольных проблем в бывшем Советском Союзе. Бытует мнение, что Советское руководство, вместо того, чтобы предпринимать меры по снижению остроты алкогольной проблемы в обществе, пыталось ее скрыть, засекретив алкогольную статистику. На самом деле, это не совсем соответствует действительности, поскольку руководство страны осознавало масштабы проблемы и угрозу, которую она представляет для государства. Поэтому некоторое снижение уровня фатальных алкогольных отравлений в 1972 году ассоциируется с выходом постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 361 «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» [7]. С целью уменьшения потребления крепких спиртных изделий было сокращено производство водки и повышено производство безалкогольных напитков. Кроме того, было уменьшено число магазинов по продаже алкогольных изделий, запрещена торговля ими в мелкой розничной торговой сети, в столовых и буфетах, продовольственных магазинах. Запрещена продажа алкогольных изделий крепостью более 30 градусов в торговых точках, расположенных вблизи промышленных предприятий и строек, учебных заведений, вокзалов. Также были повышены цены на водку до 3 рублей 62 копеек; прекращено производство водки крепостью 50 и 56° и время торговли алкогольными изделиями крепостью 30° и выше было ограничено промежутком с 11 до 19 часов [7]. Однако, судя по продолжившейся тенденции линейного роста уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений, эти меры не оказали существенного влияния на алкогольную ситуацию в стране.

Особого внимания и обсуждения заслуживает существенное снижение уровня фатальных алкогольных отравлений в начале 80-х годов прошлого века, тем более, что вплоть до настоящего времени отсутствуют аргументированные объяснения данного феномена. С точки зрения ведущего эксперта в области алкогольных проблем в России А.В. Немцова это снижение было связано с созданием трех новых служб: лечебно-трудовых профилакториев (Указ от 1 марта 1974 года), наркологической и реанимационной помощи (Постановления приняты в декабре 1976 года) [4]. Отсроченный эффект этих мероприятий А.В. Немцов объясняет их медленной реализацией из-за организационных трудностей. Одним из факторов снижения уровня фатальных алкогольных отравлений, также как и уровня потребления алкоголя (этот показатель в период с 1980 по 1983 снизился с 10,2 до 9,6 литров на душу населения) в данный период было подорожание водки в 1981 году (цена повысилась до 5 рублей 30 копеек), которое связывают с войной в Афганистане [7].

Одной из возможных причин снижения уровня алкогольных проблем в первой половине 80-х годов прошлого века была Андроповская кампании по усилению трудовой дисциплины, в рамках которой было принято ряд мер по снижению доступности алкоголя. Так, например, ограничивалось время торговли спиртными изделиями [7]. Ю.В. Андропов, находившийся у власти с ноября 1982 года по февраль 1984 года большие резервы в повышении производительности труда и оздоровлении экономики видел в отрезвлении страны. Поэтому, в каком-то смысле, Андроповская кампания была предтечей антиалкогольной кампании Соломинцева-Лигачева. На этом фоне парадоксальным кажется решение Андропова о снижении цены водки на 10%. По мнению некоторых исследователей повышение доступности водки ставит под сомнение возможный профилактический эффект Андроповской кампании. Тем не менее, вполне возможно, что укрепление трудовой дисциплины автоматически привело к снижению пьянства на рабочем месте и, соответственно, снижению уровня алкогольных проблем в обществе.

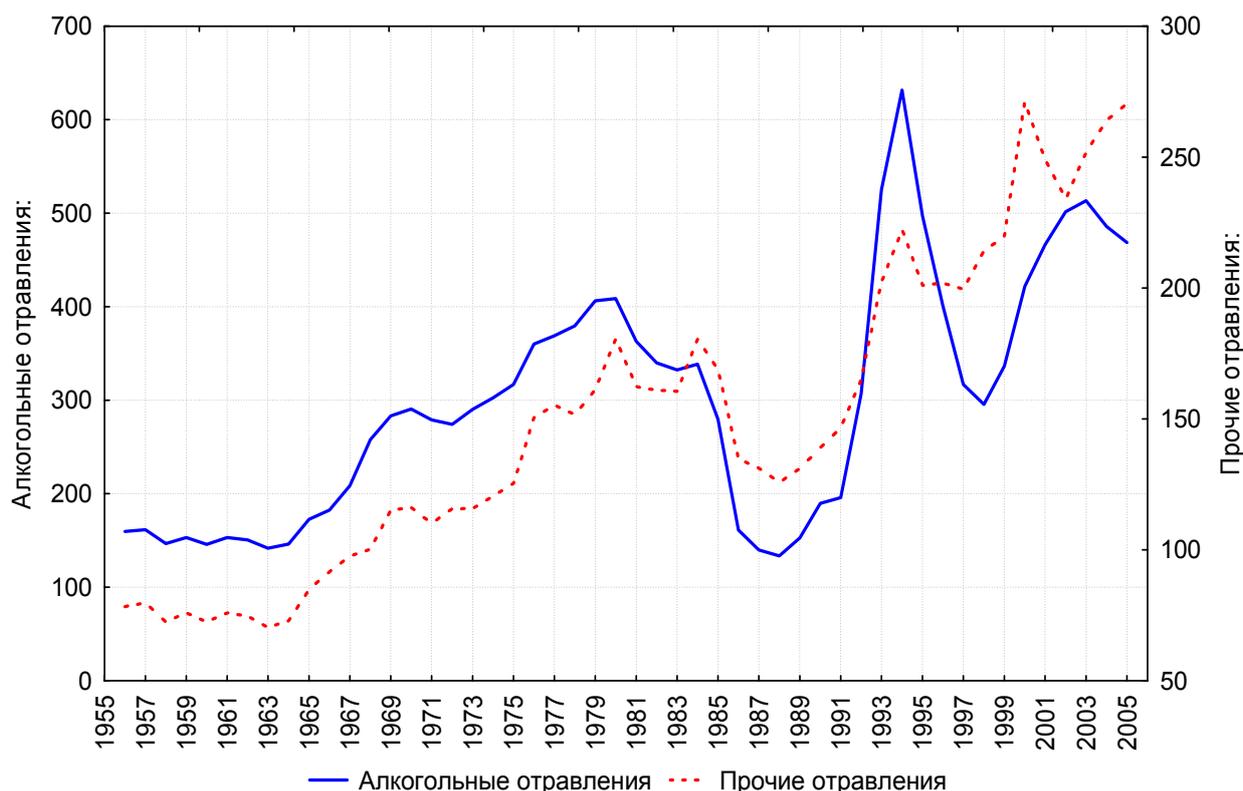


Рисунок 1. Динамика уровня алкогольных и прочих отравлений среди мужчин в России в период с 1955 по 2005 гг.

Главным положительным итогом антиалкогольной кампании 1985-1988 годов было резкое снижение алкогольной смертности. По оценкам А.В. Немцова антиалкогольная кампания сохранила более миллиона человеческих жизней [4]. На этом фоне аргументы критиков этого социального эксперимента выглядят несостоятельными. Безусловно, в ходе реализации программы было допущено много тактических ошибок, которых можно было бы избежать, однако общий стратегический курс на оздоровление общества был выбран верно. Анализ динамики уровня смертности в результате прочих отравлений говорит о том, что этот показатель в период антиалкогольной кампании не только не вырос, но и существенно снизился. Это значит, что на фоне роста числа отравлений различными интоксикантами уровень смертности от этих отравлений снизился. Тем не менее, данный положительный итог антиалкогольной кампании не ставит под сомнение один из основных выводов, сделанных на основании анализа ее результатов. А именно, поскольку ограничение доступности алкоголя приводит к росту потребления его суррогатов, комплексная антиалкогольная политика должна предусматривать меры по снижению уровня потребления алкоголя, а также меры по снижению доступности суррогатов алкоголя.

Главными причинами резкого роста уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений в первой половине 90-х годов были: рост общего уровня потребления преимущественно за счет незарегистрированного алкоголя; повышение токсичности, как лицензированной алкогольной продукции, так и суррогатов и фальсификатов; увеличение удельного веса в популяции "тяжелопьющих", сохранивших жизнь благодаря антиалкогольной кампании (гипотеза переноса риска) [4,9,14,15,16]. После отмены государственной алкогольной монополии в 1992 году алкогольный рынок России стал фрагментированным. Появилось много частных компаний, которые производили и импортировали алкоголь, не имея лицензий и регистрации. Страну буквально захлестнула волна самодельного и импортного алкоголя [4]. В России уровень нелегального потребления алкоголя в первой половине 90-х годов вырос до 8,2-8,9 литров на душу населения, что, очевидно, является самым высоким показателем за всю историю [4]. В этот период даже

государственные торговые предприятия торговали нелегальным алкоголем. Проверки, проводившиеся в 1994 и 1995 годах показали, что 36,6% алкогольной продукции, реализуемой через государственную торговую сеть было изготовлено нелегально [4].

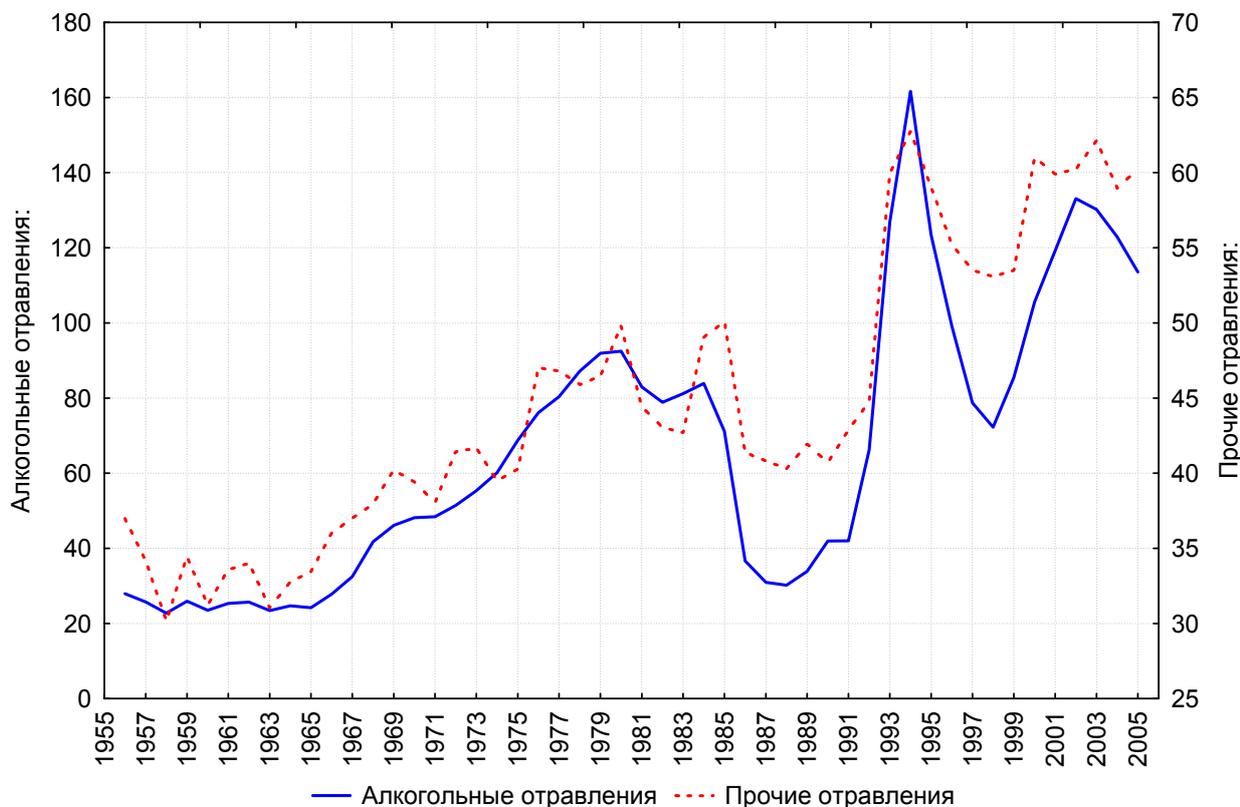


Рисунок 1. Динамика уровня алкогольных и прочих отравлений среди женщин в России в период с 1955 по 2005 гг.

Снижение контроля со стороны государства привело к ухудшению «качества» алкоголя. По данным Госкомстата в эти годы от 21,6% до 45,1% всей реализуемой водки не соответствовало стандартам качества [4]. Большое количество фальсифицированной водки, реализуемую через государственную торговую сеть подорвало доверие населения к легальному алкоголю, и явилось дополнительным фактором роста самогонарения. Негативные последствия утраты контроля над алкогольным рынком проявились в виде резкого роста уровня связанной с алкоголем смертности. После поэтапного введения законодательных мер, направленных против незаконного производства, импорта и реализации алкогольных изделий доля незарегистрированного алкоголя в структуре общего потребления алкоголя стала снижаться [8]

По мнению некоторых экспертов, виновниками экстремально высокого уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений в России являются не суррогаты, поскольку они в большинстве случаев соответствуют стандартам качества, а высокий общий уровень потребления алкоголя [13]. Однако представления о хорошем качестве самодельного алкоголя не соответствуют действительности, поскольку во всех исследованных образцах самогона из г. Ижевска (Россия) был обнаружен 1-пропанол, изобутанол и изоамиловый спирт [12]. При этом средний уровень изобутанола составил 38,7 мг/100 мл, что многократно превышает предельно допустимую концентрацию, рекомендованную Советом Европы (1981), составляющую 2,5 мг/100 г. Кроме того, очевидно, что степень риска отравления определяется как качеством, так и количеством употребляемого алкоголя. Как показал химический анализ суррогатов в г. Ижевске образцы технического спирта в среднем содержали 94% этанола, а алкоголь содержащие медицинские препараты содержали 66%

этанола [12]. Именно высокое содержание этанола является фактором риска острого алкогольного отравления (передозировки), поскольку суррогаты часто потребляются в неразбавленном виде [9]. Подтверждением негативной роли суррогатов служат результаты исследований проведенных в г. Ижевске, которые показали, что суррогаты вносят значительный вклад в уровень смертности от всех причин. Для лиц, употреблявших суррогаты относительный риск смерти от причин, непосредственно связанных с алкоголем (алкогольный психоз, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени, острое алкогольное отравление) составил 25,5 [11]. В пользу ключевой роли токсичных суррогатов и фальсификатов алкоголя в резком росте уровня алкогольных отравлений косвенно свидетельствует тот факт, что в Республике Карелия в 1992 году средняя концентрация алкоголя в крови у жертв фатального алкогольного отравления снизилась в 1,4 раза [4].

Снижение уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений в период с 1994 по 1998 годы, по всей видимости, связано с улучшением регулирования государством алкогольного рынка, что привело к росту цены алкоголя по отношению к цене на продукты питания [4]. В этот же период государство усилило борьбу с нелегальным алкогольным рынком. Так, только в 1995 году Министерство внутренних дел прекратило работу более 2300 подпольных заводов, производивших контрафактную водку [4]. Последующий рост уровня смертности в результате, начавшийся в 1998 году, мог быть обусловлен ростом доступности водки вследствие снижения ее относительной стоимости.

Таким образом, анализ временных серий, проведенный в рамках настоящего исследования, говорит о резких колебаниях уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений в России в период с 1956 по 2005 годы, которые были обусловлены увеличением, либо снижением доступности водки. Резкое ограничение доступности водки в период антиалкогольной кампании сопровождалось резким снижением уровня фатальных алкогольных отравлений и наоборот, отсутствие контроля со стороны государства за алкогольным рынком привело к резкому скачку уровня смертности, который достиг максимального показателя за всю Российскую историю. Эти эмпирические данные позволяют сделать очевидный вывод – снижение доступности водки является наиболее эффективным инструментом антиалкогольной политики, позволяющим снизить уровень алкогольных проблем в обществе. Вопреки ожиданиям, резкое ограничение доступности водки в период антиалкогольной кампании не вызвало компенсаторного роста уровня прочих отравлений. Более того, данный показатель, также как и уровень алкогольных отравлений, существенно снизился в этот период. Тем не менее, учитывая опыт предыдущих антиалкогольных кампаний, ограничение доступности водки необходимо сочетать с мерами по профилактике отравлений различными токсическими веществами.

Литература

1. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм, медико-социальные аспекты. – М.: Медицина, 1990. – 527 с.
2. Лужников У.Ф., Немцов А.В., Нечаев А.К. Динамика отравлений психотропными веществами. // Вопросы Наркологии. – 1989. – №4. – С. 40–41.
3. Медведев А.С. Кралько А.А., Разводовский Ю.Е. и др. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. – Минск, 2013. – 157 с.
4. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
5. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №2. – С. 52–60.

6. Новикова М.Г., Кошкина Е.А., Нужный В.П. Отравление алкогольными напитками, суррогатами алкоголя и токсикантами в г. Великие Луки в 1984-1994 годах. // Вопросы Наркологии. – 1996. – №4. – С. 77-85.
7. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, Saarbrücken, 2012. – 304 с.
8. Разводовский Ю.Е. Незарегистрированное потребление алкоголя в странах Центральной и Восточной Европы. // Медицинские Новости. – 2010. – №5-6. – С. 92-96.
9. Разводовский Ю.Е. Некоммерческий алкоголь в Беларуси. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, Saarbrücken, 2012. – 84 с.
10. Разводовский Ю.Е. Суициды, алкогольные и прочие отравления в Беларуси, 1970-2005 годы. // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. – 2008. – №14. – С. 11-14.
11. Leon D., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M. & Shkolnikov V. (2007). Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*. 369:2001–2009.
12. McKee M., Suzcs S., Sarvary A., Adany R., Kiryanov N., Saburova L. et al. The consumption of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2005. – Vol. 29, N 10. – P. 1884–1888.
13. Nuzhnyi V. Chemical composition, toxic, and organoleptic properties of noncommercial alcohol samples. In: *Moonshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*, Haworth A. and Simpson R. eds., New York: Brunner-Routledge, 2004, P. 177-1999.
14. Razvodovsky Y.E. Unrecorded alcohol consumption: quantitative methods of estimation. *Alcoholism*. 2010.46.1.15-24.
15. Stickley A, Leinsalu M, Andreev E, Razvodovsky Y.E, Vagero D, McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002. *European Journal of Public Health*. – 2007. – Vol. 17, N5. – P. 444–449.
16. Stickley A., Razvodovsky Y.E. Alcohol poisoning in Belarus: a comparison of urban-rural trends, 1990-2005. *Alcohol & Alcoholism*. – 2009. – Vol. 44. N3. – P. 326–331.

ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Ю.Е. Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

В настоящей работе проведен сравнительный анализ распространенности алкогольных проблем среди славянских и мусульманских студентов. Показано, что студенты-славяне, воспитанные в обществе с богатыми алкогольными традициями имеют высокий уровень связанных с алкоголем проблем. В то же время, большинство мусульманских студентов, воспитанных в обществе с негативным отношением к алкоголю, проживая достаточно длительное время в обществе с высоким уровнем алкогольных проблем, соблюдают антиалкогольные традиции. В то же время, часть студентов-мусульман ассимилирует некоторые элементы чужой культуры, в частности алкогольные традиции. При этом прослеживается закономерность согласно которой чем дольше студенты проживают в чужой культуре, тем больше дезактуализируются традиции своей культуры.

Ключевые слова: студенты, алкогольные проблемы, транскультуральные аспекты.

Согласно современным представлениям в формировании алкогольной зависимости принимают участие как конституциональные факторы (биологические и психологические) так и социальные факторы [5,16]. Относительный вклад этих факторов в каждом конкретном случае различен. Однако, не умаляя значимости конституциональных факторов нужно отметить, что индивидуум, с наличием конституциональной предрасположенности попав в окружение, где алкоголь употребляется редко, вряд ли станет алкоголиком. С другой стороны, индивидуум, с отсутствием конституциональной предрасположенности попадая в социальную среду, где алкоголь легко доступен и богаты алкогольные традиции, имеет большие шансы столкнуться с алкогольными проблемами [5,13]. Социальные (в том числе традиционно-культуральные факторы) могут детерминировать уровень потребления алкоголя населением и, соответственно, количество лиц, злоупотребляющих им. Они могут либо способствовать развитию зависимости от алкоголя, либо быть протективным фактором в этом смысле. Низкий уровень потребления алкоголя в мусульманских странах является классическим примером защитного влияния культуры от алкогольных проблем [1,4,6,8].

Имеются существенные различия в паттернах потребления алкоголя в разных культурах [9,10,11,12]. В одних алкоголь интегрирован в повседневную жизнь и является частью «диеты». В других – алкоголь является табу. Славянская культура, как и многие другие Европейские культуры, относится к «мокрым». На формирование традиций большое влияние оказывает религия [14]. Разные религии по разному относятся к алкоголю. Коран строго запрещает употребление алкоголя «О, вы, которые уверовали! Вино – мерзость из деяний сатаны. Сторонись же этого – может, вы окажетесь счастливыми!» (К, с. 92(90)-93(91)). В разных странах влияние религии на социальную жизнь различно. В некоторых странах (Иран, Ливия) ислам является государственной религией, и религиозные законы лежат в основе законодательства страны. Согласно Шариату – своду мусульманских религиозных законов употребление алкогольных изделий наказывается тюремным заключением. Благодаря протективному влиянию религии долгое время в мусульманских странах не существовало алкогольных проблем.

Однако резкие социокультуральные изменения в некоторых мусульманских странах, вызванные нефтяным богатством изменили ситуацию. Так, например, молодое поколение кувейтцев охотно принимают западное отношение к алкоголю, имея опыт его употребления и злоупотребления во время учебы либо туризма [18]. Европейская культура оказала влияние и на такую мусульманскую страну как Тунис, где распространенность употребления

алкоголя значительно больше по сравнению с другими мусульманскими странами [17]. История знает много других примеров, когда вторжение чужой цивилизации в цивилизацию коренных народов Африки и Америки сопровождалось разрушением базисной культуры, обесцениванием ее морально-этических норм и обычаев. Вместе с культурой дезактуализировались и многие запреты (табу) которые являются частью культуры, в том числе и запреты на употребление алкоголя. Одним из характерных признаков нашего времени является усиление миграционных процессов. При этом часто происходит столкновение совершенно разных культур. При отрыве от традиционной среды и попадания в условия чужой культуры происходит процесс аккультурации, т.е. ассимилируются традиции другой культуры. Однако часто мигранты сохраняют традиции базовой культуры и в частности, отношение к алкоголю. Так, например, среди американцев азиатского происхождения и, прежде всего среди китайцев и японцев низка распространенность алкогольных проблем [19]. Этот феномен часто объясняют повышенной чувствительностью азиатов к алкоголю вследствие наличия у них атипичной изоформы АДГ (альдегиддегидрогеназа), фермента, утилизирующего ацетальдегид. Однако более убедительной является точка зрения, согласно которой ограничением употребления алкоголя служит не флэш-реакция, а культурные квази-нормы, предписывающие употреблять алкоголь только за едой и одновременное участие в играх на ловкость и координацию [19].

Подтверждением этому служат результаты исследования, согласно которому потребление алкоголя китайцами в Лос-Анжелесе ассоциировалось с влиянием пьющих друзей, низкой религиозностью и слабыми семейными связями [3]. В различных странах уровень потребления алкоголя и уровень алкогольных проблем у одинаковых этнических и религиозных групп может быть разным. При большой сплоченности этих групп они меньше ассимилируют культурные нормы доминирующих этнических групп [2]. Согласно некоторым данным изменения в характере употребления алкоголя у мужчин-эмигрантов происходит в первые 5 лет [10].

В последние десятилетия много внимания уделяется изучению взаимосвязи между религиозностью и потреблением алкоголя. Так, например, четкая обратная ассоциация была установлена между степенью религиозности и уровнем связанных с алкоголем проблем [15]. В некоторых исследованиях было показано, что лица, относящиеся к религиозным конфессиям, которые проповедуют воздержание от употребления алкоголя имеют более низкий уровень связанных с алкоголем проблем по сравнению с лицами, исповедующими религии, которые либерально относятся к употреблению алкоголя [10]. Кроме того, было показано, что члены религиозных групп, запрещающих употребление алкоголя испытывают проблемы в процессе экспериментирования с ним вследствие отсутствия навыков [14]. До недавнего времени предпринималось мало попыток изучить паттерн потребления алкоголя у эмигрантов-мусульман арабского происхождения. Исследование, проведенное в Англии показало низкий уровень потребления алкоголя среди эмигрантов-мусульман [8]. При этом 90,5% мужчин участвовавших в исследовании отрицали употребление алкоголя на протяжении последнего года. Существует несколько исследований, в которых обсуждается вопрос относительно влияния двух переменных, влияющих на питьевое поведение - религии и культуры. В одном из них было показано, что студенты евреи, проживающие в США имеют более высокий уровень связанных с алкоголем проблем по сравнению со студентами, проживающими в Израиле [7].

В свете вышеизложенного представляется интересным, как меняется отношение к алкоголю у мусульман, в случае если они проводят достаточно долгое время в стране с высоким уровнем потребления алкоголя и, соответственно с высоким уровнем связанных с алкоголем проблем. Настоящая работа посвящена сравнению паттерна потребления алкоголя арабскими и славянскими студентами.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 143 мусульманских студентов, обучающихся в университетах г. Гродно (мужчины в возрасте от 18 до 25 лет), которые приехали в Беларусь из Сирии, Кувейта, Ливана, Пакистана. Кроме того, в исследовании принимали участие 146 студентов университетов (мужчины в возрасте от 18 до 25 лет), которые являются гражданами Беларуси. Отношение студентов к алкоголю определяли с помощью структурированного интервью и скрининговых опросников. Интервью включало вопросы, касающиеся мотивов начала употребления алкоголя и факторов, способствующих алкоголизации. С целью снижения диссимулятивных тенденций обследование проводилось анонимно. Следует отметить, что частота и количество употребляемого алкоголя не дает полной информации об уровне и характере связанных с алкоголем проблем [5]. В этой связи частотно-количественный критерий оценки уровня связанных с алкоголем проблем имеет серьезные ограничения. В настоящем исследовании для оценки уровня связанных с алкоголем проблем использовались стандартизированные инструменты скрининга CAGE, MAST, AUDIT. Тест AUDIT был предложен ВОЗ для ранней диагностики связанных с алкоголем проблем [5]. Инструмент представляет собой структурированное интервью, состоящее из 10 вопросов. Тест достаточно прост и удобен в применении, обладает высокой чувствительностью (92%) и специфичностью (93%).

Мичиганский алкогольный скрининговый тест MAST является одним из наиболее часто используемых инструментов для оценки уровня связанных с алкоголем проблем [5]. Тест достаточно прост в применении и оценке результатов. Однако согласно некоторым исследованиям тест дает много ложноположительных результатов. Тест CAGE был разработан в 70-х годах прошлого столетия для скрининга уровня связанных с алкоголем проблем. Как инструмент скрининга тест обладает высокой точностью и специфичностью при определении уровня связанных с алкоголем проблем среди взрослых. В то же время в некоторых исследованиях высказываются сомнения относительно точности этого инструмента при выявлении связанных с алкоголем проблем среди студентов. В процессе скрининга распространенности связанных с алкоголем проблем у представителей разных этнических групп следует иметь в виду то обстоятельство, что на результаты исследования могут влиять некоторые культуральные переменные, определяющие социальную приемлемость употребления алкоголя. Особенно эта проблема актуальна при скрининге распространенности связанных с алкоголем проблем среди представителей Мусульманской культуры. Несмотря на то, что в настоящее время существует много инструментов скрининга, ни один из них не является идеальным для оценки уровня алкогольных проблем среди Мусульман. Культуральные различия в отношении к употреблению алкоголя, а также представления о характере связанных с алкоголем проблем осложняют кросс-культуральные сравнения результатов скрининговых исследований.

Результаты и обсуждение

Все мусульманские студенты, принимавшие участие в исследовании отрицали употребление алкоголя у себя на родине. Во время учебы в Беларуси 30% из них стали употреблять алкоголь. При этом 6% из них имеют связанные с алкоголем проблемы согласно тесту CAGE, 8% попали в проблемную группу согласно тесту MAST, 8,7% относятся к проблемной группе согласно тесту AUDIT. Среди студентов 1-2 курсов 14% употребляют алкоголь. При этом 4% студентов 1-2 курсов имеют связанные с алкоголем проблемы согласно тестам MAST и AUDIT. Никто из студентов младших курсов не имеет связанных с алкоголем проблем согласно тесту CAGE. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 0,005; MAST – 0,52; AUDIT – 0,67. Среди студентов 3-4 курсов 35% употребляют алкоголь. При этом 8% из них попали в проблемную группу согласно тестам

CAGE и MAST, а 10% имеют алкогольные проблемы согласно тесту AUDIT. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 0,24; MAST – 0,98; AUDIT – 2,0. Среди студентов 5-6 курсов 63% употребляют алкоголь. При 10% из них попали в проблемную группу согласно тесту CAGE, а 12% имеют связанные с алкоголем проблемы согласно тестам MAST и AUDIT. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 0,59; MAST – 1,86; AUDIT – 3,27. Большинство мусульманских студентов предпочитают легкие алкогольные напитки: 49% из них преимущественно употребляют пиво, 24% предпочитают вино, а 27% употребляют водку. Среди факторов, способствующих употреблению алкоголя мусульманские студенты назвали следующие:

- 1) традиция употреблять алкоголь для облегчения межличностных контактов (в том числе с противоположным полом) отметили 39% респондентов.
- 2) традиции употреблять алкоголь по праздникам и различным социально-приемлемым поводам отметили 28% респондентов.
- 3) любопытство как фактор, способствующий началу акоголизации назвали 10,9%.
- 4) 7,8% респондентов употребляют алкоголь с целью получения удовольствия.
- 5) 4,5% респондентов употребляют алкоголь с целью снятия психического напряжения.
- 6) фактор доступности алкоголя отметили 1,6% респондентов.

На диаграммах, отражающих удельный вес студентов употребляющих алкоголь (рис. 1, 2), удельный вес студентов, попавших в проблемную группу (рис. 3,4), средний балл согласно тестам (рис. 5,6) прослеживается тенденция роста всех показателей от младших курсов к старшим. Характерно, что в проблемную группу попало приблизительно одинаковое количество мусульманских студентов согласно трем скрининовым тестам. В этой связи можно предположить, что все инструменты, примененные в данном исследовании обладают примерно одинаковой чувствительностью и могут применяться для скрининга связанных с алкоголем проблем среди мусульман.

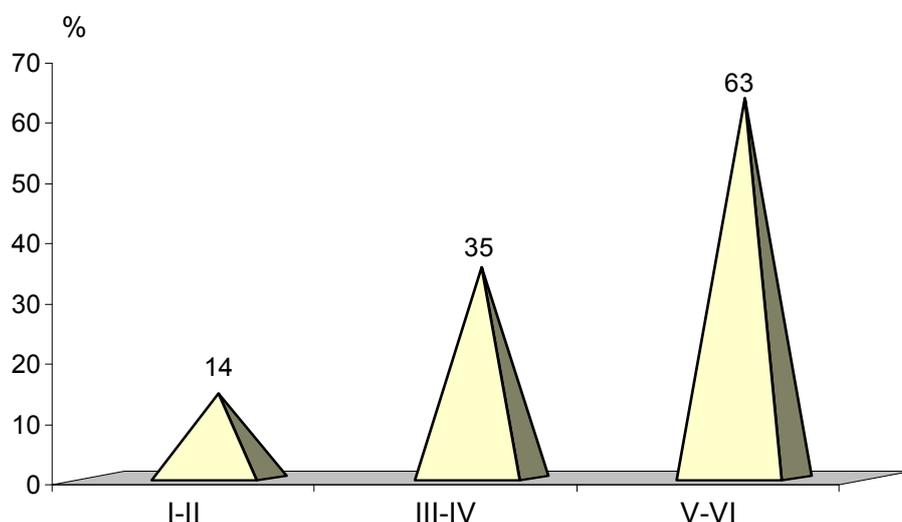


Рисунок 1. Процентное соотношение студентов-мусульман различных сроков обучения употребляющих алкоголь.

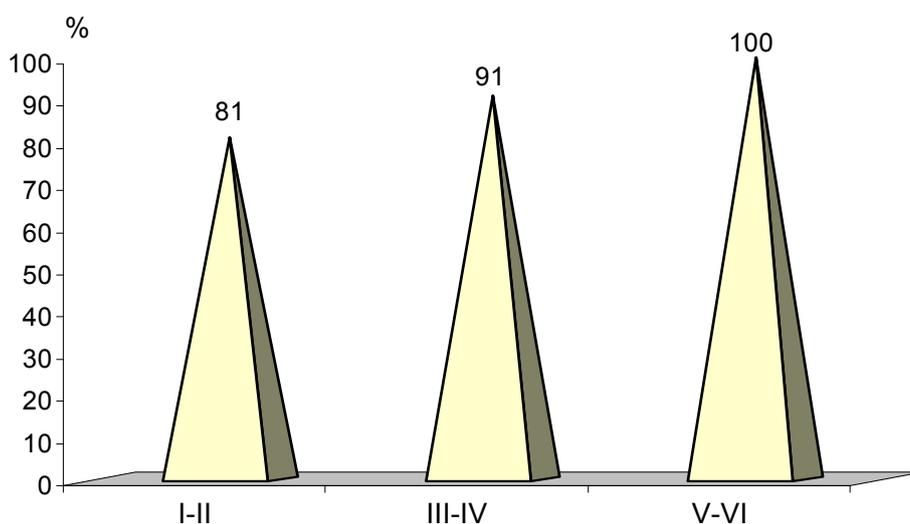


Рисунок 2. Процентное соотношение студентов-славян различных сроков обучения употребляющих алкоголь.

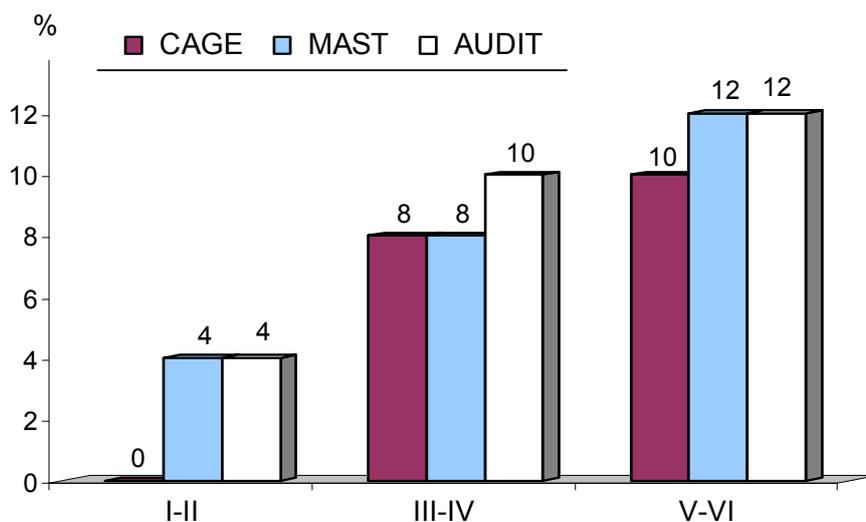


Рисунок 3. Процентное соотношение студентов-мусульман различных сроков обучения имеющих высокий риск связанных с алкоголем проблем согласно тестам CAGE, MAST, AUDIT.

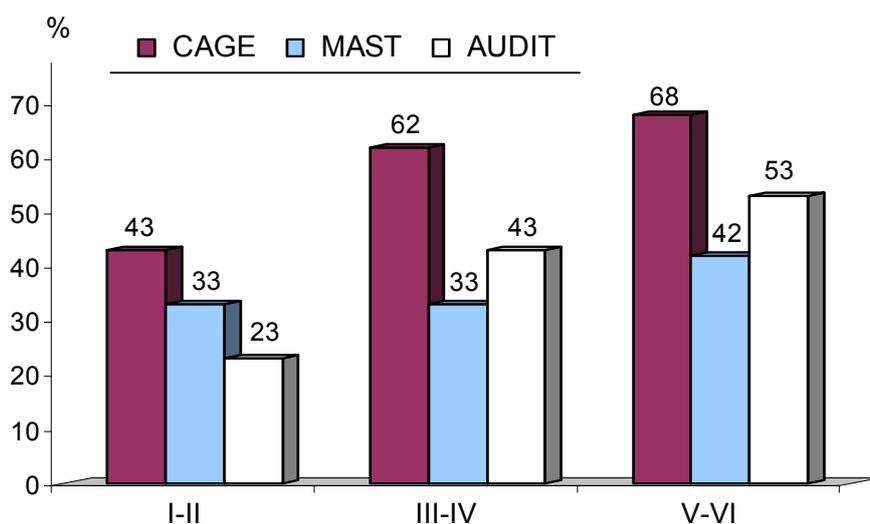


Рисунок 4. Процентное соотношение студентов-славян различных сроков обучения имеющих высокий риск связанных с алкоголем проблем согласно тестам CAGE, MAST, AUDIT.

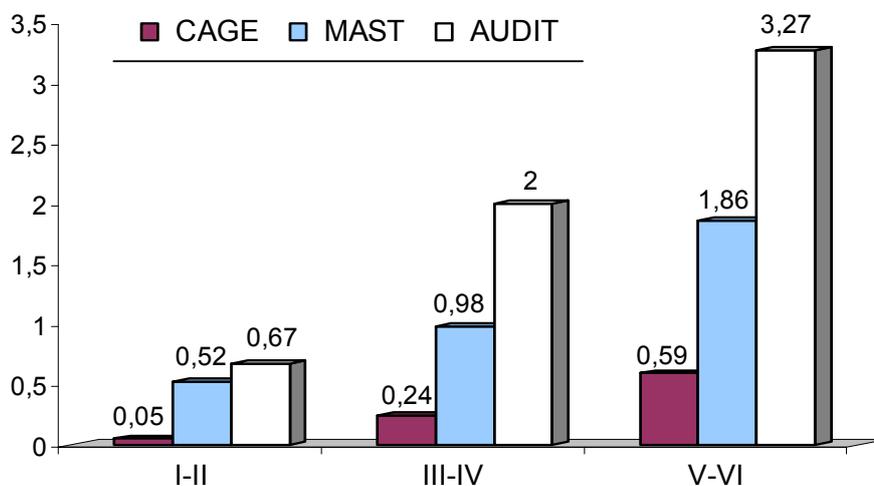


Рисунок 5. Средний балл согласно тестам CAGE, MAST, AUDIT среди студентов-мусульман различных сроков обучения.

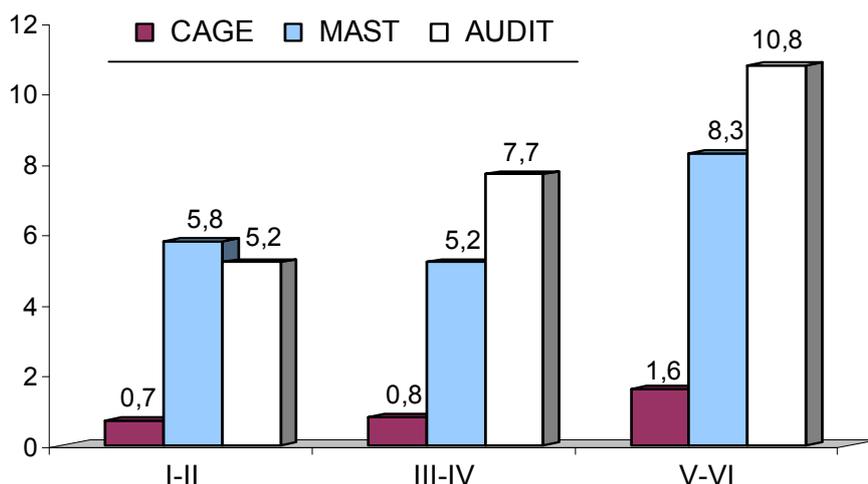


Рисунок 6. Средний балл согласно тестам CAGE, MAST, AUDIT среди студентов-славян различных сроков обучения.

Среди студентов-славян, принимавших участие в исследовании, алкоголь употребляют 90,6%. Согласно тесту CAGE проблемы связанные с алкоголем имеют 58% обследованных студентов. Согласно тестам MAST и AUDIT в проблемную группу попало соответственно 36 и 40% студентов. 81% студентов 1-2 курсов регулярно употребляют алкоголь. При этом 43% студентов 1-2 курсов имеют связанные с алкоголем проблемы согласно тесту CAGE, 33% попали в проблемную группу согласно тесту MAST и 23% студентов злоупотребляют алкоголем согласно тесту AUDIT. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 0,7; MAST – 5,8; AUDIT – 5,2. 91% славянских студентов 3-4 курсов употребляют алкоголь. В проблемную группу согласно тесту CAGE попало 62% респондента, согласно тесту MAST 33% респондентов, согласно тесту AUDIT 43% респондентов. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 0,8; MAST – 5,2; AUDIT – 7,7. Все студенты 5-6 курсов регулярно употребляют алкоголь. При этом 68% из них попали в проблемную группу согласно тесту CAGE, 42% имеют связанные с алкоголем проблемы согласно тестам MAST и 53% согласно тесту AUDIT. Средний балл согласно тестам составил соответственно CAGE – 1,6; MAST – 8,3; AUDIT – 10,8.

На диаграммах отражающих процентное отношение студентов-славян употребляющих алкоголь (рис. 1), процентное отношение студентов, попавших в проблемную группу (рис. 3), средний балл согласно тестам (рис. 6) также как и среди студентов-мусульман отмечается тенденция роста всех показателей от младших курсов к старшим. Большинство славянских студентов предпочитают водку – 70%, пиво и вино обычно употребляют 15%. Основными факторами, способствующими употреблению алкоголя студенты назвали:

1) традицию употреблять алкоголь по различным социально-приемлемым поводам назвали 34% студентов.

2) традицию употреблять алкоголь для облегчения межличностных контактов (как универсальный социальный катализатор) назвали 31% студентов.

3) 20% респондентов используют алкоголь для снятия психического напряжения.

4) 15% студентов употребляют алкоголь с целью получения удовольствия.

Обращает на себя внимание достаточно сильные различия результатов скрининга среди студентов-славян в зависимости от применяемого теста. Наиболее высокий уровень связанных с алкоголем проблем среди них демонстрирует тест CAGE. Так, среди студентов 1 и 2 курсов высокий риск связанных с алкоголем проблем согласно тесту GAGE имеет почти вдвое большее число студентов, нежели согласно тесту AUDIT. В то же время, результаты тестов MAST и AUDIT различаются не столь значительно. На основании этих данных можно

предположить, что тест CAGE дает много ложноположительных результатов при применении его в качестве инструмента скрининга с целью определения уровня связанных с алкоголем проблем в студенческой популяции. Поэтому для таких исследований предпочтительными являются тесты MAST и AUDIT.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о значительно более высоком уровне связанных с алкоголем проблем среди студентов-славян по сравнению со студентами-мусульманами. Среди факторов, способствующих употреблению алкоголя, славянские студенты часто называли гедонистические и атарактические мотивы. Вероятно этим можно объяснить тот факт, что большинство студентов-славян предпочитает крепкие спиртные напитки, позволяющие быстро достичь выраженной степени алкогольного опьянения. Характерно, что среди мотивов начала употребления алкоголя получение удовольствия (гедонистический мотив) назвало небольшое количество мусульманских студентов. Вероятно, главную роль в процессе ломки алкогольных стереотипов играет субмиссивный фактор. Это значит, что мусульманские студенты пренебрегают религиозными запретами не с целью получения удовольствия, а с целью лучшей адаптации к чужой культуре, т.е. социализации. Это предположение подтверждается тем, что большинство мусульманских студентов, которые употребляют алкоголь, употребляют его редко (примерно 1 раз в месяц), в определенных ситуациях, и отдают предпочтение легким спиртным напиткам. После эпизодов употребления алкоголя примерно у половины из них возникает чувство вины.

Таким образом, согласно результатам настоящего исследования студенты-славяне, воспитанные в обществе с богатыми алкогольными традициями имеют высокий уровень связанных с алкоголем проблем. В то же время, большинство мусульманских студентов, воспитанных в обществе с негативным отношением к алкоголю, проживая достаточно длительное время в обществе с высоким уровнем алкогольных проблем, соблюдают антиалкогольные традиции. Это подтверждает положение о том, что мусульманская культура является протективным фактором в смысле появления связанных с алкоголем проблем. В то же время, часть студентов-мусульман ассимилирует некоторые элементы чужой культуры, в частности алкогольные традиции. При этом прослеживается закономерность согласно которой чем дольше студенты проживают в чужой культуре, тем больше дезактуализируются традиции своей культуры. Возвращаясь к вопросу о соотношении влияния религиозного воспитания и факторов социального окружения на примере данного исследования можно сделать вывод, что факторы актуального социального окружения оказывают более сильное влияние на формирование отношения к алкоголю постепенно дезактуализируя религиозные запреты.

Литература

1. Bilal, A.M., Makhawi, B., Al-Fayez, G., Shaltout, A.F. (1990). Attitudes of a sector of the Arab-Muslim population in Kuwait towards alcohol and drug misuse: an objective appraisal. *Drug and Alcohol Dependence*, 26, 55-62.
2. Caetano, R. (1988). Alcohol use among Hispanic groups in the United States. *Amer. J. Drug and Alcohol Abuse*, 14(3), 293-308.
3. Chi I., Kitano, H.L., Lubben, J.E. (1988). Male Chinese drinking behavior in Los Angeles. *J. Study Alcohol*, 49(1), 21-25.
4. Cochrane, R., Bal, S. (1990) The drinking habits of Sikh, Hindu, Muslim and white men in the west Midlands: a community survey. *British Journal of Addiction*, 85, 759-769.
5. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., et al. (Eds.) (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
6. Engs, R.C., Hanson, D.J., Gliksman, L., Smythe, C. (1990). Influence of religion and culture on drinking behaviors: a test of hypotheses between Canada and the USA.

7. Brit. J. Addiction, 85(11), 1475-1482. Engs, R.C., Hanson, D.L., Izralowitz, R.E. (1988). Drinking problems among Jewish college students in the United States and Israel, The Journal of Social Psychology, 128, 415-417.
8. Greeley, A.M., McCready, W.C., Theisen, G. (1980) Ethnic drinking subcultures. New York: Praeger.
9. Heath, D.B. (1988) Emerging antropological theory and models of alcohol use and alcoholism. In: Theories on alcoholism (pp.353-40). C.D. Chaudrom & D.W.Wilkinson (Eds.).
10. Heath, D.B. (1995) International Handbook on Alcohol and Culture. Greenwood Press.
11. Westport. CT.Hupkens, C., Knibbe, R., Drop, M. (1993). Alcohol consumption in the European Community: uniformity and diversity in drinking patterns. Addiction, 88, 1391-1404.
12. Jessor, R., Jessor, S. (1977) Problem Behaviour and Psychological Development: A Longitudinal Study of Youth. New York: Academic Press.
13. McAndrew, C., Edgerton, R.B. (1969) Drunken Compartment:A Social Explanation. Aldine. Chicago.
14. Mullen, K. (1990) Religion and health: a review of the literature. International Journal of Sociology and Social Policy, 10(1), 85-96.
15. Mullen, K., Blaxter, M., Dyer, S. (1986) Religion and attitudes towards alcohol use in the Western Isles. Drug and ALcohol Dependence, 18(1),51-72.
16. Razvodovsky, Yu.E. (2000). Alcohol-related problems in Belarus. Alcologia, 12(1),10-14.
17. Regnault, R.C., Hadidane, R. (1985). Attitudes detudionts de Tunisie face aux boissons alcoholises: premiers resultats dune enquete dans le Sahel Tunisien. Malnutritions pays Tiers – Monde: Journees Sci. Int, 15, 485-493.
18. Schlegel, R.P., Sanborn, M.D.(1979) Religious affiliation and adolescent drinking. Journal of Studies on Alcohol,40,693-703.
19. Sue, D. (1987). Use and abuse of alcohol by Asian Americans. J. Psychoactive Drugs, 1, 57-66.

ТРЕЗВЕНИЕ – ПУТЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И УВЕЛИЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

В.А.Толкачев

Белорусское общественное объединение «Трезвенность — Оптималист» им. Г.А.Шичко

“Если сцепились рука с рукой люди пьющие и торгующие вином и наступают на других людей и хотят спойть весь мир, то пора и людям разумным понять, что и им надо схватиться рука с рукой и бороться со злом, чтобы их и их детей не споили заблудшие люди. Пора опомниться!”

Л.Н. Толстой

В Республике Беларусь наблюдается тенденция снижения уровня здоровья и физического состояния всех категорий населения, особенно детей и молодежи. Исследования многих ученых свидетельствуют о неблагоприятной демографической ситуации. В частности, в Республике Беларусь смертность превышает рождаемость, сокращается продолжительность жизни людей [1,9].

Обозревая демографическую ситуацию, сложившуюся в республике, заместитель премьер-министра А.Косинец (Республика. – 2007. – 17 мая) отмечает, что с 1993 года сложилась ситуация, которую можно охарактеризовать как «демографические ножницы» или «белорусский крест». Впервые смертность взяла верх над рождаемостью: численность умерших превысила число родившихся на 11,2 тыс. человек. В 2005 году превышение составило 51,3 тыс., в 2006 — 41,9 тыс. человек. В целом за эти годы белорусов стало на полмиллиона меньше. Убыли населения способствуют и аборты, которых делается порядка 100 тыс. ежегодно. За 16 лет Беларусь потеряла 2,5 миллиона населения из-за абортов. Образно можно сказать, что над нашей республикой взрывается ежегодно по две хиросимские атомные бомбы. Для сравнения назовем цифры прироста населения в «полутрезвые Лигачевско-Соменцовские» 1986-1987 годы, когда прирост населения был в республике около 100 тыс. человек ежегодно.

А. Косинец сделал попытку назвать причины кризисного демографического положения в Беларуси — это сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и травматизм. Но почему-то не назвал, что за ними «стоят» алкоголь, табак и другие наркотики.

Согласно статистическим данным, мужчины в Беларуси живут в среднем меньше, чем женщины, на 11 с лишним лет и их в целом меньше на 740 тысяч, то есть намного чаще по сравнению с другими странами уходят у нас из жизни мужчины, особенно в возрастах наивысшей трудоспособности. Для мирного времени можно ли себе представить бедствие более тяжелое, чем эта зловещая сверхсмертность мужчин!

Среди основных причин, способствующих демографическому и социальному кризису на сегодняшний день, наряду с экологическими и экономическими факторами, одной из определяющих является несоблюдение здорового образа жизни (ЗОЖ) большей частью населения. Следует также отметить низкую духовную и физическую культуру граждан, проявляющуюся во все более усиливающемся употреблении алкогольных, табачных и других наркотических изделий. На современном этапе развития общества главным разрушителем генетического потенциала человека являются наркотики и наиболее опасный их вид (из-за массового применения) — алкоголь.

Употребление алкоголя в расчете на душу населения достигло 17,5 литров чистого алкоголя. Все это привело к быстрому увеличению количества преждевременных смертей, росту преступности, дорожно-транспортных происшествий и других негативных явлений.

Вот о чем говорит сухой язык цифр по этому поводу.

- Свыше 1 миллиона человек имеют алкогольные проблемы, около 262 тыс. белорусов являются зависимыми от алкоголя (стоят на учете).

- Алкоголь причина большинства случаев суицидов (например, в 2008 г. 60% произошли по этой причине).

- Алкоголь является причиной многих разводов, абсолютного большинства случаев сиротства.

- Алкоголь - причина большинства случаев автомобильных аварий. В ДТП, совершенных по вине нетрезвых водителей, в 2013 г. погибло 1 317 человек.

- Большинство преступлений происходит в состоянии алкогольного опьянения. Причем, правоохранительные органы отмечают такие преступления, как тяжкие и особо тяжкие. Ежегодно в Беларуси в состоянии алкогольного опьянения совершается около 30 000 преступлений, более половины, из которых в бытовой сфере вызваны пристрастием к алкоголю.

- Алкоголь приводит к резкому увеличению смертности среди тех, кто его систематически употребляет. Ежегодно в диспансерах в связи со смертью снимают с учета около 6 000 больных алкоголизмом. По данным Белстата, от причин, связанных с употреблением алкоголя, в 2011 году умерших 4446 человек (46,9 случаев на 100 тыс. населения). В 2005 году таких случаев было – 3464 (36,2 на 100 тыс. населения).

В 2014 году Беларусь оказалась на самой высокой строчке печального рейтинга самых употребляющих алкоголь стран. По отчету Globalstatusreportonalcoholandhealth 2014 следует, что белорусы – самая проалкогольная нация в мире. Эти данные опубликовала пресс-служба Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В среднем в год белорусский мужчина употребляет 27,5 литра чистого спирта (употребляемые алкогольные изделия пересчитаны на чистый алкоголь). Российские и молдавские мужчины лишь на подступах к нашим - употребляют по 23,9 и 25,9 литра алкоголя в год соответственно. На каждого жителя Беларуси, начиная с 15-летнего возраста, приходится по 17,5 литра алкоголя. Для сравнения, в мире каждый человек употребляет алкоголь в среднем 6,2 литра чистого алкогольного наркотика в год.

Цифры страшные. Белорусский народ стоит перед лицом поистине национального бедствия. Это настоящая алкогольная катастрофа. И мы, белорусы «лидируем» по алкогольным показателям среди других стран. На протяжении нескольких последних лет Беларусь входила в десятку самых пьяных стран в мире.

По заключению ВОЗ, при достижении уровня среднечеловеческого потребления 8-ми литров абсолютного алкоголя в год наступает процесс необратимого ухудшения генофонда нации. Показатель смертности населения прямо пропорционален употреблению абсолютного алкоголя на душу населения.

Наука о трезвости — собриология (с лат. *sobrietas* — трезвенность, воздержанность, *logos* — учение) объясняет истоки употребления людьми алкоголя — это проалкогольная запрограммированность сознания населения о так называемой «полезности» алкоголя, всеобщая доступность, дешевизна алкоголя. Для сравнения в России, в Беларуси 1 алкогольный магазин — на 200-350 человек, а в Швеции, Норвегии, где самый высокий уровень жизни и мужчины в среднем живут более 80 лет, — на 28-30 тысяч человек.

Доказаны также положения о том, что доля дебилов в числе новорожденных прямо пропорциональна среднечеловеческому потреблению алкоголя; чем в более раннем возрасте начинается наркотизация, тем глубже она поражает и тем больший ущерб наносит личности и четко прослеживается тенденция развития наркотизации личности и общества от слабых наркотиков к сильным. И тогда наступают у общества все признаки пьяного мышления. Оно

характерно тем, что, избавившись через несколько дней от пьяного состояния, человек многие годы не может избавиться от пьяного мышления. А если он к тому же продолжает употреблять алкогольные изделия, хотя бы по праздникам, он никогда не сможет мыслить как человек, а будет думать, как пьяница всю свою оставшуюся жизнь.

23 августа 2000 года постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 1332 была принята «Программа о национальных действиях по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2000 – 2005 годы». Основными целями данной программы были: снижение уровня потребления алкоголя населением; снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами; снижение уровня заболеваемости и смертности, связанной с алкоголем

Часть из запланированных мероприятий была реализована, а другая (большая) часть осталась декларацией о намерениях. Об этом свидетельствует комплексный анализ косвенных индикаторов уровня связанного с алкогольной проблемой: отчетность наркологической службы, уровень, связанный с алкогольной смертностью, уровень продажи алкоголя на душу населения в 2000 – 2005 годы.

Так по 1-й группе показателей (абсолютный алкоголь на душу населения): потребление алкоголя в 2005 г. — 13,3; продажа алкоголя — увеличение на 5,7%; вина — на 12,8%, пива — на 50,0%.

По 2-й группе показателей (на 100 тыс. населения): заболеваемость алкоголизмом — увеличение на 100,5%.

По 3-й группе показателей (на 100 тыс. населения): общая смертность — увеличение на 7,6%; травматизм — на 20,8%; отравление алкоголем — на 47,6%; цирроз печени — на 94,9% [4].

Таким образом, анализ динамики уровня алкогольной проблемы свидетельствует об ухудшении алкогольной ситуации в Беларуси в период с 2000 по 2005 годы. Следовательно, цели, намеченные в программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2000-2005 годы достигнуты не были. Аналогичная картина и с последующими программами на 2006-2010, 2011-2015 г.г. Почему? Потому как идет в основном борьба со следствием в виде улучшения лечебно-профилактической работы наркологической службы. А главное — нужно сосредоточить внимание на причинах проблемы. К ним относятся: постоянное увеличение производства алкоголя, его круглосуточная доступность, дешевизна; психологическая запрограммированность людей на употребление алкогольных изделий; информационная ложь, тщательно скрывающая правду о вреде алкоголя для человека, семьи и общества.

Можно привести и другие примеры, отрицательной работы по оздоровлению населения и не способствующему выходу из кризисной демографической ситуации, которая сложилась в республике за последние годы. Цель наша — трезво, критически, честно взглянуть на ситуацию, сделать соответствующие выводы, наметить путь выхода и стабильно ему следовать во имя настоящего и будущего белорусского народа!

А какова же обстановка в других странах мира? Следует напомнить, что по законам природы всюду на 100 девочек рождается 105-107 мальчиков. В пьяных странах аналогичная, как и в Беларуси, картина: население сокращается, мужчины живут меньше женщин и уступают им по численности пропорционально употребляемым алкогольным изделиям — водка, вино, пиво, а также табак и другие наркотики. Особенно кризисное положение среди славянских народов!

В трезвых странах демографическая ситуация противоположна. Идет постоянный прирост населения, мужчины, женщины живут одинаково и по количеству мужчин больше. Мусульмане, например, выдвинули стратегический лозунг: «Для пьяной Европы у нас есть своя атомная бомба — матка наших женщин!».

Сложившаяся кризисная ситуация требует поиска новых подходов, путей и средств кардинального решения проблем улучшения, укрепления здоровья населения республики,

воспитания положительной мотивации на трезвый, ЗОЖ в современных социально-экономических условиях и экологической среде.

В проведенном исследовании проводился сбор информации о состоянии здоровья населения областей Республики Беларусь, определялись социальные, экономические причины, влияющие на изменение его состояния, анализировались формы оздоровительной работы в Республике Беларусь, странах СНГ. Для выяснения данных вопросов были проведены во время лекций по ЗОЖ среди школьников, учащихся средних учебных заведений, студентов вузов опросы для диагностирования степени их пристрастия к наркотикам. Сделано и сравнение полученных данных с их наставниками, а также со служащими фирмы «Семирамис» г. Минска. Одновременно у тех и других проводилась проба Генчи с оценкой здоровья по 5 балльной системе. Ответы их на соответствующие вопросы представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Показатели наркотизации школьников и студентов Беларуси на примере г. Минска, Минской, Могилевской областей, %

Школьники, студенты	< 12 лет n=980	13 лет n=990	14 лет n=1000	15 лет n=1040	Студ. 1 курс n=560	Студ. 5 курс n=42
Употребление алкоголя:						
Ни разу	29,4	1,5	–	3,6	–	
1–2 раза	58,8	55,5	62,8	53,4	6,9	9,1
Употребляю	11,8	43,0	37,2	43,0	93,1	90,9
Ср. возр. начала	9,3	9,9	11,7	11,1	10,5	13,3
Желаю отказаться:						
Да	64,7	74,6	50,0	42,8	51,1	40,0
Нет	35,3	25,4	50,0	57,2	48,9	60,0
Употребление табака:						
Ни разу	82,4	44,4	21,4	10,7	25,8	9,0
1–2 раза	17,6	41,2	77,9	53,4	32,5	36,4
Курю	–	14,2	7,1	35,9	41,7	54,5
Ср. возр. нач.	7,5	10,4	11,6	11,3	14,2	14,4
Желаю отказаться:						
Да	100	74,2	90,0	84,6	87,5	62,5
Нет	–	25,8	10,0	15,4	12,5	37,5
Употребл. др. наркотиков:						
Ни разу	100	96,4	100	89,7	79,0	77,3
1–2 раза	–	3,1	–	3,6	21,0	22,7
Употребляю	–	–	–	7,1	–	–
Ср. возр. нач.	–	12,3	–	12,4	18,0	19,0
Желаю отказаться:						
Да	100	100	100	66,6	88,9	100
Нет	–	–	–	33,3	11,2	–

Из таблицы 1 видно, что приобщение к алкоголю более чем у половины (58,8 %) современных школьников происходит ранее 12 лет. Студенты, которые старше их по возрасту на 10–12 лет имеют этот показатель около 10 % (6,9 %, 9,1 %). На вопрос: «Желаете ли Вы отказаться от употребления алкоголя?» ответы у младших школьников по естественному природному отторжению наркотика высоки (64,7 %, 74,6 %), а у студентов, под влиянием окружающей среды, уже ниже (51,1 %, 40,0 %).

Аналогичная картина по приобщению, употреблению, желанию отказаться от курения просматривается из ответов на вопросы и по табаку.

По другим, более сильнодействующим на организм наркотикам, у старших школьников и студентов наблюдаются попытки к их приобщению. Но затем разум берет верх над любопытством, и желание обходиться без дурмана побеждает.

Таблица 2

Показатели наркотизации преподавателей, служащих, %

Преподаватели, служащие	Соц. психологи г. Кобрин	Преподаватели БГСХА	Преподав., работники ФК, ИПК БГУФК	Сотрудники Республиканской библиотеки ФК	Сотрудники Фирмы «Семиралис», Минск
n	29	31	39	18	22
Средний возраст	36	41	34	47	39
Употребление алкоголя:					
Ни разу	–	5,9	–	–	–
1–2 раза	3,4	29,4	7,7	5,9	–
Употребляю	96,6	64,7	92,3	94,1	100
Ср. возр. начала	14,	13,9	16,0	17,2	16,4
Желаю отказ:					
Да	56,6	64,6	15,4	63,7	27,3
Нет	43,4	35,4	84,6	36,3	72,7
Употребление табака:					
Ни разу	–	11,8	10,2	16,6	31,8
1–2 раза	42,4	76,5	25,7	48,1	4,5
Курю	57,6	11,7	64,1	35,3	63,7
Ср. возр. начала	18,3	15,6	16,3	17,3	17,6
Желаю отказ:					
Да	46,7	100	64	80	38,5
Нет	53,3	–	36	20	61,5
Употреблен. др. наркотиков:					
Ни разу	96,6	100	87,2	100	81,2
1–2 раза	3,4	–	12,8	–	18,8
Употребляю	–	–	–	–	–
Ср. возр. начала	24	–	20,6	–	18,6
Желаю отказ:					
Да	100	100	100	100	100

Из данных таблицы 2 видно, что у старшего поколения средний возраст приобщения к алкоголю почти в 2 раза выше (14,9–19,2 лет), чем у школьников и студентов. Процент

употребляющих алкоголь среди взрослых людей весьма высок — > 90 %. Но особенно он значителен у обследованных социальных педагогов, психологов (96,9 %), а также преподавателей (92,3). На вопрос: «Желаете ли Вы отказаться от употребления алкоголя?» 84,6 % последних ответили: «Нет».

Приобщение к табаку у старшего поколения произошло почти в 2 раза позже по годам (15,6–18,3 лет), чем у нынешних школьников. Самый высокий процент курения у социальных педагогов, психологов (57,6 %) и преподавателей, работников физической культуры (64,1 %). У них же и самое высокое желание продолжать эту вредную привычку (53,3 %, 36,0 %).

Аналогичная картина и у выпускников факультета физической культуры и спорта одного из областных университетов. На вопрос: «Желаете ли Вы отказаться от употребления алкоголя?» 91,0 % (юноши), 64,3% (девушки) ответили: «Нет».

По приобщению к другим наркотикам попытки у старшего поколения были (социальные педагоги, психологи, преподаватели и работники физической культуры), но здравый смысл и желание обходиться в жизни без них на 100 % преобладает у всех опрошенных.

Из анализа данных в таблице 3 становится ясно, что с возрастными изменениями (12 до 22 лет) динамика показателей здоровья у молодежи становится хуже. Это подтверждается преобладанием оценок в 2 и 3 балла.

Таблица 3

Физиологические показатели школьников, студентов (проба Генчи) с оценкой здоровья и определения биологического возраста (метод Н.М. Амосова), %

Время, сек.	Оценка, баллы	< 12 лет n=980	13 лет n=990	14 лет n=1000	15 лет n=1040	Студен. 1 кур. n=560	Студенты 5 кур. n=42
0–15	1	–	1,6	–	–	2,4	4,7
15–30	2	5,9	20,6	57,1	10,7	58,5	40,9
30–45	3	58,8	53,9	42,9	46,5	24,3	22,7
45–60	4	35,3	12,8	–	32,1	14,8	13,6
> 60	5	–	11,1	–	10,7	–	18,1

Данные таблицы 4 показывают, что старшее поколение выглядит более здоровым в сравнении с молодыми людьми. Это следствие того, что оно в более позднем возрасте, чем нынешняя молодежь, приобщилось к личной наркотизации.

Таблица 4

Физиологические показатели преподавателей, служащих (проба Генчи) с оценкой здоровья и определения биологического возраста (метод Н.М. Амосова), %

Время, сек	Оценка, баллы	Соц. психологи г. Кобрин n=29	Преподаватели БГСХА n=31	Преподав., работники ФК, ИППК БГУФК n=39	Сотрудники Республиканской библиотеки ФК n=18	Преподаватели г. Пенза n=72	Сотрудники Фирмы «Семиралис», г. Минск n=22
0–15	1	–	–	–	–	–	–
15–30	2	64,3	17,6	26,8	66,7	38,1	22,0
30–45	3	18,5	35,4	53,3	16,6	45,7	66,6
45–60	4	17,2	29,4	13,3	11,1	10,8	5,7
> 60	5	–	17,6	6,6	5,6	5,4	5,7

Проанализировав современные тенденции развития оздоровительной физической культуры в странах СНГ и за рубежом, мы пришли к заключению о необходимости создания структуры общественного объединения в основу которого положен инновационный комплексный подход к оздоровлению различных групп населения с использования средств физической культуры и нетрадиционных методов оздоровления.

На основе теоретических предпосылок в Республиканской школе самооздоровления (РШС) «Трезвенность — Оптималист», созданной в мае 1989 года при Белорусском общественном объединении (БОО) «Трезвенность — Оптималист» им. Г.А.Шичко, разработана программа «Здоровье — Человеку», предлагающая гражданам Республики Беларусь индивидуальные планы формирования трезвого, ЗОЖ на основе комплексного подхода, включающие определенные образовательные, культурные и физкультурно-оздоровительные факторы.

В основу учебных программ РШС «Трезвенность — Оптималист», положен психолого-педагогический метод кандидата биологических наук Геннадия Андреевича Шичко, уроженца Беларуси, работавшего в Ленинградском институте экспериментальной медицины им. В.М. Бехтерева.

В БОО «Трезвенность — Оптималист» найдены и применяются эффективные методики и программы оздоровления людей, а также новые организационные формы сохранения здоровья человека. Предложены иное видение и реальный путь решения проблемы оздоровления народа. Овладение предлагаемыми теоретическими знаниями и практическим опытом, широкое внедрение их в Республике Беларусь поможет успешно решать проблемы оздоровления населения, а вместе с ними и вопросы демографии и экономики. Ведь недаром народная мудрость гласит: «Здоровье всему голова», а также «Здоровье стоит всего золота мира».

В РШС «Трезвенность — Оптималист» разработана, апробирована эффективная система восстановления здоровья и его дальнейшего стабильного сохранения — *метод гортонического оздоровления (МГО)*:

1. Позитивная цель жизни при отличном здоровье — разработка, освоение и следование индивидуальной системе духовного, психического, физического самооздоровления с периодическим контролем, коррекцией.

2. Систематическая очистка (внутренняя, наружная) организма: посты, периодическое воздержание от пищи, воды, различные виды очистки желудка, кишечника и других органов.

3. Сознательная трезвость — полный отказ от употребления алкоголя, в т.ч. пива, табака и других наркотиков.

4. Позитивное взаимоотношение мужчины и женщины — духовное и физическое общение на основе восточных культур.

5. Рациональное питание — научно обоснованный режим питания в приближении к раздельному, вегетарианству, сбалансированное потребление витаминов, микроэлементов для нормализации восстановительных процессов организма.

6. Систематическая физическая культура — оздоровительная ходьба, бег, ближний туризм, плавание и другие аэробные упражнения.

7. Гигиенические факторы, закаливание, рациональный режим — гигиена тела, баня, система А.В. Суворова, В.И. Каминского, П.К. Иванова, М.М. Котлярова, Себастьяна Кнейпа.

Принципиальное отличие МГО от других методов (гипноз, психотерапия, кодирование, другие методы наркологии) состоит в том, что во время учебных занятий процесс самооздоровления является не объектом манипулирования со стороны психотерапевта, а субъектом межличностного общения, имитируемого диалога с самим собой, со своим «Я» при написании анкет, дневников, аутотренингов (вечернего, утреннего), сочинений и других заданий. Тем самым в добровольно-принудительном порядке используется метод

моделирования сенсорного восприятия на уровне нейронных процессов. Данный метод основан на психолого-педагогическом воздействии и не требует от руководителей курсов специального медицинского образования, а также лицензирования в Министерстве здравоохранения Республики Беларусь.

В течение четырёх лет было проведено 5 формирующих педагогических экспериментов, где осуществлялось экспериментальное обоснование эффективности предложенных программ «Здоровье — Человеку». В целом, в исследованиях приняло 470 человек.

Таким образом, полученные данные показали эффективность применения разработанной программы «Здоровье — Человеку», организационной схемы формирования трезвого, ЗОЖ, предусматривающих применение нетрадиционных методов оздоровления в группах, занимающихся в РШС «Трезвенность — Оптималист».

Выше было сказано о критическом состоянии здоровья нации. Выход из него видится в воспитании трезвого, здорового человека и формирования общественного сознания народа на принципах трезвого, ЗОЖ. «Только абсолютно трезвый человек, трезвенник по своим убеждениям, может до конца дней сохранить все свои высокие интеллектуальные, нравственные и деловые качества» — сказал великий писатель земли русской Л.Н.Толстой. Эта идея должна стать приоритетной стратегической политикой суверенной Беларуси. Любая проблема решается при образовании людей. Знание есть благо, а знание о своем здоровье, избавлении от болезней — благо вдвойне.

Представьте на миг, что с сегодняшнего дня Беларусь трезвая, некурящая и в ней живут люди по принципам оптимализма. И, естественно, страна становится здоровой и в ней наступает порядок. Врачам нечего делать, тюрьмы опустели, детские дома, аптеки закрылись, а рождаемость превышает смертность и так далее. Скажете: «Фантастика!» А такие страны есть! И за ними огромное будущее! Напомню, что прошло более 150 лет с начала первого трезвеннического движения в России, которое начиналось на территории Ковенской, Виленской и Гродненской губерний. Через год уже создавались общества трезвости по всей русской земле. Движение было стихийным и истинно народным. Его поддерживали выдающиеся демократы А.И. Герцен, Н.А. Добролюбов и др.

Перед БОО «Трезвенность-Оптималист» им. Г.А.Шичко поставлена гуманная цель — помочь людям победить вредные привычки употребления алкоголя, табака и других наркотиков, принявших форму эпидемии и стать полноценно здоровыми. Конечный результат нашей работы — воспитание у населения ЗОЖ, пожизненное соблюдение сознательной трезвости, интеллектуальное самосовершенствование, рациональное питание, очищение организма, закаливание, достаточные физические нагрузки, способствующие дальнейшему развитию тела, духа, ума, с целью получения оптимальных результатов для личности, семьи, коллектива, государства и человечества (рис. 1).

Наши апробированные в жизни уроки самооздоровления доступны каждому человеку (от дошкольника до пенсионера). И те, кто к ним приобщился, получили быстрый, надежный и долговременный эффект. Это подтверждается здоровьем и счастьем, высокой работоспособностью, жизненным успехом людей, окончивших РШС «Трезвенность-Оптималист».

Путь, ведущий к счастью, здоровью, открыт для всех. Это труд каждодневный, требующий определенной решительности и настойчивости. Но это лишь в самом начале. А затем человек, подружившись с самым верным своим помощником — внутренним голосом (подсознанием), — решает любые жизненные проблемы, обретает спокойствие и уверенность в завтрашнем дне, улучшает семейные отношения, приобретает навыки высокой работоспособности.

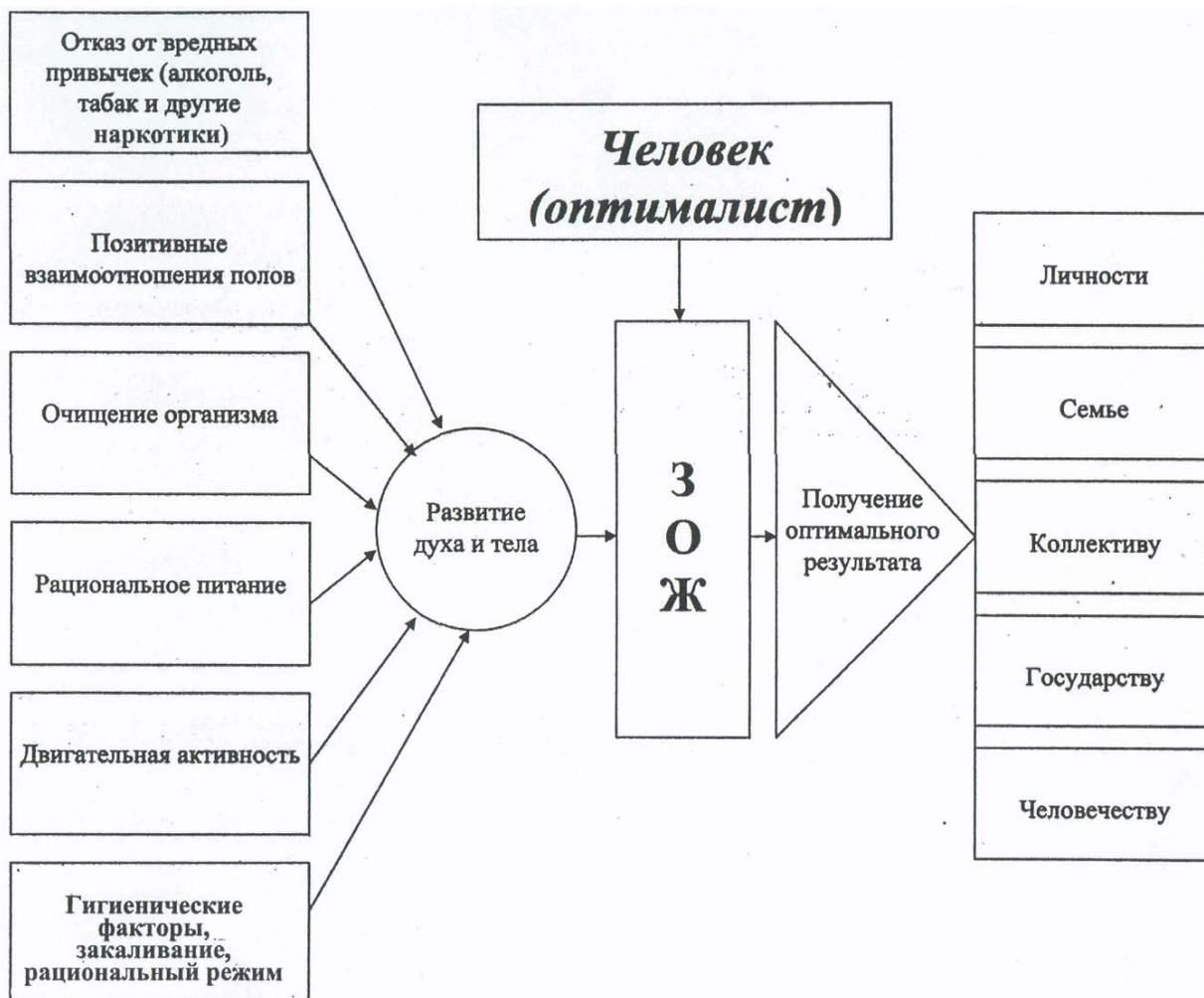


Рис. 1. Схема оптимального трезвого, здорового образа жизни

Таким образом, выход из критического состояния здоровья нации видится в воспитании трезвого, здорового человека. Во-вторых, в формировании общественного сознания народа на принципах трезвого, ЗОЖ. Любая проблема решается при образовании людей. Знание есть благо, а знание о своем здоровье, избавлении от болезней – благо вдвойне. Каждый должен вспомнить о своих чувствах патриотизма, гражданственности и любви к Родине в год 70-летия ее освобождения от фашизма. А оно в трезвом, здоровом образе жизни, его пропаганде для молодежи личным примером, в повышении своего профессионального, социального статуса и общего интеллекта. Это и есть главный стратегический и тактический путь решения жизнесохранения и увеличения белорусского народа.

Выводы

Результаты проведенного исследования и анализ 25-летней практической деятельности БОО «Трезвенность-Оптималист» им. Г.А.Шичко позволяют сформулировать следующие выводы:

1. В Республике Беларусь на протяжении последних двадцати лет снижается уровень здоровья и физического состояния всех категорий населения, особенно детей и молодежи.

Основными причинами создавшегося положения являются: снижение двигательной активности населения; низкий уровень физической культуры населения и несоблюдение большей его частью ЗОЖ; наличие вредных привычек у большей части населения, все более

увеличивающееся производство и потребление алкоголя, табака и других наркотиков; ухудшение окружающей среды, приводящее к поступлению в организм человека радиоактивных и вредных химических веществ.

2. С целью решения проблемы оздоровления населения создана структура БОО «Трезвенность — Оптималист» им. Г.А. Шичко, зарегистрированного в 1989 г. и действующего по настоящее время. В состав объединения входят РШС «Трезвенность — Оптималист» и клубы в г. Минске и областях Республики Беларусь.

3. Результаты педагогических экспериментов показали, что в БОО «Трезвенность — Оптималист» разработаны более эффективные методы и программы оздоровления с использованием организационной схемы формирования трезвого, здорового образа жизни.

4. Выйти с ходатайством в правительство республики —

4.1. Об увеличении возрастного ценза разрешения продажи табачных, алкогольных изделий, включая пиво, с 21 года по примеру западных стран. Лучше — до 30 лет, как было у наших предков, для создания трезвой, здоровой семьи, рождения здоровых детей — будущего государства.

4.2. О снижении выпуска алкогольных изделий до среднемирового 5 л. на душу населения (Швеция, Норвегия и др.) и с последующим его полным запретом по примеру более 75% стран мусульманского, буддистского и др. трезвого мира.

5. Во все положения физкультурно-оздоровительных мероприятий, конференций, семинаров и т.п. вводить фразу — “В целях выполнения Директивы №1 президента Республики Беларусь “О мерах по укреплению общественной безопасности и дисциплины”, сохранения природы, здоровья участников и соблюдения пожарной безопасности ЗАПРЕЩАЕТСЯ употребление алкогольных изделий, в том числе пива, и курение”

6. В БГУФК, педагогических университетах, институтах повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов ввести предмет “Самооздоровление” с целью выработки личной жизненной оздоровительной системы человека, а также для более эффективной психологической и практической подготовки сборных команд республики по различным видам спорта.

7. Для кардинального изменения демографической ситуации среди славянских народов каждый человек должен вспомнить о своих чувствах патриотизма, гражданственности и любви к Родине. А оно в трезвом, здоровом образе жизни, его пропаганде для молодежи личным примером, в повышении своего профессионального, социального статуса и общего интеллекта. Это и есть главный стратегический и тактический путь решения жизнесохранения и увеличения славянских народов.

Внедрение данных предложений позволит кардинально изменить кризисную демографическую ситуацию в республике и направить ее по пути резкого оздоровления и увеличения количества населения.

Литература

1. Антипова С.И., Трофимов Н.М., Коржунов В.М., Бабичевская А.И., Карпук Г.В., Дубинин С.Е., Яковлева В.В. Некоторые характеристики состояния здоровья населения крупных городов Беларуси (Минск, Гомель, Могилев). Демографические проблемы Беларуси: Материалы I Междунар. конгр. / Междунар. ин-т трудовых и социальных отношений. — Минск: ПКООО «Солярис Плюс», 1999. — С. 10–13.
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология: Учеб. пособие. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
3. Кругликов Р.И. Алкоголизм и потомство. — М.: «Наука», 1987. — 128 с.

4. Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси. Тезисы докладов Международной конференции-семинара: «Основы собриологии, профилактики, социальной педагогики и алкологии». Вып. №16.— Севастополь: МАТр, 2007. — С.154-159.
5. Севковская З.А. Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия. — Минск: «Принткорп», 2002. — 128 с.
6. Толкачев В.А. Помоги себе сам. — Минск: «Беларусская думка», №7, С. 62—65.
7. Толкачев В.А. Путь к исцелению.—Минск:«БОНЕМ»,134 с.
8. Углов Ф.Г.Правда и ложь о разрешенных наркотиках. К 100-летию со дня рождения. — М.: «ФОРУМ», 2004. — 208 с.
9. Шахотько Л.П., Бурачевская Е.В., Лешкович Л.Ф. и др. Тенденция заболеваемости, смертности и продолжительности жизни населения Республики Беларусь. Под ред. Л.П. Шахотько. — Минск: УП Минстата «Главный вычислительный центр», 2003. — 225 с.
10. Шичко Г.А. Разработка индивидуального психофизиологического подхода к избавлению от алкоголизма. — Л.: Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины АМН СССР, 1981. — 176 с.
11. Материалы научно-практической конференции «Алкогольная катастрофа в Беларуси. Пути выхода».- Минск, 15 марта 2014 года.

ТРЕЗВОСТИ НЕТ АЛЬТЕРНАТИВЫ

В.П. Кривоногов

Вице-президент Международной Академии Трезвости.

Сторонники трезвого образа жизни, когда ведут пропаганду трезвости, например, читая лекции или проводя уроки в школе, нередко испытывают затруднения в оценке результатов собственной работы. И действительно, как на глазок определить, подействовали твои слова на аудиторию или нет? Если подействовали, то насколько глубоко? И сколько слушателей, в результате работы решили начать трезвый образ жизни? Чтобы выяснить этот вопрос, необходимо проводить специальные социологические исследования, а это дело нелегкое, а порой и затратное. Тем не менее, в разных городах все-таки делаются попытки выяснить этот немаловажный вопрос, хотя и в скромных масштабах. Расскажу о таком опыте, осуществленном в Бурятии на семинарах, проводимых Международной Академией трезвости (МАТр) под руководством А.Н. Маюрова совместно с отделом поддержки молодежных инициатив Комитета по молодежной политике министерства образования и науки. Семинары проводились в апреле текущего года в нескольких районах республики, причем это была уже третья серия семинаров проводимых за последние два года. На семинарах опрос среди слушателей проводился дважды – перед семинаром, и в самом его конце (семинары длились три дня), с тем, чтобы определить изменение сознания и взглядов слушателей под влиянием правдивой трезвой информации. Слушатели семинаров – учителя, врачи, социальные работники шести районов Бурятии и города Кяхта, то есть, интеллигенция данного региона – те, кто может оказать сильное влияние на население и на подрастающее поколение. Всего было опрошено около 100 слушателей.

Итак, что представляли собой слушатели накануне знакомства с новой для большинства наукой – собриологией, наукой о законах отрезвления общества? Выяснилось, что два предыдущих семинара в республике не прошли даром – 35 % слушателей еще до начала семинара, слышали о науке собриологии, правда большинство – понаслышке. Встретилось также несколько слушателей предыдущих семинаров, которые знакомы с этой наукой более основательно, но захотели прослушать курс еще раз.

Итак, треть сельской интеллигенции знакома хотя бы со словом «собриология». Это очень хороший результат, в некоторых регионах о ней не слышали вообще. Заслуга здесь не только семинаров, но и местных трезвеннических организаций, таких как «Тэлэрыш», «Общее дело» и другие.

Важнейший вопрос – кто из слушателей употребляет алкоголь, а кто ведет трезвый образ жизни. Оказалось, трезвенники составили среди местной интеллигенции 11%. Это примерно соответствует на сегодняшний день ситуации и в других районах России, и этот показатель за последние 2 десятилетия явно вырос. Оценки 15-20 летней давности давали результаты 3-5 %. Несмотря на то, что большинство представителей интеллигенции алкоголь употребляет, но, тем не менее, уже в начале семинара относились к трезвости положительно 91 % или нейтрально 8 %. Не принимающих идею трезвости оказалось лишь 1%. Но все же употребление алкоголя привело к тому, что и к другой идеологической доктрине – теории так называемой «культурного, умеренного питья», также многие относились благосклонно: 47 % - положительно, 38 % - нейтрально, и лишь – 15 % - отрицательно. Среди последних больше именно тех, кто не пьет вообще, там же оказались слушатели предыдущих семинаров.

После ответа на эти вопросы, начался семинар, который продолжался три дня, и закончился традиционным «круглым столом». Проведенное в конце семинара исследование показало результат трехдневной работы. Услышали ли слушатели что-нибудь новое, чего они не слышали ранее? «Да» - ответили 99 % опрошенных. Лишь один процент слушателей

посчитали, что они это уже слышали ранее – и это не удивительно, ведь некоторые слушатели проходили семинар повторно.

Как изменилось отношение к личному употреблению алкоголя? Самым радикальным образом! 80 % уверены, что в дальнейшем употреблять алкоголь больше не будут, ещё 19 % заявили, что употреблять будут меньше, и лишь 1 % остались в своих взглядах непоколебимыми – «будут употреблять как раньше». Таким образом, количество трезвенников всего за три дня возросло более чем в семь раз! А 98 % написали в анкетах, что хотят, чтобы их дети и внуки не пили вообще. Многие стали негативно относиться к алкогольной торговле – 28 % считают, что продавать алкоголь нужно значительно меньше, а 71 % - что алкогольная торговля должна быть полностью свернута! И лишь 1 % не против, чтобы торговля продолжалась по-прежнему.

Еще перед началом семинара слушатели относились к трезвости положительно, но к концу этот показатель вырос еще больше – с 91 до 99 %, и лишь 1 % написали, что относятся к трезвости нейтрально. Противников трезвости не осталось вовсе.

Значительно поменялось отношение к «культурному, умеренному потреблению» алкоголя. Сторонников этой антитрезвой доктрины к концу семинара осталось лишь 11 %, выразили нейтральное отношение 18 %, а отрицательно – большинство – 71 %. А в начале семинара, как уже говорилось, таких было 15 %.

Изменение отношения к алкоголю в результате семинара сказалось и в том, что в перерывах слушатели активно раскупали методические материалы, привезенные преподавателями, были разобраны сотни книг, брошюр и компьютерных дисков по собриологии, и это тоже показатель – то есть, слушатели собираются нести полученные знания дальше, в свои районы, села, организации.

Подводя итоги, можно порадоваться высоким результатам семинара, однако не все так однозначно. В реальности, конечно, результаты несколько скромнее, чем показано в приведенных цифрах. Что я имею в виду? Дело в том, что результаты, проявившиеся в ответах слушателей, нередко сопряжены с сильным душевным порывом, связанным с мощным потоком новой информации. Однако пройдет время, страсти улягутся, начнет давить «культурнопьющее» окружение, мощная и никогда не прекращающаяся антитрезвая пропаганда в прессе, в масскультуре. И не исключено, что кто-то поддастся этому прессингу, вернется к прежней позиции.... Строго говоря, более объективную картину дал бы подобный опрос, проведенный, например, через год после семинара. Однако организационно провести такой опрос было бы весьма затруднительно. Но не вызывает никакого сомнения, что хотя бы часть из 80 % пожелавших стать трезвыми, останется на этой позиции и присоединится к тем 11 %, которые были трезвенниками до начала семинара. Уверенность в таком выводе придает тот факт, что на семинаре присутствовало, как уже упоминалось, несколько слушателей предыдущих семинаров, которые заявили нам, что они именно благодаря этим мероприятиям и стали трезвенниками. Значит, в любом случае число сторонников трезвости возросло. И это главное.

НА ПУТИ К ТРЕЗВОМУ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Н.Т. Дегтярёв

Международная Академия Трезвости.

В провинции Пхетчабури, на пляжном курорте Ча-Ам, с 26 октября по 1 ноября 2014 года состоялся всемирный 68 Конгресс Международной организации добрых храмовников (IOGT). Впервые в истории трезвеннического движения Конгресс проводился в Азии. Причину выбора Ча-Ам для места проведения форума объяснил исполнительный директор IOGT ЭсбьёрнХорнберг: «В последнее десятилетие мы стали больше осведомлены об Азии, и её долгой и богатой истории, а также о возможностях для развития на континенте трезвеннического движения. Для многих европейцев, особенно скандинавов, Таиланд является популярным местом для захватывающих поездок, отдыха. Сегодня ценится лидерство Таиланда в области глобального здравоохранения, особенно в отношении алкоголя и табака. Таиланд ввёл в действие одну из лучших стратегий в отношении алкоголя в мире. Но всем этим событиям бросает вызов растущая агрессивная глобальная алкогольная промышленность в Азии, которая определила такие страны, как Таиланд, как формирующие рынки».

В Таиланде трезвенническая организация - Ассоциация социального развития (IOGT-Thailand), находится под эгидой управления комитета по наркоконтролю. В Таиланде общее потребление алкоголя – 7,1 литров чистого алкоголя на человека в год. Официальные часы продаж алкоголя с 17 до 24 часов. Количество смертей, связанных с алкоголем составляет 5,9% всех случаев смерти. Потребление алкоголя является ведущей причиной травм и заболеваний. Экономический ущерб, в связи с транспортными происшествиями – 2-3% ВВП, 100 млрд. бат в год. Алкогольный бизнес целится на молодёжь. В последние годы в качестве мишени для молодёжи выбран пунш (алкоголь с фруктовым соком). Это слабоалкогольное «изделие» является входными воротами для пьянства. Это пойло продаётся в местах, где подростки встречаются, например, в торговых центрах и за пределами университетов, как в Бангкоке так и в провинциях, не говоря уже о службах доставки и маркетинге среди молодёжи и женщин.

Тайские борцы за трезвость считают, что одним из основных препятствий, в кампании по борьбе с употреблением алкоголя, является отсутствие систематических исследований о роли алкоголя в тайском обществе. Это не смотря на то, что Социально-исследовательским институтом университета Чулалонгкорн выявлено 268 научных работ и докладов направленностью на преодоление алкогольной проблемы, из которых 77 на тайском языке. В Таиланде восемь трезвеннических организаций, фондов, комитетов... в которых много ученых, исследователей, политиков, административных лиц... но, трезвенники считают, что получают не достаточную поддержку государства.

IOGT - крупнейшая трезвенническая организация мира. В первой половине 19 века в США развернулось массовое трезвенническое движение, вопреки всем козням спаивателей. Первый антиалкогольный конгресс состоялся в Филадельфии в 1833 году. Организационный конгресс прошёл в городе Утика с 9 по 11 июля 1851 года. Зарождалась IOGT как протестантская организация добрых храмовников. В начале 20 века она стала строиться на принципе религиозной нейтральности. Основными программными документами IOGT являются: «Политическая программа в области алкоголя»; «Декларация по политике мира». Символом IOGT является глобус с надписью «IOGT» по экватору, а девизом слова: «Трезвость, братство, мир», что подчёркивает различные аспекты деятельности IOGT. Стать действительными членами IOGT могут только те организации, все члены которых придерживаются отказа от употребления алкоголя. Иные организации, которые поддерживают принципы IOGT, могут присоединиться к ней в качестве ассоциированных

членов. С Советским Союзом IOGT активно сотрудничала в период третьего трезвеннического движения (1928 – 1932гг.).

В современном - четвертом трезвенническом движении контакты начались в конце 80 годов, тогда Всесоюзное добровольное общество борьбы за трезвость (ВДОБТ) стало действительным членом всемирной организации, затем Международная независимая ассоциация трезвости (МНАТ) – Ловчев Владимир Михайлович; Молодёжная антинаркотическая федерация России (МАФР) – Маюров Яков Александрович; Оптималист – Кутепов Виталий Иванович. 31 июля 2006 года, в городе Базеле (Швейцария), Международная академия трезвости (МАТр) – Маюров Александр Николаевич, единогласно была принята в действительные члены IOGT.

IOGT International является крупнейшим в мире сообществом неправительственных организаций с миссией самостоятельно просвещать людей по антиалкогольным и другим проблемам, о принятии трезвой жизни, что приводит к более богатой, более свободной и более плодотворной жизни. Штаб-квартира IOGT находится в Швеции. Это самая большая и наиболее влиятельная организация, состоящая из более 140 организаций из 60 стран мира. На 68 конгрессе, в Таиланде, трезвенники мира приняли трезвенническую организацию из Албании в свои ряды и крепкие объятия.

28 октября 2014 года состоялось торжественное открытие 68 конгресса IOGT. На следующий день Королевское правительство Таиланда провело торжественный приём участников Всемирного форума борцов за трезвость, в котором приняло участие более 400 делегатов. Российскую делегацию на конгрессе представляли: Александр Маюров - президент Международной академии трезвости (МАТр); Николай Дегтярёв – вице-президент МАТр, член правления Союза борьбы за народную трезвость (СБНТ РФ); Яков Маюров-президент Международной антинаркотической федерации России; Олег Дегтярёв - вице-президент Амурской областной организации Аквайс-спорт, член СБНТ.

На многочисленных семинарах и практикумах среди докладчиков были тайцы и представители всех континентов. Участники также имели возможность участвовать в различных мероприятиях, таких, как выставки, семинары, экскурсии и уроки тайской кулинарии...

Члены IOGT International разных стран вместе обсудили и приняли новый 4-х летний план действий, новую «алкогольную и наркотическую политику», чтобы хорошо подготовиться к предотвращению и сокращению вреда наносимого алкоголем и другими наркотиками, через ударопрочные, основанные на фактических данных меры.

В рамках работы конгресса, Н.Т.Дегтярёвым, впервые был представлен психолого-педагогический метод избавления от зависимостей Г.А.Шичко(на английском языке), который заинтересовал многие делегации. В частности соратники из Англии запланировали пригласить Николая Трифоновича, для проведения семинара в 2015 году. А.Н.Маюров, также презентовал свои работы по собриологии, которые вызвали большой интерес у многих делегаций.

Новым президентом IOGT была избрана Кристина Сперкова из Словакии: «Многие поздравили меня с тем, что я стала первой женщиной-президентом IOGT International с момента основания в 1851 году. Мне нужно исправить эту информацию. В 1958 году была одна женщина-президент – Аманда Кларк из Огайо. Она была избрана вице-президентом, но вступила в должность после О.Стронга из Иллинойса в связи с его смертью во время его мандата. Так я являюсь второй женщиной президентом и первой женщиной- президентом избранной в истории IOGT. Организация была за обеспечение гендерного равенства, и женщины получали должности в советах в те времена, когда они не имели права голоса». В состав правления IOGT были избраны представители трезвеннических организаций: Шри Ланки, Боснии и Герцеговины, Германии, Танзании, Индии, Эстонии, Норвегии и Таиланда

Как показал Конгресс, IOGT по-прежнему находится в авангарде битвы за трезвое – безнаркотическое общество и против растущего коммерческого доминирования алкогольной промышленности.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ТРЕЗВОСТИ
МЕЖДУНАРОДНАЯ СЛАВЯНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ОБЩЕРОССИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «ЗА ТРЕЗВУЮ РОССИЮ»
СОЮЗ БОРЬБЫ ЗА НАРОДНУЮ ТРЕЗВОСТЬ
ОБЩЕРОССИЙСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «ОПТИМАЛИСТ»
МОЛОДЕЖНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ РОССИИ
АРМАВИРСКИЙ ПРАВОСЛАВНО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ**

XXIV Международная конференция-семинар по собриологии, профилактике, социальной педагогике и алкологии
«Трезвая Кубань – Трезвая Россия»
(12 – 22 октября 2015 года)

ПРИГЛАСИТЕЛЬНЫЙ БИЛЕТ И ПРОГРАММА



Сочи, 2015

Уважаемый коллега!

Мы рады пригласить Вас на XXIV Международную конференцию-семинар по проблемам собриологии, профилактике, социальной педагогике и алкологии, которая пройдет в г. Сочи (Россия) с 12 по 22 октября 2015 года по теме «Трезвая Кубань – Трезвая Россия».

• Это 75 часов пресс-конференций, лекций, докладов, тренингов, дискуссий, "круглых столов", брифингов, марафонов, мастер-классов.

• **Это** настоящее и будущее социальной педагогики и специальной психологии, собриологии и алкологии, ювенологии и профилактики, наркоконфликтологии и превентологии, истории трезвеннического движения и других прикладных наук.

• **Это** разрешение личностных проблем с помощью методов и методик Шичко, Зайцева, Бейтса, Орлова, Гринченко, Худоллина, Карпова, Линдемана и других, раскрытие Ваших возможностей и ресурсов.

• **Это** встреча специалистов в области проблем наркотизации и трезвеннического движения.

Цель конференции-семинара: подготовка специалистов в области профилактики и преодоления зависимостей и созависимостей; работа по реабилитации и ресоциализации; обмен передовым опытом работы по формированию здорового, трезвого образа жизни.

География участников: Абхазия, Австралия, Австрия, Азербайджан, Албания, Армения, Бангладеш, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, Бурунди, Бутан, Великобритания, Венгрия, Вьетнам, Гана, Германия, Греция, Дания, Израиль, Индия, Ирак, Иран, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Канада, Кипр, Китай, Кыргызстан, Латвия, Литва, Македония, Малайзия, Мальдивы, Молдова, Монголия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Объединенные Арабские Эмираты, Пакистан, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Саудовская Аравия, Сербия, Сингапур, Словакия, Словения, США, Таджикистан, Таиланд, Танзания, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Финляндия, Филиппины, Хорватия, Черногория, Чехия, Швейцария, Швеция, Шри-Ланка, Эстония, Япония и другие страны.

Ключевые слова:

- собриология – наука о путях отрезвления человека и общества;
- профилактика – наука о путях предупреждения различных отклонений;
- социальная педагогика – наука о закономерностях социализации личности;
- алкология – наука о социальных аспектах потребления алкоголя.

Международные семинары-конференции по собриологии, профилактике, социальной педагогике и алкологии раньше проходили:

№ конференции-семинара	Дата проведения	Место проведения
1	23-27 сентября 1996	г. Н. Новгород
2	16-20 декабря 1996	г. Н. Новгород
3	17-22 марта 1997	г. Н. Новгород
4	20-30 сентября 1997	г. Алушта (Крым)
5	20-30 сентября 1998	г. Алушта (Крым)
6	22-27 марта 1999	г. Н. Новгород
7	20-30 сентября 1999	г. Алушта (Крым)
8	26-30 июля 2000	г. Шарлеруа (Бельгия)
9	20-30 сентября 2000	г. Севастополь

10	20-25 сентября 2001	г. Севастополь
11	20-28 сентября 2002	г. Севастополь
12	20-29 сентября 2003	г. Севастополь
13	20 сент. – 2 окт. 2004	г. Севастополь
14	20 сент. – 2 октября 2005	г. Севастополь
15	20 – 30 сентября 2006 8 – 14 октября 2006	г. Севастополь (Крым) г. Ларнака (Кипр)
16	20 – 30 сентября 2007	г. Севастополь
17	20 – 30 сентября 2008	г. Севастополь
18	20 – 30 сентября 2009	г. Севастополь
19	20 – 30 сентября 2010	г. Севастополь
20	20 – 30 сентября 2011	г. Севастополь
21	20 – 30 сентября 2012	г. Севастополь
22	20 – 30 сентября 2013	г. Севастополь
23	20 – 30 сентября 2014	г. Севастополь

Конференция-семинар полезна всем, чей успех и результативность в формировании трезвой, здоровой, счастливой жизни зависит от взаимодействия с другими людьми. Каждый участник конференции-семинара может выступить с докладами, сообщениями, принять участие в дискуссиях, "крутых столах" или пресс-конференциях. Тезисы выступлений предварительно публикуются. Материалы просим выслать в оргкомитет на русском и английском языках до 1 августа 2015 года по адресу: mayurov3@gmail.com Объем - до 5 стр. машинописи через 1,5 интервала, шрифт 12. В соответствии с постановлением Правительства РФ № 74 от 30 января 2002 года труды, опубликованные в материалах международных конференций, приравниваются к опубликованным работам, отражающим основные научные результаты диссертаций и признаются ВАК РФ при их защите (п. 10 постановления).

Наши ведущие преподаватели широко известны в профессиональном мире и не нуждаются в дополнительных рекомендациях. Важно, что они - академики и профессора, доктора и кандидаты наук, профилактологи и превентологи, практикующие собриологи и культурологи, социальные педагоги и специальные психологи - имеют свой очень высокий результат в практической, научной и преподавательской деятельности.

Организационный комитет оставляет за собой преимущество корректировать и расширять программу конференции-семинара.

Просьба сообщить оргкомитету о Вашем намерении участвовать в конференции-семинаре до 1 сентября 2015 года и забронировать места. Срочно просим сообщить, кому нужна визовая поддержка и персональные приглашения на конференцию-семинар. Оргкомитет просит позаботиться об обратных билетах и медицинской страховке заблаговременно.

Конференция-семинар в первую очередь рассчитана на: социальных педагогов и специальных психологов; преподавателей по методам Шичко, Бурно, Линдемана, Бейтса, Гринченко, Орлова, Худолина, Зайцева, Карпова; работников культуры; профилактиков; собриологов; ювенологов; алкологов; геронтологов; наркологов; психологов; социальных работников; педагогов; журналистов и публицистов; активистов антинаркотического, трезвеннического движений; секретарей комиссий, противостоящих наркотизму; секретарей комиссий по делам несовершеннолетних; работников центров по формированию здорового образа жизни.

Журналистам будет предоставлена возможность, подготовить для своих изданий статьи, интервью, зарисовки, репортажи и т. п.

Заезд и регистрация 12 октября 2015 года с 13.00 по адресу:

354364, Россия, г. Сочи, Адлерский р-он, ул. Ленина, д. 219-А.

E-mail: vesna@sochi.com Тел.: +7 (862) 269-36-10; Факс: +7 (862) 246-33-99.

Бесплатная линия: 8-800-700-36-10. Сайт: <http://www.vesna-sochi.ru/>

Отель расположен в живописной парковой зоне Адлера на берегу Черного моря. Хорошо обставленные номера имеют все удобства для комфортного отдыха на море, а также помещения для работы во время конференции. Для гостей, приезжающих на курорт восстановить свое здоровье, имеется лечебная база, оснащенная современным оборудованием и квалифицированным медперсоналом. Здесь можно пройти полное медицинское обследование с последующими восстановительными процедурами. Собственный пляж расположен в 50м от отеля. Имеется свой аквапарк.

Начало работы конференции-семинара 13 октября в 10.00

Участникам Международной конференции-семинара выдаются удостоверения установленного образца.

Культурная программа

Экскурсия на Красную поляну. Экскурсия "Сочи Олимпийский". Озеро Рица. Гора Ахун+Агурское ущелье. 33 водопада. Тайна изумрудной долины. Вечерний Сочи. Воронцовские пещеры. Змейковские водопады. Дельфинарий в Адлере. Океанариум в Адлере. Обезьяний питомник. Форелевое хозяйство. В гостях у пасечника. Женский монастырь. Чайные домики. Тисо-самшитовая роща. Сплав на рафтах и катамаранах. Прогулка на яхте.

С авторским концертом, в рамках работы конференции-семинара, выступит автор-исполнитель и музыкант, лауреат многих Международных конкурсов эстрады, профессор МАТр Толкачев Николай Гаврилович (Нижний Новгород). С авторским концертом выступит профессор МАТр Козловский Михаил Геннадьевич (Оренбург).

На Международную конференцию-семинар в г. Сочи приглашены:

Сперкова К., президент IOGT (Швеция);

Ямсон Джозеф /Гана/, руководитель трезвеннического движения Ганы;

Берегела К.В. /Москва/, историк, аспирант МГУ;

Богданов С.В. /Курск/, доктор исторических наук, профессор кафедры История государства и права Юго-Западного государственного университета;

Бородкин А.В. /Ярославль/ – кандидат исторических наук, доцент.

Пашин В.П. /Курск/ - доктор исторических наук, заведующий кафедрой истории государства и права Курского государственного технического университета;

Горюшкина Наталья Евгеньевна /Курск/, кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и социально-культурного сервиса Курского государственного технического университета;

Карандашев Г.В. /Ярославль/, кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры отечественной истории Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского;

Краснов И.А. /С.-Петербург/, кандидат исторических наук, доцент;

Николаев А.В. /Тольятти/, кандидат исторических наук, доцент, зав. кафедрой "Социально-культурный сервис" Поволжского государственного университета сервиса.

Пашков Е.В. /Курск/, кандидат исторических наук;

Латыш Ю.В. /Киев/, кандидат исторических наук, доцент кафедры истории для гуманитарных факультетов Киевского национального университета им. Т. Шевченко;

Чеберяко О.В., доктор исторических наук, кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов Киевского национального университета им. Т. Шевченко.

Раков В.В. /Курск/, кандидат исторических наук, доцент;

Мариупольский А.М. /Барнаул/, кандидат исторических наук, доцент Алтайской академии экономики и права;

Букреева О.Г. /Рязань/, кандидат педагогических наук, доцент кафедры библиотековедения и документоведения Рязанского заочного института (филиала) Московского государственного университета культуры и искусств.

Херлихи Патрисия /США/, профессор истории в Брауновском университете;

Теплянский М.В. /Иваново/, кандидат исторических наук, доцент Ивановского государственного университета;

Ермакова Т.И. /Н. Новгород/, канд. пед. наук, проректор Нижегородского политехнического университета;

Якушев А.Н. /Белореченск/, кандидат педагогических наук, кандидат юридических наук, доктор исторических наук;

Айтмурзаева Г. /Бишкек/, директор Республиканского центра укрепления здоровья;

Назаралиев Ж. Б. /Бишкек/, профессор, доктор мед.наук, директор Медицинского центра;

Абрахам П. /Бухарест/, профессор, директор Румынского национального антинаркотического центра;

Малюта А.Н. /Львов/, доктор философских наук, академик ПАНИ;

Тулаев П.В. /Москва/, доктор исторических наук, профессор;

Фортова Л.К. /Владимир/, кандидат юридических наук, доктор педагогических наук;

Гоголева Т.А. /Якутск/, директор детской телерадиоакадемии «Полярная звезда»;

Анна Бейли /Лондон/, аспирантка Университетского колледжа Лондона и многие другие.

В рамках работы конференции-семинара пройдет презентация журнала «Собриология», газеты «Свободная страна». Пройдет презентация новых книг профессора Маюрова А.Н., профессора Зайцева Г.К., доцента Юферова В.А., профессора Демина А.К., профессора Суворова Н.П. и других. Состоится презентация книг трезвеннического издательства «Издательский Дом Николаевых» (Ивановская область).

Кроме того, будет организован коллективный просмотр и обсуждение фильма «Двадцатка самых опасных наркотиков в мире» (ведущий Купавцев Г.С.), а также просмотр антиалкогольного художественного фильма «Булаг» («Источник»).

МАСТЕР-КЛАССЫ

Мастер-класс 1.

«Основы собриологии». Проводит профессор Кривоногов Виктор Павлович, доктор исторических наук, академик, вице-президент МАТр (Красноярск). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 2.

«Из опыта работы с детьми 6-17 лет по программе «Дети спасают родителей».
Проводит Январский Николай Владимирович, профессор (Ижевск). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 3.

«Древние истоки нашей трезвости». Проводит Тулаев Павел Владимирович, доктор исторических наук, профессор Международного Славянского Института (Москва). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 4.

«Новые подходы в решении различных зависимостей на базе метода Г.А. Шичко». Проводит Коняев Владимир Алексеевич, доцент МАТр (Ковров Владимирской области). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 5.

«Ведение дневников по методу Г.А. Шичко для восстановления здоровой психики». Проводит Щурина Татьяна Михайловна, профессор (Вильнюс). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 6.

«Использование трезвого потенциала для создания здорового общества» (вопросы теории и практики). Проводит Пирожков Николай Константинович, профессор (Москва). Стоимость мастер-класса - 1000 руб.

Мастер-класс 7.

«Теория и практика организации местного трезвеннического движения (регионального) и работы клуба «Оптималист». Проводит Свиридов Виктор Михайлович, профессор (г. Озерск Челябинской области). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 8.

«Психология сознательной трезвости». Проводит Губочкин Петр Иванович, кандидат психологических наук, член-корр. Международной академии психологии (Ярославль). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 9.

«Коррекция зрения по системе Бейтса-Шичко». Практическая работа. Проводит академик Афонин Игорь Николаевич, вице-президент МАТр (г. Череповец Вологодской области). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 10.

«Уроки нравственности и здоровья в общеобразовательной школе». Проводит Гринченко Наталья Александровна, кандидат педагогических наук, профессор МАТр. Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 11.

«Психофизическая система оздоровления «Белояр». Проводит Жуков Станислав Викторович, профессор (г. Озерск Челябинской области). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 12.

«Методика сохранения работоспособности человека. Ступени индивидуального роста: как полюбить трезвую жизнь и достичь душевного равновесия». Проводит Толкачев Валентин Андреевич, профессор, академик, вице-президент МАТр (г. Минск). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 13.

«Чайно-музыкальная церемония Нового Времени - интегративный метод психосоматического оздоровления человека и повышения его творческого потенциала». Проводит автор и мастер чайно-музыкальной церемонии Шандыбин Василий Петрович, доктор Альтернативной медицины, гранд-доктор философии, доктор психологических наук, доктор биологических наук, доктор педагогических наук, профессор, академик (г. Тюмень). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 14.

«Особенности успешного избавления от лишнего веса и других вредных привычек. "Ключи успеха" - достойное продолжение курса "Молодильное яблоко". Правда и ложь о болезнях и лишнем весе». Проводит Арефьев Сергей Андреевич, профессор, председатель Хакасского отделения СБНТ (Абакан). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 15.

«Скандинавская ходьба». Проводит Лыткин Матвей Иванович, академик МАТр (Якутск). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 16.

«Школа здоровья Тамары Свет». Проводит Кулькова Тамара Петровна, профессор, руководитель «Школы здоровья» (Череповец). Стоимость мастер-класса - 1000 руб.

Мастер-класс 17.

«Комплексное избавление от алкозависимости». Проводит Козловский Михаил Геннадьевич, доцент (Оренбург). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 18.

«Метод Г.А. Шичко - психолого-педагогический метод избавления от алкогольной и табачной зависимостей». Проводит Дегтярев Николай Трифонович, академик (Амурская область). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 19.

"Развитие памяти по методу Матюгина-Шичко». Проводит Кодаченко Валерий Валерьевич, психолог, председатель общественной организации «Трезвая Святая Русь» (г. Стаханов, Луганская Народная Республика). Выдается удостоверение инструктора по развитию памяти. Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 20.

«Утренний комплекс оздоровительной гимнастики: дыхательная, суставная, статические растяжки, «внутренняя улыбка» и гимнастика мозга». Проводит Кулькова Тамара Петровна (Череповец), профессор, специалист по здоровью - сберегающим технологиям. Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

Мастер-класс 21.

«Многомерный человек. Формирование трезвого образа жизни». Проводит Мотин Николай Яковлевич, психолог, доцент МАТр (Московская область). Стоимость мастер-класса – 1000 руб.

В рамках конференции-семинара будут работать различные круглые столы.

Темы докладов, сообщений, дискуссий и лекций на пленарных заседаниях:

Научные основы отрезвления общества (профессор В.П. Кривоногов, Красноярск)

Проблема формирования трезвого, здорового образа жизни - мифы и реальности (профессор Б.А. Соловьев, Тверь)

Система здравотворения «Сибирская Здрава» как основа творческой и созидательной жизни (профессор Н.К. Пирожков, Москва)

Профилактика абнегизма в молодежной среде (профессор Л.К. Фортова, Владимир)

Алкогольная политика Украины (доцент, Ю.В.Латыш, доцент О.В. Чеберяко, Киев)

Формирование трезвости на Кубани (профессор о. Сергей Токарь, Армавир Краснодарского края)

Опыт проведения Угловских чтений в Республике Саха (Якутия) (профессор К.Г. Башарин, профессор З.К. Башарина, Якутск)

Общие подходы к разработке национальной алкогольной политики. С.Ю. Витте и Государственная питейная монополия (И.Е. Алексеев, кандидат исторических наук, Казань)

Довженко Александр Романович – Народный врач СССР (академик В.А. Андреев, Феодосия, Крым)

Трезвенническое движение в Латвии. Чем оно отличается от трезвеннического движения в России? (В.Ф. Одяков, кандидат химических наук, Новосибирск)

Война с табаком в нацистской Германии (Роберт Проктор, доктор истории, Германия)

Организационный взнос: Для представителей России, Беларуси, Казахстана, Латвии, Литвы и Эстонии 2000 руб. Для представителей Молдовы, стран Закавказья и Средней Азии 1800 руб. Для представителей Украины – 1500 руб. Жители Луганской Народной Республики и Донецкой Народной Республики от оргвзноса освобождаются. Для остальных стран оргвзнос 3000 руб. Для членов Международной академии трезвости, студентов, аспирантов, учащихся, пенсионеров, а также ранее обучавшихся на курсах по методу Г.А. Шичко предусмотрена 10% скидка. Организационный взнос может быть оплачен только по приезду на конференцию-семинар в Сочи.

Проживание и питание.

Место в двухместном номере "Стандарт" - 1 500 руб. с чел. в день (завтрак включен – шведский стол). Одноместное размещение - 2 500 руб. (завтрак включен – шведский стол).

Место в двухместном номере "Стандарт" с полным пансионом (завтрак, обед и ужин – шведский стол) - 2 200 руб. с чел. в день. Одноместное размещение с полным пансионом (завтрак, обед и ужин – шведский стол) - 3 200 руб. Сайт: <http://www.vesna-sochi.ru/>

Реквизиты для оплаты за проживание и питание в пансионате:

Способы оплаты:

• По безналичному расчету (необходимо направить заявку в отель на бронирование по адресу: vesna@sochi.com и предоставить реквизиты для выставления счета).

• За наличный расчет (по прибытию в отель на стойке размещения). К оплате также принимаются кредитные карты VISA и MasterCard. До 1 сентября 2015 года, обязательно, необходимо прислать электронную заявку на участие в конференции-семинаре по адресу Оргкомитета.

Адрес оргкомитета: 603000, г. Нижний Новгород, главпочтамт, абонентский ящик 660; моб. тел. 8-920-016-72-40. E-mail: mayurov3@gmail.com Подробности на сайтах МАТр: www.intacso.ru, www.intacso.com

Адрес проведения конференции-семинара:

354364, Россия, г. Сочи, Адлерский р-он, ул. Ленина, д. 219-А.

E-mail: vesna@sochi.com Тел.: +7 (862) 269-36-10; Факс: +7 (862) 246-33-99.

Бесплатная линия: 8-800-700-36-10. Сайт: <http://www.vesna-sochi.ru/>

Заезд на семинар 12 октября 2015 года с 13.00 местного времени.

Отъезд домой – 22 октября.

Как добраться до отеля:

- от аэропорта «Адлер» (5 км): маршрутными такси № 105, 105с, 173 до ост. «Известия», «Изумруд».
 - от ж/д вокзала Адлера (2 км): маршрутными такси № 105, 105с, 117, 118, 125, 125с, 173 и др., направляющимися в сторону центра г. Сочи, до ост. «Известия», «Изумруд».
- Городское такси: RED-такси тел. 8-862-290-00-00, такси тел. 8-862-246-04-60.

Организационный комитет:

Маюров Александр Николаевич, профессор, академик, президент Международной академии трезвости **8-920-016-72-40** - профессиональная программа, дискуссионная часть, составление и редактирование сборников, издание трудов, общее руководство (председатель оргкомитета).

о. Сергей Токарь, профессор, ректор Армавирского православно-социального института **8-918-317-73-63** – организационное обеспечение конференции-семинара (зам. председателя оргкомитета).

Искаков Борис Иванович, профессор, академик, президент Международной Славянской Академии + 7 (495) 334-75-94 – научное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Кривоногов Виктор Павлович, профессор, вице-президент Международной академии трезвости **8 (3912)33-58-43** - информационное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Кутепов Виталий Иванович, академик, председатель Общероссийского объединения «Оптималист» **8-916-650-70-03** – информационное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Бондаренко Владимир Александрович, академик, вице-президент Международной академии трезвости **8-861-268-38-18, 8-988-246-00-05** - информационное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Куркин Владимир Вальтерович, профессор, вице-президент Международной академии трезвости **8-918-048-85-37**- информационное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Глущенко Анатолий Николаевич, профессор, заместитель председателя правления Союза борьбы за народную трезвость **8-919-777-51-33**- информационное обеспечение конференции-семинара (член оргкомитета).

Секретариат конференции-семинара:

Щапов Виктор Альбертович, профессор 8-910-976-05-14 – организационное и техническое руководство секретариатом (председатель секретариата).

Горнов Павел Александрович, доцент 8-910-397-82-82 - туризм, фотографирование и экскурсии, регистрация участников (зам. председателя секретариата).

Щурина Татьяна Михайловна, профессор 8-6174-36-27 или 8-5260-51-01 – культурная программа, регистрация участников, переводческие работы (член секретариата);

Баублис Дарюс, 3-706-861-23-45 – электронное обеспечение конференции, видеосъемка, регистрация участников, составление и рассылка списков участникам семинара, печатание документов (член секретариата);

Кодаченко Валерий Валерьевич, + 7 978-008-05-23 – регистрация участников, организационное и техническое обеспечение, связь с местной администрацией (член секретариата).

Построение дней конференции-семинара

(с 13 по 21 октября 2015 года)

08.00 - 9.00 Завтрак

09.00 - 13.00 Утренняя лента занятий /мастер-классы/

13.00 -14.00 Обед

14.00 - 18.00 Дневная лента занятий /мастер-классы/

18.00-19.00 Ужин

19.00-23.00 Культурная программа, круглые столы, презентации

12 октября – заезд участников конференции-семинара;

13, 14 и 21 октября 2015 года – пленарные заседания XXIV конференции-семинара с 9.00 до 18.00.

Информационная поддержка

Журналы: «Культура здоровой жизни», «Трезвое слово», «Трезвость и культура».

Газеты: «Соратник», «Пока не поздно», «Свободная страна», «Вопреки», «Трезвый Петроград», «Трезвая лига», «Трезвый мир», «Родник трезвости», «Трезвая Россия», «Трезвая Украина», «Оптималист-оптимист», «Трезвый вестник».

**АНКЕТА – ЗАЯВКА
УЧАСТНИКА МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ-СЕМИНАРА
(СОЧИ 2015)**

Ф.И.О.....

Дата рождения.....

Адрес.....

.....

тел./факс.....

E-mail

Организация (должность)

.....

.....

Проходили ли ранее курсы по методу Г.А. Шичко? да нет

Нужно ли место в пансионате? да нет

Желаю посетить мастер-классы (обвести номер – посетить можно не более 4 мастер-классов):

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Желаю выступить с темой.....

.....

.....

Дата..... Подпись.....

Анкеты-заявки высылать в адрес оргкомитета: 603000 Нижний Новгород, главпочтамт, абонентский ящик 660; тел. 8-920-016-72-40.

E-mail: mayurov3@gmail.comwww.intacso.ruwww.intacso.com