

Этот доклад содержит согласованные взгляды Международной группы экспертов и не обязательно представляет решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения

Серия технических докладов ВОЗ

856

**КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ
ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**

Двадцать девятый доклад

Выпущено издательством "Медицина" по поручению
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
которому ВОЗ вверила выпуск данного издания
на русском языке



Всемирная организация здравоохранения

Женева 1996

Каталог публикаций ВОЗ

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости: двадцать девятый доклад

(Серия технических докладов ВОЗ: 856)

1. Зависимость от психоактивных средств. 2. Злоупотребление психоактивными средствами. 3. Контроль над лекарственными препаратами и наркотическими средствами. I. Серия

ISBN 92 4 120836 8 (Классификация NLM: WM 270)

ISSN 0512-3054

Всемирная организация здравоохранения охотно разрешает перепечатывать и переводить свои публикации частично или полностью. Заявление о разрешении на перепечатку или перевод следует направлять в Бюро публикаций Всемирной организации здравоохранения, Женева, Швейцария, которое будет радо представить новейшую информацию о любых изменениях, внесенных в текст, планах выпуска новых публикаций, а также об имеющихся переизданиях и переводах.

ISBN 5-225-03288-5

ISBN 92 4 120856 2

© World Health Organization, 1995

© Всемирная организация здравоохранения, 1996

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются положения протокола № 2 Всемирной конвенции об охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнение Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения рекомендует их или отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами.

Содержание

1. Введение	1
2. Обзор психоактивных веществ	1
2.1 Критерии включения веществ в Списки конвенций	1
2.2 Аминорекс	4
2.3 Бротизолам	6
2.4 Этриптамин	8
2.5 Флунитразепам	9
2.6 Мезокарб	13
2.7 Меткатинон	15
2.8 Ципепрол	17
2.9 Триазолам	19
3. Предварительное рассмотрение психоактивных веществ	20
3.1 Тригексифенидил	20
3.2 Золпидем	20
3.3 Зопиклон	21
3.4 Вещества, подлежащие предварительному рассмотрению	22
4. Международная система лекарственного контроля	22
4.1 Контроль распределения и обязательства по представлению отчетов	22
4.2 Лечение и реабилитация	23
4.3 Принципы работы по снижению спроса на вещества, вызывающие зависимость	23
Благодарность	25
Список литературы	25

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости

Женева, 26—29 сентября 1994 г.

Члены Комитета

Проф. N.P. Cortes-Maramba, медицинский колледж, Филиппинский университет, Манила, Филиппины (составитель доклада)

Д-р P.O. Emafo, президент, Фармацевтическое общество Нигерии, Икои, Лагос, Нигерия (заместитель председателя)

Проф. L.S. Harris, кафедра фармакологии, Медицинский колледж Виргинии, Общественный университет штата Виргиния, Ричмонд, Виргиния, США (председатель)

Проф. N. Kodagoda, проректор, Университет Коломбо, Шри-Ланка

Проф. G. Lagier, отделение фармакологии, Больница Фернанда Видаля, Париж, Франция

Г-н J. LeCavalier, исполнительный директор, Канадский центр по злоупотреблению лекарственными средствами, Онтарио, Канада

Проф. M.H. Mubbashar, психиатрическое отделение, Больница общего профиля Равалпинди, Равалпинди, Пакистан

Проф. U. Rydberg, директор, отдел клинических исследований в области алкоголизма и наркомании, Клиника Магнуса Гусса, Стокгольм, Швеция

Проф. T. Yanagita, руководитель, отдел доклинических исследований, Центральный институт экспериментальных животных, Кавасаки, Япония

Представители других организаций *

Международная организация криминальной полиции (Интерпол)

Г-н P. Grand, подотдел наркотиков, Интерпол, Лион, Франция

* Из приглашенных организаций не смогли направить представителей: Международный совет по алкоголизму и наркомании (МСАН); Международная организация потребительских союзов (МОПС); Всемирная федерация фирм — изготовителей патентованных лекарственных средств (ВФФИЛС); Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА).

Международная федерация ассоциаций фармацевтических фирм-изготовителей (МФАФФИ)

Г-жа М. Сопе, вице-президент по научным вопросам, МФАФФИ, Женева, Швейцария

Международный совет по контролю за наркотиками (МСКН)

Д-р М. Kschouk, вице-президент, МСКН, Вена, Австрия

Международная программа ООН по контролю над наркотическими средствами (ЮНДКП)

Г-н Р. Bailey, секретарь, Комиссия по наркотикам, ЮНДКП, Вена, Австрия

Секретариат

Г-н Н. Emblad, директор, Программа по наркомании, ВОЗ, Женева, Швейцария

Д-р Yng-Shiuh Sheu, Национальный институт по проблемам злоупотребления лекарственными средствами, Роквилл, штат Мэриленд, США (временный советник)

Д-р G.M. Weiss, Программа по наркомании, ВОЗ, Женева, Швейцария

Г-н Т. Yoshida, Программа по наркомании, ВОЗ, Женева, Швейцария (секретарь)

1. Введение

Совещание Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости проходило в Женеве с 26 по 29 сентября 1994 г. По поручению Генерального директора заседание открыл г-н Н. Emblad, директор Программы по наркомании, подчеркнувший ту важную роль, которую Комитет экспертов играет в международной системе борьбы с наркоманией начиная с его первого заседания, состоявшегося в 1949 г. Комитет экспертов — орган ВОЗ, в функции которого входят оценка психоактивных веществ и представление рекомендаций по международному контролю за ними. Генеральный директор может представлять от имени ВОЗ эти рекомендации Генеральному Секретарю Организации Объединенных Наций для проведения соответствующей работы в рамках Комиссии ООН по наркотикам. Г-н Emblad отметил также, что технический опыт ВОЗ по этой проблеме был признан и использован в процессе учреждения Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. и Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

Наряду с этим г-н Emblad разъяснил, что в соответствии с мандатом Комиссии ООН по наркотикам проводимая ВОЗ оценка психоактивных веществ должна считаться определяющей в медицинском и научном аспектах, хотя Комиссия может отклонить или, руководствуясь Конвенцией 1971 г., изменить рекомендации ВОЗ на основе других соображений. Ввиду того что большинство рекомендаций Комитета экспертов Комиссией по наркотическим средствам ООН принимается, можно считать, что Комитет играет важную роль в этой работе. В заключение г-н Emblad подчеркнул, что Комитет экспертов должен осознавать свои права и ответственность, касающиеся рассмотрения каждой субстанции, включенной в повестку дня.

2. Обзор психоактивных веществ

2.1 Критерии включения веществ в Списки конвенций

При внесении рекомендаций о включении веществ в тот или иной Список Комитет экспертов руководствуется соответствующими конвенциями о контроле психоактивных средств и принципами, принятыми Исполкомом ВОЗ в январе 1990 г. [1]. В прошлом отмечались определенные трудности, связан-

ные с применением критериев в том виде, в каком они приняты Исполкомом, особенно тех из них, которые касались психотропных веществ.

В соответствии с Конвенцией о психотропных веществах 1971 г. Комитет экспертов должен определять, обладает ли та или иная субстанция способностью вызывать "состояние зависимости и стимуляцию или подавление центральной нервной системы, приводящие к галлюцинациям, нарушениям двигательной функции, мышления, поведения или изменению восприятия или настроения, а также имеет ли данная субстанция свойство вызывать такие эффекты, которые "могут приводить к злоупотреблению и вредным воздействиям, характерным для веществ, включенных в Списки I, II, III или IV Конвенции". Важно также определять, "имеются ли достаточные основания считать, что определенное вещество обуславливает или может обусловить злоупотребление в такой мере, что оно будет создавать проблемы для общественного здравоохранения и общества, оправдывающие осуществление в отношении него мер международного контроля".

Кроме того, определены конкретные критерии, в соответствии с которыми вещества классифицируют:

Список I Вещества, создающие особенно серьезную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при ограниченной терапевтической ценности (или полном ее отсутствии).

Список II Вещества, создающие значительную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при малой или умеренной терапевтической ценности.

Список III Вещества, создающие значительную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при умеренной или выраженной терапевтической ценности.

Список IV Вещества, создающие менее выраженную, но все же значительную опасность с точки зрения

общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при ограниченной или высокой терапевтической ценности.

Приведенные выше критерии были впервые разработаны на семнадцатом заседании [2] Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости в 1969 г. в процессе классификации психотропных веществ, которые предполагалось включить в первоначальные Списки Конвенции 1971 г. о психотропных веществах. Эти критерии были отражены также в документе ООН *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances* ("Комментарии к Конвенции о психотропных веществах") [3].

Однако критерии, предложенные в 1969 г., не охватывают конкретно следующие возможные случаи:

- вещества, создающие особенно серьезную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при малой или умеренной терапевтической ценности;
- вещества, создающие особенно серьезную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при умеренной или выраженной терапевтической ценности;
- вещества, создающие значительную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при ограниченной терапевтической ценности (или полном ее отсутствии);
- вещества, создающие менее выраженную, но все же значительную опасность с точки зрения общественного здравоохранения в связи с тем, что они легко вызывают привыкание при весьма ограниченной терапевтической ценности (или полном ее отсутствии).

Для того чтобы заполнить эти пробелы, Комитет экспертов принял на своем настоящем заседании следующие дополнительные рабочие установки:

- В тех случаях, когда критерии, предложенные в 1969 г., применяются в неполной мере, следует классифицировать вещество, в большей мере исходя из его опасности для здоровья, чем из его терапевтической ценности.

- Независимо от вышесказанного, рекомендации по включению веществ в Список I должны вноситься только в тех случаях, когда будут полностью удовлетворены предложенные в 1969 г. критерии, касающиеся терапевтической ценности и степени опасности для здоровья людей.

Кроме того, Комитет экспертов отметил, что в отличие от Конвенции, принятой в 1971 г., критерии, предложенные в 1969 г., не отражают конкретных масштабов социальных проблем. В связи с этим Комитет пришел к заключению, что "опасность для здоровья людей", упомянутая в вышеприведенных критериях, должна интерпретироваться таким образом, чтобы она отражала как социальные проблемы, так и проблемы, касающиеся общественного здравоохранения.

2.2 Аминорекс (международное непатентованное наименование)

Определение вещества

Аминорекс (CAS 2207-50-3), имеющий химическое название 2-амино-5-фенил-2-оксазолин, известен также как аминоксафен (aminoxaphen и aminoxafen); аминорексфумарат продавался раньше под названиями Ariqueil и Meposil. Аминорекс имеет асимметрический атом углерода, поэтому возможны две его стереоизомерные формы и один рацемат.

Предшествующие рассмотрения

В 1969 г. Комитет экспертов рекомендовал на своем 17-м заседании [2] осуществлять международный контроль аминорекса по Списку IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г. Однако, когда Конвенция 1971 г. была принята, аминорекс не был включен в первичный перечень контролируемых субстанций. В 1992 г. на 28-м заседании Комитета экспертов была принята рекомендация о критическом пересмотре аминорекса.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

Аминорекс имеет химическое сходство с 4-метиламинорексом¹, который по классификации Конвенции о психотроп-

¹ В сложных названиях препаратов, включающих химические приставки и международные непатентованные наименования, последние обозначаются курсивом.

ных веществах 1971 г. относится к Списку I. Аминорекс оказывает такое же характерное воздействие на центральную нервную систему, как некоторые стимулирующие средства (например, амфетамин); он применяется в клинических условиях в связи с его аноректическим эффектом. Побочное действие аминорекса также сходно с эффектами, характерными для стимуляторов центральной нервной системы. Однако, когда аминорекс применяется в качестве аноректического препарата, он, по-видимому, обуславливает высокую частоту случаев легочной гипертензии. Поэтому начиная с 1968 г. данный препарат изъят из продажи.

Способность вызывать зависимость

В ходе изучения действия отдельных препаратов было показано, что аминорекс обладает свойствами амфетамина и кокаина. В ходе пассивного вскармливания животных был отмечен закрепляющий эффект аминорекса, свидетельствующий об умеренно выраженной способности данного препарата вызывать зависимость.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Материалы полицейских и судебно-медицинских органов свидетельствуют о том, что аминорекс нелегально распространяется в ограниченных масштабах в США и Германии. Согласно данным документам, аминорекс применяется в масштабах, характерных для амфетамина или метамфетамина; следовательно, к аминорексу в основном прибегают лица, злоупотребляющие стимулирующими средствами. Несмотря на невысокую степень фактического привыкания, можно считать, что аминорекс способен обуславливать умеренную степень злоупотребления в связи с простотой его получения в подпольных лабораториях.

Терапевтическая ценность

Ввиду того что аминорекс обладает выраженными побочными эффектами, можно считать, что он имеет весьма ограниченную терапевтическую ценность или не имеет ее вообще.

Рекомендация

На основании имеющейся фармакологической и токсикологической характеристики аминорекса можно считать, что этот препарат способен вызывать зависимость и привыкание и злоупотребление данной субстанцией может создавать се-

рьезные социальные и медицинские проблемы. В связи с этим, а также с оценкой терапевтической пригодности препарата рекомендуется включить его в Список IV Конвенции о психотропных средствах 1971 г.

2.3 Бротизолам (международное непатентованное наименование)

Определение вещества

Бротизолам (CAS 57801-81-7), имеющий химическое название 2-бromo-4-(*o*-хлорофенил)-9-метил-6*H*-[тиол[3,2-*f*]-*s*-триазоло[4,3-*a*]][1,4]дiazепин, известен также как Ladormin, Lendorm, Lendormin, Lindormin, Noctilan, Dormex и Sintonal.

Предшествующие рассмотрения

Бротизолам рассматривался на 26-м [4] и 27-м [5] заседаниях Комитета экспертов соответственно в 1989 и 1990 гг. В тот период не была принята рекомендация о международном контроле за бротизоламом ввиду отсутствия данных о злоупотреблении им. Рекомендация о критическом рассмотрении бротизолама была принята в 1992 г. на 28-м заседании Комитета экспертов.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему.

Бротизолам вызывает фармакологические эффекты, характерные для бензодиазепинов, и обладает высокой аффинностью при связывании с рецепторами бензодиазепина. В ходе ряда исследований было показано, что бротизолам оказывает кратковременное снотворное действие; период полураспада в процессе элиминации составляет 4—5 ч.

Способность вызывать зависимость

Исследования на животных показывают, что бротизолам действует по типу барбитуратов. Этот препарат вызывает слабые или умеренные симптомы абстиненции, сходные с отмечающимися при приеме алкоголя и барбитуратов, а также дает эффект закрепления. В ходе проведенных многочисленных клинических исследований было выявлено появление бессонницы после прекращения приема препарата. Эти данные указывают на то, что бротизолам обладает умеренной способностью вызывать зависимость, как и другие снотворные средства — бензодиазепины.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Несмотря на то что бротизолам сходен в фармакологическом отношении с другими снотворными средствами — бензодиазепинами — и имеется в продаже в 18 странах, привыкание к этому препарату было отмечено только в Германии и Гонконге. Хотя в Германии наблюдались случаи злоупотребления и некоторые виды незаконных действий, связанных с бротизоламом, тем не менее официальные органы страны не сочли эту проблему достаточно серьезной для того, чтобы ввести в отношении этого препарата дополнительные ограничения, применяющиеся по отношению к другим контролируемым субстанциям.

После того как бротизолам поступил в 1988 г. в продажу в Гонконге, среди жителей молодого возраста стало быстро возрастать число случаев злоупотребления им, вследствие чего в 1990 г. были введены более строгие контрольные меры. В 1992 г. компания, распространявшая бротизолам, изъяла его из продажи.

Учитывая опыт, накопленный в Германии и Гонконге, можно сделать вывод, что бротизолам обладает выраженной способностью обуславливать злоупотребление. Эта проблема может стать еще более серьезной в тех случаях, когда недостаточно строго соблюдаются (или вообще отсутствуют) требования к выписыванию рецептов.

Терапевтическая ценность

Бротизолам в качестве снотворного средства продается в 18 странах; согласно имеющимся оценкам, он характеризуется умеренной или значительной терапевтической ценностью.

Рекомендация

На основании имеющихся данных о фармакологических и токсикологических свойствах бротизолама можно сделать вывод, что его способность вызывать зависимость и вероятность злоупотребления им выражены в достаточной степени для того, чтобы в связи с его применением возникали серьезные медицинские и социальные проблемы в тех случаях, когда недостаточно строго соблюдаются или вообще отсутствуют требования к выписыванию лекарств (такая ситуация типична для многих развивающихся стран). Учитывая эти данные, а также сведения о терапевтической ценности пре-

парата, рекомендуется, чтобы бротизолам был включен в Список IV в соответствии с Конвенцией о психотропных веществах 1971 г.

2.4 **Этриптамин (международное непатентованное наименование)**

Определение вещества

Этриптамин (CAS 2235-90-7), представляющий собой в химическом отношении 3-(2-аминобутил)индол, известен также как α -этилтриптамин и Monase. Этриптамин имеет единый хиральный центр; поэтому возможно существование двух стереоизомерных форм и одного рацемата.

Предшествующее рассмотрение

На 28-м заседании Комитета экспертов в 1992 г. [6] были внесены рекомендации о критическом рассмотрении данного препарата.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

В химическом отношении этриптамин сходен с галлюциногенными триптаминами, часть которых уже внесена в Список I в соответствии с Конвенцией 1971 г. Исследования на животных показали, что по своему действию этриптамин сходен с 3,4-метилendioксиметамфетамин (MDMA), однако его галлюциногенные эффекты выражены в большей степени, чем его стимулирующее действие. Так же, как амфетамин, этриптамин повышает двигательную активность у грызунов. В ходе исследований, при которых применялся метод мониторинга бихевиоральных функций, было показано, что этриптамин значительно нарушает исследовательский рефлекс, что типично для галлюциногенов и MDMA-подобных субстанций. Стимулирующее действие этриптамина развивается медленнее, но продолжается в течение более длительного периода, чем аналогичная активность амфетамина.

В начале 60-х годов этриптамин поступил в продажу в США в качестве антидепрессанта. Вскоре после этого поступили сообщения о том, что с приемом данного препарата связана высокая частота агранулоцитоза — потенциально смертельного синдрома. В дальнейшем появились также отдельные сообщения о том, что этриптамин вызывает смертельные исходы у наркоманов в Германии, Испании и США.

Способность вызывать зависимость

Результаты изолированных исследований на животных свидетельствуют о том, что этриптамин вызывает такие эффекты, которые имеют сходство с действием MDMA. Исследования, основанные на самолечении, показали, что этриптамин обладает умеренной способностью вызывать зависимость, выраженной в меньшей степени, чем у кокаина.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Информация, получаемая из разных источников, свидетельствует о распространении злоупотребления этриптамином в Германии, Испании и США. Считается, что этриптамин обладает выраженной способностью вызывать привыкание.

Терапевтическая ценность

Ввиду того что этриптамин вызывает тяжелые побочные реакции, такие как агранулоцитоз, его терапевтическая ценность считается весьма ограниченной или вообще нулевой.

Рекомендации

На основании имеющихся данных о фармакологических и токсикологических свойствах этриптамина, его способности вызывать зависимость и вероятности злоупотребления им можно сделать вывод, что последнее может обусловить особенно серьезные медицинские и социологические проблемы. Учитывая эти данные, а также оценку терапевтической ценности этриптамина, рекомендуется включить его в Список I Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

2.5 Флунизепам (международное непатентованное наименование)

Определение вещества

Флунизепам (CAS 1622-62-4), имеющий химическое название 5-(*o*-флуорофенил)-1,3-дигидро-1-метил-7-нитро-2*H*-1,4-бензодиазепин-2-он, известен также как Absint, Darkene, Fluninoc, Flunipam, Flunita, Flunitrazepam-ratiopharm, Hypnodorm, Hypnosedon, Inervon, Narcozep, Parnox, Primum, Rohipnol, Roypnol, Roipnol и Valsera.

Предшествующие рассмотрения

В 1984 г. флунизепам был включен в Список IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г. вместе с рядом других

бензодиазепинов. В 1990 г. на 27-м заседании Комитета экспертов [5] было проведено сравнение 37 бензодиазепинов и рекомендовано установить контроль за данным препаратом для того, чтобы определить, следует ли его подвергнуть критическому рассмотрению с целью возможного изменения классификации. В 1992 г. на 28-м заседании Комитета экспертов [6] было отмечено, что число сообщений о незаконных действиях, связанных с флунитразепамом, превышает аналогичную информацию в отношении любого другого бензодиазепина, и поэтому было рекомендовано подвергнуть флунитразепам критическому пересмотру.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

Флунитразепам оказывает действие, типичное для бензодиазепинов, но обладает более выраженной седативной и снотворной активностью по сравнению с диазепамом и хлордиазепоксидом. Данный препарат связывается с высоким уровнем аффинности с центральными бензодиазепиновыми рецепторами и после приема внутрь быстро всасывается. Период полураспада элиминируемого флунитразепама после приема однократной пероральной дозы колеблется у человека от 9 до 25 ч. При регулярном употреблении наблюдается аккумуляция препарата.

Способность вызывать зависимость

В ходе изолированного изучения препарата, а также исследований, связанных с отменой и самолечением, было показано, что по своей способности вызывать зависимость флунитразепам сходен с другими бензодиазепинами. Следствием отмены флунитразепама, обладающего седативным и снотворным эффектом, считают реактивную бессонницу, что способствует продолжению его применения. Такие данные не свидетельствуют о каких-либо существенных различиях между флунитразепамом и другими снотворными бензодиазепинового ряда. Однако исследования, касающиеся предпочтительности тех или иных препаратов среди потребителей опиоидных средств, показали, что флунитразепам и диазепам занимают особое место среди других бензодиазепинов: они четко оказывают позитивно закрепляющее воздействие на этих лиц. Поэтому флунитразепам, согласно имеющейся оценке, обладает умеренной способностью вызывать злоупотребление, и эта способность может быть более выражена, чем у других бензодиазепинов, в силу быстрого наступления и большей продолжительности действия пре-

парата, сочетающейся с его сильными седативными и снотворными свойствами.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Имеющаяся в настоящее время информация свидетельствует о том, что применение флуниотразапама в немедицинских целях и злоупотребление им — явления, широко распространенные среди наркоманов, особенно потребителей опиоидов и кокаина. Согласно имеющимся данным, флуниотразапам представляет собой бензодиазепин, наиболее широко применяющийся потребителями опиоидных препаратов во многих крупных городах Европы, Азии и Океании. Злоупотребление этим препаратом отмечается даже в США, где флуниотразапам не продается для лечебных целей.

К причинам, по которым флуниотразапам является объектом опасного применения, относятся усиление действия опиоидов и замена опиоидов в тех случаях, когда их трудно приобрести, в целях самолечения при опиоидной абстиненции. Наиболее распространенный способ введения флуниотразапама — пероральный прием, но некоторые наркоманы вводят препарат в виде внутривенных инъекций или путем “вдыхания”. К числу медицинских проблем, связанных со злоупотреблением флуниотразапамом, относятся смертельные исходы, являющиеся прямым или опосредованным результатом его применения, лекарственная зависимость, синдром абстиненции, паранойя, амнезия и другие нарушения психики.

Накопленная ко времени 27-го заседания Комитета экспертов (1990) информация о масштабах незаконных действий в связи с 37 бензодиазепинами в период с 1984 по 1989 г. свидетельствует о том, что диазепам и флуниотразапам чаще являются объектом таких действий, чем другие бензодиазепины. Однако в тот период эти данные не сопоставлялись с количеством производимых препаратов. После того как были проведены соответствующие сопоставления с масштабами производства препаратов и их активностью, оказалось, что значение диазепам несколько снижается, в то время как флуниотразапам по-прежнему занимает ведущее место с точки зрения количества случаев захвата препарата и числа случаев его применения.

Информация о незаконных действиях в связи с флуниотразапамом после 1990 г., полученная от правительств разных

стран в ответ на анкету ВОЗ, распространенную в 1994 г., является слишком ограниченной, чтобы сопоставить между собой большое число бензодиазепинов. Тем не менее данные, полученные в последнее время из разных источников, подтверждают положение о том, что флунитразепам обладает выраженной способностью вызывать злоупотребление. К этим источникам информации относятся сообщения Интерпола; сведения о повышении потребления препарата в США (несмотря на запрещение его официальной продажи) и полученные недавно сообщения о том, что флунитразепам представляет собой основной неопиоидный препарат, принимаемый наркоманами — потребителями опиоидов в больших городах Европы.

Терапевтическая ценность

Флунитразепам применяется для лечения бессонницы; его можно также использовать как средство для преанестетической медикации в целях индукции и поддержания анестезии. Терапевтический эффект флунитразепама — приблизительно такой же, как у других бензодиазепинов — снотворных (т.е. от умеренного до выраженного).

Рекомендация

Флунитразепам в большей степени обуславливает злоупотребление, чем другие бензодиазепины. Хотя в основе этого частично лежит самолечение при опиоидной абстиненции, следует учитывать, что злоупотребление флунитразепамом потребителями опиоидов осложняет общую картину его опасного применения, так как оно способствует появлению множественной лекарственной зависимости. Опасное применение флунитразепама распространено также среди молодежи и наркоманов—потребителей кокаина. Кроме перорального и внутривенного применения флунитразепама, в последнее время были отмечены также случаи его “вдыхания”; в то же время еще нет сведений ни о каких других бензодиазепинах, вводимых в организм тремя путями. Злоупотребление флунитразепамом вызывает различные отклонения в поведении. Незаконные действия, сопровождающиеся применением флунитразепама, все чаще регистрируются даже в США, где флунитразепам достают, несмотря на отсутствие легальных каналов его распределения.

Учитывая имеющиеся данные о фармакологических и токсикологических свойствах флунитразепама и его способности становиться объектом злоупотребления (особенно в связи

с вышеуказанными характерными особенностями), можно считать, что медицинские и социальные проблемы, связанные с применением данного препарата, становятся все более серьезными. На основании этих данных и оценки терапевтической ценности флунизепема рекомендуется перевести его из Списка IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г. в Список III.

2.6 Мезокарб (международное непатентованное наименование)

Определение вещества

Мезокарб (CAS 34262-84-5), 3-(α -метилфенетил)-*N*-(фенилкарбамоил)сиднонимин, известен также как Phamnocarb, Sidnocarb и Sydnocarb. Мезокарб имеет один асимметрический атом углерода; поэтому возможны две его стереоизомерные формы и один рацемат.

Предшествующее рассмотрение

В 1992 г. Комитет экспертов принял на своем 28-м заседании [6] рекомендацию о проведении критического рассмотрения мезокарба, если в ходе назначенного изучения зависимости препарата будет получен положительный результат. Такие результаты испытаний были получены, и Комитет экспертов принял решение критически пересмотреть данный препарат.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

В химическом отношении мезокарб представляет собой сиднонимин, имеющий в своей молекуле амфетаминоподобный элемент. Из двух стереоизомеров мезокарба только левовращающий изомер оказывает стимулирующее влияние на центральную нервную систему, и это влияние значительно слабее, чем у дексамфетамина. Мезокарб стимулирует двигательную активность, снижает аппетит, усиливает условные рефлексы и укорачивает время действия снотворных средств. Имеются данные о том, что он повышает работоспособность и улучшает функцию сердечно-сосудистой системы без обязательного повышения потребления кислорода по сравнению с нормой. Побочные реакции мезокарба сходны с характерными для других стимуляторов центральной нервной системы. Ряд исследований, проведенных на людях, показал,

что мезокарб повышает устойчивость к внешним стрессам, таким как холодная температура, низкое притяжение и пониженные уровни кислорода. Был проведен также ряд фармакологических исследований на животных, при которых мезокарб применялся в комбинации с другими веществами, такими как ацетилсалициловая кислота.

Способность вызывать зависимость

Результаты изолированного изучения на животных показали, что мезокарб генерализует действие стимуляторов центральной нервной системы, таких как дексаметамин и кокаин. У обезьян отмечается явление закрепления рефлекса на его прием, следовательно, он обладает слабо выраженной или умеренной способностью вызывать зависимость.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Имеются определенные данные о том, что мезокарбом злоупотребляют спортсмены, в связи с чем его применение было запрещено Международным олимпийским комитетом.

Данные, представленные Международным советом по контролю над наркотиками (МСКН), указывают на то, что большое количество фармацевтических препаратов, содержащих мезокарб и ацетилсалициловую кислоту, нелегально ввозится в Западную Африку, хотя в настоящее время, по сообщениям, этот экспорт прекратился. Несмотря на то что соответствующие эпидемиологические данные отсутствуют, существует мнение, что большинство экспортируемых комбинированных препаратов (если не все они) являются объектом злоупотребления. На основании имеющейся информации можно сделать вывод, что мезокарб может быть объектом значительного злоупотребления.

Терапевтическая ценность

Мезокарб применяется в нескольких странах (главным образом в Восточной Европе) в качестве стимулятора, противодействующего острой интоксикации, вызываемой депрессантами, для лечения гиперактивности и ночного энуреза у детей и в качестве "поставщика энергии" для повышения устойчивости к внешнему стрессу. Терапевтическая ценность мезокарба оценивается как промежуточная между слабой и умеренной.

Рекомендация

Хотя эпидемиологические данные, касающиеся проблем здоровья, связанных с применением мезокарба, в настоящее время отсутствуют, имеются свидетельства злоупотребления им в среде спортсменов и сообщения о связанных с ним незаконных действиях. Учитывая эти данные, а также имеющуюся информацию о фармакологических и токсикологических свойствах мезокарба, его способность обуславливать зависимость и возможное злоупотребление, вызываемые им социальные и медицинские проблемы считаются значительными. На основании этих данных и сведений о терапевтической ценности мезокарба рекомендуется внести этот препарат в Список IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

2.7 Меткатинон

Определение вещества

Меткатинон (CAS 5650-44-2), имеющий химическое название 2-(метиламино)-1-фенилпропан-1-он, известен также как эфедрон и метилкатинон; он имеет один хиральный центр, и поэтому возможны две стереоизомерные формы и один рацемат.

Предшествующие рассмотрения

В 1992 г. на 28-м заседании Комитета экспертов [6] рассматривались предварительные данные о меткатиноне, но не была принята рекомендация о его критическом рассмотрении. Однако в 1994 г. Генеральный секретарь ООН направил Генеральному директору ВОЗ извещение о том, что Правительство США предлагает включить меткатинон в систему международного контроля.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

Меткатинон является *N*-метиловым производным катинона и имеет близкое родство с метамфетамином. Исследования на животных показали, что меткатинон оказывает стимулирующее действие на центральную нервную систему, сходное с действием амфетамина, метамфетамина, катинона и кокаина. Из двух стереоизомеров более активной в биологическом отношении является левовращающая форма.

Способность вызывать зависимость

Изолированные исследования препарата, а также опыты “самолечения”, проведенные на животных, показали, что меткатинон обладает способностью вызывать зависимость подобно другим стимуляторам центральной нервной системы, например амфетамину или кокаину. Истории болезни отдельных пациентов и результаты проведенных в США обследований наркоманов — потребителей меткатинона также показали, что последний обладает способностью вызывать зависимость, столь же выраженной, как у метамфетамина.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Широкое злоупотребление меткатиноном отмечено в Эстонии, Латвии, Российской Федерации и некоторых других странах Содружества Независимых Государств, а также в США. Меткатинон можно легко получить путем окисления эфедрина; считается, что он часто обуславливает злоупотребление.

Терапевтическая ценность

Меткатинон не выпускается для продажи в качестве лечебного препарата. Его терапевтическая ценность считается весьма низкой (не исключено, что она полностью отсутствует).

Рекомендация

Исследования, проведенные в Российской Федерации и США, подтвердили тот факт, что опасное применение меткатинона приводит к неблагоприятному воздействию на здоровье, сходному с действием метамфетамина (включая смертельные исходы вследствие острой интоксикации). Повсеместно отмечаются незаконные действия, связанные с меткатиноном (в частности, его подпольное производство).

Учитывая имеющиеся данные о фармакологических и токсикологических свойствах меткатинона, а также о его способности вызывать зависимость и о вероятности злоупотребления им и особенно в связи с названными выше свойствами, можно считать, что злоупотребление меткатиноном создает чрезвычайно серьезные проблемы как социального, так и медицинского характера. На основании этих данных, а также оценки терапевтической пригодности меткатинона, рекомендуется, чтобы этот препарат был включен в Список I Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

2.8 Ципепрол (международное непатентованное наименование)

Определение вещества

Ципепрол (CAS 34758-83-3), представляющий собой в химическом отношении α -(α -метоксибензил)-4-(β -метоксифенэтил)-1-пиперазинэтанол, известен также под названиями Antituxil-Z, Cerm-3024, Chilvax, Delaviral, Dovavixin, Jactus, Eritos, Mirsol, Ogyline, Respilene, Respirase, Respirax, Sanotus, Santus, Silentos, Sousilim, Talasa, Tusigen, Tussiflex и Zitoxil. Ципепрол имеет три асимметрических атома углерода; поэтому возможны восемь его стереоизомерных форм.

Предшествующее рассмотрение

Ципепрол был ранее рассмотрен в 1992 г. на 28-м заседании Комитета экспертов [6], который рекомендовал подвергнуть его критической оценке.

Сходство с известными веществами и воздействие на центральную нервную систему

Показано, что ципепрол вызывает у лабораторных животных противокашлевое действие; этот эффект слабее, чем у кодеина, и сходен с действием декстрометорфана. Фармакологические свойства ципепрола отличны от свойств опиоидных противокашлевых препаратов, например кодеина, ципепрол оказывает антихолинергический эффект. Кроме того, данный препарат не подавляет функцию дыхания и не вызывает сокращения желчных протоков и запоров, т.е. явлений, часто вызываемых наркотическими противокашлевыми средствами. В отличие от опиоидов ципепрол по существу не оказывает обезболивающего действия, но в больших дозах действует как слабый агонист опиоидных препаратов. Вместе с тем в отличие от опиоидов ципепрол оказывает двухфазный эффект в конкуренции за рецепторы гомогенатов в головном мозге крыс.

Способность вызывать зависимость

Малые дозы ципепрола усиливают проявления синдрома отмены некоторых опиоидных препаратов у крыс, а большие дозы подавляют некоторые из таких симптомов. Считается, что ципепрол обладает умеренной способностью вызывать зависимость.

Фактическое привыкание и данные о вероятности злоупотребления

Имеется ряд сообщений о злоупотреблении ципепролом в Бразилии, Чили, Франции, Италии, Мексике, Южной Корее, Швейцарии и бывшей Югославии. Данные этих сообщений свидетельствуют о седативном и галлюциногенном действии препарата и о его способности вызывать эйфорию, а также о способности ципепрола, используемого в больших дозах, подавлять некоторые проявления опиоидной абстиненции; все эти свойства препарата, по-видимому, лежат в основе случаев злоупотребления им. Последнему, возможно, способствовала свободная продажа препаратов ципепрола в некоторых районах. В связи с этим считается, что ципепрол обладает умеренно выраженной способностью обуславливать злоупотребление.

К неблагоприятным воздействиям ципепрола на здоровье относятся судороги, галлюцинации, дезориентация и амнезия. Часто отмечается постоянное повышение принимаемых доз, и поэтому из ряда стран поступают сообщения о летальных случаях вследствие острой интоксикации препаратом. Растворенные таблетки ципепрола некоторые применяют для внутривенного введения.

Терапевтическая ценность

В ходе ряда клинических исследований ципепрол эффективно применяют для подавления кашля. Терапевтическую эффективность препарата оценивают на уровне между слабо выраженной и умеренной.

Рекомендация

Хотя ципепрол в больших дозах является одним из слабых агонистов опиоидов, его токсичность, а также галлюциногенные и другие психотропные эффекты создают угрозу злоупотребления им. Поэтому целесообразно рассмотреть меры по контролю препарата в рамках Конвенции о психотропных веществах 1971 г. Учитывая данные о фармакологических и токсикологических свойствах препарата, его способность вызывать зависимость и вероятность злоупотребления, можно считать, что он обуславливает серьезные медицинские и социальные проблемы. На основании этих данных и сведений о терапевтической ценности ципепрола рекомендуется внести данный препарат в Список II Конвенции о психотропных веществах 1971 г.

2.9 Триазолам (международное непатентованное наименование)

В 1984 г. триазолам был вместе с рядом других бензодиазепинов включен в Список IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г. На 27-м заседании Комитета экспертов в 1990 г. [5] были рассмотрены 37 бензодиазепинов и установлено, что триазолам обоснованно контролируется в рамках Списка IV. Однако на 28-м заседании Комитета в 1992 г. [6] была принята рекомендация о том, что при выявлении признаков его более низкой терапевтической ценности по сравнению с прежними оценками необходимо предпринять критическое рассмотрение данного препарата.

Комитет экспертов решил прибегнуть к такой критической оценке триазолама в связи с тем фактом, что во многих странах есть тенденция считать менее полезными его высокие дозы и снижать их по сравнению с рекомендуемыми.

Имеющаяся в настоящее время информация подкрепляет предшествующую оценку триазолама, согласно которой данный препарат обладает промежуточной способностью вызывать злоупотребление по сравнению с другими бензодиазепинами-агонистами. Однако имеющаяся ограниченная информация не свидетельствует о том, что риск для общества и его здоровья, связанный с таким злоупотреблением триазоламом, выше, чем было установлено в 1990 г.

Таким образом, никаких рекомендаций по изменению классификации принято не было, поскольку, согласно имеющимся критериям, сами по себе изменения в оценке терапевтической ценности не являются достаточным основанием для изменения классификации субстанции, относящейся к Списку IV Конвенции о психотропных веществах 1971 г. Тем не менее Комитет экспертов считает целесообразным продолжать мониторинг побочных реакций и поведенческих проблем, связанных с триазоламом. Рекомендуется также осуществлять постоянный контроль противоправных действий, имеющих отношение к данному препарату. Комитет экспертов рекомендует ВОЗ обратить внимание соответствующих международных агентств на тот факт, что триазолам может являться объектом криминальных акций.

3. Предварительное рассмотрение психоактивных веществ

Предварительное рассмотрение ряда веществ проводится Комитетом экспертов для того, чтобы определить, подлежит ли та или иная психоактивная субстанция критическому анализу в аспекте международного контроля.

3.1 Тригексифенидил (международное непатентованное наименование)

Химическое название: α -циклогексил- α -фенил-1-пиперидинпропанол.

Предшествующее рассмотрение

Тригексифенидил Комитетом экспертов не рассматривался.

Вывод

Тригексифенидил — антихолинергический препарат, применяющийся для лечения паркинсонизма и экстрапирамидальных побочных эффектов нейролептиков. В опытах на животных закрепляющего действия не выявляется. У людей вызывает галлюциногенные эффекты. Хотя имеется ряд сообщений о злоупотреблении тригексифенидилом, тенденция к повторному потреблению препарата представляется ограниченной ввиду его неприятных антихолинергических свойств. Комитет экспертов в настоящее время не рекомендует проводить критическую оценку тригексифенидила.

3.2 Золпидем (международное непатентованное наименование)

Химическое название: *N,N*,6-триметил-2-*n*-толилимидазо-[1,2-*a*]пиридин-3-ацетамид.

Предшествующее рассмотрение

Золпидем Комитетом экспертов не рассматривался.

Вывод

С химической точки зрения золпидем является снотворным средством, не относящимся к бензодиазепинам. Однако это — лиганд, специфически связывающийся с ω_1 -рецепто-

ром бензодиазепина. Имеются данные о том, что золпидем обладает кратковременным снотворным действием, которое существенно не изменяет характер естественного сна. Согласно имеющимся данным, золпидем, применяющийся в дозах, оказывающих снотворный эффект, менее выражено воздействует на память, чем триазолам. Золпидем имеется в продаже еще в течение относительно короткого времени, и на основании имеющихся сообщений можно считать, что его способность вызывать привыкание является минимальной. Комитет экспертов не рекомендует проводить в настоящее время критическую оценку золпидема, но считает, что надзор за этим препаратом должен продолжаться.

3.3 Золиклон (международное непатентованное наименование)

Химическое название: 4-метил-1-эфирпиперазинкарбоновой кислоты и 6-(5-хлоро-2-пиридил)-6,7-дигидро-7-гидрокси-5H-пирроло[3,4-*b*]пиазин-5-она.

Предшествующее рассмотрение

Золиклон предварительно рассматривался в 1988 г., но рекомендация о его критическом рассмотрении не была принята.

Вывод

Золиклон — снотворное средство, химически отличающееся от бензодиазепинов, но имеющее фармакологическое сходство с ними. Препарат связывается с центральными, но не периферическими рецепторами бензодиазепинов. В настоящее время золиклон имеется в продаже в 40 странах. Согласно имеющимся данным, начиная со времени введения этого препарата в 1987 г. произведено 1,6 млрд единиц доз золиклона. По способности вызывать зависимость препарат сходен с бензодиазепинами. Однако эта способность золиклона становится объектом злоупотребления не может считаться значительной, так как до настоящего времени имеются лишь немногочисленные сообщения о случаях злоупотребления. Комитет экспертов не рекомендует проводить в настоящее время критическое рассмотрение золиклона, но считает, что надзор за этим препаратом должен продолжаться.

3.4 Вещества, подлежащие предварительному рассмотрению

Комитет экспертов рекомендует провести на одном из будущих заседаний предварительное рассмотрение альфазолама, диазепама и эфедрина.

Ввиду того что различные лекарственные формы никотина (жевательная резинка, пластыри, носовые аэрозоли) применяются в международном масштабе в ходе выполнения программ борьбы с курением, Комитет экспертов считает, что эти препараты также должны быть подвергнуты предварительному рассмотрению.

4. Международная система лекарственного контроля

На основании резолюции 48/12 Генеральной Ассамблеи [7] Организация Объединенных Наций приступила к осуществлению мер по оценке международной системы контроля наркотических средств и психотропных веществ. Комитет экспертов счел целесообразным обратить внимание на некоторые аспекты, связанные с этой работой.

4.1 Контроль распределения и обязательства по представлению отчетов

Одной из целей конвенций о лекарственных средствах является обеспечение наличия лекарств, требующихся для медицинских и научных целей. Однако имеются данные о том, что в чрезвычайных ситуациях соблюдение этих конвенций приводит к задержке в обеспечении лекарств для медицинского обслуживания. Поэтому важно разработать рациональные меры, которые облегчили бы получение и доставку контролируемых лекарств в чрезвычайных ситуациях и при стихийных бедствиях. Комитет экспертов считает, что ВОЗ должна привлечь к этому вопросу внимание Комиссии ООН по наркотикам. По мнению Комитета экспертов, польза от упрощения процедур в подобных случаях намного перевесит тот небольшой вред, который это, возможно, нанесет.

Комитет экспертов считает, что представление регулярных отчетов национальными властями поможет ускорить работу МСКН. Однако многие национальные органы в настоящее время не в состоянии давать точные ответы на анкеты МСКН по ряду причин. Поэтому Комитет считает, что необходимо обсудить вопрос о неодинаковой периодичности представления сообщений разными органами и об упрощении процедур, документации и видов информации, направляемых национальными органами МСКН. Такие меры могут стимулировать более полное соблюдение странами принятых конвенций.

4.2 Лечение и реабилитация

Стратегия борьбы со злоупотреблением психоактивными средствами и их незаконным распространением должна в идеальном случае включать создание программ лечения и реабилитации, направленных на снижение спроса на такие препараты. Комитет экспертов считает, что в этих случаях требуются также сотрудничество и совместные действия национальных правительств и объединенные усилия международных и межправительственных организаций, обладающих соответствующим опытом. Следует также отметить, что полномочия, которыми наделена ВОЗ в области международного здравоохранения, предоставляет этой организации ведущую роль в оказании помощи национальным правительствам, испытывающим дефицит специалистов и опыта в области лечения и реабилитации людей, страдающих лекарственной зависимостью. Следовательно, по мнению Комитета, желательно, чтобы ВОЗ проявила инициативу по разработке принципов, которыми можно было бы руководствоваться в деле лечения и реабилитации лиц, страдающих лекарственной зависимостью, в качестве одной из форм оказания помощи национальным органам здравоохранения.

4.3 Принципы работы по снижению спроса на вещества, вызывающие зависимость

Комитет экспертов считает также, что до тех пор, пока национальные правительства и соответствующие международные организации не будут сбалансированно заниматься вопросами снижения спроса на психоактивные средства и

ограничения снабжения ими населения, невозможно ожидать успехов в борьбе со злоупотреблением этими веществами и их нелегальным распространением. Для того чтобы можно было свести к минимуму риск таких явлений, созданы международные конвенции, которые оказывают помощь национальным правительствам и международным организациям. Однако, хотя эти конвенции способствуют борьбе с незаконными поставками и перевозками психотропных препаратов, в них в то же время меньше внимания уделено снижению спроса, и этот пробел следует устранить. Возможно, ВОЗ должна более активно разьяснять это Комиссии ООН по наркотикам, поскольку, по-видимому, нужно усилить и расширить положения конвенции в отношении снижения спроса на психоактивные субстанции. Это может поддержать долгосрочные обязательства национальных правительств в области снижения как поставок незаконно создаваемых и выпускаемых препаратов, так и спроса на них.

Комитет экспертов рекомендует Всемирной организации здравоохранения:

- 1) приступить к разработке принципов лечения и реабилитации людей, страдающих лекарственной зависимостью;
- 2) привлечь внимание Организации Объединенных Наций:
 - а) к пробелам в конвенциях по лекарственным средствам, которые не уделяют должного внимания вопросам снижения спроса на наркотические средства;
 - б) к желательности создания упрощенной процедуры, позволяющей получать контролируемые препараты в чрезвычайных ситуациях и при стихийных бедствиях;
 - в) к тому, что упрощение правил отчетности может облегчить национальным властям соблюдение их для направления в МСКН;
- 3) в контексте ее ответственности за международные вопросы здравоохранения предложить вниманию государств-членов резолюцию ООН 48/12.

Благодарность

Комитет экспертов высоко оценивает вклад, внесенный в его работу следующими сотрудниками ВОЗ, Женева: д-ром J. Idänrään-Heikkilä, Отдел управления и политики в области лекарственных средств; г-жой G. Pinet, Бюро юрисконсульта; и д-ром G. Szalay, Служба снабжения.

Комитет экспертов выражает также благодарность д-ру J. Tolliver, фармакологу, Управление лекарственного контроля, Орлингтон, штат Виргиния, США, за оказанную им помощь в подготовке рабочих документов для заседания Комитета экспертов.

Список литературы

1. Revised guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control. In: *Executive Board, eighty-fifth session, Geneva, 15—24 January 1990: resolutions and decisions; annexes*. Geneva, World Health Organization, 1990, Annex 7 (document EB85/1990/REC/1, available on request from Distribution and Sales, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
2. *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Seventeenth report*. Geneva, World Health Organization, 1970 (WHO Technical Report Series, No. 437).
3. *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances: done at Vienna on 21 February 1971*. New York, United Nations, 1978 (E/CN.7/589).
4. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. *Двадцать шестой доклад*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1991 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 787).
5. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. *Двадцать седьмой доклад*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1994 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 808).
6. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. *Двадцать восьмой доклад*. Женева, Всемирная организация

здравоохранения, 1994 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 836).

7. Measures to strengthen international cooperation against the illicit production, sale, demand, traffic and distribution of narcotic drugs and psychotropic substances and related activities (48/12)/ In: *Resolutions and decisions adopted by the General Assembly its forty-eighth session, Volume 1, 21 September—23 December 1993*. New York, United Nations, 1994 (A/48/49).

*Перевод с английского Л.П.Годованной
Ответственная за редактирование Т.И.Есипова*