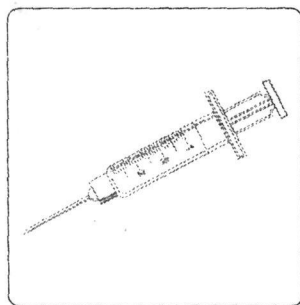


33. Juran J. Juran of Planning for Quality. N-Y., 1998.
34. Lumsdon K., Hagland M. Mapping Care // Hospitals and Health Network. 1993. Vol.67, No.20. P.34-40.
35. Licciardone J.C. // J. Am. Osteopath. Assoc. 1997. Vol.97, P.54-61.
36. Mayer-Oakes S.A., Barnes C. // Jt. Comm. J. Qual. Improv. 1997. Vol.23, P.381-390.
37. McGivney W.T., Hendee W.R. // Arch. Pathol. Lab. Med. 1998. Vol.112, P.1181-1185.
38. McGreevey C., Nadzam D., Corbin L. // Comput. Nur. 1997. Vol.15, P.87-94.
39. Meng Y.Y., Jatulis D.E., Mc. Donald. J.P.et al. // West J. Med. 1997. Vol.199, P.242-247.
40. Paeger A. // Jt. Conun. Qual. Improv. 1997. Vol.23, P.38-46.
41. Quality Care. Prescriptions injecting quality into healthcare systems / Ed. Caroselli M., Edison L. Florida, 1997.
42. Quality in Health Care / Ed. N.O. Graham. Gaithersburg. Maryland: Aspen Publication, 1995.
43. The European Foundation for Quality Management. // EFQM. Brussels, 1999.
44. Yoos H.L., Malone K., Mc Mullen A. et al. // T.Nurs. Care Qmal. 1997. Vol.11, P.48-54.
45. Zander K. Critical pathways // Melum M.M., Siniorois M.K. Total quality management: the health care pioneers. Chicago: American Hospital Publishing, 1992.



УДК 616.89 - 008.441.13 (510)

И.П. Логинов

УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Процесс лечения опиоидной зависимости в медицинской практике Китая, имеющий более чем столетнюю историю, и по сей день находится в состоянии поиска. Еще в 19 в. было замечено, что открытые в результате изнурительного поиска методы лечения наркотической зависимости, когда были предложены так называемые заменяющие средства, которые оказывают физиологическое действие, аналогичное морфину, на первый взгляд легко применимые, в реальности давали совсем незначительный эффект и мало надежд на полное выздоровление. В общих чертах были выведены две закономерности: первая заключалась в том, что в результате применения таких средств при лечении "опиомании" возникала еще более сильная форма зависимости к этим лекарственным средствам (например, лечение инъекциями морфина, героина, кокаина), а вторая заключалась в том, что применяемые методы лечения были чрезвычайно опасны и наносили еще больший вред, чем безлекарственные методы. Нельзя не согласиться с мнением И.В. Стрельчука [5] по поводу данных методик, который считал, что применение этих средств зиждется на глубоком заблуждении и является серьезной врачебной ошибкой, представляющей большую опасность, ибо, отвыкнув от

морфина, больные привыкают к "заменителю" и становятся кокаинистами, героинистами, алкоголиками, кодеинистами и т.п.

Известный китайский нарколог С. Czuan [9] в своей монографии по опиоидной зависимости, изданной в 1995 г., указывает на то, что еще в 1901 г. Lott и Petty независимо друг от друга написали труды об использовании метода лечения опиомании, который был основан на применении скополии японской и который широко применялся в Китае на протяжении более чем 30 лет и применяется некоторыми врачами до настоящего времени. Метод, предложенный Lott, заключался в том, что в течение 24-48 ч каждые 30-60 мин пациенту давали для приема препарат из скополии японской вплоть до наступления интоксикации. Во время процесса лечения у пациентов очень часто могло возникнуть состояние психомоторного возбуждения, однако и в этом случае нельзя было прерывать сам процесс лечения. Поэтому пациента необходимо было физической силой удерживать в горизонтальном положении и предотвращать случаи нанесения самоповреждений. В этом состоянии часто возникала диарея, вследствие чего надо было использовать вспомогательные лекарственные средства для предотвращения

побочных явлений. Положительный момент данного способа состоял в том, что во время лечения у пациентов возникало острое психотическое состояние, что исключало наличие тяги к наркотику. В дальнейшем пациент испытывал боли, бессонницу, раздражительность, но никогда не жаловался на тягу к наркотику.

Существует также аналогичный вариант данной методики Towns-Lambert [12], который заключается в том, что в первые три дня лекарственные препараты из данного растения необходимо сочетать с использованием сильных слабительных препаратов. Лечение прекращается в тот момент, когда у пациента наступает состояние интоксикации с диареей. Используются и вспомогательные симптоматические средства. Анализируя данный вариант, нельзя дать ему теоретическое обоснование, так как общеизвестно, что в первые 2-4 сут до 80% опиоидов выводится с мочой, а не с калом. По данным литературных источников [24, 25], ежегодно в Китае около 150 пациентов прибегают к данным методикам лечения, летальность достигает 5-6%, при этом большинство прекращает лечение по причине непереносимости, остальные довольствуются кратковременной ремиссией.

Некоторые китайские исследователи [21] полагают, что основная причина абстинентного синдрома у опиоманов вызвана, в первую очередь, нарушениями в эндокринной системе. Поэтому для лечения "ломки" применялись различные гормональные препараты, активирующие функцию щитовидной железы.

Аналогично M. Sakel [18, 19], основателю метода инсулинового шока и описавшему в 1930 г. отличный от шокового другой метод — метод лечения состояния "ломки" у опиоманов, последний в Китае также прошел своеобразную клиническую апробацию [22]. Сторонники этого метода полагали, что состояние "ломки" у наркоманов в первую очередь вызвано переизбытком адреналина и функциональными нарушениями нервной системы. Инсулин применяли каждый час в течение 6-8 дней. Параллельно с инсулином больным назначали виноградный сахар, а в случаях гипогликемического шока глюкоза вводилась внутривенно. В КНР в настоящее время наркологи считают данный метод ошибочным и не выдержавшим испытание практикой. Интересно, что среди отечественных ученых до настоящего времени нет единого мнения по этому вопросу [1-3, 5].

Рассматривая морфин в качестве одной из разновидностей антигена, оказывающих влияние на организм, некоторые исследователи [22] считали, что следом за ним в организме появляются антитела. И когда прекращается прием наркотика, их образуется так много, что они становятся способными прекратить состояние "ломки" у пациентов. На тот момент времени (30-40 гг.) в Китае существовали два основных способа лечения опиоидной зависимости, в основе которых осуществлялось воздействие на иммунную систему [29]. Один из них — метод Modino ("метод сыворотки"), который заключался в формировании на теле пациента папу-

лы, и затем 12-14 ч спустя из нее делалась вытяжка ("сыворотка"), а затем содержимое вводилось подкожно. Другой способ заключался в том, что у пациентов бралась кровь и затем вводилась внутримышечно. Данные методы в конечном итоге не дали должного эффекта, однако, в сравнении с предыдущими, являлись безопасными, и их применение исключали случаи летального исхода.

В последующем стали распространяться методы лечения, основанные на естественном прекращении приема наркотиков или на его постепенном уменьшении. Метод естественного прерывания применяется и до настоящего времени в КНР в основном в отношении заключенных [25]. Пациентов, после 24-36 ч от начала появления первых симптомов абстиненции, полностью лишают наркотикосодержащих препаратов. В основе этого способа лежит общеизвестная методика, разработанная E. Levinstein еще в 1876 г., в основе которой лежит abortивное отнятия наркотика, а именно одномоментное прекращение приема морфия при поступлении в больницу. Обязательным условием ее выполнения китайские наркологи считают полную изоляцию пациента от внешнего мира и нахождение больного под постоянным наблюдением медицинского персонала. Известно, что сторонником этой методики в Европе был K. Bonhoeffer [7], располагавший 25-летним опытом ее применения.

A. Эрленмейер, П. Солье [6], подчеркивая преимущества abortивного отнятия наркотика, считали, что, с одной стороны, успех лечения гарантирует строгая изоляция, с другой, самые тяжелые явления абстиненции проходят за 4-5 дней, вслед затем наступает быстрое выздоровление. К недостаткам этого метода авторы относят опасные для жизни осложнения, возникающие на высоте абстиненции (коллапсы, психозы). По замечанию И.В. Стрельчука [5], этот метод без всякого вреда для здоровья можно с успехом применять только у сравнительно здоровых физически людей.

Однако в Китае существовал и другой подход к лечению опиоидного абстинентного синдрома — это постепенное отнятия наркотика. Сторонники его придерживались тех же принципов, что и его основоположник Крафт-Эбинг. Суть этого метода заключается в том, что при поступлении больного в стационар привычная доза морфина уменьшается одномоментно на одну треть или половину, затем в течение месяца и более до нуля. К числу недостатков этого метода можно отнести длительное сохранение у больного явлений абстиненции, из-за чего он "страшно мучается и силы его истощаются". Чем сильнее выражена абстиненция, тем медленнее убавляют количество морфина и тем дольше продолжается деморфинизация. Она проводилась в любой обстановке: на дому, в больнице и т.п. Существовал и третий подход к лечению опиоидного абстинентного синдрома, суть которого заключается в быстром отнятии наркотика со снижением привычной дозы в течение 7-14 дней до нуля. Два последних способа

широко применялись в Китае вплоть до 50-х гг. и впоследствии были вытеснены методом, связанным с приемом метадона.

Учитывая вышеизложенное, следует отметить справедливость замечания В.В. Бориневича [1] о том, что какие бы ни были методики отнятия опиоидов, все они не способны полностью купировать тяжелые явления абстиненции.

В 1946 г. в Китае для купирования опиоидной абстиненции начали применять метод электрошоковой терапии [26], а затем последовали публикации в литературе. Большинство китайских исследователей полагают, что использование метода электрического шока, получившего краткое название ЕТС, может привести к психическим расстройствам, а с биологической точки зрения — дать временный эффект лоботомии, таким образом, уменьшив гиперфункцию нервных окончаний, облегчить состояние “ломки”. Использование ЕТС позволяло пациентам более легко переносить состояние “ломки”. Однако по причине того, что многие пациенты испытывают чувство страха и беспокойства, лечебный эффект от применения данного метода лечения оказывался недостаточным. Любопытно, что одна из первых публикаций в отечественной литературе по использованию данного метода в наркологии появилась лишь 35 лет спустя [2]. Благодаря открытию Newman и Berris 1941 г., появляется новый метод лечения наркотической зависимости с помощью амитал-натрия, в Китае он становится известным как “метод искусственной зимней спячки”. Суть данного метода состояла в том, что в результате приема амитал-натрия наступало состояние наркотического сна, длящееся 30-72 ч. Одновременно с этим пациенту в кишечник вводили вспомогательный альдегид, а температура тела поддерживалась на уровне 85-88° по Фарингейту. Применение этого метода позволяло гуманизировать лечение морфинизма и давало возможность проводить весь тяжелый абстинентный период в глубоком сне, избавляя больных от мучительных страданий, а также от возможности наступления у них в период отмены морфина грозного осложнения - коллапса или обострения имевшихся тяжелых соматических заболеваний. Наряду с этим лечение сном предупреждает развитие морфинных делириев и других психических расстройств. Обычно для поддержания сна в течение 18-22 ч в сут больным давали от 1 до 3 г амитал-натрия в сут. Такое количество препарата они получали в течение 5-10 дней, а затем постепенно, в течение 3-4 дней, оно снижалось (например, с 3 до 2 г, с 1 до 0,5 г в сут). При пробуждении больные не требовали морфина, а просили дать им еще заснуть.

В 50-е гг. после успешного применения психофармакологических средств в мировой психиатрической практике это не могло обойти стороной и проблему лечения опиоидной зависимости. Вначале для этой цели применяли хлорпромазин, полагая, что применение хлорпромазина способно вызвать эффект, аналогичный лоботомии, в результате чего у пациентов наступало состояние расслаб-

ленности и спокойствия. При этом каждые 4 ч пациенту делали инъекцию хлорпромазина в дозе 100 мг. По этой причине в течение 72 ч, предшествующих лечению, они пребывали в сонном состоянии. Ученые считали, что именно эти 72 ч, следующие после прекращения приема наркотиков, являются самыми критическими в процессе “ломки”. В дальнейшем и по сей день в наркологических клиниках КНР используется огромный арсенал нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и ноотропов для купирования абстинентных расстройств, подавления патологического влечения к наркотикам, а также коррекции психопатологических нарушений, обусловленных хроническим употреблением наркотиков [23].

Начиная с 60-х гг., китайские врачи стали широко использовать для лечения опиоидной зависимости метадон [9-11]. Метадон применяется как длительнодействующий агент, который замещает короткодействующие наркотические средства, такие как героин или морфин. При этом состояние стабилизируется в течение нескольких дней с уменьшением проявлений синдрома отмены и более редкими эпизодами эйфории и угнетения. Впоследствии проводят постепенную, в течение нескольких дней (недель), отмену метадона. Конечной целью детоксикации является достижение пациентом состояния, свободного от наркотической зависимости. Метадон используется в двух различных вариантах: с назначением низкой (40 мг/сут) или высокой дозы (100-120 мг/сут). Наиболее часто используют схему детоксикации в течение 21 дня [20].

Применение метадона в качестве поддерживающей терапии значительно уменьшает потребность в наркотическом средстве (чаще всего героине), достаточно надежно блокирует эйфорические эффекты героина и имеет относительно небольшое число побочных эффектов. Стабилизирующая состояние доза для каждого пациента подбирается индивидуально, но установлено, что высокие дозы метадона (60-80 мг/сут) являются более эффективными, чем низкие — 20-40 мг/сут.

Сходные с метадоном фармакологические и лечебные характеристики имеют препараты LAAM (L-а-ацетилметадол) и левометадила ацетат [13]. Доза последнего обычно составляет 20-30 мг, разделяется на три приема в неделю в начале лечения с увеличением, при необходимости, до 80 мг три раза в неделю. Результаты лечения сходны с таковыми при лечении метадоном. Одним из методов лечения опиоидной зависимости является фитотерапия. В наркологической практике Китая наиболее часто используется женьшень, китайский лимонник и элеутерококк [21], установлена антиопиатная активность препаратов из элеутерококка колючего, акантопанакса сидячецветкового и аралии маньчжурской, которые уменьшали длительность наркотического сна на 30-60%. Эти препараты повышают выживаемость при введении доз морфина, что можно рассматривать как повышение неспецифической устойчивости организма на фоне введения адаптогенов.

Немалые возможности для нефармакологической терапии открывает метод рефлексотерапии (иглоукальвание, акупунктура). Установлено, что иглоукальвание оказывает стимулирующее, регулирующее и нормализующее влияние на общую и системную реактивность организма, повышая его защитные силы, активируя функцию ретикулоэндотелиальной, миелоидной и гипофизарно-надпочечниковой системы, способствует нормализации нарушенных корково-подкорковых соотношений, уравновешенности и подвижности основных нервных процессов, устранению вегетативных, вегетососудистых и вегетовисцеральных нарушений [25]. Кроме этого иглоукальвание обеспечивает положительную динамику сопутствующих нарушений сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, а сочетание иглоукальвания с психотропными средствами дает возможность снизить дозы транквилизаторов и психостимуляторов в 1,5-3 раза, что подтверждают результаты отечественных ученых [4]. При лечении опиоидного абстинентного синдрома наибольшую эффективность, по сравнению с классическим иглоукальванием, показал метод электропунктурной рефлексотерапии [16].

С конца 60-х гг. начинает применяться психотерапия, которая рассматривается как важная и неотъемлемая часть лечения наркоманов, употребляющих препараты группы опия [9, 15]. Любопытно, что в КНР и до настоящего времени целители используют такие техники и приемы, которые имеют аналоги в европейской психотерапии, но применяются под другими терминами, приспособительно к конкретным этнокультуральным условиям [21]. Кроме того, отмечены методики, которые представляют интерес и для современной психотерапии. Применение специфической атрибутики усиливает воздействие, а также вовлекает пациента в процесс лечения через передачу части ответственности на него. Загадочность и мифологичность процедуры лечения являются для пациента главными, его не интересуют сложности терапии и научная интерпретация метода. Применение обычных предметов в качестве целительской атрибутики придает им более мифологический и, скорее, символический характер и повышает психологическую эффективность.

Из других немедикаментозных методов лечения опиоидной зависимости, применяемых в КНР, заслуживают упоминания такие, как гемотрансфузия и переливание плазмы, электросудорожная терапия, подкожное введение кислорода, паравертебральные впрыскивания физиологического раствора, электросон, краниocereбральная гипотермия, экстракорпоральная гемосорбция, лазеротерапия, микроволновая резонансная терапия, транскраниальная электростимуляция и мембранный плазмаферез.

Следует заметить, что после освобождения пациента от наркотической зависимости на так называемом "первом этапе" необходимо планировать и проводить в обязательном порядке мероприятия по закреплению результатов лечения и предотвращению рецидивов. В противном случае все меры,

проводимые на первом этапе, не дадут ощутимого результата [27].

Что касается преобладающего метода лечения зависимости от препаратов группы опия в странах, соседствующих с Китаем, то применение того или иного метода в каждой отдельно взятой стране в первую очередь обусловлено местными этнокультуральными особенностями и разновидностью наркотика. Так, в Индии и Пакистане преобладает метод постепенного уменьшения доз; в Бирме широко распространен метод использования спиртового раствора опиума; в Гонконге и на Тайване — поддерживающего лечения метадонем; в Индонезии используют метод поэтапного уменьшения доз опиоидов; на Филиппинах и Сингапуре — метод безлекарственного отнятия наркотика. Нельзя не согласиться с мнением W. Wang [28], который считает, что без учета этнической принадлежности лечение опиоидной зависимости может оказаться совершенно неэффективным.

За последнее десятилетие Китайская Народная Республика в целях выработки курса лечения наркотической зависимости, который бы полностью соответствовал сложившимся условиям в стране, провела научные исследования эффективности общепризнанных методов лечения опиоидной зависимости. Это такие методы, как краткосрочный метод лечения метадонем (14-21 день), 10-дневный метод лечения клонидином, а также метод поэтапного снижения доз опиоидов. Эти методы были всесторонне изучены и после утверждения Министерством здравоохранения КНР обобщены и изданы в 1995 г. в книге "Практическое руководство по наиболее часто применяемым методам лечения наркотической зависимости". В настоящее время в Китае продолжают исследования по применению для лечения опиоидной зависимости новых лекарственных средств: агонистов опиатов с выраженным анальгетическим эффектом — бупренорфина гидрохлорида и ДНБ, блокатора опиатных рецепторов налоксона, в том числе и для диагностики опиоидной интоксикации, а также по использованию препаратов, полученных из традиционных китайских растений, в том числе скополии японской.

Как отмечается в руководстве, у пациента, только что прошедшего первый этап лечения (детоксикацию), на биологическом уровне устойчивые нарушения, выражающиеся в сохранении патологического влечения к наркотику, в отсутствие интереса к жизни, в нарушении сна и др., входят в синдром "затяжного прерывания наркотической зависимости". По этим причинам как только пациент выходит из стен лечебного учреждения, он уже не может преодолеть тягу к наркотику, что в конечном итоге приводит к рецидиву и дискредитации применяемого метода. Поэтому на следующем этапе, названном "промежуточным", основная задача состоит в закреплении успехов по избавлению от наркотической зависимости, достигнутых на первом этапе.

Во время относительно долгого по сроку "промежуточного" этапа медицинские меры сочетают с

психологической реабилитацией. В странах Азии для осуществления реабилитационной работы существуют разные по форме и содержанию учреждения. Среди них такие, как Центр социальной поддержки в Бирме; Центр трудоустройства для наркоманов в Индии; Реабилитационный центр пансионного типа в Малайзии, пансионаты для наркоманов в Пакистане и Сингапуре. Основная цель таких реабилитационных центров заключается в оказании коллективной взаимопомощи, которая состоит в том, что те, кто уже добился определенных успехов в избавлении от наркотической зависимости, поддерживают тех, кто только ступил на путь выздоровления. Такой метод лечения известен под названием "therapeutic community" (ТС) [27]. ТС представляет собой Реабилитационный центр пансионного типа со строгим уставом и распорядком дня, где дружба и взаимопомощь сочетается с персональной ответственностью. В последние годы Китай признал наконец важность проведения психосоциальной реабилитационной работы с пациентами, зависимыми от наркотиков [26]. В провинции Юньнань, где наиболее широко распространено потребление героина, связанное с тем, что эта провинция граничит с так называемым "золотым треугольником" — мировым центром производства героина, а также с высокой степенью очистки поступающего сюда героина, формирование наркотической зависимости наступает очень быстро, что в конечном итоге затрудняет лечение абстинентного синдрома [16].

В провинции создан Центр реабилитации больных наркоманией, в основу работы которого положена американская модель терапевтической общины, модифицированная для китайских условий. Одновременно центр способен оказать помощь 620 больным. При лечении используют собственные подходы к детоксикации и индивидуализированную психологическую, психиатрическую, медицинскую и биосоциальную программы [14]. Помимо программ детоксикации и реабилитации разработана правительственная программа по созданию общинных лагерей. В стране в отношении наркоманов, имеющих постоянные рецидивы, применяются меры трудовой терапии в общинных лагерях, находящихся в ведении Министерства внутренних дел. По результатам наблюдений в таких лагерях отмечено, что 12-месячный курс реабилитации приводит к выздоровлению 80% больных наркоманией [17]. И уже сейчас осуществляется тесное сотрудничество с зарубежными ТС. В ближайшее время Китай намерен создать собственные ТС, которые отвечали бы "культурным ценностям и реальной ситуации в стране", широко распространив учреждения подобного типа во всех провинциях.

Этап последующего наблюдения, или опеки, именуемый в Китае этапом "своевременного визита", заключается в оказании помощи в профессиональной подготовке, финансовой поддержки, а также психологической помощи тем, кто в установленные сроки прошел предыдущие этапы лечения и реабилитации [28].

Задачами этого этапа является помощь в полном прекращении приема наркотиков и в возвращении к полноценной жизни в обществе. Однако в целях успешного решения поставленных задач, необходима организация общественных объединений, ответственных за проведение профилактических мероприятий. Координирующую роль выполняет Министерство здравоохранения КНР. В целом, как практические наркологи Китая, так и ученые поддерживают идею о целесообразности объединения реабилитационной работы, этапа "своевременного визита" и профилактики заболевания на начальном этапе, считая такой подход перспективным и целесообразным [29].

Заключая данный обзор, необходимо сказать, что отвергая широко распространенный в Китае принцип заместительной терапии, наркологи "остального мира" сами до настоящего времени не располагают безопасной методикой купирования тяжелого опиоидного абстинентного синдрома.

Однако накопленный КНР опыт лечения опиоидной зависимости должен быть использован для разработки новых методов лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Бориневич В.В. Наркомания. М.: Медицина, 1963. 275 с.
2. Дурандина А.И. Сб. науч. тр. Киргиз. мед. ин-та. Фрунзе, 1981. Т.120. С.59-64.
3. Погосов А.В., Мустафетова П.К. Опиные наркомания. М., 1998. 192 с.
4. Полубояринов А.А. Формирование, клиника и лечение алкоголизма у больных опиной наркоманией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1983. 17 с.
5. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. М.: Медгиз, 1956. 346 с.
6. Эрленмейер А., Солье П. Морфинизм и его лечение. СПб., 1899. 474 с.
7. Bonhoeffer K. Therapie des Morphinismus // Berl. Klin. Wochenschr. 1920. Vol.57, Bd. 1126.
8. Bounsaville E.J., Glazer W., Wieber G.H. et al. // Arch.Gen. Psychiat. 1983. Vol.40, No6. P.629-636.
9. Czuan C. Drug Dependence on Opioids. Peking, 1995. 313 p.
10. Lae B., Singh G. // Drug. Alcohol. Depend. 1976. Vol.1, No.6. P.391-398.
11. Levinthal C. // Perspect. Biol. and Med. 1985. Vol.28, No.4. P.561-577.
12. Li H. // The New Drugs in Clinical Practice. 1995. Vol.4, No.2. P.46-47.
13. Li H., Yan Ch. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1995. Vol.2, No.5. P.16-20.
14. Ling N., Burgus R., Guillemim R. // Proc. Nat. Acaol.Sci USA.1976. Vol.73, P.3042-3046.
15. Ma Ch. Drag in China. Peking, 1993. 180 p.
16. McCoy C.B., Lai S., Wang X., Li Cong // J. Drug. Issues. 1997. Vol.27, No.1. P.73-85.
17. Yang Ming, Yulong Li. // J. Drug Issues. 1997. Vol.27, No.1. P.73-85.
18. Sakel M. // Ztschr.ol.ges.Neurol.u.Psychiat. 1930. Vol.129, P.639.

19. Sakel M. // Ztschr.ol.ges.Neurol.u.Psychiat. 1933. Vol.143.
20. Sha C., Shi L. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1994. Vol.2, No.4. P.114-116.
21. Shi L., Naun N. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1994. Vol.2, No.4. P.96-102.
22. Shi Ch. // The New Drugs in Clinical Practice. 1995. Vol.4, No.2. P.37-41.
23. Tan I.L. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1994. Vol.2, No.4. P.76-80.
24. Tan I.L. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1996. Vol.2, No.3. P.23-24.
25. Van S.P. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1993. Vol.2, No.3. P.103-107.
26. Van N.Ch., Chgen V. et al. // The Chinese Bulletin of Chemical Dependences. 1994. Vol.2, No.3. P.59-60.
27. Van V.P., Hu I. et al. // The New Drugs in Clinical Practice. 1995. Vol.4, No.2. P.27-30.
28. Wang W. // J. Drug Educ. 1999. Vol.29, No.2. P.97-114.
29. Woll C.H. // J. Chem. Dependency Treat. 1996. Vol.6, No.1-2. P.67-85.
30. Woody G.E., Luborsky L., Mc Lellan A.Th. et al. // Arch. Gen. Psychiatr. 1983. Vol.40, No.6. P.639-645.

