

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти

На правах рукопису

НЕГРЕЦЬКИЙ СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 615.212.7 : 616.89-008.441.33:633.7

СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ
ЗАХОДІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАМИ НАРКОХВОРИХ З
ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД КАННАБІНОЇДІВ (F12)

15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата фармацевтичних наук

Науковий керівник
Шаповалова Вікторія Олексіївна,
доктор фармацевтичних наук,
професор

Харків – 2015

ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1	
<i>СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАННАБІНОЇДІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</i>	16
1.1. Історичні аспекти застосування каннабіноїдів – психоактивних речовин рослинного походження	16
1.2. Поширеність каннабіноїдної наркоманії у світі та в Україні	21
1.3. Особливості фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F12).....	30
Резюме	39
РОЗДІЛ 2	
<i>ОБГРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ, ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ</i>	41
2.1. Обґрунтування методики та напрямів дослідження... ..	41
2.2. Характеристика емпіричної бази досліджень	45
2.3. Методи дослідження.....	50
РОЗДІЛ 3	
<i>СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕЛЕГАЛЬНОГО ОБІГУ КАННАБІНОЇДІВ</i>	58
3.1. Судово-фармацевтична практика: місце каннабіноїдів у нелегальному обігу психоактивних речовин	58
3.2. Судово-фармацевтичне вивчення правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів (регіональний рівень).....	64
3.3. Судово-фармацевтичний аналіз контингенту правопорушників, які зловживають каннабіноїди.....	76
Висновки до розділу 3	85

РОЗДІЛ 4

**РОЗРОБКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ
ВИЗНАЧЕННЯ СТАТУСУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАННАБІНОЇДІВ**

(F12)	88
4.1. Вивчення попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів	88
4.2. Проблеми забезпечення ліками наркохворих правопорушників з каннабіноїдною залежністю в системі надання примусової медичної допомоги	102
4.3. Алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності	107
Висновки до розділу 4	120

РОЗДІЛ 5

**РОЗРОБКА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПРИНЦИПІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЛІКАМИ НАРКОХВОРИХ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД КАННАБІНОЇДІВ**

(F12)	123
5.1. Контрольно-дозвільні заходи протидії нелегальному обігу каннабіноїдів.....	123
5.2. Медико-фармацевтичні заходи для забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів	136
Висновки до розділу 5	147
ВИСНОВКИ.....	150
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	154
ДОДАТКИ.....	181

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМН	– Академія медичних наук
АТС	– Анатомо-терапевтична і хімічна класифікаційна система
АТФ	– Аденозинтрифосфорна кислота
ВІЛ/СНІД	– Вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
гр.	– Громадянин
ГУМВСУ	– Головне управління Міністерства внутрішніх справ України
ГУОЗ	– Головне управління охорони здоров'я
ДОЗ	– Департамент охорони здоров'я
ЄС	– Європейський союз
ін.	– Інше
ІРР	– Інформаційно-роз'яснювальна робота
ІПКСФ	– Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
КЗОЗ	– Комунальний заклад охорони здоров'я
ККУ	– Кримінальний кодекс України
КМУ	– Кабінет Міністрів України
КПГ	– Класифікаційно-правова група
КПКУ	– Кримінально-процесуальний кодекс України
КУпАП	– Кодекс України про адміністративні правопорушення
ЛЗ	– Лікарський засіб
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичний заклад
м.	– Місто
МВ	– Міський відділ
МВСУ	– Міністерство внутрішніх справ України
МКХ-10	– Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МНН	– Міжнародна непатентована назва
МОЗУ	– Міністерство охорони здоров'я України
НМР	– Науково-методична рада
НПГ	– Номенклатурно-правова група

ООН	– Організація Об'єднаних Націй
п.	– Пункт
ПАР	– Психоактивна речовина
ПК	– Проблемна комісія
ПП	– Приватне підприємство
р.	– Рік
РВ	– Районний відділ
рис.	– Рисунок
РР	– Роз'яснювальна робота
СБУ	– Служба безпеки України
СВ	– Слідчий відділ
ст.	– Стаття
США	– Сполучені Штати Америки
т.п.	– Тому подібне
табл.	– Таблиця
ТГК	– Тетрагідроканнабінол
ТОВ	– Товариство з обмеженою відповідальністю
у т.ч.	– У тому числі
УБНОН	– Управління боротьби з незаконним обігом наркотиків
ХОДА	– Харківська обласна державна адміністрація
ч.	– Частина
F 12	– Психічні та поведінкові розлади здоров'я внаслідок вживання каннабіноїдів за МКХ-10

ВСТУП

Актуальність теми

Проблема розповсюдження зловживання психоактивними речовинами у світі та в Україні досягла загрозливого для суспільства характеру, коли дві третини населення країни із залежністю від психоактивних речовин є особами активного віку, а 10% від загальної кількості – молодь. Серед видів зловживання психоактивними речовинами превалює зловживання наркотичними засобами рослинного походження – каннабіноїдами. За даними ООН у світі нараховується від 119 млн. до 224 млн. споживачів каннабіноїдів, за даними МВС України – близько 120 тис. осіб, хоча за підрахунками вчених кількість нелегальних споживачів каннабіноїдів в Україні перевищує більше 1 млн. осіб. Так, у 62 % випадків зловживання наркотичних засобів починається з каннабіноїдів (конопля, каннабіс, марихуана, гашиш), зловживання якими займає друге місце після препаратів опію; від 10% до 60% підлітків та біля 2% студентів вживають каннабіноїди щодня.

Проблемі поширеності різних видів адиктивної залежності від психоактивних речовин, розробці складу нових лікарських засобів та схем фармакотерапії відповідних контингентів пацієнтів в різні роки були присвячені дослідження В. П. Черних, П. В. Волошина, В. М. Толочка, А. С. Немченко, З. М. Мнушко, О. П. Гудзенка, М. С. Пономаренка, Д. С. Волоха, В. О. Шаповалової, О. І. Тихонова, Т. Г. Ярних, В. В. Шаповалова та інших вчених [4, 12, 13, 14]. Проте комплексного судово-фармацевтичного обґрунтування організаційних заходів для забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F12) в системі фармацевтичного права не проводилося, що робить тему дисертаційної роботи актуальною і своєчасною.

Усе вище викладене сприяло вибору теми дисертаційної роботи, визначило її мету і завдання, зумовило необхідність та актуальність цього дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційна робота виконана у відповідності до напряму науково-дослідних робіт «Судова фармація, фармацевтичне законодавство та доказова фармація» (номер державної реєстрації 0108U009172), тема затверджена проблемною комісією «Фармація» МОЗ та АМН України (протокол № 63 від 22.04.2010 р.), вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти (протокол № 7 від 19.09.2014 р.).

Мета і задачі дослідження

Метою дослідження є наукове обґрунтування та розробка організаційних принципів для забезпечення ліками наркохворих на каннабіноїдну залежність (F12) шляхом проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів та визначення статусу каннабіноїдної залежності з урахуванням даних фармакоекономічного аналізу на засадах фармацевтичного права.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі задачі:

- з'ясувати історичні аспекти застосування психоактивних речовин рослинного походження – каннабіноїдів (конопля, каннабіс, марихуана, гашиш), поширеність каннабіноїдної наркоманії (F12) у світі та в Україні, а також особливості фармакотерапії такого контингенту наркохворих;
- проаналізувати нелегальний обіг каннабіноїдів шляхом узагальнення судово-фармацевтичної практики та вивчення контингенту правопорушників, які зловживають каннабіноїдами;
- провести анкетування спеціалістів медицини, правоохоронних органів та наркохворих з діагнозом F12 із застосуванням

аналітико-дескриптивного методу аналізу для виявлення стану та проблем забезпечення ліками;

- розробити науково-практичні рекомендації для визначення у наркохворих статусу залежності від каннабіноїдів (F12) для обґрунтування організаційних заходів при фармацевтичному забезпеченні наркохворих;
- запропонувати напрямки системи контрольних-дозвільних заходів для протидії нелегальному обігу каннабіноїдів та поширенню каннабіноїдної залежності в Україні;
- обґрунтувати включення лікарських засобів гепатопротекторної дії до схем фармакотерапії наркохворих з каннабіноїдною (гашишною) залежністю (F12) на принципах доказової фармації;
- розробити медико-фармацевтичні заходи для забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F12) шляхом визначення режиму контролю лікарських засобів, їх доступності та ефективності з використанням фармакоекономічного і статистичного методів аналізу.

Об'єкти досліджень – нормативно-правова база з обігу наркотичних засобів рослинного походження; судово-фармацевтичний аналіз нелегального обігу каннабіноїдів (каннабісу, коноплі); статистичні дані структурних підрозділів правоохоронних органів (25) щодо злочинів (регіональний рівень та рівень міських рад), пов'язаних з вилученням із нелегального обігу каннабісу (каннабісна злочинність); історії хвороб (11) наркохворих на каннабіїдну залежність (F 12); анкети спеціалістів медицини (60); анкети співробітників правоохоронних структур (117); анкети споживачів каннабіноїдів (20).

Предмет досліджень – наукове обґрунтування забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F12) на регіональному рівні та на рівні міських рад з позиції судової фармації на засадах фармацевтичного права.

Методи дослідження

Для вирішення поставлених задач використано методи аналізу: історичний, документальний та порівняльний (для з'ясування стану поширеності залежності від каннабіноїдів у світі та в Україні); нормативно-правовий аналіз та судово-фармацевтичний моніторинг (для оцінки нелегального обігу каннабіноїдів та контингенту наркохворих правопорушників); аналітико-дескриптивний (для анкетування спеціалістів медицини, правознавства та наркохворих); фармакоеконімічний (індексний та ABC-аналіз – для вивчення ефективності та доступності ліків з метою включення їх у фармакотерапію каннабіноїдної залежності); статистичний (для визначення достовірності отриманих результатів).

Для обробки отриманих даних застосовано математичний та графічний методи.

Математична обробка та статистична оцінка даних проводилася з використанням сучасних комп'ютерних технологій.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у судово-фармацевтичному обґрунтуванні підвищення доступності фармакотерапії наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F 12) і протидії поширенню каннабіноїдної наркоманії.

Вперше:

- комплексно представлено та розроблено організаційні принципи для забезпечення ліками наркохворих із каннабіноїдною залежністю (F12) з позиції судової фармації на засадах фармацевтичного права;
- запропоновано алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12), який включає 4 етапи (визначення рівня мотивації; залежності; відмови та небезпеки зловживання каннабіноїдами);

- визначено про необхідність забезпечення ліками наркохворих з каннабіною залежністю в системі примусової медико-фармацевтичної допомоги;
- науково обґрунтовано і розроблено дворівневу систему контрольних-дозвільних заходів щодо протидії нелегальному обігу особливо небезпечного наркотичного засобу рослинного походження каннабісу (I рівень – державний; II рівень – регіональний);
- доведено перспективність включення гепатопротекторів за комплексом показників (ефективність, доступність, режим контролю) до схем фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F 12).

Удосконалено:

- методику проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів за допомогою використання 6 індикаторів;
- організаційно-правову процедуру знищення психоактивних речовин рослинного походження для наркотичних засобів, що вміщують каннабіноїди, в Україні;
- методи оцінки доступності та ефективності ліків за фармакоекономічним та судово-фармацевтичним критеріями;
- підходи до судово-фармацевтичного вивчення нових видів комбінованого зловживання психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп.

Набуло подальшого розвитку:

- ✓ висвітлення проблеми поширення каннабіноюїдної наркоманії (F 12) у світі та в Україні в історичному аспекті;

- ✓ судово-фармацевтичне дослідження нелегального обігу психоактивних речовин на прикладі наркотичного засобу рослинного походження – каннабісу;
- ✓ вивчення міжнародного досвіду з особливостей обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп для використання у забезпеченні ліками наркохворих з каннабіною залежністю (F 12);
- ✓ використання алгоритму анкетування для 3 контингентів респондентів (лікарів, юристів, пацієнтів) із застосуванням аналітико-дескриптивного методу аналізу.

Наукова новизна і теоретична цінність одержаних результатів підтверджена патентом України № 93334 (2014) та свідоцтвами Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 41139 від 28.11.2011 р. і № 46228 від 02.11.2012 р.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в комплексі вони становлять науково-методичну основу для практичного об'єднання зусиль держави, науковців, суспільства щодо забезпечення ліками наркохворих із каннабіною залежністю (F12) на засадах фармацевтичного права.

За результатами досліджень створені й впроваджені у медико-фармацевтичну практику:

- ✓ Методичні рекомендації «Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноюїдної залежності (F 12)». Затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 69 від 22.06.2011 р. та НМР при АО «Фундація адвокатів України», протокол № 11.51 від 31.08.2011 р.
- ✓ Методичні рекомендації «Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів». Затверджено НМР СУ ГУМВС України в Харківській області, протокол № 437 від 30.12.2010 р. та НМР з питань фармації при

Департаменті охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, протокол №15 від 24.06.2013 р.

- ✓ Регіональний формуляр Харківської області, наказ ГУОЗ Харківської обласної державної адміністрації № 543 від 20.08.2012 р.
- ✓ Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп (розділ у науковому та навчально-методичному виданні «Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні: лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря»). Затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 63 від 22.04.2010 р., ПК «Неврологія» МОЗ та АМН України, протокол № 7 від 14.06.2010 р. та НМР СУ ГУМВС України в Харківській області, протокол № 96 від 12.04.2010 р.
- ✓ Практикум до аудиторної та самостійної роботи з фармацевтичного законодавства в системі додипломної та післядипломної підготовки та додаток до робочої програми (за вимогами кредитно-модульної системи) з дисципліни «Фармацевтичне законодавство» для спеціальності 7.110201 «Фармація» (4,0; денна форма; ССО).

Дані розробки втілені і використовуються закладами охорони здоров'я МОЗ України; Департаменту охорони здоров'я Харківської, Хмельницької обласної державної адміністрації; ДАК «Ліки України»; регіональними медичними, фармацевтичними та громадськими установами різної форми власності; у навчальному процесі Харківської медичної академії післядипломної освіти, Національного фармацевтичного університету, Івано-Франківського національного медичного університету, Національного центру моніторингу і профілактики наркоманії МОЗ Республіки Таджикистан (акти впровадження від

25.03.2011 p.; 14.04.2011 p.; 20.04.2011 p.; 21.04.2011 p.; 04.05.2011 p.;
05.05.2011 p.; 13.05.2011 p.; 20.05.2011 p.; 25.05.2011 p.; 30.05.2011 p.;
02.06.2011 p.; 03.06.2011 p.; 14.06.2011 p.; 11.10.2011 p.; 01.11.2011 p.;
05.12.2011 p.; 30.01.2012 p.; 27.02.2012 p.; 16.03.2012 p.; 07.06.2012 p.;
07.09.2012 p.; 02.11.2012 p.; 31.01.2013 p.; 20.02.2013 p.; 14.03.2013 p.;
10.04.2013 p.; 16.04.2013 p.; 21.05.2013 p.; 22.05.2013 p.; 15.06.2013 p.;
27.06.2013 p.; 03.07.2013 p.; 18.07.2013 p.; 30.07.2013 p.; 21.08.2013 p.;
29.08.2013 p.; 06.09.2013 p.; 06.11.2013 p.; 23.06.2014 p.; 20.11.2014 p.;
20.01.2015 p.; 30.01.2015 p.; 03.02.2015 p.; 12.02.2015 p.;
27.02.2015 p.).

Особистий внесок здобувача

Разом з науковим керівником визначені мета, задачі, погоджені методика, експериментальні об'єкти, бази та методи дослідження.

Особисто проведені:

- інформаційний пошук;
- обґрунтування напрямів (векторів);
- планування, виконання експериментальних досліджень, їх обробка, аналіз, систематизація, узагальнення та оцінка;
- досліджено рівень мотивації до зловживання, рівень залежності, рівень відмови від зловживання та рівень небезпеки зловживання каннабіноїдів (F 12), що було захищено авторським правом України;
- взято участь у розробці організаційних принципів для забезпечення ліками наркохворих з каннабіноїдною залежністю;
- взято участь у роботі телефонної «гарячої лінії», у складанні документів та планів роботи Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.

В наукових працях, опублікованих у співавторстві із В. О. Шаповалою, І. К. Сосіним, В. В. Шаповаловим та іншими, дисертантом узагальнено результати власного експерименту, надано оцінку отриманим даним у межах поставленої мети дослідження, які є результатом особистого внеску здобувача і наведено у дисертації та авторефераті.

Апробація результатів дисертації

Основні положення роботи викладені і обговорені на: міжнародних науково-практичних конференціях – «Фармацевтичне право, судова фармація та доказова фармація» (Харків, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014); «Возрождение духовности в современном мире: взаимодействие церкви и образования» (Харків, 2012); «Наукові дослідження та їх практичне застосування. Сучасний стан та шляхи розвитку 2013» (Одеса, 2013); «Застосування лазерів у медицині та біології» (Яремче, 2014); «Роль XVI Сесии Верховного Совета в укреплении и обеспечении экономического и социального развития Республики Таджикистан» (Душанбе, 2012); «Протидія наркозлочинності: вітчизняний та міжнародний досвід співпраці правоохоронних та судових органів» (Донецьк, 2011); «Довженківські читання» (Харків, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014); «Післядипломна підготовка спеціалістів фармації за організаційно-економічним напрямком» (Харків, 2010); Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання створення нових лікарських засобів» (Харків, 2010, 2011); VII Національному з'їзді фармацевтів України «Фармація України. Погляд у майбутнє» (Харків, 2010); IV з'їзді апітерпевтів України «Апітерапія: сьогодення та майбутнє фармації» (Харків, 2011) та XVIII, XIX Російських національних конгресах «Человек и лекарство» (Москва, 2011, 2012).

Публікації

За темою дисертації опубліковано 42 роботи: 10 статей у наукових фахових виданнях України, 4 статті у наукових періодичних виданнях інших держав, 1 патент України, 1 інформаційний лист, 1 стаття у науковому електронному періодичному виданні іншої держави, 2 методичні рекомендації (1 захищені авторським правом на твір № 41139 від 28.11.2011 р.), 1 навчально-методична праця (практикум), 16 друкованих тез доповідей наукових заходів в Україні, 4 друковані тези доповідей наукових заходів інших держав та 2 інших видання (1 захищено авторським правом на твір № 46228 від 02.11.2012 р.).

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАННАБІНОЇДІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Історичні аспекти застосування каннабіноїдів – психоактивних речовин рослинного походження

Сьогодні все більшого загострення набуває проблема наркотизації суспільства внаслідок зловживання психоактивних речовин (ПАР). Особливе занепокоєння викликає залежність від каннабіноїдів (F12), оскільки охоплює різні вікові групи та соціальні прошарки населення світу та України. Про актуальність цієї проблеми свідчить зростання кількості наркозалежних осіб, розповсюдження супутніх розладів здоров'я, поширення наркозлочинності, тощо. Серед ПАР рослинного походження найбільш поширеними є наркотичні засоби, що одержують з конопель. Це зумовлено доступністю вирощування цієї рослини та простотою виготовлення з неї наркотичних засобів. В світі конопля має широке коло застосування: їжа (насіння); матеріал для виготовлення паперу, ниток, одягу, взуття, палива; сировина для отримання наркотичних засобів (марихуана, гашиш та ін.). Саме каннабіс (конопля – рослина ціла або різного ступеня подрібнення, суцвіття, стебла, листя) та продукти його часткової переробки (смола каннабісу, екстракти чи настоянки каннабісу) найчастіше є об'єктом зловживання серед населення. Конопля (каннабіс) та препарати кустарно виготовлені з неї (марихуана, гашиш і гашишна олія) вміщують каннабіноїди, внаслідок зловживання якими формується каннабіноїдна залежність (F12) [19, 54, 58, 105].

Проте рослини коноплі відомі людству вже більш ніж десять тисяч років. Ще у IV тисячолітті до нашої ери її вирощували в Китаї та в III тисячолітті до нашої ери – в Туркестані. З давніх часів в Індії, Китаї, на Близькому Сході, у Південно-Східній Азії, Південній Африці та Південній Америці різні частини рослини коноплі застосовувались переважно в якості

лікарського засобу. Різноманітні настої, відвари та інші лікарські форми, які містять коноплі, рекомендувалися в якості лікувального засобу від різноманітних захворювань, а саме: малярії, запорів, для зняття ревматичного болю, для покращення пам'яті, в гінекології, в якості знеболювального засобу при хірургічних втручаннях тощо. В Індії рослина коноплі використовувалась для прояснення свідомості, в якості жарознижуючого і снодійного засобу, для підвищення апетиту, покращення травлення, зняття головних болів та лікування венеричних захворювань. Навіть у теперішні часи деякі народності використовують коноплю для лікування від зміїних укусів, а також курять коноплю перед пологами. В Європі застосування коноплі відомо з середніх віків. Англійський священник Роберт Бертон у 1621 р. вперше запропонував застосувати коноплю для лікування депресії. Застосування рослини коноплі описано у декількох відомих фармакопеях. Так, наприклад, «Нова англійська фармакопея» (1764 р.) рекомендувала прикладати коріння коноплі при запаленнях шкіри, «Нова єдинбургська фармакопея» (1794 р.) приводила опис фармакологічних властивостей коноплі. В ній стверджувалось, що конопляна олія сприяє купіруванню кашлю, допомагає в лікуванні венеричних захворювань і нетриманні сечі [33, 47, 90, 187].

На Заході конопля офіційно не визнавалася як лікувальний засіб до середини XIX ст. Однак вже у 1840-1900 рр. у західній медичній літературі були опубліковані наукові статі, які радили застосовувати коноплю при різних розладах здоров'я. Першим західним медиком, який проявив інтерес до коноплі, як до лікарського засобу, був професор медичного коледжу в Калькутті У. О'Шонессі, який спостерігаючи дію коноплі на тваринах почав використовувати її для лікування хворих людей на сказ, епілепсію, ревматизм і стовбняк. У 1839 р. професором У. О'Шонессі була опублікована праця, в якій він зазначив, що настій коноплі показав себе ефективним знеболювальним і протисудомним засобом. Вже у 1842 р. У. О'Шонессі, повернувшись до Англії, ознайомив фармацевтів з дією коноплі, а через

деякий час в Європі та Сполучених Штатах лікарі почали призначати її при різних розладах здоров'я. Незважаючи на попередження «Фармакопеї Сполучених Штатів» від 1854 р., що у великих дозах конопля небезпечна і є наркотиком, препарати коноплі виготовлялись різними фармацевтичними підприємствами і їх можна було придбати в аптеках. У 1860 р. лікар Мінс зробив доповідь про відкриття комітету з дослідження «індійської коноплі» спеціалістами медицини штату Огайо, де перелічив симптоми і захворювання, при яких використання цього виду коноплі виявилось корисним. Серед таких захворювань були відмічені: стовбняк, невралгії, дисменорея, судоми, ревматичні і пологові болі, бронхіальна астма, післяпологовий психоз, гонорея та хронічний бронхіт. В своїй доповіді лікар Мінс порівнював коноплю і опіум, причому перевагу віддавав коноплі через її менш виражені побічні дії і більш слабкий снодійний ефект. У 1887 р. інший лікар Хейр вказував на здатність коноплі зменшувати занепокоєння і тривожні симптоми, а також полегшувати духовний стан безнадійно хворих. Цьому питанню було приділено велике значення, вважаючи, що в якості знеболюючого засобу коноплі не поступаються опіуму. Також було відмічено про можливість застосування коноплі в якості місцевого анестетика при хірургічних маніпуляціях на слизовій оболонці рота та язика. У 1890 р. британський доктор Рейнольдс назвав кращим методом боротьби із безсонням у похилому віці вживання помірних доз коноплі. Крім того, він вказував на ефективне використання анальгетичних властивостей коноплі при різних формах неврозу, для профілактики мігрені, лікування деяких видів епілепсії, депресії, бронхіальної астми та дисменореї. На ефективність коноплі при мігрені вказував і лікар Метісон у 1891 р., а пізніше – лікар Ослер. Однак все ж у 1890 р. використання коноплі у медичних цілях почало зменшуватися у зв'язку із негативними наслідками її застосування. Крім того, у 1850-х роках спостерігався сплеск ін'єкційного вживання опіатів у цілях швидкого зняття больового синдрому, а коноплю, діючі речовини якої не розчинні у воді, було неможливо вводити у вигляді ін'єкцій і саме тому

вона поступилася опіатам. Пізніше було доведено про можливість розвитку адиктивної залежності від коноплі у вигляді каннабіноїдної залежності (каннабіноїдної наркоманії), з її поширенням почали боротися на державному рівні в різних країнах: у 1941 р. коноплю було виключено з «Фармакопеї Сполучених Штатів» і «Національного фармацевтичного довідника» [35, 47, 100, 184].

Проте, вже у ХХ ст. відмічається збільшення фактів нераціонального вживання препаратів коноплі не в якості лікарського засобу, а в якості ПАР. Поширенню вживання коноплі серед молоді у вигляді марихуани сприяв розвиток культури «растафарі», який представляє собою релігійний рух, що згодом перетворився у рок-культуру. Головним засобом просвітлення для «растафаріанців», як і для багатьох містиків усіх часів, була марихуана, листя якої стало символом цього руху: на альбомах, плакатах музиканти або потопують в заростях коноплі, або випливають із клубів диму, а їх творчість стала одним із самих популярних стилів у рок-музиці. Оскільки тексти були проникненні ідеєю руху, вважалось, що музикант не розважає, а проповідує, в тому числі і вживання коноплі. «Растафарі» неодноразово приймали активні дії, направлені на легалізацію легких наркотиків по типу марихуани, що викликало гарячі симпатії богеми усього світу [121, 163].

Показано, що каннабіноїди використовуються у промисловому виробництві та можуть застосовуватися у медичній практиці в якості перспективних лікарських засобів [32, 160, 173]. У 2011 році екстракт каннабісу був запропонований до клінічного застосування у Германії у лікуванні розсіяного склерозу [167]. В окремих публікаціях йде мова про те, що наслідки від зловживання каннабісу впливають на обмінні процеси, пов'язані з біосинтезом амінів [177, 185, 180, 182]. Щоденне паління марихуани призводить до розвитку залежності, яка супроводжується підвищеною дратівливістю та депресією [169, 170, 176].

З іншого боку, паління марихуани часто покращує стан онкологічних хворих та попереджує втрату пам'яті у пацієнтів, які страждають хворобою

Альцгеймера [21, 175]. Працівники компанії Tikun Olam стверджують, що при вилученні з екстракту каннабісу тетрагідроканнабінолу, наркотичні властивості втрачаються, що можна використовувати у лікувальній практиці [34, 190]. Легалізація марихуани у 2 штатах США була використана для отримання надприбутків косметичними компаніями, які вводили цей компонент у косметичні препарати [62]. За даними компанії MediSwipeInc., в 2011–2012 роках власті штату Мічиган отримали більш \$10 млн. надходжень до бюджету від пацієнтів, яким призначалася марихуана з медичною ціллю. Застосування марихуани легалізовано у 18 штатах Колумбії [41]. Також постійно з'являються публікації щодо зниження ризиків розвитку діабету при палінні каннабісу [55, 172, 174]. За результатами огляду наукової літератури встановлено, що за даними Hall W., Degenhardt L. зловживання каннабісу пов'язано з подальшим розвитком психозів і шизофренії. При цьому автори оцінюють докази двох гіпотез про причинно-наслідковий зв'язок між вживанням каннабісу і розвитком психозу, які залежать від факторів інтенсивного вживання каннабісу, що згодом призводить до психічних розладів у вигляді «каннабісного психозу». Існують обмежені клінічні докази, що свідчать про те, що виникнення «каннабісного психозу» пов'язане з вживанням дуже високих доз тетрагідроканнабінолів протягом тривалого часу. При цьому існує лінійна залежність між частотою, з якою коноплі застосовувалася у віці до 18 років, і розвитком ризиків протягом наступних 15 років, що призводить до постановки діагнозу шизофренія [154, 168]. З іншого боку, за результатами досліджень Thornicroft G., відзначено, що немає ніяких переконливих даних про взаємозв'язок окремого клінічного діагнозу «каннабісного психозу». При цьому встановлено, що внаслідок короткочасного або тривалого зловживання препаратів коноплі від помірних до сильних доз може наступати короткочасна гостра органічна реакція, або психотичні епізоди при ясній свідомості, або розвиток шизофренії в наступні 15 років, тобто конопля може викликати гострі органічні реакції у психіці

[188]. У лікувальних цілях застосування коноплі дозволено в Ізраїлі та США в онкології та психіатрії при наявності офіційного дозволу [50].

Сьогодні 52% американців підтримують легалізацію марихуани, хоча на початку 1970-х ця цифра складала 12% [155, 171, 181]. В своїй статті Tunving K. [189] пише про те, що вживання каннабісу може спровокувати психічні розлади, що підтверджується 70 випадками «каннабісного психозу» в Швеції, які настали внаслідок хронічного зловживання каннабісу і супроводжувалися симптомами тривоги, погіршенням пам'яті, дисфоричними реакціями; абстинентним синдромом. Наведено 3 групи ризику: 1) підлітки та молодь, що вживають каннабіс; 2) особи, які не можуть впоратися з депресією або життєвими обставинами; 3) пацієнти, які страждають психічними розладами здоров'я [158, 165, 189].

Вище наведене стало підставою для вивчення проблеми каннабіноїдної наркоманії у світі та в Україні, що і стало завданням підрозділу 1.2 дисертаційної роботи.

1.2 Поширеність каннабіноїдної наркоманії у світі та в Україні

Поширеність адиктивної залежності від ПАР взагалі і різних видів наркоманії, зокрема є нагальною міжнародною проблемою, на що неодноразово звертав увагу Генеральний секретар Організації об'єднаних націй (ООН) Пан Гі Мун, підкреслюючи актуальність питань обмеження реклами алкоголю, суворого контролю за вживанням ПАР різних класифікаційно-правових груп, посилення боротьби з розповсюдженням адиктивної залежності внаслідок зловживання препаратів коноплі (марихуани, гашишу та ін.), а також лікування та соціальної допомоги наркозалежним [22, 36, 37, 91, 101].

З іншого боку, Генеральна Асамблея ООН у своїй резолюції 60/209 зазначила, що однією з фундаментальних і універсальних цінностей, які повинні бути покладені в основу міжнародних відносин у XXI столітті, є

солідарність, що сприяє викоріненню бідності та злиднів в якості етичного, духовного, соціального, медичного, правового та політичного імперативу людства. Відзначено, що згідно з визначенням ООН, солідарність – це єдність переконань і дій, взаємодопомога і підтримка членів соціальної групи, що ґрунтуються на спільності інтересів і необхідності досягнення загальних групових цілей, спільна відповідальність під рекомендованим гаслом ООН «Надати допомогу нашим ближнім» [22, 132]. Саме пацієнти наркологічного та психіатричного профілю якнайбільше потребують такої допомоги з боку держави, науковців та суспільства [48, 51].

Серед проблем сьогодення, які постають перед українським суспільством, перше місце серед різних видів адиктивної залежності займає проблема наркоманії, зокрема каннабіноїдної наркоманії. Вітчизняними та зарубіжними науковцями неодноразово наголошувалося, що збільшенню наркозлочинності взагалі, і молодіжній та дитячій злочинності зокрема, сприяє нелегальний обіг ПАР, реклама алкоголю, психоактивних лікарських засобів, енергетичних напоїв, тютюну, ПАР інших класифікаційно-правових груп, а також розповсюдження інформації і ПАР через мережу Internet. Все це вимагає від правоохоронних органів посилення боротьби з наркобізнесом, а від МОЗ України – посилення медико-фармацевтичних, лікувально-профілактичних, реабілітаційних та соціально-економічних заходів відносно наркозалежних пацієнтів, зокрема дітей і підлітків [18, 20, 43, 130].

Тому на нараді «Українське суспільство чекає від влади рішучих кроків щодо реального забезпечення прав дитини» 27.10.2011 р. (м. Київ) звернуто увагу представників влади, правоохоронних, лікувальних, духовних, освітніх та громадських організацій на те, що молоде покоління визначатиме успіх політичного, економічного, інтелектуального та культурного поступу [5]. З'ясовано, що проблемним питанням залишається підліткова злочинність. Адже кожний 15-й злочин в державі вчинено неповнолітнім; серед засуджених та узятих під варту неповнолітніх налічується понад 8 тисяч [16, 43, 129, 151]. У зв'язку з цим було визначено завдання Генеральній

прокуратурі України щодо підвищення рівня координації роботи правоохоронних органів у протидії злочинності і організованим її формам, корупції та наркобізнесу, а Кабінету Міністрів України – завдання щодо планування у бюджеті країни витрат, спрямованих на боротьбу з бідністю, підвищення рівня соціально-економічного та медико-фармацевтичного забезпечення населення, що повинно сприяти підвищенню рівня добробуту, духовної і правової культури окремо взятої людини і громадянина України. Своєчасна і сучасна соціально орієнтована медико-фармацевтична та правова допомога пацієнтам знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку з доступністю для пацієнтів життєво необхідних лікарських засобів та захищеністю їх прав, свобод, життя і здоров'я. Чим нижче доступність для наркохворих лікарських засобів та рівень правової культури і правосвідомості наркохворих, тим вище ймовірність того, що такі пацієнти стануть соціально небезпечними, зможуть вчинити правопорушення або злочини [55, 59, 119].

Адиктивна каннабіноїдна залежність, як слабкість, може починатися наприклад, з ланцюжка „куріння – пиво, горілка – каннабіс”, що часто стає першою сходинкою до розвитку різних сполучених видів адиктивної залежності (полі-наркотоксикоманія, алкоманія, нікотин і алкоголь, нікотин і каннабіс, нікотин, алкоголь і каннабіс). Багато каннабіноїдних наркоманів починали саме з паління тютюну. Взагалі: адикція (англ. addiction) – це пагубна звичка, пристрасть, хибна (порочна) схильність до зловживання ПАР; а залежність – це потреба в постійному та регулярному вживанні ПАР. Ознаки залежності від каннабіноїдів: 1) неподоланий потяг до вживання ПАР каннабісу; 2) психічна залежність; 3) фізична залежність [44, 45, 46, 112, 113].

Тому зловживання ПАР каннабісу – це нераціональне вживання із негативними наслідками для здоров'я, тривалий, без контролю з боку лікаря прийом ПАР в підвищених дозах. Раніше було вказано, що каннабіс – це цілі чи різного ступеня подрібнення будь-які частини рослини роду коноплі або

їх суміш (за винятком власне дозрілого насіння) незалежно від того, піддавалися вони екстракції, деструкції, гниттю чи враженню пліснявою. Каннабіс – це речовина рослинного походження, висушена або невисушена, і в залежності від цього від світло-зеленого, зеленого до коричневого, темно-коричневого кольорів. Ще можуть бути цілі або подрібнені суцвіття, верхівки, насіння, листя, або їх суміш зі стеблами. Ступінь подрібненості каннабісу може бути різною. Каннабіс вживається шляхом інгаляції при палінні в чистому вигляді або в суміші з іншими речовинами (наприклад, тютюном). Безпосередньо вживається наркозалежними споживачами сам каннабіс, або препарати кустарного виготовлення з каннабісу – смола каннабісу, екстракти каннабісу, настоянки каннабісу. Слід підкреслити, що до наркотичних засобів не відноситься власне дозріле насіння, що не супроводжується будь-якими частинами рослини роду коноплі або їх сумішшю. Каннабіс відноситься до особливо небезпечних наркотичних засобів, обіг яких в Україні заборонений (Таблиця I, Список № 1 Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів), містить каннабіноїди. Каннабісу екстракти (настоянки) – кустарний препарат, який одержують з будь-яких видів і сортів рослини роду коноплі або каннабісу шляхом виділення (екстракції) різними способами, містить каннабіноїди. Цей наркотичний засіб має характерний запах; вживають шляхом паління при нанесенні на рослинні об'єкти (наприклад, тютюн). Оскільки жири, що містяться в молоці, при кип'ятінні добре екстрагують каннабіноїди, екстракти (настоянки) каннабісу іноді одержують у вигляді екстракту каннабісу в молоці. До екстрактів каннабісу також відносяться продукти, отримані шляхом прожарювання каннабісу в будь-якому рослинному чи тваринному жирі, що приводить до екстракції фізіологічно активних компонентів. Каннабісу екстракт (настоянка) відноситься до особливо небезпечних наркотичних засобів, обіг яких в Україні заборонений (Таблиця I, Список №1 Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів), містить каннабіноїди. Смола каннабісу (гашиш) – суміш

відділеної смоли, чи пилку або окремих подрібнених часток рослини роду коноплі або їх суміш, яка містить каннабіноїди. Колір смоли каннабісу, в залежності від умов виготовлення, може бути від світло-зеленого до темно-коричневого (майже чорного). За формою це можуть бути таблетки, спресовані плити або безформні грудочки. Смола каннабісу (гашиш) відноситься до особливо небезпечних наркотичних засобів, обіг яких в Україні заборонений (Таблиця I, Список №1 Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів), містить каннабіноїди. Адиктивні наслідки від куріння висушеного листа коноплі (марихуани) і гашишу (смоли каннабісу) однакові, проте концентрація тетрагідроканнабінолу і каннабінолу в будь-яких, кустарно виготовлених, препаратах з конопель може відрізнятися. Тетрагідроканнабінол (ТГК) – основний компонент, що відповідає за психоактивні властивості рослин роду коноплі, є 7,8,9,10-тетрагідро-6,6,9,-триметил-3-пентил-6Н-добензо[b,d]-піран-1-ол, що був виділений у 1964 році. ТГК – жироподібна нестійка речовина, що ізомеризується кислотами, на повітрі поступово, а в лужному середовищі швидше окислюється в каннабінол і, можливо, у більш високомолекулярні сполуки. Найбільш стійкий при збереженні в 1% розчині етанолу чи метанолу (такі розчини не змінюються при 0° С протягом 6 місяців). Тетрагідроканнабінол відноситься до особливо небезпечних психотропних речовин, обіг яких в Україні заборонений (Таблиця I, Список № 2 Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів) [80, 114].

Окремої уваги заслуговує один з різновидів залежності від каннабіноїдів – гашишна наркоманія, яка виникає внаслідок зловживання гашишем (смола каннабісу). Крайній ступінь перезбудження нервової системи від гашишу – «гашишний психоз», перші симптоми якого схожі з ознаками початкової шизофренії – галюцинації, нав'язливі ідеї, невиправдані страхи, манія переслідування і параноїдальне марення. Гашишний психоз, на відміну від алкогольного, може виникнути з самої першої затяжки, варто лише перевищити дозу. Наркогенний ефект від куріння гашишу досягається

через 1 годину та триває до 6 годин. Негативні наслідки від куріння гашишу: печінкова, ниркова недостатність; атрофія печінки; міокардіодистрофія; серцева аритмія; хронічні бронхіти, гепатити; психічні та поведінкові розлади; суїциди; психологічні відхилення; протиправна поведінка; повна деградація особистості. У більшості випадків гашишна залежність супроводжується одночасно зловживанням ПАР алкоголю або ПАР інших класифікаційно-правових груп [164, 175, 186, 188].

Таким чином, за даними судово-фармацевтичних досліджень з'ясовано, що каннабіс є найбільш поширеною, доступною для зловживання серед населення України ПАР, займає друге місце після препаратів опію та віднесений законодавством України до особливо небезпечних наркотичних засобів, обіг яких в Україні заборонено. Дії, що пов'язані із незаконним обігом каннабісу (каннабіноїди, конопля) мають ознаки злочинів, передбачених статтями 305-321 Кримінального кодексу України. На жаль, вільний доступ до нелегального каннабісу наркохворих із супутніми захворюваннями (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатити, психічні, неврологічні, онкологічні, інфекційні) приводить до поступового нівелювання законів, які регламентують заборону і відповідальність за його незаконний обіг та основних моральних, етичних і правових цінностей, призводить до таких суспільно небезпечних проблем, як каннабіноїдна, трамадолова наркоманія та злочинність (вбивства, зґвалтування, крадіжки, грабежі, корупція, хабарництво тощо), між якими є причинно-наслідкові зв'язки [6, 9, 11, 12, 14-16, 49, 63, 115, 116, 152]. Відмічено, що 74% наркозалежних ніде не працюють і не навчаються; близько 2% наркозалежних складають учні технікумів, коледжів; 0,4% – студенти вузів. При цьому каннабіноїди стали доступними у навчальних закладах, що вказує на необхідність розробки відповідних програм протидії каннабіноїдній наркоманії серед молоді [17].

Поширеність каннабіноїдній наркоманії у світі також продовжує неухильно зростати, незважаючи на різноманітні заборонні та конфіскаційні заходи, які застосовують урядові й неурядові організації різних країн: в Ірані,

де це карається смертною стратою; і в Голландії, де продаж «легких» наркотичних засобів частково легалізовано. Наприклад, у США майже 3,6 млн. осіб є наркозалежними. Зловживання наркотичних засобів становить велику небезпеку також для здоров'я населення Німеччини, Росії, України. Так, за останні 15 років на боротьбу з наркоманією витрачено удвічі більше коштів, ніж на всі інші дослідження, що проведено в галузі кардіології, раку, СНІДУ [22]. Каннабіс залишається нелегальною ПАР, що найбільш широко використовується у 3,9% населення у віці 15-64 років. Культивування каннабісу зросло в Америці в цілому, а в Південній Америці – на 46%. У Європі фіксується зростання нелегального обігу марихуани при зменшенні обігу смоли каннабісу (гашиш), виробництво якої базується в основних державах-виробниках – Афганістан і Марокко [22]. У Великобританії біля 50% молоді у віці 16-29 років хоча б 1 раз вживала коноплю. Також наведено поліцейський досвід, коли за зберігання каннабісу особа буде арештована, доставлена у поліцейську дільницю та отримає відповідне покарання. Відзначається, що вживання каннабісу у підлітковому віці пов'язано з поганою успішністю у школі. Дослідження 1600 австралійських школярів у віці від 14 до 15 років упродовж 7 років показали, що регулярний прийом каннабісу призводить до розвитку у майбутньому депресії. Також наведено досвід Нової Зеландії, де виявлено, що регулярні курці марихуани мають більше шансів отримати травму у автокатастрофі [164]. Вказується на зв'язок між палінням марихуани та розладами здоров'я (рак легенів, запальні захворювання кишечника, психічні розлади, підвищення кров'яного тиску, гінекологічні та урологічні проблеми) [157, 162, 178, 183, 186].

Встановити реальну кількість наркозалежних осіб, які зловживають наркотичними засобами із групи каннабіноїдів, фактично неможливо через те, що спостерігається одночасне зловживання декількома ПАР (гашиш, марихуана, героїн, опій, алкоголі тощо) [4, 105, 156, 159]. Викликає стурбованість те, що держава не забезпечує ефективне лікування такого контингенту хворих (підозрюваних, обвинувачених та підсудних). Тому роль

адвоката в досудовому та судовому слідстві при захисті прав наркозалежних полягає в дослідженні причин і умов, що спричиняють поширення залежності від каннабіноїдів, наркобізнесу в Україні [20, 132], встановленні причинно-наслідкових зв'язків між незаконним обігом наркотичних засобів і залученням населення в процес наркотизації. Фактично співробітникам правоохоронних органів, які ведуть боротьбу з наркобізнесом в Україні, необхідно підняти рівень захисту прав громадян України (обвинувачених наркопацієнтів, які притягуються до кримінальної відповідальності), а державі – декриміналізувати окремі статті ККУ при здійсненні відповідного медико-фармацевтичного забезпечення даного контингенту хворих [40, 42, 65, 83, 91, 124, 131].

Вченими Білорусії доведено, що найбільші гендерні аспекти зловживання ПАР відмічаються серед споживачів каннабіноїдів, а найменші – серед споживачів седативних та снотворних препаратів [86]. В окремих публікаціях показано, що у осіб, які мають схильність до зловживання наркотичних засобів, перш за все, відмічається наявність саме психічних розладів, а не вплив інших медичних та соціальних факторів [120]. Описано випадок пивного алкоголізму та гашишної наркоманії в результаті сполученого вживання пива і гашишу у підлітків. Вказано, що захворювання у своєму розвитку проходить 3 стадії: алкогольна залежність (від пива); пробне вживання коноплі; сумісна залежність від вживання пива та коноплі [39].

Цікаво привести досвід Росії з досліджуваної проблеми. На фоні значного росту споживання синтетичних ПАР в окремих регіонах Росії в силу об'єктивних причин зберігається актуальність зловживання наркотичними засобами – продуктами коноплі [87]. Так, у дослідженні показано, що середній місячний профіль вживання коноплі у московській популяції складає 20 діб [38]. В окремому регіоні Росії за 2002-2011 роки доведено зростання смертності від передозування ПАР у 1,8 рази [92].

Особливості обігу ПАР у контексті їх раціонального вживання з метою протидії зловживанню в Росії приведено у [33, 137].

Для протидії наркозлочинності і профілактики наркоманії службою Держнаркоконтролю України 27-28 вересня 2011 р. (м. Київ) було проведено міжнародні кругли столи «Протидія наркоманії: новий стратегічний підхід». Лейтмотив форуму – обговорення орієнтованої структури Національної стратегії боротьби з наркотиками на період до 2020 року, мобілізація державних, правоохоронних, адвокатських, медичних, фармацевтичних, навчально-виховних, освітніх, духовних і суспільних інститутів на подолання причин та умов, що спричиняють наркозлочинність. Так, у розділах програми Національної стратегії боротьби з наркотиками на період до 2020 року зазначено, що: 1) суб'єктами формування і реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу і боротьби з наркозлочинністю, виступають зацікавлені державні органи та громадські організації, для діяльності яких характерні розпорошеність зусиль, вузьковідомчий підхід, недостатня взаємодія, розв'язання переважно тактичних, а не стратегічних завдань, орієнтація на формальний результат; 2) удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері обігу контрольованих засобів і речовин, протидії їх незаконному обігу і боротьби з наркозлочинністю, потребує орієнтації не тільки на покарання за скоєне, а й на недопущення рецидивів злочинів, законодавче розширення альтернативних можливостей лікування від наркотичної залежності і водночас – на посилення кримінальної відповідальності за незаконне розповсюдження наркотиків шляхом вивчення питання доцільності декриміналізації деяких статей КК України і внесення відповідних змін до чинного законодавства України, здійснення наукового опрацювання проблеми визначення адекватності ступеня покарання за незаконну діяльність, посилення суворості покарання за незаконне розповсюдження наркотиків у молодіжному середовищі,

розробки нових стандартів встановлення малих, великих, особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [72].

Виходячи із наведеного та із стратегії антинаркотичної політики держави, актуальним стає розробка багаторівневої системи протидії нелегальному обігу ПАР, наркоманії і наркозлочинності. Сьогодні державна система допомоги наркозалежним є не досить ефективною та не відповідає масштабності проблеми. Тому, необхідно удосконалювати заходи медико-фармацевтичної реабілітації, а також надання особистої психіатричної, наркологічної, психологічної, педагогічної і виховної допомоги. Необхідно надати можливість хворим на наркоманію знайти стимули для боротьби з наркозалежністю. Тільки спільна праця лікарів, провізорів і адвокатів може дати вагомий результат [95].

Таким чином, державні програми боротьби із каннабіною наркоманією можуть спиратися на досвід та практичне впровадження фармакотерапії наркохворих в різних країнах світу, що більш детально буде вивчено у підрозділі 1.3 дисертаційної роботи.

1.3 Особливості фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F12)

В Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду каннабіною залежність відповідає коду F 12 «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання каннабіноїдів». Розвиток каннабіною залежності, або каннабіною наркоманії, або залежності від каннабіноїдів (F12) відбувається досить швидко і не випадково такі розлади здоров'я віднесено до адиктивних. При припиненні вживання ПАР (каннабіноїдів) розпочинається синдром відміни, що спричиняє стрес для організму людини. Дуже важливо максимально пом'якшити цей стрес, інакше це може позначитися надалі на фізичному, психічному самопочутті та поведінці наркохворого. У медицині та фармації існує термін «вибухова релаксація»,

яка передбачає заспокоєння стресу за допомогою вибуху пристрастей. Проте, зазначений стрес не можливо усунути іншим стресом. На мить наркохворий може піти від реальності в небуття, а через деякий час знову відчувати переддень стресу, після «вибухової релаксації» він себе відчуває більш спустошеним, нещасним і хворим, при цьому продовжує битися, спираючись на людську силу, прагнучи розчистити для себе простір і зробити щось, що хоч якось полегшить його життєву реальність. Погіршення настрою, депресивні явища, схильність до підвищеної дратівливості, погіршення сну – дуже багато залежатиме від якості фармакотерапії, яка проводиться лікарем. У осіб, які зловживають каннабіноїдами (марихуана, гашиш), виникає тривога і паніка, відчуття викривлення оточуючого середовища, порушення сприйняття у вигляді ілюзій і галюцинацій, параноїдне марення. Саме такі хворі в стані наркотичного сп'яніння порушують законодавство, чинять шкоду не лише собі, але й оточуючим, стають небезпечними для суспільства [40]. Тому проблема каннабіноїдної наркоманії є проблемою не лише громадян України – це хвороба всієї цивілізації. Планувати боротьбу із залежністю від каннабіноїдів можливо лише при підвищенні правової культури та правосвідомості наркохворого [66, 96-98].

Фармакотерапія каннабіноїдної залежності проводиться в основному симптоматично. Застосування лікарських засобів (ЛЗ) направлено на купірування наркологічної симптоматики [31, 57, 60]: а) гострої інтоксикації (наркотичного сп'яніння); б) психічного потягу до ПАР; в) купірування стану відміни, лікування фізичної залежності; г) лікування наслідків інтоксикації. Відповідно до цього всі ЛЗ, які використовуються у фармакотерапії каннабіноїдної залежності лікарями-наркологами, можна розподілити на групи, залежно від мети їх застосування: 1) ЛЗ для дезінтоксикації та антидоти; 2) психотропні ЛЗ, що використовуються для купірування потягу до ПАР каннабісу, афективних порушень, психопатоподібних порушень та психотичних порушень; 3) ЛЗ для лікування супутніх розладів здоров'я (гепатопротектори, серцеві ЛЗ, вітаміни та ін.).

Слід відмітити, що гостра інтоксикація каннабіноїдами супроводжується психотичною симптоматикою – вираженою тривогою, порушеннями сприйняття і параноїчним синдромом. Це особливо часто зустрічається при пероральному вживанні канабіноїдів (так звані «каша», «молоко», коли ПАР екстрагується з конопель за допомогою молока або масла). Порушення сприйняття характерні і для неускладненого наркотичного сп'яніння у вигляді ілюзорного, спотвореного сприйняття та окремих простих галюцинацій. Специфічних антидотів не існує. У цьому випадку разом із засобами неспецифічної дезінтоксикації і симптоматичної терапії (гемодез внутрішньовенно крапельно, фізіологічний розчин внутрішньовенно крапельно, 5% глюкоза з аскорбіновою кислотою, метод форсованого діурезу, тіосульфат натрію внутрішньовенно, унітіол внутрішньом'язово, вітаміни групи В, вегетотропні препарати, ЛЗ, що впливають на серцево-судинну систему) призначають нейролептики з седативною і антипсихотичною дією (галоперидол, трифтазин, тизерцин, хлорпротиксен, клопиксол, рісполепт). Психотичні порушення можуть бути короткочасними (проходять зі зменшенням явищ гострої інтоксикації) і досить тривалими (інтоксикаційні психози, резидуальні психотичні розлади і психотичні розлади з пізнім дебютом). В іншому випадку в лікуванні на перший план виступає антипсихотична терапія з використанням всього спектру нейролептичних засобів, які підбираються залежно від провідного синдрому. У лікуванні цієї групи розладів найбільш актуальною проблемою є лікування синдрому психічної залежності. Фізична залежність при зловживанні препаратами конопель (гашиш, марихуана та ін.) не виражена і стан відміни проявляється в основному афективними порушеннями різної модальності: астенодепресивними, депресивно-іпохондричними, тривожно-депресивними, дисфоричними синдромами. Виразність депресивних порушень залежить від стажу і доз каннабіноїдів, споживаних наркохворим. При фармакотерапії наркохворих використовуються антидепресанти (амітриптилін, докsepін, іміпрамін, анафраніл, людіоміл, миансерин, азафен,

золофт, флуоксетин, ціпраміл та ін.), і нормотиміки (карбамазепін та ін.). Також припустимо короткочасним курсом використовувати транквілізатори: діазепам, феназепам, нітразепам, хлордіазепоксид, медазепам, лоразепам, гідазепам, мебікар та ін. Конкретний вибір препарату і дози залежать від вираженості та модальності депресивних порушень. У лікуванні психічної залежності поряд з наведеними вище психотропними лікарськими засобами актуальна психотерапія, насамперед, для подолання анозогнозії (тобто відсутності критичної оцінки хворим свого захворювання). При тривалому вживанні каннабіноїдів відзначаються розлади особистості та стійкі когнітивні порушення. У цій ситуації разом з м'якими нейролептиками – соннапакс, еглоніл, хлорпротиксен (у малих і середніх дозах), показано призначення ноотропів (пірацетам, аміналон, фенібут, пантогам, гліцин та ін.), ЛЗ, що поліпшують мозковий кровообіг (вінпоцетин, циннаризин, серміон), ЛЗ метаболічної дії (цереброділін, ліпоцеребрін, есенціалє, глютамінова кислота), масивної вітамінотерапії [45, 46, 58, 152, 160].

Слід відзначити, що дані наукової літератури свідчать про застосування гепатопротекторів у фармакотерапії наркохворих з гашишною залежністю, оскільки внаслідок тривалого вживання каннабіноїдів розвиваються атрофія печінки, печінкова недостатність, гепатити тощо [47, 54, 60, 113, 186].

В науковій літературі США, Росії і України описується досвід використання програми «12 кроків» при фармакотерапії наркозалежних пацієнтів. Цією програмою керуються такі відомі анонімні суспільства, як «Анонімні наркомани», що працюють при лікувальних закладах, та інші суспільства і групи підтримки. Програма «12 кроків» доступна для будь-якої людини з будь-яким видом залежності (немає обмежень по вікових, інтелектуальних, соціальних і релігійних критеріях). Вона спрямована на формування у людини нової, адекватнішої концепції свого захворювання (залежності), навчання жити з хворобою на рівні свідомого контролю. Кожен крок програми допомагає по черзі проаналізувати власні переживання і досвід, досягти змін в усіх життєво важливих сферах, і таким чином,

сформувати стійкі установки на життя без ПАР. Крім того, в Росії між Федеральною службою Російської Федерації (РФ) з контролю за обігом наркотиків, Міністерством охорони здоров'я РФ і Російською Православною Церквою (РПЦ) підписано угоду, в рамках якої на базі РПЦ відкриті відділення, де здійснюється лікування хворих на наркоманію. Тобто в програмі реабілітації та фармакотерапії приймають участь лікарі і провізори, які здійснюють обіг ЛЗ, що застосовуються для лікування цього контингенту хворих [96].

В лікуванні каннабіноїдної залежності (F12) корисною може стати апітерапія, в основі застосування якої лежить дія фракцій бджолоїної отрути, які здатні руйнувати нервово-рефлекторні зв'язки, імітувати дію ПАР, покращувати роботу органів і систем, відновлювати активність, працездатність [70, 143]. Бджолоїна отрута впливає на вироблення опіоїдних пептидів, що активно використовуються при лікуванні адиктивних розладів здоров'я (наркоманії, нікотинової залежності та алкоголізму). Здібність опіоїдних пептидів до самознеболення можна стимулювати штучно. Саме цей механізм лежить в основі акупунктурного знеболення, через нього реалізується дія багатьох болезаспокійливих ЛЗ – анальгетиків, що особливо цінується при лікуванні та реабілітації наркохворих із каннабіноїдною залежністю. Апітерапія – це ефективний спосіб лікування з вживанням бджолоїної отрути або окремих її фракцій, який дозволяє: досить швидко відійти від симптомів фізичної залежності; зруйнувати рефлекторні звички, у тому числі за рахунок проходження нервового імпульсу по периферичній нервовій системі; знижувати явища запалення слизової оболонки бронхів, стимулювати симпатичну нервову систему, регулювати артеріальний тиск, підвищувати рівень норадреналіну; зменшувати симптоми тривожності, дратівливості, туги; підвищувати настрій за рахунок посилення продукції ендорфінів; пом'якшувати симптоми синдрому відміни; підвищувати ефективність психотерапевтичних процедур. За рахунок дії бджолоїної отрути підвищується чутливість мозкових клітин; стимулюється

інтелектуальна діяльність; посилюється фізіологічна активність, збільшується енергетичний потенціал мозку за рахунок прискорення виробництва аденозинтрифосфornoї кислоти (АТФ) [73, 89].

Останні досягнення в області альгології дозволили по-новому поглянути на механізми болезаспокійливої дії бджолиної отрути і лікарських засобів на її основі. Вченими доведено, що ефект знеболення бджолиною отрутою значною мірою пов'язаний з її здатністю активувати систему опіоїдних пептидів, викликаючи підвищення їх рівня в крові. Проте не слід розглядати вищевикладений механізм знеболюючої дії бджолиної отрути як єдиний. При попаданні отрути бджіл в організм різко активізується симпатoadреналова система, даючи зокрема, гіпертензивні і тахікардичні реакції. Порівняно недавно було досліджено, що аналогічні реакції гемодинаміки самі по собі можуть активізувати протибольові (антиноцицептивні) системи організму. При цьому знеболення причинно пов'язане з гіпертензією [8, 89]. Ноцицептивні (больові) стимули різної природи викликають, як правило, гіпертензивні і тахікардичні реакції, що супроводжуються різноспрямованими змінами органного кровотоку і біохімічними проявами симпатoadреналової активації. Так, могутній больовий агент гістамін стимулює вивільнення пресорних агентів – адреналіну і норадреналіну з надниркових залоз, тобто біль, викликаючи цю активацію вісцеральних систем, крім того, запускає й систему знеболення. Відповідно, знеболення, яке настає при введенні бджолиної отрути вслід за больовим ефектом, цілком природний процес, що реалізується через відомі механізми. При цьому посилення анальгезії може опосередковуватися не опіатними, а адренергічними механізмами, що одночасно забезпечують гемодинамічні передумови для уникнення або зменшення роздратування. Отрута бджіл знищує токсичність інших отруйних речовин, а також здібна імітувати дію нікотину, беручи на себе функцію замісної терапії, що дозволяє хворим надалі відчувати себе досить комфортно.

Протипоказаннями для лікування бджолою отрутою та реабілітації наркохворих на каннабіноїди (F12) є індивідуальна нестерпність та супутні хвороби печінки, нирок, підшлункової залози, діабет, пухлини, туберкульоз, серцева недостатність, гострі інфекційні захворювання, вагітність.

Науково-дослідним інститутом клінічної апітерапії м. Челябінська розроблена спеціальна програма лікування та реабілітації наркохворих «Апітокс». В основу запропонованого комплексу покладена дія апітоксинами – високоактивними пептидами тваринного походження (апамін, мелітин, адолапін, секапін, кардіопеп, МСД-пептид та ін.), а також ензимів (фосфоліпаза А, гіалуронідаза), що містяться в бджолиній отруті. Багатогранність дії обумовлена поліфункціональністю їх впливу на різні структурні рівні: клітинний, тканинний, органний та ультраструктурний. Тому такий метод лікування можна застосовувати для пацієнтів із каннабіноїдною залежністю. Метод включає п'ять етапів, на кожному з яких контролюються ефекти, що досягаються та сприяючі чинники і механізми ефектів, що досягаються (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні ефекти апітоксинів при адиктивній залежності від каннабіноїдів

Етапи	Ефекти, що досягаються	Сприяючі чинники і механізми ефектів, що досягаються
1	2	3
1	Руйнування основного механізму розвитку залежності до каннабіноїдів Регуляція порушеного обміну катехоламінів	<ul style="list-style-type: none"> • Активація системи гіпофіз – надниркові залози • Активація системи біогенних амінів (допамін, серотонін) • Рефлекторна дія
2	Болезаспокійливий ефект	<ul style="list-style-type: none"> • Стимуляція вироблення ендогенних опіоїдів (ендорфіни, енцефаліни) • Гангліоблокующа дія • Анальгезуючий ефект адолапіну, МСД-пептиду
3	Нормалізація фізичного стану (стабілізація сомато-вегетативних порушень)	<ul style="list-style-type: none"> • Нормалізація обмінних процесів у внутрішніх органах (у т.ч. в печінці)

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> • Поліпшення реології крові • Посилення мікроциркуляції в тканинах
4	Реабілітація. Полегшення психологічної адаптації (покращення настрою, поліпшення сну, поява життєвих інтересів і т.п.)	<ul style="list-style-type: none"> • Активація гіпофізарно-наднирковозалозної системи • Активація системи біогенних амінів • Стимулюючий ефект меліттину • Апісихотерапія
5	Мобілізація захисних і резервних сил організму	<ul style="list-style-type: none"> • Стрес-синдром на введення бджолоїної отрути (активація регуляторних пептидів)

Паління коноплі послаблює організм наркохворого, тому в період детоксикаційного лікування та реабілітації можливо вживання інших препаратів з продуктів життєдіяльності бджіл, а саме: меду – джерела легкодоступних вуглеводів, природного снодійного, заспокійливого та детоксикаційного засобу; маточкового молочка – активного стимулятора імунних та репаративних процесів; перги та обножки – джерела вітамінів і мікроелементів; вощини – жування якої в значній мірі буде ослаблювати потяг викурити сигарету з марихуаною (гашишем); хітозану, що є важливим адсорбентом отрути. Враховуючи високу цінність бджільництва взагалі і пасік зокрема, багато видатних людей старовини і наших днів рекомендували мати пасіки (Аристотель, К.Д.Ушинський, Л.М.Толстой, І.І.Корабльов та ін.). Лікування біополем бджіл успішно використовують в США, а в Україні започаткована методика лікування біополем бджолоїної сім'ї в спеціальних лікувальних будиночках [61].

Тому доцільно наркохворим з каннабіною залежністю (F12) під час їх медико-фармацевтичної реабілітації призначати працю на пасіці. Сам термін реабілітація (походить від лат. *rehabilitatio* – поновлення, відновлення), що в контексті досліджуваної теми передбачає медико-фармацевтичну реабілітацію осіб з залежністю від каннабіноїдів, яка включає

комплекс медичних, фармацевтичних, соціальних, виховних, професійних і юридичних засобів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності наркохворих з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок каннабіноїдної наркоманії [99].

Наркохворі у суспільстві знаходяться в особливих стосунках співзалежності: по відношенню до членів родини – він споживач, по відношенню до лікарів і фармацевтів – часто джерело доходів (лікування, лікарські препарати) [118]. Існуючі державні програми боротьби з каннабіноїдною наркоманією (F12) спрямовані на медико-фармацевтичну, соціально-економічну, психологічну, морально-духовну та юридичну допомогу [33, 102, 128]. Проте, слід підкреслити, що такі програми потребують удосконалення тому, що кількість наркохворих у світі та в Україні постійно зростає [63, 66, 67].

Таким чином, на підставі вивчення сучасного стану проблеми залежності від каннабіноїдів (F12) з'ясовано невирішені питання за обраною темою дисертації, які полягають в:

- обґрунтуванні та розробці організаційних принципів для забезпечення ліками наркохворих із каннабіноїдною залежністю в рамках судової та доказової фармації;
- проведенні судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів шляхом узагальнення судово-фармацевтичної практики та аналізу правопорушень і зловживання серед наркоспоживачів;
- судово-фармацевтичній оцінці поширеності залежності від каннабіноїдів на регіональному рівні;
- вивченні попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів;
- визначенні проблем у забезпеченні ліками наркохворих з каннабіноїдною залежністю у системі примусової медико-фармацевтичної допомоги;
- науковому обґрунтуванню статусу каннабіноїдної залежності на підставі комплексного підходу до мотивації зловживання каннабіноїдами, до

формування каннабіноїдної залежності, до відмови від зловживання каннабіноїдами та до небезпеки для здоров'я споживача каннабіноїдів і оточуючих;

- удосконаленні регіонального формуляру із визначенням судово-фармацевтичного критерію «режим контролю» лікарських засобів для фармакотерапії наркозалежних;
- розробці контрольних-дозвільних заходів протидії нелегальному обігу наркотичних засобів рослинного походження на прикладі каннабіноїдів;
- пошуку ефективних, безпечних, якісних і доступних ЛЗ для забезпечення фармакотерапії наркохворих з каннабіноїдною залежністю.

РЕЗЮМЕ

Представлено загальні наукові аспекти за обраною темою дослідження. Систематизовано дані наукової літератури про сучасний стан проблеми залежності від каннабіноїдів, вивчено історію застосування каннабіноїдів, досліджено проблему каннабіноїдної наркоманії у світі та в Україні. З'ясовано особливості фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F12). Встановлено, що з давніх часів конопля використовується у промисловому виробництві та у медичній практиці при лікуванні різних розладів здоров'я (судоми, ревматичні і пологові болі, бронхіальна астма, післяпологовий психоз, гонорея, хронічний бронхіт, покращує стан онкологічних хворих та попереджує втрату пам'яті у пацієнтів з хворобою Альцгеймера та ін.). Проте, у ХХ ст. спостерігається збільшення фактів нераціонального вживання препаратів коноплі не з лікувальною метою, а внаслідок сформованої каннабіноїдної залежності.

Аналіз проблеми каннабіноїдної наркоманії у світі (Іран, Голландія, США, Німеччина, Афганістан, Марокко, Великобританія, Нова Зеландія, Білорусія, Росія) та в Україні показав, що поширеність каннабіноїдної наркоманії серед різних верств населення продовжує неухильно зростати,

незважаючи на застосування в різних країнах власних заходів протидії цьому явищу.

Встановлено, що при фармакотерапії каннабіноїдної залежності наркохворим призначають ЛЗ, дія яких направлена на купірування гострої інтоксикації, психічного потягу до ПАР, стану відміни та лікування наслідків інтоксикації. У зв'язку з цим виділено 3 перспективні для подальшого вивчення групи ЛЗ для фармакотерапії каннабіноїдної залежності: 1) ЛЗ для дезінтоксикації та антидоти; 2) психотропні ЛЗ, що використовуються для купірування потягу до ПАР каннабісу, афективних порушень, психопатоподібних порушень та психотичних порушень; 3) ЛЗ для лікування супутніх розладів здоров'я (гепатопротектори, кардіологічні ЛЗ, вітаміни та ін.). На підставі вивчення особливостей фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F12) з'ясовано перспективність використання немедикаментозних методів, серед яких виділено апітерапію, що базується на дії фракцій бджолиної отрути, які здатні руйнувати нервово-рефлекторні зв'язки, імітувати дію психоактивної речовини, покращувати роботу органів і систем, відновлювати активність, працездатність.

Отже, проблема поширення каннабіноїдної залежності зберігає свою актуальність, визначені невирішені питання стануть відправним моментом в обґрунтуванні загальної методики, основних напрямів, методів аналізу та завдань дисертаційного дослідження (2 розділ дисертаційної роботи).

РОЗДІЛ 2

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ, ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами огляду літератури (1 розділ дисертаційної роботи) було визначено невирішені питання та актуальність теми дисертаційної роботи, що дозволило обґрунтувати загальну методику та основні напрями проведення дисертаційного дослідження.

2.1 Обґрунтування методики та напрямів дослідження

Методологічна основа дисертаційного дослідження базувалася на теоретичних принципах фармацевтичного і медичного права та їх складових: фармацевтичне і медичне законодавство, судова фармація, доказова фармація, доказова медицина. Загальна методика проведення дисертаційного дослідження представлена 5 основними етапами (рис. 2.1). На кожному етапі планувалися конкретні задачі; сукупність прийомів та порядок їх використання для вирішення поставлених задач; інтерпретація одержаних за їх допомогою результатів для досягнення вказаної мети дисертаційного дослідження.

На *першому етапі* систематизовано дані наукової літератури про поширеність каннабіноїдної залежності, на підставі чого вивчено історичні аспекти застосування каннабіноїдів, досліджено проблему каннабіноїдної наркоманії (F12) у світі та в Україні, з'ясовано особливості фармакотерапії наркохворих із діагнозом F12. Результатами цього етапу стало визначення невирішених питань за темою дисертації.

Другий етап полягав в проведенні судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів за удосконаленою методикою, яка включала 6 індикаторів дослідження: дані щодо нелегального обігу ПАР рослинного походження (каннабіноїдів); кількісні показники вчинених

правопорушень; контингент наркохворих правопорушників; оцінка попиту, класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної та номенклатурно-правової групи ПАР та їх комбінацій; наслідки вчинення правопорушень (юридична відповідальність наркохворих правопорушників); забезпечення ліками наркохворих в умовах примусової медичної допомоги. Результатом даного етапу стала розробка методичних рекомендацій «Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів» з грифом ДСК.

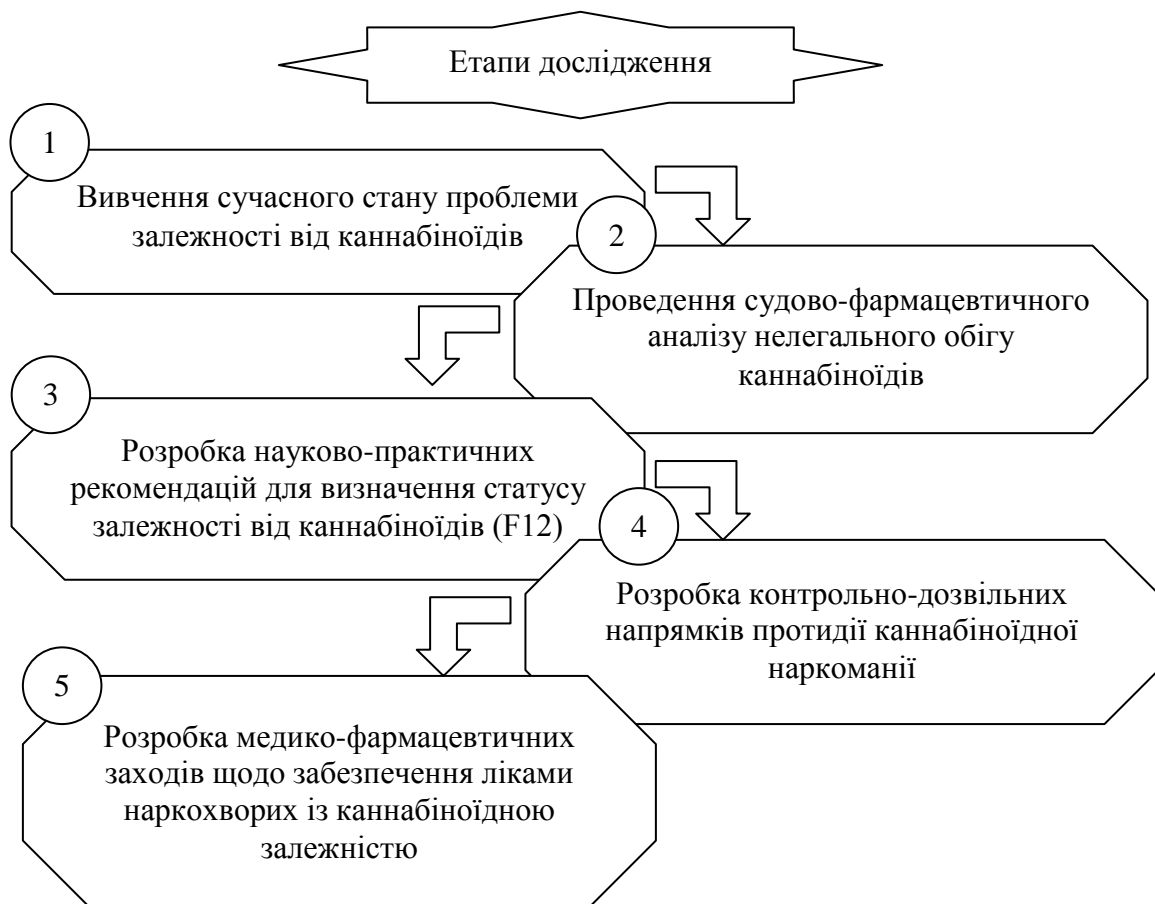


Рис. 2.1. Етапи дослідження

Третій етап включав розробку науково-практичних рекомендацій для визначення статусу залежності від каннабіноїдів на підставі обробки даних анкетування щодо попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів правопорушників та наркохворих з діагнозом F12 з використанням аналітико-дескриптивного та дисперсійного аналізу для визначення проблем при фармацевтичному забезпеченні наркохворих у системі надання

примусової медичної допомоги. Результатами цього етапу стала розробка методичних рекомендацій «Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12)», які захищено авторським правом України (№ 41139 від 28.11.2011 р.).

Четвертий етап складався з розробки контрольно-дозвільних заходів щодо протидії нелегальному обігу каннабіноїдів, в результаті чого розроблено нормотворчі заходи, які спрямовані на протидію поширенню каннабіноїдної залежності в Україні.

П'ятий етап включав розробку медико-фармацевтичних заходів щодо забезпечення ліками наркохворих із діагнозом F12 на підставі визначення доступності (фізичної та інформаційної) ЛЗ за судово-фармацевтичним критерієм «режим контролю»; доступності (економічної) ЛЗ за фармакоекономічним критерієм (індексний аналіз, АВС-аналіз); ефективності ЛЗ при застосуванні у наркохворих шляхом обробки даних анкетування спеціалістів медицини з використанням статистичного аналізу (коефіцієнт конкордації Кендалла). В результаті проведених досліджень обґрунтовано включення перспективних ЛЗ із групи гепатопротекторів нового покоління до схем фармакотерапії наркохворих з каннабіноїдною залежністю (F12).

Достовірність, надійність і обґрунтованість результатів дослідження забезпечена логікою побудови теоретико-методологічних підстав роботи на всіх етапах її здійснення; аргументацією концептуального задуму із залученням емпіричних даних; комплексним підходом до дослідження проблеми; використанням взаємодоповнюючих методів дослідження (історичного, документального, нормативно-правового, порівняльного, статистичного, аналітико-deskриптивного, фармакоекономічного, судово-фармацевтичного аналізу).

Для розробки контрольно-дозвільних заходів щодо протидії поширеності каннабіноїдної залежності представляло інтерес вивчити судово-фармацевтичну практику, пов'язану з нелегальним обігом

каннабіоїдів. В ході досліджень удосконалено методику проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіоїдів із врахуванням 6 індикаторів (рис. 2.2).

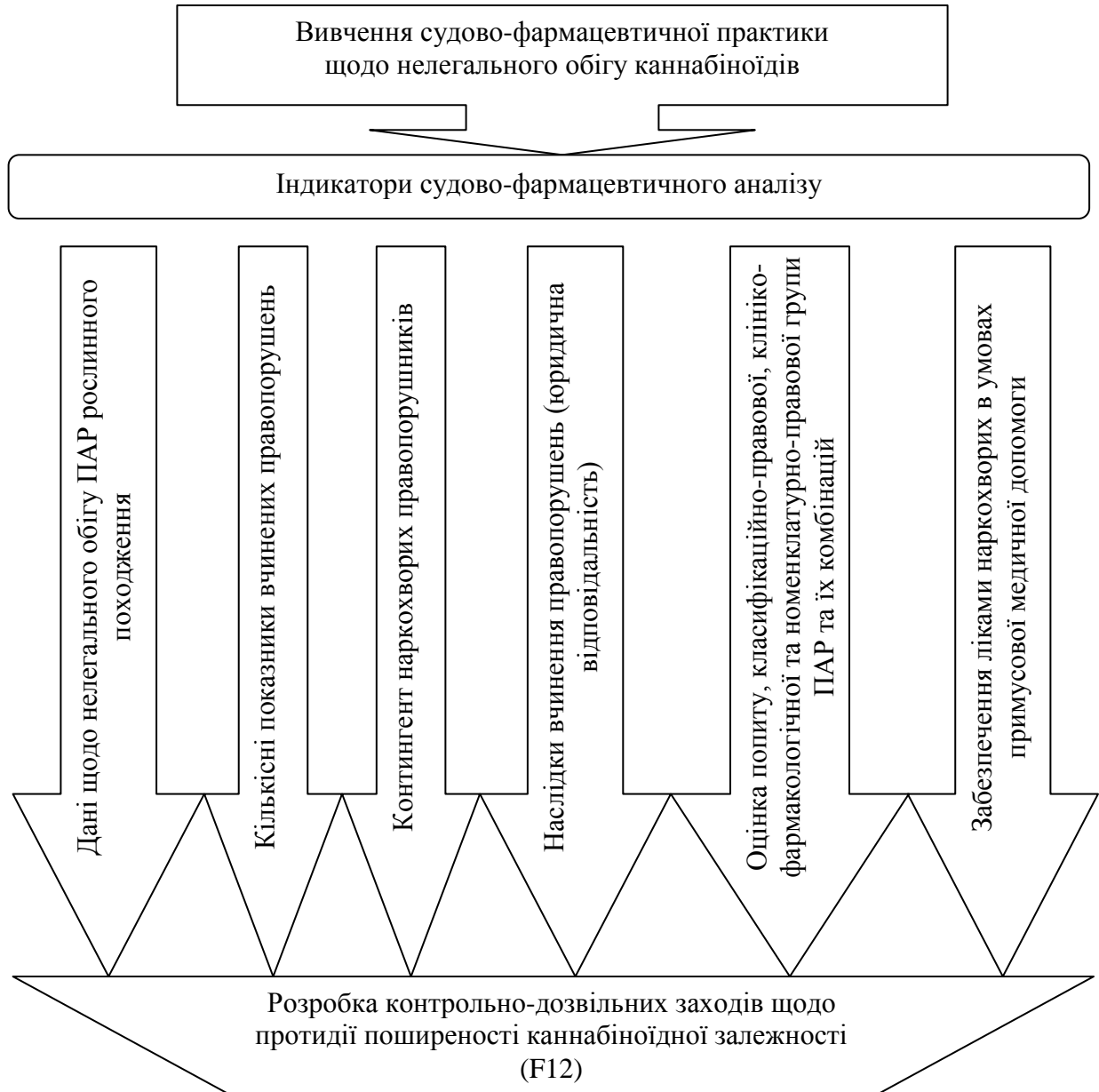


Рис. 2.2. Методика проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіоїдів

Подальші дисертаційні дослідження базувалися на відповідній емпіричній базі (підрозділ 2.2 дисертаційної роботи).

2.2 Характеристика емпіричної бази досліджень

При проведенні дисертаційного дослідження контингент респондентів склали спеціалісти медицини (лікарі-наркологи), правознавства (керівники слідчих відділів та їх заступники, старші слідчі, слідчі, помічники слідчого), наркохворі з каннабіною залежністю (F 12) м. Харків та Харківської області. Анкетування спеціалістів правознавства проводилося для вирішення поставлених задач дисертаційної роботи щодо отримання інформації із матеріалів кримінальних справ для узагальнення судово-фармацевтичної практики стосовно нелегального обігу каннабіоїдів за обраними індикаторами.

Судово-фармацевтичний аналіз нелегального обігу каннабісу проводився за період 2003–2014 роки із розрахунком середньорічного показника при використанні методу аналітико-дескриптивного та порівняльного аналізу. Об'єктом дослідження виступали статистичні дані щодо кількості злочинів, пов'язаних з вилученням каннабісу із нелегального обігу; часу та місця фіксації нелегального обігу каннабісу; віку та статі осіб-правопорушників (так звана каннабісна злочинність) на базі 25 структурних підрозділів правоохоронних органів м. Харків та Харківської області. В рамках судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіоїдів було проанкетовано 117 респондентів (60% – м. Харків; 40% – Харківська область).

Розподіл респондентів по районах м. Харків приведено у табл. 2.1, з якої видно, що найбільший відсоток склали спеціалісти правознавства Київського району (32,8%).

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів по районах м. Харків

№ з/п	Райони	Кількість	Питома вага, %
1	2	3	4
1	Київський	23	32,8

Продовж. табл. 2.1

1	2	3	4
2	Ленінський	9	12,9
3	Жовтневий	7	10,0
4	Фрунзенський	7	10,0
5	Червонозаводський	7	10,0
6	Московський	6	8,6
7	Орджонікідзевський	6	8,6
8	Дзержинський	5	7,1
Всього:		70	100,0

Розподіл респондентів по районах Харківської області (табл. 2.2) показав, що найбільший їх відсоток із Зміївського (14,9%), Ізюмського (12,8%) та Богодухівського (10,6%) районів.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів по районах Харківської області

№ з/п	Райони	Кількість	Питома вага, %
1	2	3	4
1	Барвенківський	2	4,3
2	Богодухівський	5	10,6
3	Борівський	1	2,1
4	Валківський	1	2,1
5	Велико-Бурлуцький	3	6,4
6	Вовчанський	4	8,5
7	Дергачівський	2	4,3
8	Зміївський	7	14,9
9	Ізюмський	6	12,8
10	Куп'янський	4	8,5
11	Ново-Водолазький	3	6,4

1	2	3	4
12	Первомайський	4	8,5
13	Сахновщинський	1	2,1
14	Харківський	2	4,3
15	Чугуївський	1	2,1
16	Шевченківський	1	2,1
Всього:		47	100,0

При вивченні посадової ознаки (рис. 2.3) респондентів у м. Харків, з'ясовано, що найбільший відсоток складають слідчі (75,7%), які розслідують кримінальні справи, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів.

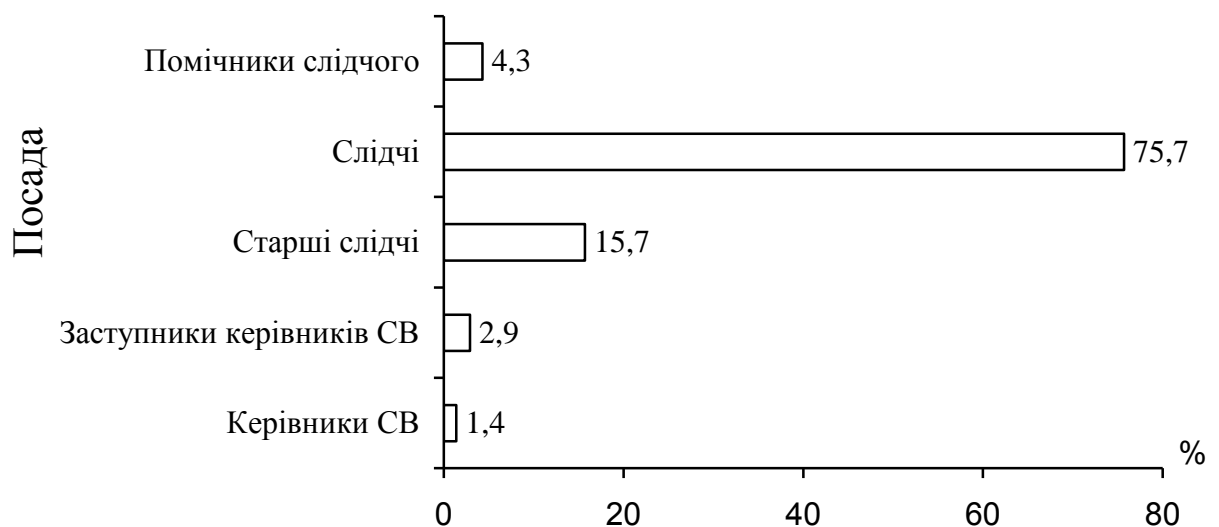


Рис. 2.3. Характеристика респондентів за посадовою ознакою у м. Харків

На підставі аналізу респондентів за віковою ознакою у м. Харків (рис. 2.4) встановлено, що 51,4% приходить на вікову групу 20-25 років. При цьому найбільший відсоток становлять чоловіки – 62,9%, а найменший – жінки (37,1%).

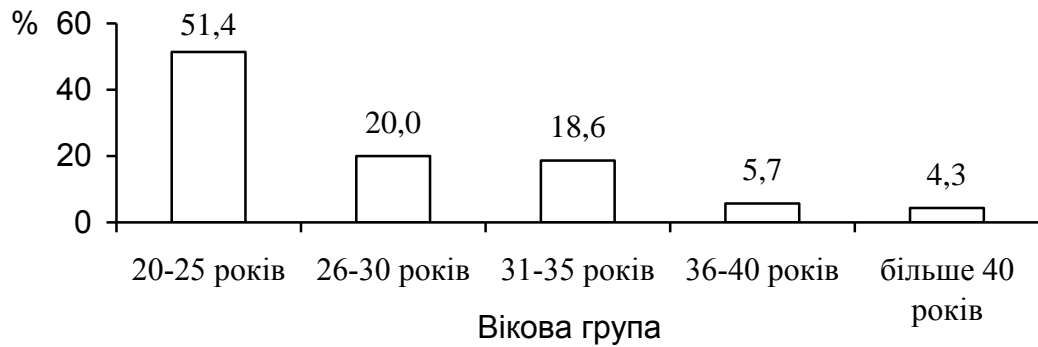


Рис. 2.4. Характеристика респондентів за віковою ознакою у м. Харків

Аналогічно проводився аналіз контингенту респондентів Харківської області за посадовою ознакою (рис. 2.5). Встановлено, що найбільший відсоток респондентів також складають слідчі (63,8%), які розслідують кримінальні справи, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів.

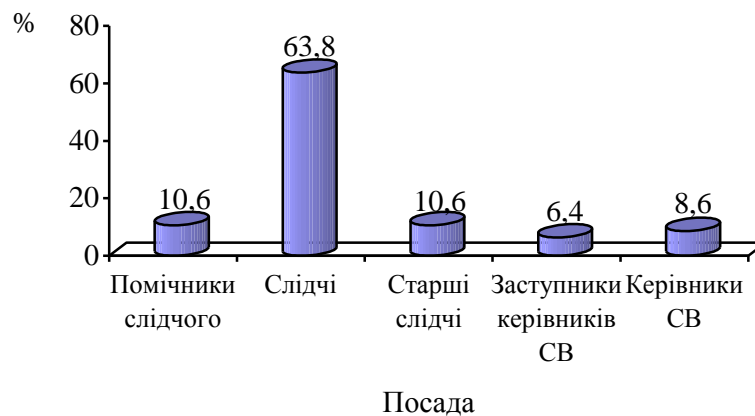


Рис. 2.5. Характеристика респондентів Харківської області за посадовою ознакою

Аналіз респондентів за віковою ознакою представлено на рис. 2.6.

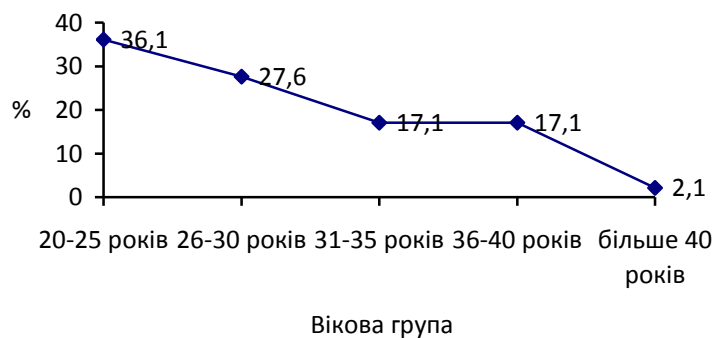


Рис. 2.6. Характеристика респондентів Харківської області за віковою ознакою

Дані рис. 2.6 свідчать, що 36,1% склали респонденти вікової групи 20-25 років; 27,6% – респонденти вікової групи 26-30 років; однаково 17,1% – респонденти вікової групи 31-35 років та вікової групи 36-40 років; 2,1% – респонденти старше 40 років.

Дослідження гендерної ознаки респондентів Харківської області показало, що найбільший відсоток серед них становлять чоловіки – 70,2%, а найменший – жінки (29,8%).

Результати анкетування працівників правоохоронних органів базувалися на матеріалах кримінальних справ по відношенню до правопорушників, що хворіли на каннабіноїдну залежність. Отримані дані анкетування аналізувалися шляхом аналітико-дескриптивного методу, а їх інтерпретація приведена у 3, 4 та 5 розділах дисертаційної роботи.

З метою розробки науково-практичних рекомендацій для визначення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) опрацьовано відповідний алгоритм (підрозділ 4.3 дисертаційної роботи), за яким встановлювався рівень мотивації наркохворого до зловживання каннабіноїдами (додаток В), рівень залежності (додаток Д), рівень відмови від каннабіноїдів та рівень небезпеки зловживання каннабіноїдами. Практичне значення алгоритму визначення статусу залежності від каннабіноїдів було підтверджено шляхом анкетування наркохворих пацієнтів (20 осіб) з залежністю від каннабіноїдів (гашишу), які проходили лікування в стаціонарі Харківського обласного наркологічного диспансеру. Залучені до дослідження респонденти були чоловічої статі віком від 24 до 31 років з діагнозом F 12, адиктивна залежність у яких сформувалась внаслідок зловживання ПАР гашиш. Дані анкетування наркохворих оброблялися за допомогою статистичного аналізу (розраховувалися середня арифметична зважена, дисперсія, середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації).

Вивчення ефективності ЛЗ гепатопротекторної дії при фармакотерапії розладів здоров'я внаслідок каннабіноїдної залежності (F12) проводилося за допомогою анкетування спеціалістів медицини. В якості респондентів було

обрано лікарів-наркологів (60 респондентів) лікувально-профілактичних закладів м. Харкова. За результатом дослідження вікової ознаки респондентів з'ясовано, що до вікової групи 20-25 років увійшло 3,4% респондентів; до вікової групи 26-30 років – 5,0% респондентів; до вікової групи 31-35 років – 25,0% респондентів; до вікової групи 36-40 років – 58,3% респондентів; до вікової групи старше 40 років – 8,3% респондентів. При вивченні гендерної ознаки спеціалістів медицини встановлено, що серед респондентів переважають чоловіки – 75,0%, жінки – 25,0%.

2.3 Методи дослідження

Нормативно-правовий метод застосовувався при проведенні судово-фармацевтичного аналізу за удосконаленою автором методикою в якості специфічного теоретичного методу, що дозволяє простежити законодавче регулювання обігу каннабіноїдів в Україні та у світі. Це дає можливість проаналізувати і узагальнити нормативні приписи та встановлення, виявити прогалини в чинному законодавстві, констатувати спільність якої-небудь властивості, зафіксувати стійкий характер певної тенденції [71].

Обробка анкет трьох контингентів респондентів (лікарів, юристів, пацієнтів) відбувалася за допомогою аналітико-дескриптивного методу, що поєднував аналітичні та дескриптивні прийоми. Аналітичні прийоми дозволили встановити причинно-наслідкові зв'язки, спрямовані на перевірку та оцінку причин і умов, що спричиняють нелегальний обіг каннабіноїдів, каннабіноїдну залежність (F12). Дескриптивні прийоми (описово-оціночні прийоми) полягали у визначенні пріоритетних напрямків та задач дослідження, їх структурування за групами та ознаками, формулюванням результатів, стверджень та висновків [30].

Використання аналітико-дескриптивного методу проходило за алгоритмом, який набув подальшого розвитку при анкетуванні трьох

контингентів респондентів (лікарів, юристів, пацієнтів) та складається із 5 кроків:

Крок 1 – розробка анкети-опитувальника, який містить питання, що відображають напрямки дисертаційного дослідження та сприяють досягненню його мети;

Крок 2 – визначення контингенту респондентів;

Крок 3 – проведення анкетування та розрахунок найменшої кількості анкет, для отримання репрезентативних даних анкетування за формулою:

$$n = \frac{N}{1 + 0.015 \cdot N}, \quad (2.1)$$

де n – кількість анкет;

N – загальна кількість спеціалістів.

Крок 4 – проведення первинної обробки отриманих результатів;

Крок 5 – графічне та табличне представлення отриманих результатів.

Таким чином, застосування аналітико-дескриптивного методу можна представити у вигляді схеми, яка наведена на рис. 2.7.

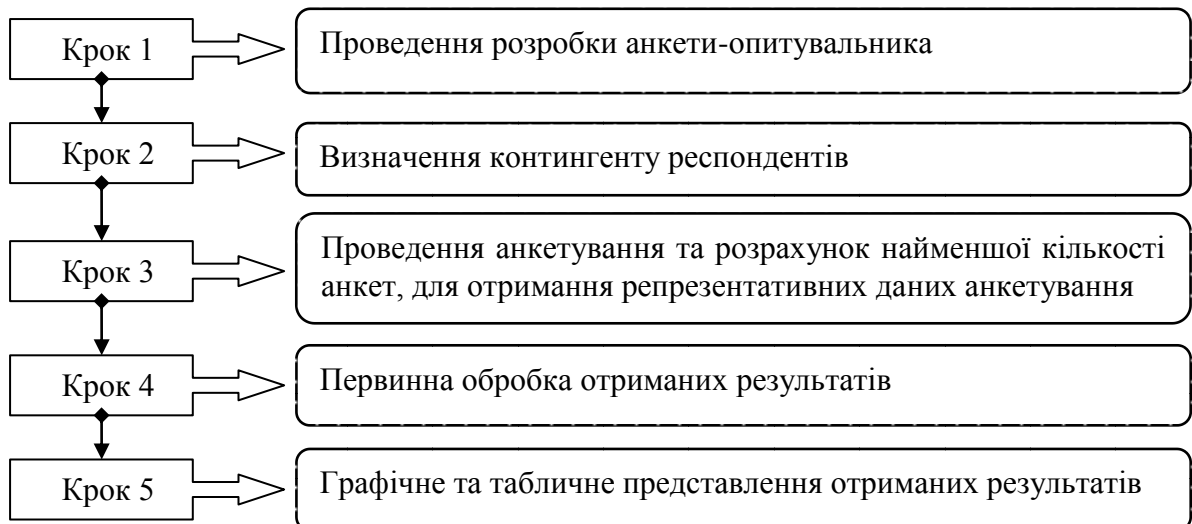


Рис. 2.7. Алгоритм анкетування трьох контингентів респондентів (лікарів, юристів, пацієнтів) із використанням аналітико-дескриптивного методу аналізу

В рамках запропонованого алгоритму розроблено анкети, що представляли собою упорядковані за формою та змістом набір запитань у

формі опитувального листка для кожного контингенту респондентів (працівники правоохоронних органів, спеціалісти медицини та наркохворі). Анкетування відбувалося за допомогою збирання первинної інформації шляхом заповнення відповідних анкет (додаток А, Б, В, Д) з урахуванням особливостей респондентів.

Для проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів за індикаторами було розроблено анкету-опитувальник для спеціалістів правознавства, які розслідують кримінальні справи, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів (додаток А). Розроблена анкета-опитувальник містить питання, відповіді на які сприяють розкриттю напрямків, вирішенню задач та досягненню мети дисертаційного дослідження.

Для отримання достовірних та репрезентативних даних стало доцільним розрахувати мінімально необхідну кількість районних відділів МВС, які необхідно залучити в якості експериментальних баз дисертаційного дослідження, співробітників правоохоронних органів м. Харків та Харківської області, а також мінімальну кількість анкет. Репрезентативність отриманих даних розраховувалась за формулою 2.1.

Провівши відповідні розрахунки щодо мінімальної кількості районних відділів МВС м. Харкова та Харківської області було отримано:

$$n = \frac{25}{1 + 0.015 \cdot 25} = \frac{25}{1.375} = 18.18 \approx 18$$

Отже, для отримання репрезентативних даних достатньо залучити до баз дисертаційного дослідження 18 районних відділів (РВ) МВС м. Харків та Харківської області. У підрозділі 2.2 було зазначено, що фактична кількість РВ МВС м. Харкова та Харківської області становила 25, що свідчить про репрезентативність даних та достовірність експерименту.

В подальшому було визначено мінімальну кількість респондентів м. Харкова та Харківської області для отримання достовірних та репрезентативних даних. Розрахунки проводили за формулою 2.1. Так, для

респондентів – співробітників правоохоронних органів м. Харків було отримано наступні розрахунки:

$$n = \frac{70}{1 + 0.015 \cdot 70} = \frac{70}{2.05} = 34.14 \approx 34$$

Згідно розрахунку для отримання репрезентативних даних необхідно залучити до дисертаційного дослідження 34 респондента, які є спеціалістами правознавства та працюють співробітниками районних відділів МВС м. Харків. У підрозділі 2.2 було зазначено, що фактична кількість респондентів районних відділів МВС м. Харків становила 70 осіб, що свідчить про репрезентативність даних та достовірність експерименту.

Для респондентів із Харківської області було отримано наступні розрахунки:

$$n = \frac{47}{1 + 0.015 \cdot 47} = \frac{47}{1.705} = 27.56 \approx 28$$

Відповідно до результатів, отриманих за формулою 2.1, встановлено, що для отримання достовірних та репрезентативних даних за допомогою аналітико-дескриптивного методу достатньо залучити до проведення дисертаційного дослідження 28 співробітників районних відділів МВС Харківської області. У підрозділі 2.2 було зазначено, що фактична кількість респондентів районних відділів МВС Харківської області становила 47, що свідчить про репрезентативність даних та достовірність експерименту.

Крім проведених розрахунків мінімальної кількості експериментальних баз дослідження, а також залучення респондентів (як м. Харкова, так Харківської області) необхідно визначити мінімальну кількість анкет, які необхідно обробити для отримання достовірних даних з використанням аналітико-дескриптивного методу дослідження. Для досягнення поставленого завдання були проведені такі розрахунки (формула 2.1):

$$n = \frac{117}{1 + 0.015 \cdot 117} = \frac{117}{2.755} = 42.47 = 43$$

За отриманими даними для репрезентативності та об'єктивності даних аналітико-дескриптивного методу достатньо провести аналіз 43 анкет респондентів як м. Харкова, так і Харківської області. У підрозділі 2.2 було

зазначено, що фактична кількість анкет респондентів РВ МВС м. Харкова та Харківської області становила 117, що свідчить про репрезентативність даних та достовірність результатів експерименту.

Для визначення статусу каннабіноїдної залежності (F12) у наркохворих пацієнтів було розроблено анкети-опитувальники, що наведені у додатках В, Д та підрозділі 4.3 дисертаційної роботи. Розрахунок мінімальної кількості анкет, для отримання репрезентативних даних анкетування наркохворих з каннабіноїдною залежністю проводився за формулою (2.1):

$$n = \frac{20}{1 + 0.015 \times 20} = \frac{20}{1.3} = 15.38 \approx 15$$

Тобто для отримання репрезентативних даних необхідно обробити 15 анкет наркохворих з каннабіноїдною залежністю (F12), а фактично було оброблено 20 анкет, що свідчить про достовірність результатів експерименту. Обробка анкет відбувалася в 4 етапи за розробленим алгоритмом визначення статусу каннабіноїдної залежності. Однорідність або неоднорідність отриманих даних анкетування наркохворих визначали за допомогою дисперсного аналізу шляхом розрахунку статистичних величин: частоти відповідей респондентів, середньої арифметичної зваженої, дисперсії, середнього квадратичного відхилення та коефіцієнту варіації на кожному етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів. Результати розрахунків наведено у підрозділі 4.3 дисертаційної роботи.

Для вивчення ефективності лікарських засобів гепатопротекторної дії, що використовуються при фармакотерапії каннабіноїдної залежності (F12), було розроблено анкету-опитувальник (додаток Б) для спеціалістів медицини та проаналізовано отримані дані за 5-тикроковим алгоритмом. Розрахунок мінімальної кількості анкет для отримання репрезентативних даних анкетування спеціалістів медицини проводився за формулою (2.1):

$$n = \frac{60}{1 + 0.015 * 60} = \frac{60}{1.9} = 31.578 \approx 32$$

Отже, для отримання репрезентативних даних необхідно обробити 32 анкети спеціалістів медицини, а фактично було оброблено 60 анкет, що свідчить про достовірність експерименту.

Дослідження щодо обґрунтування включення ЛЗ гепатопротекторної дії до схем фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (підрозділ 5.2 дисертаційної роботи) проводили за період 2013-2014 рр. шляхом відбору гепатопротекторів нового покоління за наступними показниками: доступність за фармакоекономічним та судово-фармацевтичним критерієм «режим контролю»; ефективність при застосуванні у наркохворих пацієнтів із залежністю від каннабіноїдів (F12).

Доступність відібраних ЛЗ гепатопротекторної дії визначали за наступними показниками: фармакоекономічний – шляхом визначення коефіцієнта нестабільності ціни та коефіцієнта доступності ЛЗ, проведення АВС-аналізу ЛЗ; судово-фармацевтичний – шляхом визначення «режиму контролю» ЛЗ.

За судово-фармацевтичним показником «режим контролю» доступність ЛЗ з групи гепатопротекторів визначали за схемою «РК: КФГ → КПГ → НПГ», де РК – режим контролю; КФГ – клініко-фармакологічна група ЛЗ; КПГ – класифікаційно-правова група; НПГ – номенклатурно-правова група [114].

За фармакоекономічним показником доступність ЛЗ гепатопротекторної дії визначали за допомогою коефіцієнта нестабільності ціни, який розраховується за формулою [23]:

$$K_{nc} = \frac{(C_{max} - C_{min})}{C_{cp}} \times 100\% , \quad (2.2)$$

де K_{nc} – коефіцієнт нестабільності ціни ЛЗ;

C_{max} – максимальна роздрібна ціна на ЛЗ за даними суб'єктів господарювання;

C_{min} – мінімальна роздрібна ціна на ЛЗ за даними суб'єктів господарювання;

C_{cp} – середня роздрібна ціна за період дослідження.

Для визначення доступності ЛЗ гепатопротекторної дії за фармакоекономічним показником розраховувався коефіцієнт доступності за формулою [23]:

$$K_d = \left(1 - \frac{C_z}{ЗПЗ}\right) \times 100\% , \quad (2.3)$$

де K_d – коефіцієнт доступності;

C_z – середня ціна за упаковку ЛЗ;

ЗПЗ – середньомісячна заробітна плата.

Для визначення пріоритетів та доцільності витрачання коштів на ЛЗ гепатопротекторної дії становило інтерес провести АВС-аналіз, результати якого наведено у підрозділі 5.2 дисертаційної роботи. АВС-аналіз проводився наступним чином (правило Парето): до групи А (найбільш витратні) відносили ЛЗ, на які припадало 80% витрат; до групи В (середньо витратні) – ЛЗ, які потребували 15% коштів і до групи С (найменш витратні) відносили ЛЗ, витрати на які склали 5% від загальних [52, 64, 109, 110]. Для проведення АВС-аналізу були взяті дані спеціалізованого медичного інтернет-видання «Компендіум» за 2013 та 2014 роки [31].

Ефективність ЛЗ гепатопротекторної дії визначали за допомогою анкетування (додаток Б) спеціалістів медицини (всього 60 респондентів) шляхом проведення статистичного аналізу, який включав в себе декілька етапів [30, 84, 108]:

1. Проведення первинного аналізу анкет;
2. Присвоєння відповідного номеру кожному респонденту, що приймає участь у дослідженні ($Y_1, Y_2, Y_3 \dots Y_j$);
3. Присвоєння відповідного номера кожному ЛЗ ($X_1, X_2, X_3 \dots X_i$).
4. Побудування матриці рангів за результатами анкетування, в якій розраховуються:
 - ✓ сума оцінок кожного респондента ($\sum_{i=1}^n a_{ij}$), сума рангів для кожного ЛЗ;

- ✓ сума рангів для всіх ЛЗ ($\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m a_{ij}$);
- ✓ середньозважений ранг для кожного ЛЗ (\bar{Z}_{ij}) за наступною формулою:

$$\bar{Z}_{ij} = \frac{K_1 Z_1 + K_2 Z_2 + \dots + K_i Z_i}{K_1 + K_2 + \dots + K_i}, \quad (2.4)$$

де K – частота рангу.

5. Проведення ранжування отриманих оцінок респондентів (при цьому найвищій оцінці присвоюється найвищий ранг).
6. Розрахунок середнього рангу для всіх ЛЗ за формулою:

$$Z_{ij} = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m a_{ij}}{n}, \quad (2.5)$$

де $\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m a_{ij}$ – сума рангів для всіх ЛЗ;

n – кількість ЛЗ.

З метою оцінки узгодженості висновків респондентів розраховується коефіцієнт конкордації Кендалла (W) за наступною формулою:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n)} = \frac{12}{m^2(n^3 - n)} \left[\sum_{j=1}^m \left(\sum_{i=1}^n a_{ij} - \frac{\sum_{j=1}^m \sum_{i=1}^n a_{ij}}{n} \right)^2 \right], \quad (2.6)$$

де S – сума квадратів відхилення всіх рангів кожного ЛЗ від середнього рангу;

a_{ij} – ранг i -того ЛЗ у j -того респондента;

m – кількість респондентів;

n – кількість ЛЗ.

Значення коефіцієнта конкордації знаходиться в межах $0 < W < 1$. Якщо значення коефіцієнта конкордації Кендалла (W) прагнуло до 1, то отримані результати вважаються узгодженими між собою.

РОЗДІЛ 3

СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕЛЕГАЛЬНОГО ОБІГУ КАННАБІНОЇДІВ

За оглядом наукових джерел (1 розділ дисертаційної роботи) було доведено, що сьогодні все більшого загострення набуває проблема наркотизації суспільства [85, 153]. Про її актуальність свідчить зростання кількості наркозалежних осіб, розповсюдження супутніх розладів здоров'я (ВІЛ/СНІД, туберкульоз), поширення наркозлочинності, тощо. Особливе занепокоєння викликає залежність від каннабіноїдів, оскільки вона охоплює різні вікові групи та соціальні прошарки населення України. В даному розділі дисертаційної роботи досліджувалася судово-фармацевтична практика шляхом вивчення 4 індикаторів в рамках удосконаленої методики проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів: дані щодо нелегального обігу ПАР рослинного походження (каннабіноїдів); кількісні показники вчинених правопорушень; наслідки вчинення правопорушень (юридична відповідальність) та контингент наркохворих правопорушників.

3.1 Судово-фармацевтична практика: місце каннабіноїдів у нелегальному обігу психоактивних речовин

За результатами огляду літератури доведено, що в Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду каннабіноїдна залежність відповідає коду F 12 «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання каннабіноїдів», що супроводжується симптомами тривоги, паніки, відчуттям викривлення оточуючого середовища, порушенням сприйняття у вигляді ілюзій і галюцинацій, параноїдним маренням. Саме такі хворі в стані наркотичного сп'яніння порушують кримінальне законодавство України, чинять шкоду не лише собі, але й оточуючим, стають небезпечними для суспільства, можуть

вчиняти правопорушення. У класифікаційно-правовій характеристиці психоактивних речовин (ПАР) каннабіс віднесено до групи «наркотичні засоби», підгрупа «особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено» [80, 113, 117].

В ході проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів становило інтерес дослідити індикатор даних щодо нелегального обігу ПАР рослинного походження (каннабіноїдів). Судово-фармацевтичний моніторинг нелегального обігу наркотичних засобів рослинного походження каннабіноїдів (каннабісу) проводився на підставі вивчення та узагальнення судово-фармацевтичної практики, типові приклади з якої наведено у додатку Ж.

За результатами дослідження встановлено, що на злочини, пов'язані з вилученням із нелегального обігу каннабіноїдів (каннабісу), припадає 58,75% в порівнянні зі злочинами щодо ПАР інших класифікаційно-правових груп (рис. 3.1).

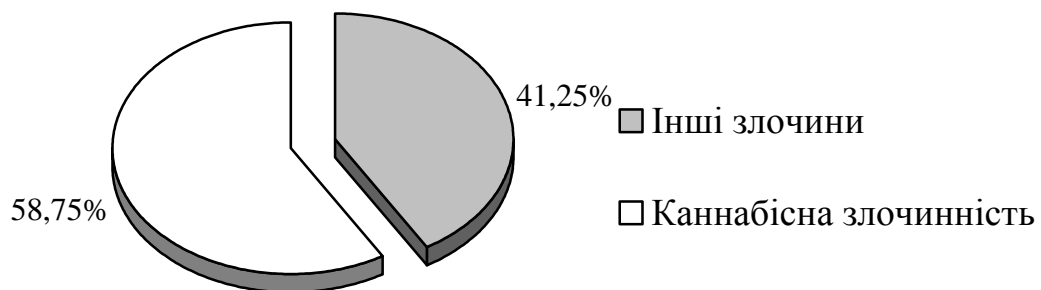


Рис. 3.1. Місце каннабісної злочинності в структурі загальної злочинності, пов'язаної з нелегальним обігом ПАР різних класифікаційно-правових груп упродовж досліджуваного періоду

У структурі наркозлочинності питома вага нелегального обігу особливо небезпечних наркотичних засобів рослинного походження у вигляді каннабіноїдів (каннабісу) складає 62,66% (рис. 3.2).

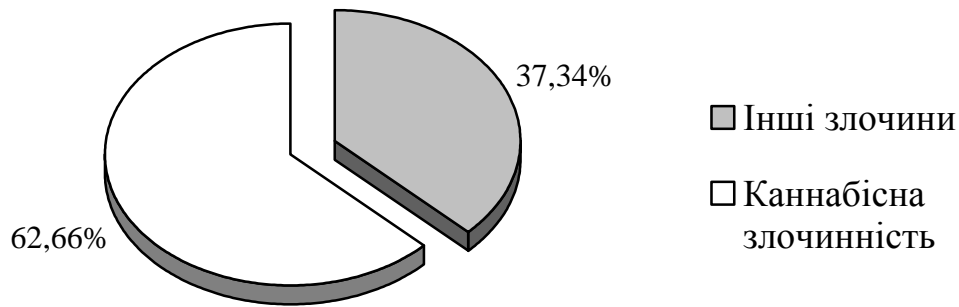


Рис. 3.2. Місце каннабісної злочинності в структурі наркозлочинності, пов'язаної з нелегальним обігом наркотичних засобів упродовж досліджуваного періоду

За результатами судово-фармацевтичного аналізу та узагальнення судово-фармацевтичної практики щодо виявлених злочинів, пов'язаних із нелегальним обігом особливо небезпечних наркотичних засобів у вигляді каннабісу (додаток 3), в Харківському регіоні упродовж досліджуваного періоду з'ясовано:

1) в середньому у місяць реєструється 93 випадки вилучення із нелегального обігу особливо небезпечного наркотичного засобу каннабісу, що складає від 22,58% до 23,33% на місяць, з періодом затримання від 17 до 24 години (додаток 3, табл. 3.1);

2) кількість каннабісу, вилученого з нелегального обігу, коливається від 0,7 г до 61 г (додаток 3, табл. 3.2); середньомісячна вага каннабісу становить 84,7 г, а середньодобова – 12,1 г;

3) нелегальним обігом каннабісу займаються 14,0% жінок та 86,0% чоловіків (додаток 3, табл. 3.3);

4) вік затриманих осіб коливається від 21 до 36 років, а середній вік складає 25,85 років (додаток 3, табл. 3.4);

5) у м. Харків скоюється до 57,0% наркозлочинів щодо незаконного обігу каннабісу, а у Харківській області – 43,0% (додаток 3, табл. 3.5);

б) найбільше кваліфікується злочинів за фактом вилучення каннабісу (53,8%), а за статтею 309 Кримінального кодексу України – 46,2% (додаток 3, табл. 3.6) [146].

Крім того, судово-фармацевтична практика свідчить про зростання нелегального обігу каннабісу на етапі вирощування [10, 13]. Зокрема в Україні вирощують цілі плантації марихуани, а кількість так званих доз щорічно досягає 150 тон марихуани. При цьому у 2013 році Кабінетом Міністрів України (КМУ) збільшено квоти на вирощування коноплі майже на 60% в порівнянні з 2012 роком, а площа дозволених посівів під снодійним маком (*Papaver somniferum L.*) скорочена удвічі в порівнянні з 2012 роком [82]. Так, у 2013 році згідно чинного законодавства коноплю дозволено легально вирощувати 6 підприємствам в Україні, а мак не дозволено вирощувати жодній українській компанії [150].

Слід вказати, що довгострокова «Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки», затверджена постановою КМУ від 04.06.2003 р. № 877 [79], встановлювала необхідність посилення ефективності державного контролю за окремими етапами обігу ПАР, в т.ч. й рослинного походження. Зокрема це стосується виявлення та знищення незаконних посівів рослин, що вміщують каннабіноїди.

Як було відмічено раніше, розподіл всіх ПАР відбувається за класифікаційно-правовими групами, серед яких є група рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини (далі – контрольовані рослини), що визначено та затверджено Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 р. № 60/95-ВР [25] (далі – Закон України 1995 р.) та постановою КМУ «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» від 06.05.2000 р. №770 (далі – постанова № 770) [80]. Згідно списку № 3 Таблиці I постанови № 770 до групи контрольованих відносяться рослини маку снотворного та рослини роду коноплі. Для вказаних рослин, як і для інших груп

контрольованих ПАР, існують правила їх обігу, зокрема це стосується і процедури знищення; окремі вимоги для знищення пожнивних решток під час збирання врожаю, очищення насіння маку; процедура очищення комбайнів або іншої техніки від відходів. Вирощування і культивування контрольованих рослин є типовим для діяльності суб'єктів господарювання, що віднесені до типу сільськогосподарських підприємств, які провадять вказані види діяльності лише за умови наявності ліцензії встановленого зразка на відповідний вид діяльності. Основні положення проведення процедури знищення визначено та встановлено статтею 30 Закону України 1995 р. Крім загальних положень акцентовано увагу на виконанні суб'єктом господарювання основних правил, серед яких, якнайперше, є ліцензування діяльності. За відсутності ліцензії на здійснення діяльності з культивування та використання рослин, включених до Переліку, юридичні та фізичні особи, які є власниками або землекористувачами земельних ділянок, на яких ростуть контрольовані рослини, зобов'язані їх знищити. Суб'єкти господарювання, які мають відповідну ліцензію (так звані – ліцензіати) мають право здійснювати вказані у ліцензії види діяльності та повинні знищувати залишки і відходи цих рослин після збору врожаю, їх очистки та обмолоту [81].

Проведення суб'єктом господарювання-ліцензіатом процедури знищення контрольованих рослин, а також відходів цих рослин здійснюється у порядку, затвердженому постановою КМУ від 01.06.2002 р. № 743 «Про затвердження Порядку знищення рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини, а також відходів таких рослин» [78] (далі – постанова № 743).

На підставі нормативно-правового аналізу та узагальнення отриманих даних судово-фармацевтичної практики визначено основні етапи організаційно-правової процедури знищення на прикладі психоактивних речовин рослинного походження, що вміщують каннабіноїди – конопель (рис. 3.3).

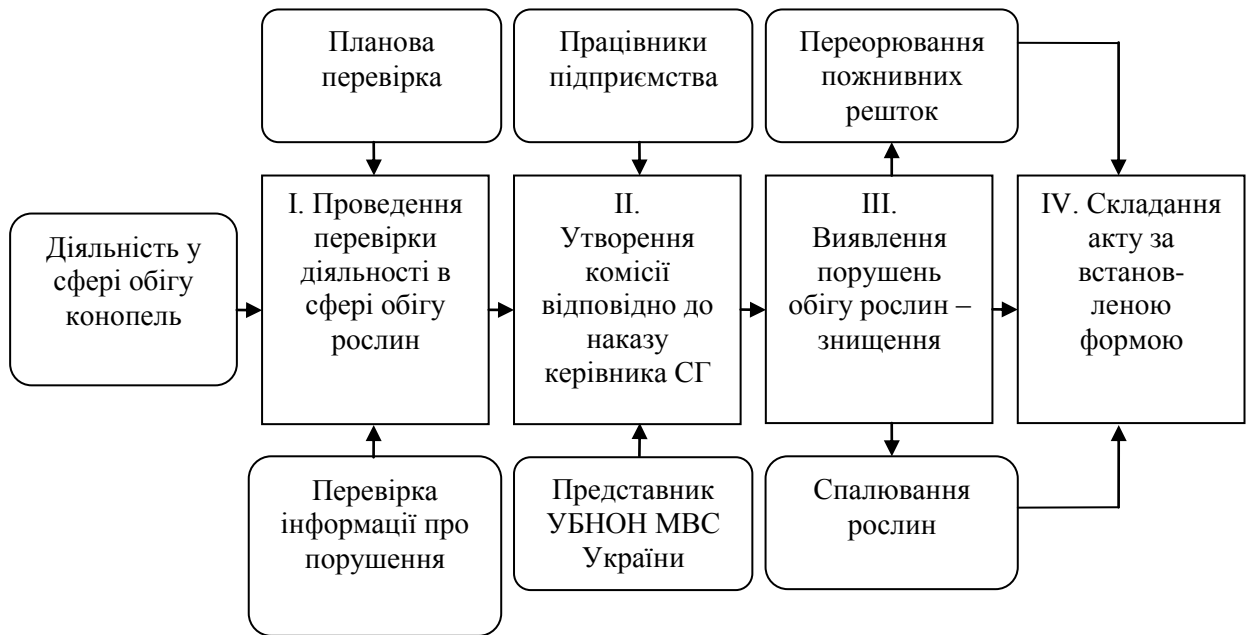


Рис. 3.3. Етапи організаційно-правової процедури знищення конопель

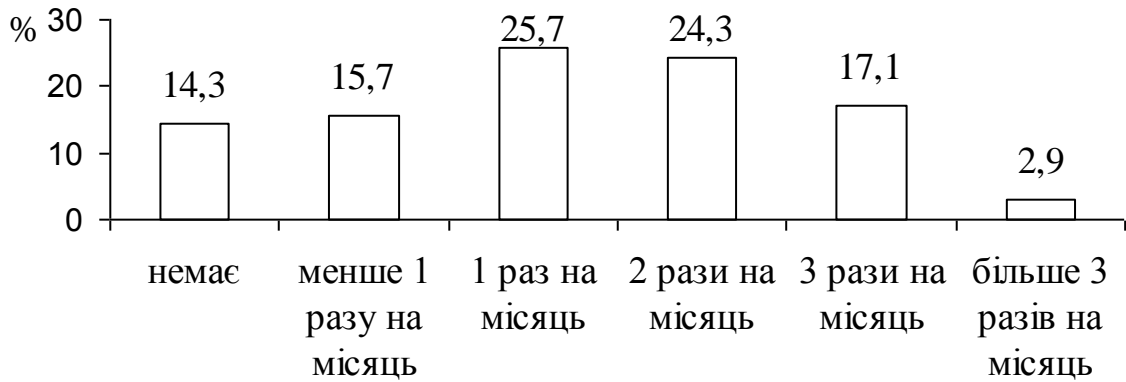
Так, необхідність проведення процедури знищення наркотичних засобів рослинного походження на прикладі конопель може виникнути у ході проведення планових перевірок або на підставі надходження до контролюючих органів інформації про порушення правил обігу, пов'язаних, насамперед, із їх культивуванням та вирощуванням. В обох вище наведених випадках утворюються комісії, до складу яких обов'язково повинні бути включені працівник суб'єкта господарювання та представник територіального УБНОН МВС України. Керівник територіального УБНОН МВС зобов'язаний забезпечити участь представника цього органу в роботі комісії з контролю за знищенням рослин та їх відходів. Комісією проводиться аналіз наявності дозвільних документів у суб'єкта господарювання, здійснюється огляд посівів та, за потреби, приймається рішення про необхідність проведення процедури знищення. Про кожен факт знищення рослин та їх відходів комісією складається акт за відповідною формою, яка затверджена постановою № 743 у 3-х примірниках, який підписується членами комісії, затверджується керівником підприємства та скріплюється печаткою підприємства. Перший примірник акта залишається

на підприємстві і зберігається протягом трьох років, інші – надсилаються Мінагрополітики та БНОН МВС (додаються до справи ліцензіата) України. Про час і місце знищення рослин або їх відходів підприємство зобов'язане за три дні до такого знищення у письмовій формі повідомити територіальне Управління БНОН МВС за місцезнаходженням посівів, що підлягають знищенню, або за місцем збирання врожаю. Законодавцем визначено коло осіб, які не можуть приймати участь у проведенні знищення контрольованих рослин конопель – це неповнолітні громадяни, хворі на наркоманію, токсикоманію або хронічний алкоголізм, звинувачені у скоєнні злочинів, пов'язаних з незаконним обігом контрольованих засобів і речовин або мають непогашену чи незняту судимість [77, 78]. Контроль за проведенням знищення контрольованих рослин конопель здійснюють Мінагропромполітики України, МВС України, МОЗ України та СБ України.

Наведені етапи організаційно-правової процедури знищення контрольованих рослин конопель, що вміщують ПАР каннабіноїди, в Україні описані в [140].

3.2 Судово-фармацевтичне вивчення правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів (регіональний рівень)

В рамках методики проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів на підставі анкетування спеціалістів правознавства досліджено індикатор кількісних показників вчинених правопорушень упродовж досліджуваного періоду на регіональному рівні за двома напрямками: 1 напрямком – м. Харків; 2 напрямком – Харківська область. Так, за результатами вивчення правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, зафіксованих правоохоронними органами в м. Харків, встановлено індикатори їх частоти (рис. 3.4).



Індикатори частоти правопорушень

Рис. 3.4. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, в м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Із рис. 3.4 видно, що в основному правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів, в м. Харків вчиняються із індикатором частоти 1 раз на місяць (25,7%), 2 рази на місяць (24,3%) та 3 рази на місяць (17,1%). Проте, є випадки фіксування правопорушень даної категорії із індикатором частоти менше 1 разу на місяць (15,7%) та більше 3 разів на місяць (2,9%), або їх відсутність (14,3%).

Детальніше розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, по районах м. Харків за індикатором частоти їх скоєння представлений у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, по районах м. Харків, у відсотках

№ з/п	Райони	Індикатори частоти правопорушень, %					
		немає	менше 1 р/міс.	1 р/міс.	2 р/міс.	3 р/міс.	більше 3 р/міс.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ГУМВС України	60,0	18,1	11,2	29,5	8,3	0,0
2	Дзержинський	0,0	18,1	11,1	29,5	0,0	0,0
3	Жовтневий	0,0	9,2	11,1	29,5	25,0	0,0

Продовж. табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8
4	Київський	70,0	18,1	11,1	35,4	0,0	0,0
5	Ленінський	0,0	9,2	11,1	35,1	25,0	50,0
6	Московський	20,0	0,0	11,1	35,1	0,0	0,0
7	Орджонікідзевський	10,0	0,0	11,1	29,5	16,7	0,0
8	Фрунзенський	0,0	18,1	11,1	29,5	8,3	50,0
9	Червонозаводський	0,0	9,2	11,1	35,1	16,7	0,0
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Аналізуючи дані табл. 3.1, встановлено, що в м. Харків найбільше правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, із індикатором частоти більше 3 разів на місяць вчиняється у Ленінському і Фрунзенському (однаково по 50,0%) районах; із індикатором частоти 3 рази на місяць – у Жовтневому, Ленінському (однаково по 25,0%), Орджонікідзевському, Червонозаводському (однаково по 16,7%), Фрунзенському районах та ГУМВС України (однаково по 8,3%); із індикатором частоти 2 рази на місяць – у Київському (35,4%), Ленінському, Московському, Червонозаводському (однаково по 35,1%), Держинському, Жовтневому, Орджонікідзевському, Фрунзенському районах та ГУМВС України (однаково по 29,5%); із індикатором частоти 1 раз на місяць – в ГУМВС України (11,2%) та в кожному з перелічених у табл. 3.1 районах м. Харків (11,1%); із індикатором частоти менше 1 разу на місяць – у Держинському, Київському, Фрунзенському районах та ГУМВС України (однаково по 18,1%), Жовтневому, Ленінському і Червонозаводському районах (однаково по 9,2%). Проте, в м. Харків існують райони, де не зафіксовано правопорушень даної категорії, зокрема Московський (20,0%), Орджонікідзевський і Київський (однаково по 10,0%) райони.

Далі становило інтерес дослідити правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів (каннабісу) в Харківській області. Так, за

результатами дослідження також було встановлено індикатори частоти скоєння правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, що наведено на рис. 3.5, з якого видно що в Харківській області правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів, в основному вчиняються із індикатором частоти 2 рази на місяць (25,5%), 1 раз на місяць (21,3%) та 3 рази на місяць (14,9%). Проте, є випадки фіксування правопорушень даної категорії із індикатором частоти більше 3 разів на місяць (12,8%) та менше 1 разу на місяць (10,6%), або їх відсутність (14,9%).

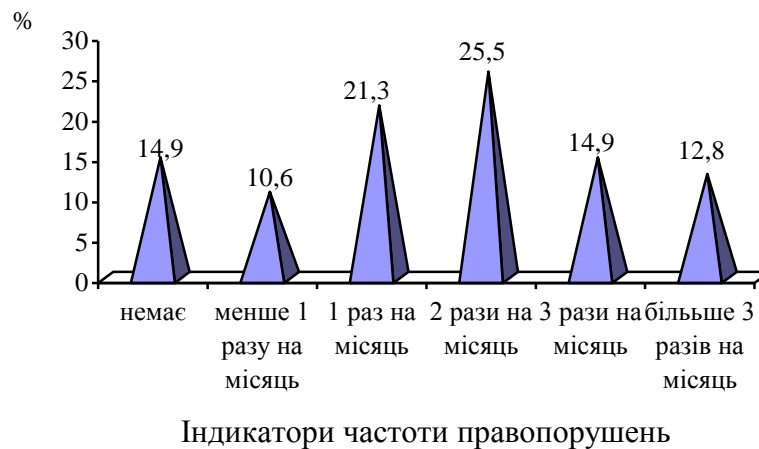


Рис. 3.5. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в Харківській області

Детальніше розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду за індикатором частоти їх скоєння представлений у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, по районах Харківської області, у відсотках

№ з/п	Райони	Індикатори частоти правопорушень, %					
		немає	менше 1 р/міс.	1 р/міс.	2 р/міс.	3 р/міс.	більше 3 р/міс.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Барвінківський	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	16,7

Продовж. табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8
2	Богодухівський	0,0	0,0	10,0	15,4	28,5	0,0
3	Борівський	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0
4	Валківський	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	Велико-Бурлуцький	14,4	20,0	0,0	15,4	0,0	0,0
6	Вовчанський	28,5	20,0	0,0	7,7	0,0	0,0
7	Дергачівський	0,0	20,0	0,0	0,0	14,3	0,0
8	Зміївський	0,0	0,0	30,0	15,3	14,3	16,7
9	Ізюмський	0,0	0,0	20,0	7,7	14,3	33,3
10	Куп'янський	14,3	0,0	0,0	0,0	14,3	33,3
11	Ново-Водолазький	14,3	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0
12	Первомайський	28,5	0,0	10,0	7,7	0,0	0,0
13	Сахновщинський	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0
14	Харківський	0,0	0,0	10,0	7,7	0,0	0,0
15	Чугуївський	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0
16	Шевченківський	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Виходячи з даних табл. 3.2, видно, що в Харківській області найбільший відсоток правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, із індикатором частоти більше 3 разів на місяць зафіксовано в Ізюмському, Куп'янському (однаково по 33,3%), Барвінківському, Зміївському (однаково по 16,7%) районах; із індикатором частоти 3 рази на місяць – у Богодухівському (28,5%), Борівському, Зміївському, Дергачівському, Ізюмському і Куп'янському (однаково по 14,3%) районах; із індикатором частоти 2 рази на місяць – у Богодухівському (15,4%), Велико-Бурлуцькому (15,4%), Зміївському (15,3%), Барвінківському, Вовчанському, Ізюмському, Первомайському, Сахновщинському, Харківському, Чугуївському (однаково по 7,7%); із індикатором частоти 1 раз на місяць – у

Зміївському (30,0%), Ізюмському, Ново-Водолазькому (однаково по 20,0%), Богодухівському, Первомайському і Харківському (однаково по 10,0%) районах; із індикатором частоти менше 1 разу на місяць – у Валківському, Велико-Бурлуцькому, Вовчанському, Дергачівському і Шевченківському (однаково по 20,0%) районах. Крім того, в Харківській області існують райони, де не зафіксовано правопорушень даної категорії, зокрема Вовчанський, Первомайський (однаково по 28,5%), Велико-Бурлуцький (14,4%), Куп'янський і Ново-Водолазький (однаково по 14,3%) райони.

Отже, вивчення кількісних показників правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, показало, що в м. Харків найбільший їх відсоток фіксується із індикатором частоти 1 раз на місяць (Дзержинський, Жовтневий, Київський, Ленінський, Московський, Орджонікідзевський, Фрунзенський, Червонозаводський райони), а в Харківській області – із індикатором частоти 2 рази на місяць (Богодухівський, Велико-Бурлуцький, Зміївський, Барвінківський, Вовчанський, Ізюмський, Первомайський, Сахновщинський, Харківський, Чугуївський райони). Крім того, правопорушення зазначеної категорії із індикатором частоти більше 3 разів на місяць вчинялися у 2 районах м. Харків (Ленінський, Фрунзенський) та у 4 районах Харківської області (Ізюмський, Куп'янський, Барвінківський, Зміївський).

Далі в рамках удосконаленої методики проведення судово-фармацевтичного моніторингу нелегального обігу каннабіноїдів досліджувався індикатор «наслідки вчинення правопорушень (юридична відповідальність)», який також проводився на регіональному рівні за двома напрямками: 1 напрямком – м. Харків; 2 напрямком – Харківська область.

За результатами анкетування спеціалістів правознавства визначено судово-фармацевтичну кваліфікацію правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в м. Харків. Розподіл цих правопорушень за статтями Кримінального кодексу України (ККУ) та Кримінально-процесуального кодексу України (КПКУ) представлений на рис. 3.6.

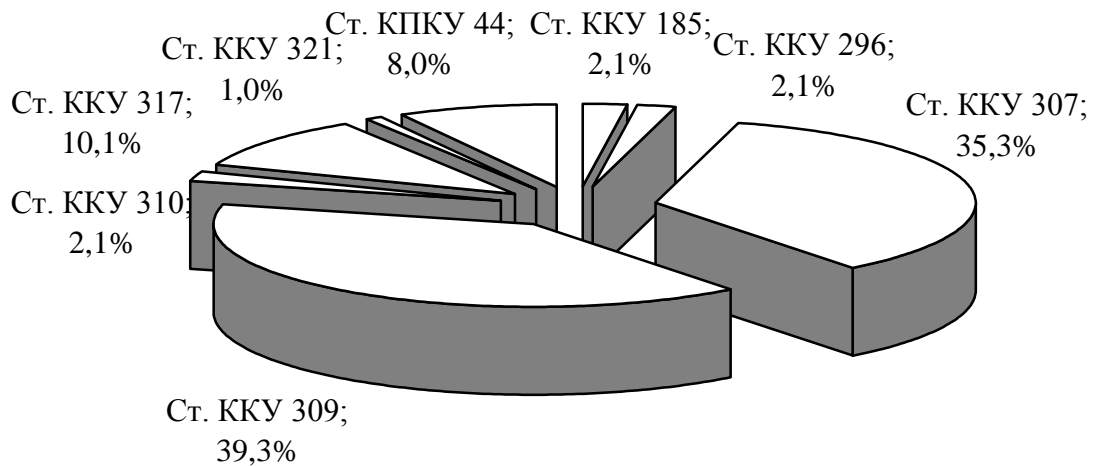


Рис. 3.6. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в м. Харків, за статтями ККУ та КПКУ

Із даних на рис. 3.6 видно, що найбільший відсоток правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в м. Харкові, зафіксовано за статтями 307, 309 і 317 ККУ (відповідно 35,3%, 39,3% і 10,1%).

Більш детальне дослідження правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, за статтями ККУ та КПКУ по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду наведено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Аналіз правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, за статтями ККУ та КПКУ по районах м. Харків, у відсотках

№ з/п	Райони	Статті, %							
		185 ККУ	296 ККУ	307 ККУ	309 ККУ	310 ККУ	317 ККУ	321 ККУ	44 КПКУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ГУМВС України	50,0	50,0	20,0	15,4	0,0	0,0	0,0	50,0
2	Держинський	50,0	50,0	5,7	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
3	Жовтневий	0,0	0,0	11,4	10,2	50,0	30,0	0,0	37,5
4	Київський	0,0	0,0	22,8	25,7	50,0	20,0	0,0	0,0
5	Ленінський	0,0	0,0	14,3	12,8	0,0	20,0	100,0	0,0
6	Московський	0,0	0,0	8,6	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0

Продовж. табл. 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Орджонікідзевський	0,0	0,0	8,6	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
8	Фрунзенський	0,0	0,0	2,9	10,2	0,0	20,0	0,0	0,0
9	Червонозаводський	0,0	0,0	5,7	7,7	0,0	10,0	0,0	12,5
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дані табл. 3.3 свідчать, що за статтями 185 і 296 ККУ однаково по 50,0% зафіксовано злочинів ГУМВС України та у Держинському районі м. Харків; за статтею 307 ККУ зафіксовано злочинів у Київському (22,8%), ГУМВС України (20,0%), Ленінському (14,3%), Жовтневому (11,4%), Московському (8,6%), Орджонікідзевському (8,6%), Держинському (5,7%), Червонозаводському (5,7%) та Фрунзенському (2,9%) районах; за статтею 309 ККУ – у Київському (25,7%), ГУМВС України (15,4%), Ленінському (12,8%), Жовтневому (10,2%), Фрунзенському (10,2%), Московському (7,7%), Орджонікідзевському (7,7%), Червонозаводському (7,7%) та Держинському (2,6%) районах м. Харкова; за статтею 310 ККУ – однаково по 50,0% у Жовтневому та Київському районах; за статтею 317 ККУ – у Жовтневому (30,0%), Київському (20,0%), Ленінському (20,0%), Фрунзенському (20,0%) та Червонозаводському (10,0%) районах; за статтею 321 ККУ – у Ленінському (100,0%) районі; за статтею 44 КПКУ – ГУМВС України (50,0%), у Жовтневому (37,5%) та Червонозаводському (12,5%) районах м. Харкова. Зміст вище зазначених статей ККУ та КПКУ наведено у додатку К (табл. К.1 і К.2).

Далі становило інтерес дослідити судово-фармацевтичну кваліфікацію правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, в Харківській області. Розподіл цих правопорушень за статтями ККУ та КПКУ в Харківській області представлений на рис. 3.7.

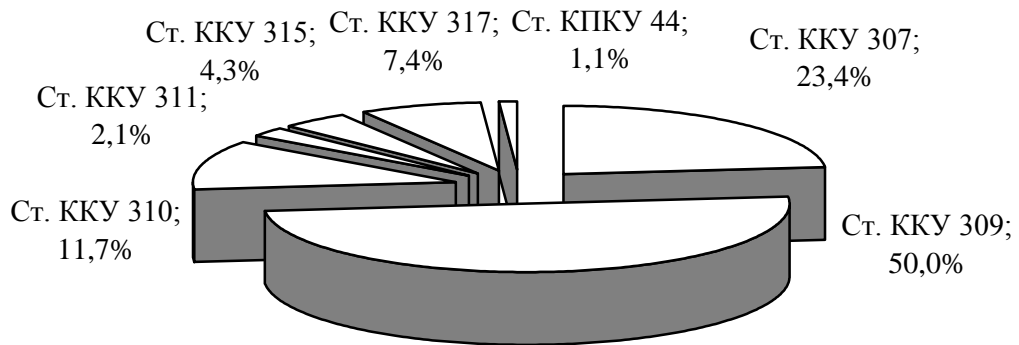


Рис. 3.7. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в Харківській області за статтями ККУ та КПКУ

Із рис. 3.7 видно, що найбільший відсоток правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, зафіксовано за статтями 307, 309 і 310 ККУ (відповідно 23,4%, 50,0% і 11,7%).

Більш детальне дослідження правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, за статтями ККУ та КПКУ по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду наведено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Характеристика правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, за статтями ККУ та КПКУ по районах Харківської області, у відсотках

№ з/п	Райони	Статті, %						
		307 ККУ	309 ККУ	310 ККУ	311 ККУ	315 ККУ	317 ККУ	44 КПКУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Барвінківський	4,5	4,3	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
2	Богодухівський	22,8	10,6	45,4	0,0	0,0	0,0	0,0
3	Борівський	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4	Валківський	4,5	2,1	0,0	0,0	0,0	14,2	0,0
5	Велико-Бурлуцький	4,5	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	Вовчанський	0,0	8,5	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Дергачівський	4,5	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	Зміївський	22,8	14,9	9,1	0,0	25,0	28,7	0,0
9	Ізюмський	4,5	12,8	0,0	50,0	25,0	14,2	0,0
10	Куп'янський	13,7	8,5	0,0	50,0	25,0	28,7	100,0
11	Ново-Водолазький	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	Первомайський	13,7	8,5	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0
13	Сахновщинський	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14	Харківський	4,5	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	Чугуївський	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16	Шевченківський	0,0	2,1	9,1	0,0	0,0	14,2	0,0
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дані табл. 3.4 свідчать про те, що за статтею 307 ККУ найбільший відсоток злочинів (однаково по 22,8%) зафіксовано у Богодухівському і Зміївському районах, однаково по 13,7% злочинів – у Куп'янському і Первомайському районах, однаково по 4,5% злочинів – у Барвінківському, Валківському, Велико-Бурлуцькому, Дергачівському, Ізюмському і Харківському районах; за статтею 309 ККУ зафіксовано злочини у Зміївському (14,9%), Ізюмському (12,8%), Богодухівському (10,6%), Вовчанському (8,5%), Куп'янському (8,5%), Первомайському (8,5%), Ново-Водолазькому (6,4%), Велико-Бурлуцькому (6,4%), Барвінківському (4,3%), Дергачівському (4,3%), Харківському (4,3%), Борівському (2,1%), Валківському (2,1%), Сахновщинському (2,1%), Чугуївському (2,1%) і Шевченківському (2,1%) районах; за статтею 310 ККУ зафіксовано злочини у Богодухівському (45,4%), Первомайському (27,3%), Вовчанському (9,1%), Зміївському (9,1%) і Шевченківському (9,1%) районах; за статтею 311 ККУ однаково по 50,0% злочинів зафіксовано в Ізюмському і Куп'янському районах; за статтею 315 ККУ однаково по 25,0% злочинів зафіксовано в

Барвінківському, Зміївському, Ізюмському і Куп'янському районах; за статтею 317 ККУ зафіксовано злочини у Зміївському (28,7%), Куп'янському (28,7%), Валківському (14,2%), Ізюмському (14,2%) і Шевченківському (14,2%) районах; за статтею 44 КПКУ 100,0% злочинів зафіксовано у Куп'янському районі Харківської області. Зміст зазначених статей ККУ і КПКУ та відповідальність за ними наведено додатку К.

Отже, в ході дослідження наслідків вчинення правопорушень (юридична відповідальність) з'ясовано, що як в м. Харків, так і в Харківській області, найбільший відсоток правопорушень зафіксований за статтею 309 ККУ (відповідно 39,3% і 50,0%).

За результатами судово-фармацевтичного вивчення правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів доведено, що на регіональному рівні каннабісна злочинність превалює в Ізюмському районі Харківської області. Тому на прикладі Ізюмського району Харківської області досліджено судово-фармацевтичну практику щодо нелегального обігу каннабіноїдів за 3 індикаторами: кількісні показники вчинених правопорушень; наслідки вчинення правопорушень (юридична відповідальність) та контингент наркохворих правопорушників. Так, при вивченні кількісного показника правопорушень даної категорії (рис. 3.8) з'ясовано, що найбільший їх відсоток спостерігається із індикатором частоти 2 рази на місяць (25,5%). Проте, є випадки вчинення правопорушень даної категорії із індикатором частоти більше 3 разів на місяць (12,8%).



Рис. 3.8. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, в Ізюмському районі Харківської області

За результатами дослідження наслідків правопорушень (юридична відповідальність), пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в Ізюмському районі Харківської області, на рис. 3.9 наведено розподіл цих правопорушень за статтями ККУ упродовж досліджуваного періоду.

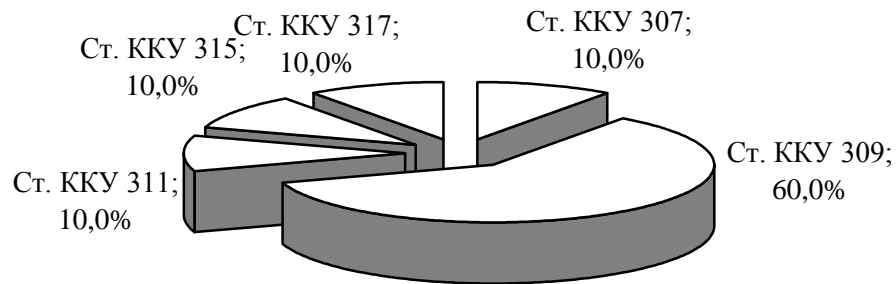


Рис. 3.9. Розподіл правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в Ізюмському районі Харківської області, за статтями ККУ

Із рис. 3.9 видно, що найбільший відсоток правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів на рівні міських рад в Ізюмському районі Харківської області, зафіксовано за статтею 309 ККУ (60,0%), а найменший – за статтями 307, 311, 315 і 317 ККУ (однаково по 10,0%).

Аналіз контингенту правопорушників, які зловживали каннабіноїдами, за віковою ознакою в Ізюмському районі Харківської області наведено на рис. 3.10.

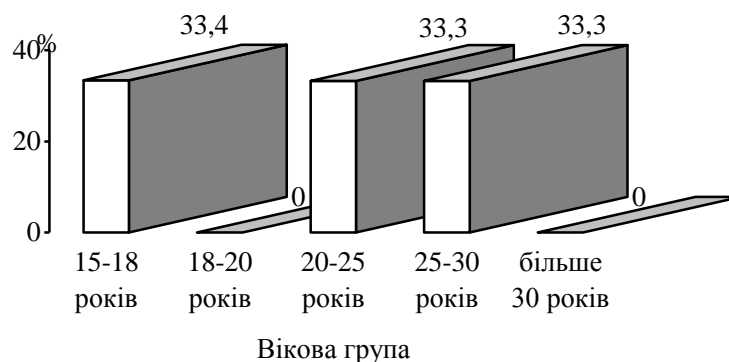


Рис. 3.10. Характеристика правопорушників, які зловживали каннабіноїдами в Ізюмському районі Харківської області, за віковою ознакою

Із рис. 3.10 видно, що правопорушення, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів в основному скоювалися особами вікових груп: 15-18 років – 33,4%, 20-25 років і 25-30 років – однаково по 33,3%.

При вивченні гендерної ознаки правопорушників, які скоїли злочини, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів, на рівні міських рад в Ізюмському районі Харківської області (рис. 3.11) встановлено, що переважну більшість становлять чоловіки (83,3%).

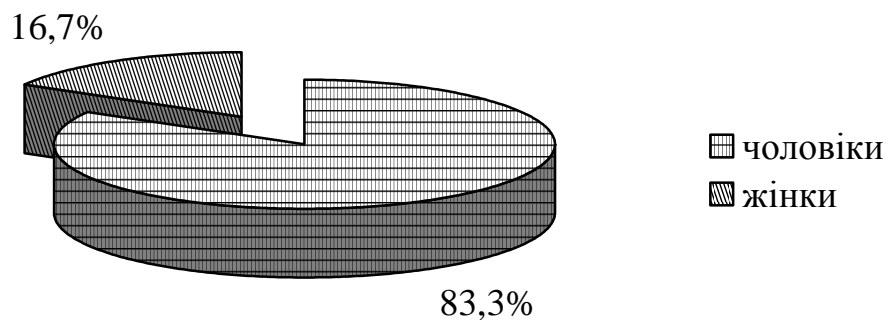


Рис. 3.11. Характеристика правопорушників, які зловживали каннабіноїди в Ізюмському районі Харківської області, за гендерною ознакою

Таким чином, проведений судово-фармацевтичний аналіз правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, за удосконаленою методикою із застосуванням індикаторів дав змогу з'ясувати частоту скоєння цих правопорушень по районах м. Харків та Харківської області, а також юридичну відповідальність за статтями ККУ та КПКУ.

3.3 Судово-фармацевтичний аналіз контингенту правопорушників, які зловживають каннабіноїди

В ході проведення судово-фармацевтичного аналізу зв'язку між вчиненням правопорушення та розвитком каннабіноїдної залежності стало доцільним дослідити контингент наркохворих правопорушників за допомогою удосконаленої методики проведення судово-фармацевтичного моніторингу нелегального обігу каннабіноїдів. Судово-фармацевтичний

аналіз осіб, які вчиняли правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів та мали каннабіноїдну залежність у м. Харків та Харківської області, проводився за гендерною і віковою ознаками.

Вивчення вікової ознаки правопорушників, які зловживали каннабіноїди, м. Харків наведено на рис. 3.12.

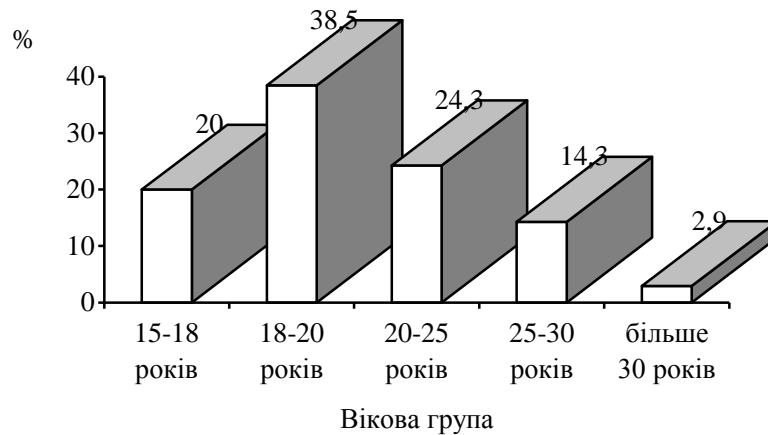


Рис. 3.12. Характеристика правопорушників, які зловживали каннабіноїди, м. Харків за віковою ознакою

Із рис. 3.12 видно, що найбільший відсоток (38,5%) правопорушників, які зловживали каннабіноїди, складають вікову групу 18-20 років; 24,3% – вікову групу 20-25 років; 20,0% – вікову групу 15-18 років; 14,3% – вікову групу 25-30 років та 2,9% – більше 30 років. Більш детальний розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди, за віковою ознакою по районам м. Харків представлений у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

**Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди,
за віковою ознакою по районах м. Харків**

№ з/п	Райони	Вікова група, %				
		15-18 років	18-20 років	20-25 років	25-30 років	більше 30 років
1	2	3	4	5	6	7
1	ГУМВС України	14,3	26,0	0,0	30,0	0,0
2	Дзержинський	14,3	7,4	0,0	10,0	0,0

Продовж. табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7
3	Жовтневий	0,0	11,1	23,5	0,0	0,0
4	Київський	35,7	22,2	0,0	0,0	0,0
5	Ленінський	14,3	11,1	17,7	10,0	0,0
6	Московський	14,3	3,7	5,8	10,0	50,0
7	Орджонікідзевський	0,0	7,4	11,8	20,0	0,0
8	Фрунзенський	7,1	3,7	23,5	10,0	0,0
9	Червонозаводський	0,0	7,4	17,7	10,0	50,0
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дані табл. 3.5 свідчать про те, що найбільший відсоток (35,7%) правопорушників вікової групи 15-18 років зафіксовано в Київському районі м. Харків; вікової групи 18-20 років – в ГУМВС України та Київському районі (відповідно 26,0% та 22,2%); вікової групи 20-25 років – в Жовтневому та Фрунзенському районах (однаково по 23,5%); вікової групи 25-30 років – ГУМВС України (30,0%); більше 30 років – в Московському та Червонозаводському районах м. Харків (порівну 50,0%).

При вивченні гендерної ознаки правопорушників, які скоїли злочини, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів, в м. Харків встановлено, що 77,1% складають чоловіки і 22,9% – жінки. Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїдами, за гендерною ознакою по районах м. Харків представлена у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди,
за гендерною ознакою по районах м. Харків**

№ з/п	Райони	Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
1	ГУМВС України	9	16,7	3	18,9
2	Держинський	4	7,4	1	6,2

Продовж. табл. 3.6

1	2	3	4	5	6
3	Жовтневий	5	9,2	2	12,5
4	Київський	7	13,0	4	25,0
5	Ленінський	8	14,9	1	6,2
6	Московський	4	7,4	2	12,5
7	Орджонікідзевський	5	9,2	1	6,2
8	Фрунзенський	7	13,0	0	0,0
9	Червонозаводський	5	9,2	2	12,5
Всього:		54	100,0	16	100,0

Із табл. 3.6 видно, що найбільший відсоток (16,7%) правопорушників чоловічої статі зафіксовано в ГУМВС України, а також у Ленінському, Київському і Фрунзенському районах м. Харків (відповідно 14,9%, 13,0% і 13,0%); а правопорушників жіночої статі – у Київському районі (25,0%) та в ГУМВС України (18,9%).

Вивчення вікової ознаки правопорушників, які зловживали каннабіноїди, Харківської області наведено на рис. 3.13.

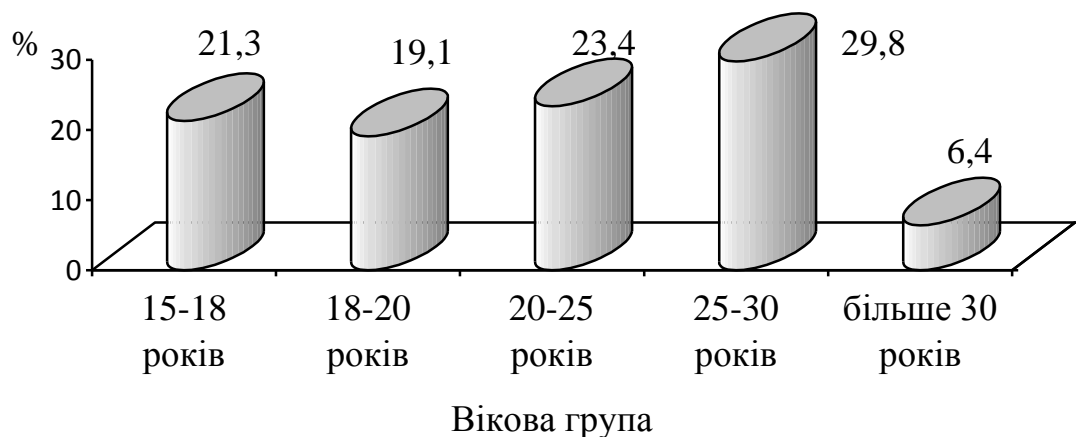


Рис. 3.13. Характеристика правопорушників, які зловживали каннабіноїди в Харківській області за віковою ознакою

Із рис. 3.13 видно, що найбільший відсоток (29,8%) правопорушників, які зловживали каннабіноїди, складають вікову групу 25-30 років; 23,4% –

вікову групу 20-25 років; 21,3% – вікову групу 15-18 років; 19,1% – вікову групу 18-20 років та 6,4% – більше 30 років. Більш детальний розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди, за віковою ознакою по районах Харківської області представлена у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

**Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди,
за віковою ознакою по районах Харківської області, у відсотках**

№ з/п	Райони	Вікова група, %				
		15-18 років	18-20 років	20-25 років	25-30 років	більше 30 років
1	2	3	4	5	6	7
1	Барвінківський	10,0	11,1	0,0	0,0	0,0
2	Богодухівський	0,0	11,1	9,1	21,4	0,0
3	Борівський	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0
4	Валківський	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0
5	Велико-Бурлуцький	10,0	11,1	9,1	0,0	0,0
6	Вовчанський	0,0	22,3	18,1	0,0	0,0
7	Дергачівський	0,0	0,0	9,1	7,2	0,0
8	Зміївський	20,0	0,0	18,2	21,4	0,0
9	Ізюмський	20,0	0,0	18,2	14,2	0,0
10	Куп'янський	10,0	11,0	9,1	7,2	0,0
11	Ново-Водолазький	0,0	0,0	0,0	21,4	0,0
12	Первомайський	30,0	0,0	0,0	0,0	33,4
13	Сахновщинський	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3
14	Харківський	0,0	22,3	0,0	0,0	0,0
15	Чугуївський	0,0	0,0	0,0	7,2	0,0
16	Шевченківський	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3
Всього:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дані табл. 3.7 свідчать про те, що найбільший відсоток (30,0%) правопорушників вікової групи 15-18 років зафіксовано у Первомайському

районі, однаково по 20,0% правопорушників – в Зміївському і Ізюмському районах, однаково по 10,0% правопорушників – у Барвінківському, Велико-Бурлуцькому і Куп'янському районах Харківської області; правопорушників вікової групи 18-20 років – у Вовчанському і Харківському районах – однаково по 22,3%, у Барвінківському, Богодухівському, Борівському, Велико-Бурлуцькому районах – однаково по 11,1% та Куп'янському районі – 11,0%; правопорушників вікової групи 20-25 років – у Зміївському і Ізюмському (однаково по 18,2%) районах, Вовчанському районі (18,1%), Богодухівському, Валківському, Велико-Бурлуцькому, Дергачівському і Куп'янському (однаково по 9,1%) районах; правопорушників вікової групи 25-30 років – у Богодухівському, Зміївському і Ново-Водолазькому (однаково по 21,4%) районах, Ізюмському районі (14,2%), Дергачівському, Куп'янському і Чугуївському (однаково по 7,2%) районах; правопорушників старше 30 років – у Первомайському районі (33,4%), Сахновщинському та Шевченківському (однаково по 33,3%) районах Харківської області.

При вивченні гендерної ознаки правопорушників, які скоїли злочини, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів, в Харківській області встановлено, що 83,0% складають чоловіки і 17,0% – жінки. Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди, за гендерною ознакою по районах Харківської області представлений у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Розподіл правопорушників, які зловживали каннабіноїди,
за гендерною ознакою по районах Харківської області, у відсотках**

№ з/п	Райони	Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
1	Барвінківський	1	2,6	1	12,5
2	Богодухівський	4	10,2	1	12,5
3	Борівський	1	2,6	0	0,0
4	Валківський	1	2,6	0	0,0

Продовж. табл. 3.8

1	2	3	4	5	6
5	Велико-Бурлуцький	3	7,7	0	0,0
6	Вовчанський	3	7,7	1	12,5
7	Дергачівський	1	2,6	1	12,5
8	Зміївський	6	15,3	1	12,5
9	Ізюмський	5	12,8	1	12,5
10	Куп'янський	3	7,7	1	12,5
11	Ново-Водолазький	3	7,7	0	0,0
12	Первомайський	3	7,7	1	12,5
13	Сахновщинський	1	2,6	0	0,0
14	Харківський	2	5,0	0	0,0
15	Чугуївський	1	2,6	0	0,0
16	Шевченківський	1	2,6	0	0,0
Всього:		39	100,0	8	100,0

Із табл. 3.8 видно, що найбільший відсоток правопорушників чоловічої статі зафіксовано у Зміївському (15,3%), Ізюмському (12,8%), Богодухівському (10,2%), Велико-Бурлуцькому, Вовчанському, Куп'янському, Ново-Водолазькому, Первомайському (однаково по 7,7%), Харківському (5,0%), Барвінківському, Борівському, Валківському, Дергачівському, Сахновщинському, Чугуївському та Шевченківському (2,6%) районах, а правопорушників жіночої статі – у Барвінківському, Богодухівському, Вовчанському, Дергачівському, Зміївському, Ізюмському, Куп'янському, Первомайському та Харківському (однаково по 12,5%) районах Харківської області.

Крім того, при вивченні контингенту правопорушників, які вчинили злочини у сфері нелегального обігу каннабіноїдів, встановлено, що більшість їх страждала на адиктивні розлади здоров'я внаслідок зловживання ПАР різних класифікаційно-правових груп. І найбільш доступними ПАР для

різних верств населення виявилися каннабіноїди. Наркозалежні від каннабіноїдів не тільки самі зловживають ПАР, а й займаються їх нелегальним збутом, що приводить до скоєння злочинів за відповідними статтями Кримінального Кодексу України (ККУ) і тісно пов'язано з такими злочинами, як крадіжки, проституція, контрабанда, зґвалтування, вбивства, зберігання та збут ПАР різних класифікаційно-правових груп, що підтверджується судово-фармацевтичною практикою та наведено у вигляді схеми у додатку Ж (рис. Ж.1).

Отже, аналіз контингенту правопорушників, які зловживають каннабіноїди, за віковою ознакою показав, що в м. Харків абсолютну більшість становить молодь вікової групи 18-20 років (38,50 %). Тоді, як в Харківській області більшість наркохворих правопорушників складають вікову групу 25-30 років (29,80%). Майже однакове відсоткове співвідношення молоді 15-18 років в м. Харків та Харківській області (відповідно 20,00% та 21,30%). При цьому у м. Харків (табл. 3.5) правопорушники вікової групи 15-18 років, які зловживали каннабіноїдами, в основному спостерігаються в Київському, Ленінському, Держинському, Московському, Фрунзенському районах, а в Харківській області (табл. 3.7) – у Зміївському, Ізюмському, Барвінківському, Велико-Бурлуцькому та Куп'янському районах. Встановлено, що за гендерною ознакою найбільший відсоток правопорушників, які вживали каннабіноїди, в м. Харків (77,10%) та в Харківській області (83,00%) складають чоловіки.

Слід відмітити, що відносно неповнолітніх правопорушників, які вчиняють злочини різного ступеня тяжкості, чинним законодавством встановлені особливі умови призначення покарання. Кримінальний кодекс України виділяє три основні вікові категорії неповнолітніх, які підпадають під його дію: неповнолітні віком 11-14 років; 14-16 років; старше 16 років. Так, до кримінальної відповідальності можуть притягатися лише особи, яким на момент скоєння злочину виповнилося 16 років. Але існує ряд правопорушень, за учинення яких наступає кримінальна відповідальність

осіб з 14 та з 11 років, так званий занижений вік кримінальної відповідальності, що регламентовано ст. 22. Крім того, ст. 103 ККУ встановлюються особливості призначення покарання неповнолітнім [8, 40, 125, 126, 134]. Отже, неповнолітній вік особи, що вчинила злочин є пом'якшувальною обставиною при призначенні їй покарання за вчинене правопорушення. На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок про наявність причинно-наслідкових закономірностей, коли однією з причин нелегального обігу каннабіноїдів (каннабісу, марихуани, гашишу, коноплі) є сформована каннабіноїдна залежність (каннабіноїдна наркоманія), яка призводить до наркозлочинності та (каннабіноїдної) каннабісної злочинності.

Таким чином, використання методики проведення судово-фармацевтичного аналізу за визначеними індикаторами дозволило проаналізувати: а) кількісні показники вчинених правопорушень на регіональному рівні та на рівні міських рад в Ізюмському районі Харківської області; б) наслідки вчинення правопорушень (юридична відповідальність наркохворих правопорушників) по кваліфікації за статтями ККУ; в) контингент наркохворих правопорушників за віковою і гендерною ознакою. Отримані дані є основою для наукового обґрунтування контрольних дозвільних заходів щодо протидії нелегальному обігу особливо небезпечного наркотичного засобу рослинного походження каннабісу у 5 розділі дисертаційної роботи.

Подальші дослідження за індикаторами судово-фармацевтичного аналізу (оцінка попиту, класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної та номенклатурно-правової групи ПАР та їх комбінацій; проблеми забезпечення ліками наркохворих в умовах примусової медичної допомоги) приведено у розділі 4 дисертаційної роботи.

На підставі проведених у 3 розділі дисертаційної роботи досліджень автором опубліковано наукові праці у [69, 103–105, 123, 124, 127, 135, 136, 140, 141, 146, 147, 149] та впроваджено в навчальний процес з дисципліни «Фармацевтичне законодавство» для спеціальності 7.110201 «Фармація» за

вимогами кредитно-модульної системи Національного фармацевтичного університету [24].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Визначено місце каннабісної злочинності у структурі загальної злочинності, пов'язаної із нелегальним обігом психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп (58,75%) та у структурі наркозлочинності, пов'язаної з нелегальним обігом наркотичних засобів рослинного походження (62,66%).
2. За результатами судово-фармацевтичного аналізу та узагальнення судово-фармацевтичної практики в Харківському регіоні з'ясовано, що в середньому на місяць реєструється від 22,58% до 23,33% вилучення із нелегального обігу наркотичного засобу каннабісу, до якого втягнуто 86,0 % чоловіків від 21 до 36 років.
3. Удосконалено організаційно-правову процедуру знищення психоактивних речовин рослинного походження для наркотичних засобів – каннабіноїдів на підставі нормативно-правового аналізу та узагальнення даних судово-фармацевтичної практики. Визначено етапи проведення знищення конопель.
4. В ході вивчення кількісних показників правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, з'ясовано, що в м. Харків найбільший їх відсоток із індикатором частоти 1 раз на місяць фіксується у 8 районах (зокрема, Держинський, Жовтневий, Київський). В Харківській області найбільший відсоток із індикатором частоти 2 рази на місяць – у 10 районах (зокрема, Богодухівський, Велико-Бурлуцький, Ізюмський). Правопорушення зазначеної категорії із індикатором частоти більше 3 разів на місяць вчинялися у 2 районах м. Харків (Ленінський, Фрунзенський) та у 4 районах Харківської області (Ізюмський, Куп'янський, Барвінківський, Зміївський).

5. На підставі дослідження наслідків вчинення правопорушень (індикатор – юридична відповідальність) з'ясовано, що в м. Харків та Харківській області найбільший відсоток правопорушень зафіксований за статтею 309 ККУ (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин без мети збуту) – відповідно 39,3% і 50,0%.
6. Доведено, що каннабісна злочинність превалює в Ізюмському районі Харківської області. Найбільший відсоток правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів в даному регіоні, фіксується із індикатором частоти 2 рази на місяць (25,5%). Проте, є випадки вчинення правопорушень даної категорії із індикатором частоти більше 3 разів на місяць (12,8%). В основному правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів в Ізюмському районі Харківської області, кваліфікуються за статтею 309 ККУ (60,0%). Аналіз контингенту правопорушників в Ізюмському районі Харківської області показав, що переважну більшість становлять правопорушники чоловічої статі (83,3%) віком від 15 до 18 років (33,4%).
7. Аналіз контингенту правопорушників, які зловживали каннабіноїдами, за віковою ознакою показав, що в м. Харків абсолютну більшість становить молодь вікової групи 18-20 років (38,50 %). Тоді, як в Харківській області більшість наркохворих правопорушників складають вікову групу 25-30 років (29,80%). Майже однакове відсоткове співвідношення молоді 15-18 років в м. Харків та Харківській області (відповідно 20,00% та 21,30%). При цьому у м. Харків правопорушники вікової групи 15-18 років, які зловживали каннабіноїдами, в основному спостерігаються в Київському, Ленінському, Держинському, Московському, Фрунзенському районах, а в Харківській області – у Зміївському, Ізюмському, Барвінківському, Велико-Бурлуцькому та Куп'янському районах.
8. Встановлено, що за гендерною ознакою найбільший відсоток правопорушників, які вживали каннабіноїди в м. Харків (зокрема, у

Ленінському, Київському, Фрунзенському районах) та в Харківській області (зокрема, у Зміївському, Ізюмському, Богодухівському районах), складала чоловіки – відповідно 77,10% та 83,00%.

9. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки між збільшенням нелегального обігу каннабіноїдів, поширенням каннабіноїдної наркоманії та зростанням рівня злочинності, наркозлочинності і наркотизації у суспільстві.

РОЗДІЛ 4

РОЗРОБКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТАТУСУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАННАБІНОЇДІВ (F12)

4.1 Вивчення попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів

В 1 розділі дисертаційної роботи було доведено, що серед наркотичних засобів рослинного походження одними з найбільш розповсюджених в Україні є засоби, що одержують з рослин роду коноплі. Це зумовлено доступністю вирощування цієї рослини та простотою отримання з неї психоактивної речовини. Саме конопля (рослина ціла або різного ступеня подрібнення, суцвіття, стебла, листя) та каннабіс (продукти її часткової переробки - смола каннабісу, екстракти чи настоянки каннабісу) найчастіше є об'єктом зловживання серед населення України. Конопля, марихуана, гашиш і гашишна олія містять у своєму складі каннабіноїди, внаслідок зловживання якими формується каннабіноїдна залежність.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 770 від 06.05.2000 р. “Про затвердження Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів” приведено характеристику таких особливо небезпечних наркотичних засобів і психотропних речовин з рослин роду коноплі: тетрагідроканнабінол (ТГК) – особливо небезпечна психотропна речовина, обіг якої заборонений, що входить до Таблиці I Списку № 2 Переліку; каннабіс – особливо небезпечний наркотичний засіб, обіг якого заборонений, що входить до Таблиці I Списку № 1 Переліку; смола каннабісу – особливо небезпечний наркотичний засіб, обіг якого заборонений, що входить до Таблиці I Списку № 1 Переліку; каннабісу екстракти і настойки – особливо небезпечний наркотичний засіб, обіг якого заборонений, що входить до Таблиці I Списку № 1 Переліку [80].

В огляді літератури також показано, що зловживання наркотичними засобами рослинного походження, які вміщують каннабіноїди характерно

для рослин конопель (каннабіс, марихуана, гашиш) та викликає розвиток каннабіноїдної залежності, яка згідно МКХ 10-го перегляду відповідає коду F12 «Психічні та поведінкові розлади здоров'я внаслідок вживання каннабіноїдів».

Дослідження за індикатором щодо попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів проводилося на підставі використання алгоритму анкетування для 3 контингентів респондентів (із числа спеціалістів правознавства, медицини і наркохворих) із застосуванням аналітико-дескриптивного методу аналізу. Встановлено наявність тенденції до збільшення попиту і кількості нелегальних споживачів, які одночасно знаходились на диспансерному обліку в амбулаторних наркологічних установах України за діагнозом F 12. Також спостерігається тенденція пересування захворюваності на F 12 з південних на східні та центральні області України.

На підставі узагальнення зведених даних ГУМВС у Харківській області з використанням аналітико-дескриптивного методу визначено, що попит нелегальних споживачів правопорушників був спрямований на 3 види ПАР, що вміщують каннабіноїди (рис. 4.1). З'ясовано, що найчастіше відмічалось зловживання коноплею – 47,36% та марихуаною – 39,48% (рис. 4.1).

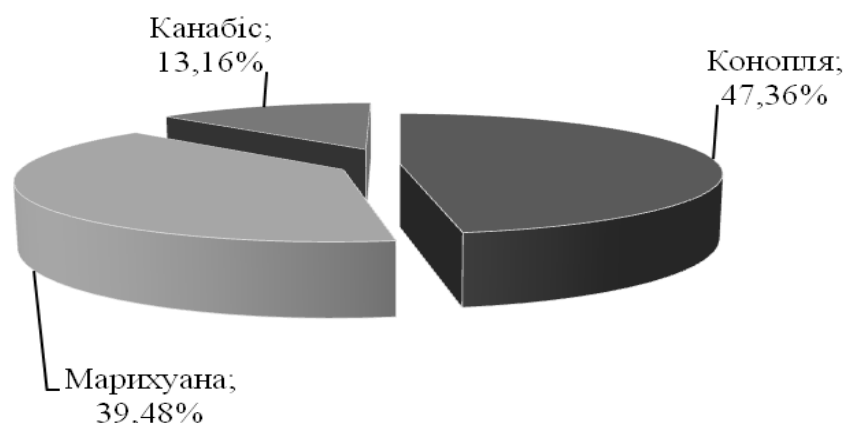


Рис. 4.1. Каннабіноїдовміщуючі ПАР, які користувалися попитом серед нелегальних споживачів упродовж досліджуваного періоду

В ході дослідження було виявлено, що попит на коноплю серед нелегальних споживачів має суттєві відмінності у різних районах м. Харків (рис. 4.2).

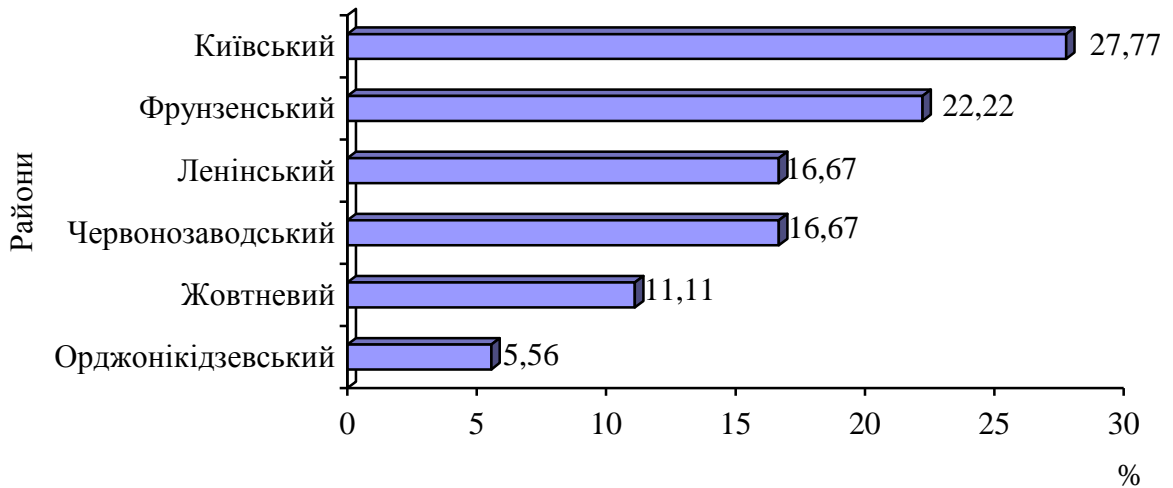


Рис. 4.2. Попит на коноплю серед нелегальних споживачів по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Із рис. 4.2 видно, що найбільший попит та кількість нелегальних споживачів, які зловживали коноплею, зафіксована у Київському (27,77 %) та Фрунзенському (22,22 %) районах, а найменша – в Орджонікідзевському (5,56 %) районі.

Серед нелегальних споживачів найбільший попит на марихуану зафіксовано у Київському районі (33,33%), а найменший – в Орджонікідзевському районі (6,67%), що представлено на рис. 4.3.

У зведених даних ГУМВС України окремо фіксуються злочини по обігу коноплі, марихуани та каннабісу, що пояснюється різним вмістом в ПАР каннабіноїдів. Попит на вживання каннабісу серед нелегальних споживачів, зафіксованих в районах м. Харків (рис. 4.4), показав, що найбільша питома вага випадків вживання каннабісу серед правопорушників зафіксована в ГУМВС – 60,00 %, найменша – у Московському районі (40,00 %).

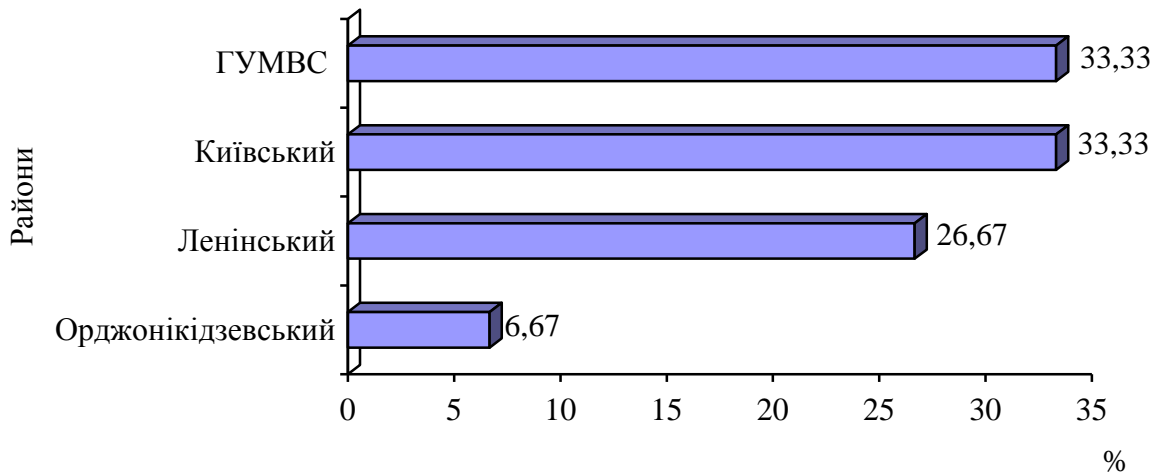


Рис. 4.3. Попит на марихуану серед правопорушників по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Таким чином, результати дослідження з використанням аналітико-дескриптивного методу показали, що найбільші попит та кількість нелегальних споживачів каннабіноїдів зафіксовано у Київському районі (конопля та марихуана), а найменші – в Орджонікідзевському районі.

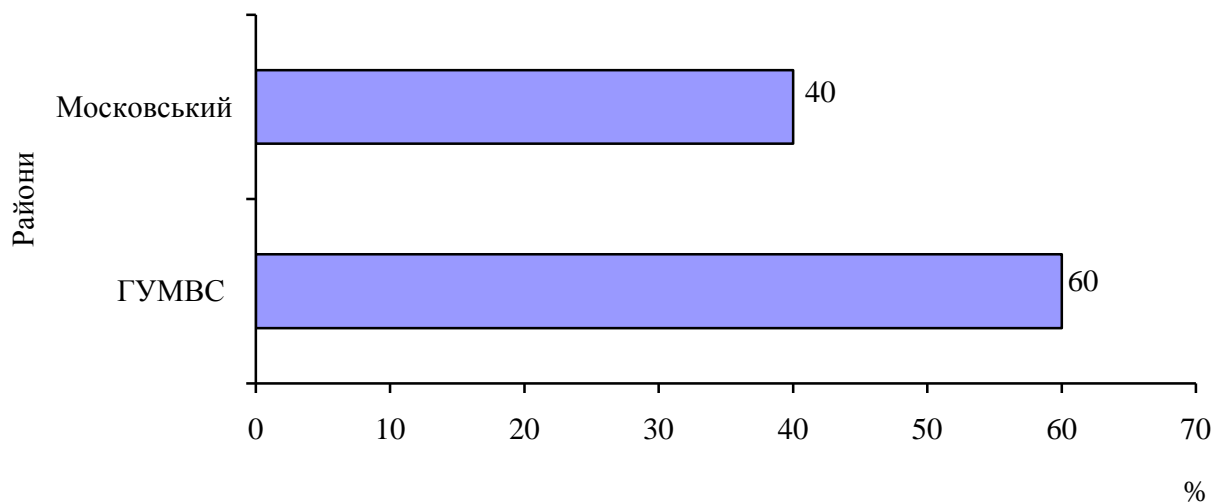


Рис. 4.4. Попит на каннабіс серед нелегальних споживачів по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

В ході проведення дослідження стало доцільним оцінити попит та кількість нелегальних споживачів у Харківській області за досліджуваний

період. Встановлено, що у районах Харківщини попит нелегальних споживачів із ПАР також найчастіше фокусується на зловживання коноплі, марихуани та каннабісу.

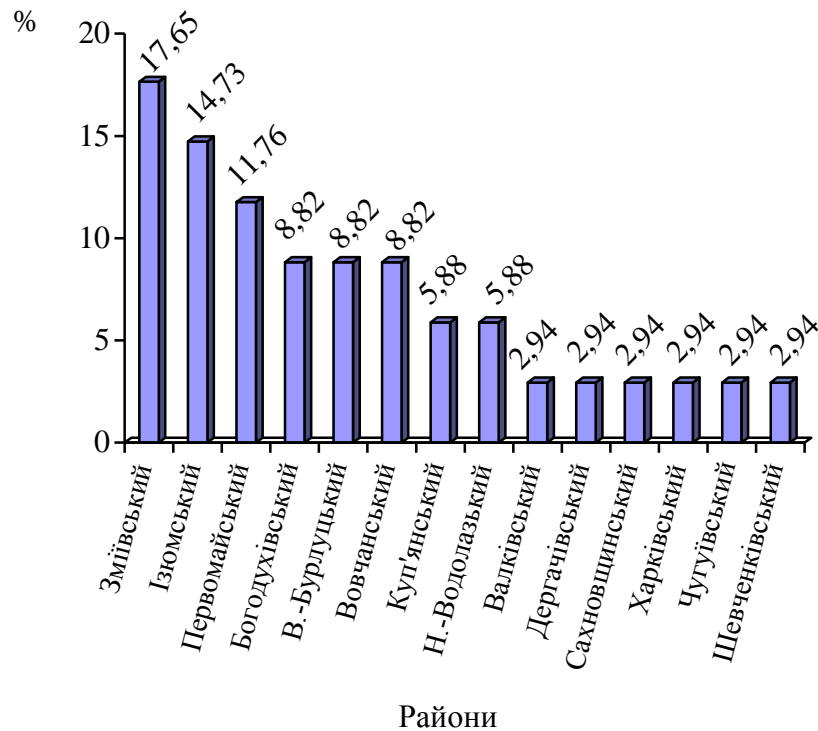


Рис. 4.5. Розподіл попиту щодо вживання коноплі нелегальними споживачами по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

На рис. 4.5 представлено розподіл попиту щодо вживання коноплі нелегальними споживачами по районах Харківської області, із якого видно, що превалює Зміївський (17,65 %) та Ізюмський (14,73 %) райони. У деяких районах спостерігалась однакова кількість правопорушників, що мали попит на зловживання коноплі. Наприклад, у Богодухівському, Великобурлуцькому і Вовчанському районі питома вага споживачів коноплі складала 8,82 %; у Куп'янському та Нововодолазькому районах – 5,88 %, а у Валківському, Дергачівському, Сахновщинському, Харківському, Чугуївському та Шевченківському районах – 2,94 %. Серед споживачів марихуани (рис. 4.6)

найбільші показники у розподілу попиту зафіксовано у Первомайському та Куп'янському районах (по 17,39 %), а найменші – у Вовчанському, Борівському, Харківському і Шевченківському районах (4,34 %).

Слід зазначити, що в Ізюмському районі зафіксовано 13,04% правопорушників – споживачів марихуани, тобто він займає 2-е місце серед районів Харківської області, що служить на користь підтвердження актуальності та необхідності обрання його в об'єкти дослідження.

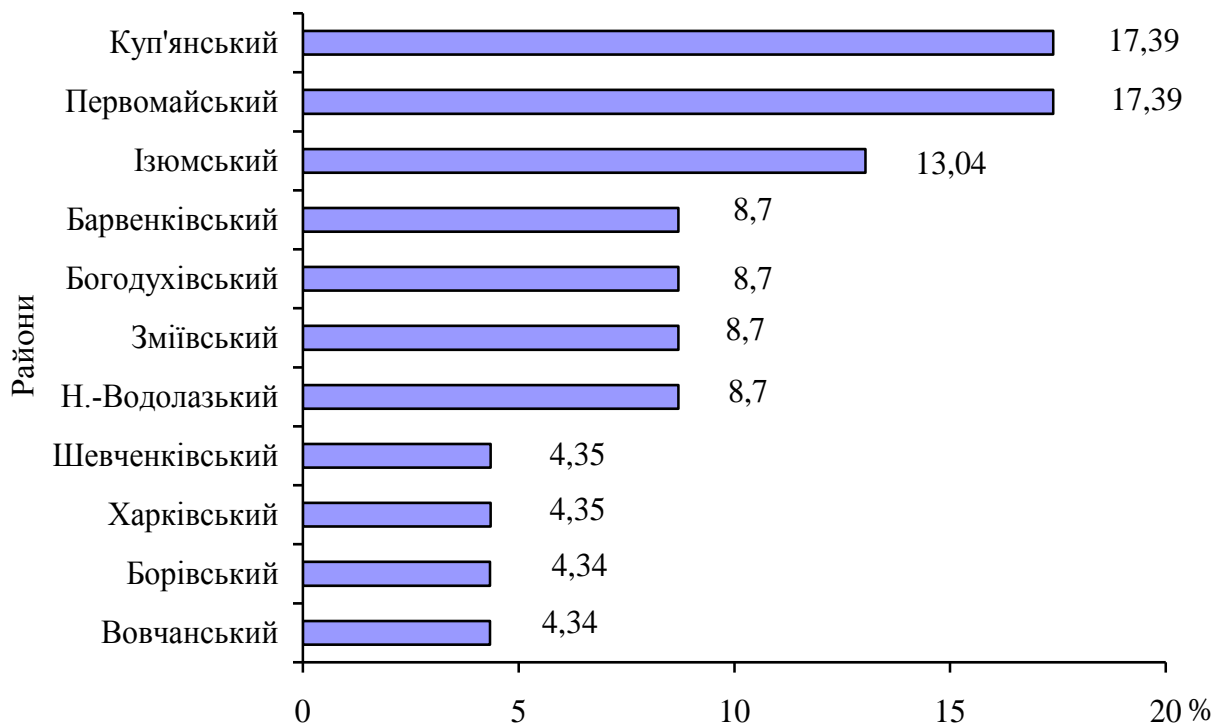


Рис. 4.6. Розподіл попиту щодо вживання марихуани нелегальними споживачами по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

Серед правопорушників – споживачів каннабісу однаковий попит зафіксовано лише у двох районах Харківської області, а саме у Дергачівському та Зміївському (рис. 4.7).

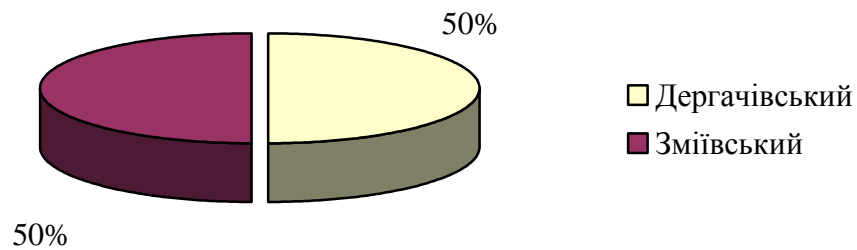


Рис. 4.7. Питома вага вживання каннабісу правопорушниками по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

Також серед нелегальних споживачів спостерігалось зловживання гашишем (зафіксовано лише у Куп'янському районі). Крім того, встановлено, що спостерігається комбіноване вживання каннабіноїдів з ПАР інших класифікаційно-правових груп. Наприклад, в м. Харків зафіксовано зловживання такими комбінаціями: каннабіноїди + тютюн; каннабіноїди + алкоголь; каннабіноїди + трамадол; каннабіноїди + первітин; каннабіноїди + опій.

В ході проведення дослідження стало доцільним встановити питому вагу сумісного вживання каннабіноїдів з іншими ПАР серед нелегальних споживачів в м. Харків (рис. 4.8): найчастіше правопорушники зловживали каннабіноїдами сумісно з тютюном (35,71%), а рідше – з опієм (1,43%).

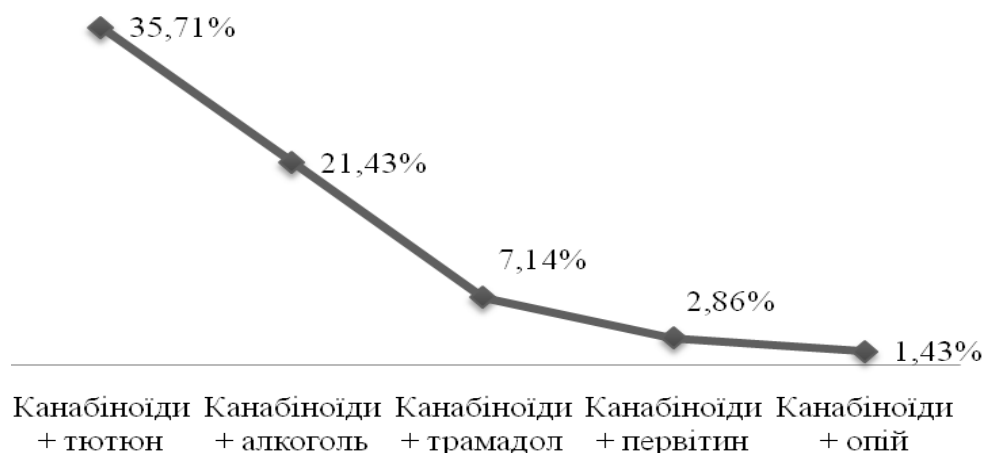


Рис. 4.8. Оцінка комбінованого зловживання каннабіноїдів з іншими ПАР серед правопорушників в м. Харків

Оцінка класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної та номенклатурно-правової групи зазначених ПАР за судово-фармацевтичним показником режиму контролю наведена у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Режим контролю психоактивних речовин

№ з/п	Назва ПАР	Клініко-фармакологічна група	Класифікаційно-правова група	Номенклатурно-правова група	Примітка
1	Алкоголь	–	загальна група	–	не є ЛЗ
2	Опій	–	наркотичний засіб	–	не є ЛЗ
3	Первітин	–	психотропна речовина	–	не є ЛЗ
4	Трамадол	N02A X02	наркотичний засіб	Ф-3, ПКО	ЛЗ
5	Тютюн	–	загальна група	–	не є ЛЗ

Із табл. 4.1 видно, що за класифікаційно-правовою групою алкоголь і тютюн відносяться до загальної групи, опій і трамадол – до наркотичних засобів, а первітин – до психотропних речовин. Крім того, на відміну від інших ПАР трамадол являється лікарським засобом, який відпускається із аптечних закладів за рецептом Ф-3 і знаходиться на предметно-кількісному обліку.

Так, за досліджуваний період зловживання каннабіноїдами сумісно з тютюном серед нелегальних споживачів зафіксовано у 9 районах м. Харків (рис. 4.9). Найбільша кількість нелегальних споживачів, які зловживали каннабіноїдами в комбінації з тютюном, зафіксована у Київському районі (25,00 %), а найменша – у Дзержинському, Жовтневому, Фрунзенському та Червонозаводському районах (6,25 %).

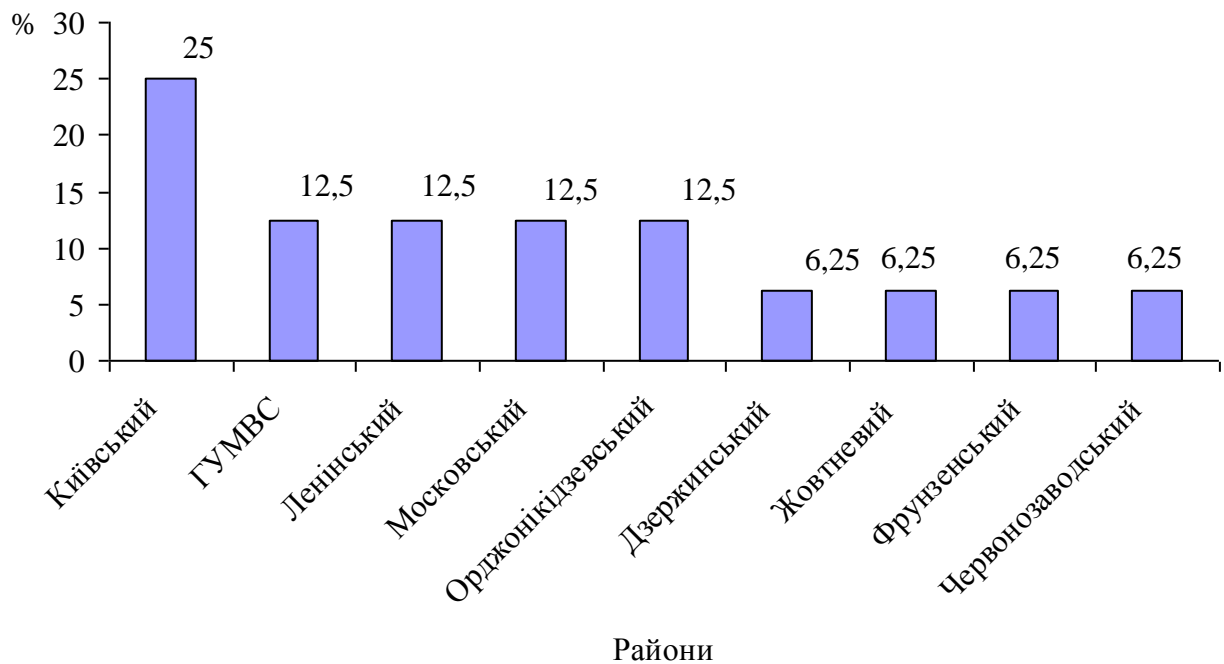


Рис. 4.9. Розподіл комбінованого зловживання каннабіноїдів з тютюном серед нелегальних споживачів правопорушників по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Серед інших ПАР загальної класифікаційно-правової групи, якими зловживають нелегальні споживачі разом із каннабіноїдами, був алкоголь (рис. 4.10). Встановлено, що найбільше випадків комбінованого зловживання каннабіноїдів сумісно із алкоголем зафіксовано у Київському (26,67 %) та Ленінському (20,00 %) районах.

За результатами дослідження встановлено, що при оцінці попиту нелегальних споживачів на зловживання каннабіноїдів в сукупності з ПАР різних класифікаційно-правових груп комбінації каннабіноїдів з ЛЗ трамадол. При вивченні режиму контролю трамадолу визначено, що за класифікаційно-правовою ознакою його віднесено до наркотичних засобів, обіг яких обмежено (таблиця II, список №1 Постанови КМУ № 770).

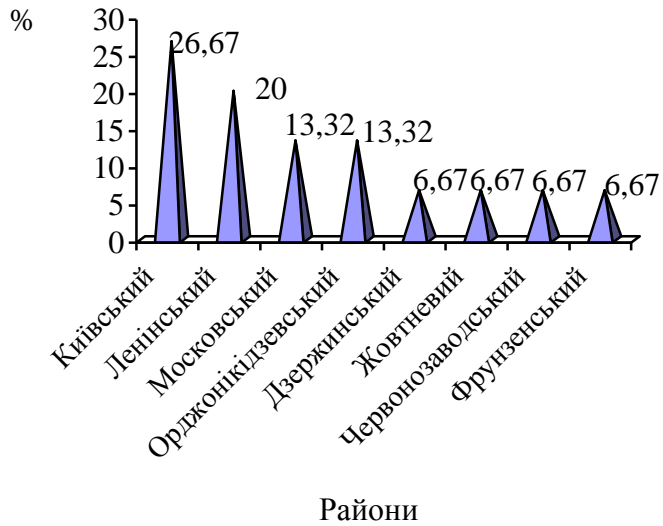


Рис. 4.10. Оцінка сумісного зловживання каннабіноїдів з алкоголем серед нелегальних споживачів по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Питома вага комбінованого зловживання каннабіноїдів і трамадолу серед нелегальних споживачів по районах м. Харків представлена на рис. 4.11, із якого видно, за цим показником фігурують 4 територіальні структури м. Харків.

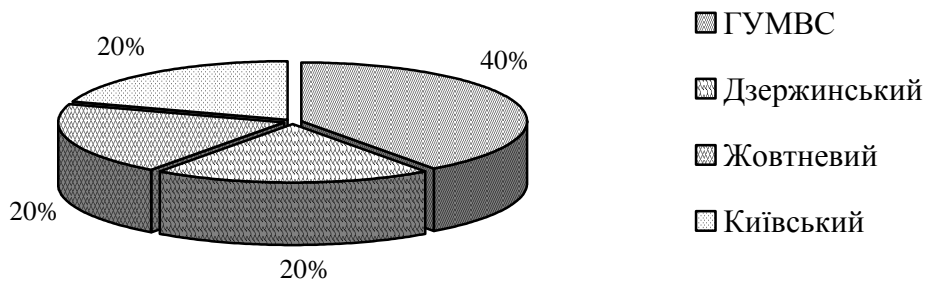


Рис. 4.11. Оцінка комбінованого зловживання каннабіноїдів із трамадолом серед нелегальних споживачів по районах м. Харків упродовж досліджуваного періоду

Крім наведених вище комбінацій сумісного зловживання каннабіноїдів з ПАР виявлено їх зловживання з первітином та опієм. Слід зазначити, що

вказані ПАР знаходяться лише у нелегальному обігу. Так, відповідно до постанови КМУ № 770 від 06.05.2000 р. [80] опій відноситься до особливо небезпечних наркотичних засобів, обіг яких заборонено, а первітин – до психотропних речовин, обіг яких обмежено. Така комбінація зловживання каннабіноїдів не є найбільш розповсюдженою для правопорушників і зафіксована лише у поодиноких випадках у наступних районах: Держинський, Жовтневий, Фрунзенський і Червонозаводський.

Далі становило інтерес дослідити сумісне вживання каннабіноїдів з іншими ПАР різних класифікаційно-правових груп у Харківській області. За результатами дослідження встановлено, що у Харківській області правопорушники використовують майже однакові комбінації, як і в м. Харкові, а саме: каннабіноїди + тютюн, каннабіноїди + алкоголь, каннабіноїди + трамадол, каннабіноїди + первітин, каннабіноїди + опій.

За оцінкою попиту на комбіноване вживання ПАР серед нелегальних споживачів виявлено зловживання каннабіноїдів сумісно із тютюном у 6 районах Харківської області (рис. 4.12). В таких районах, як Ізюмський, Куп'янський та Первомайський зафіксовано однакову кількість нелегальних споживачів, які мають попит на зловживання каннабіноїдами у комбінації з тютюном (22,22%).

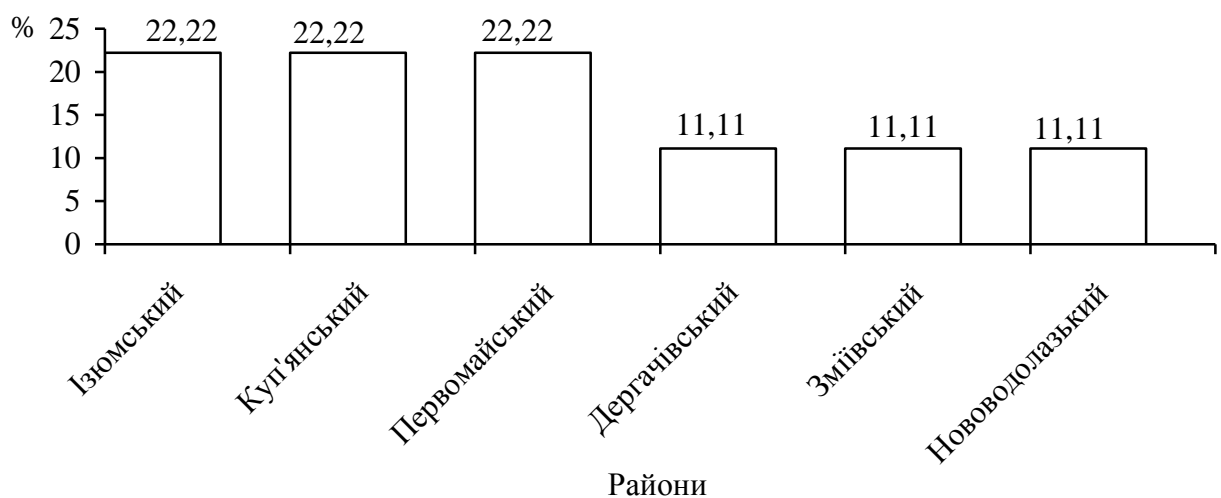


Рис. 4.12. Оцінка комбінованого зловживання каннабіноїдів із тютюном серед правопорушників по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

Встановлено, що сумісне зловживання каннабіноїдів із алкоголем серед нелегальних споживачів зафіксовано в більшості районах Харківської області (рис. 4.13). Найбільші попит та кількість правопорушників, які зловживали каннабіноїдами сумісно із алкоголем, виявлено у Куп'янському (25,00 %) та Ізюмському (18,75 %) районах.

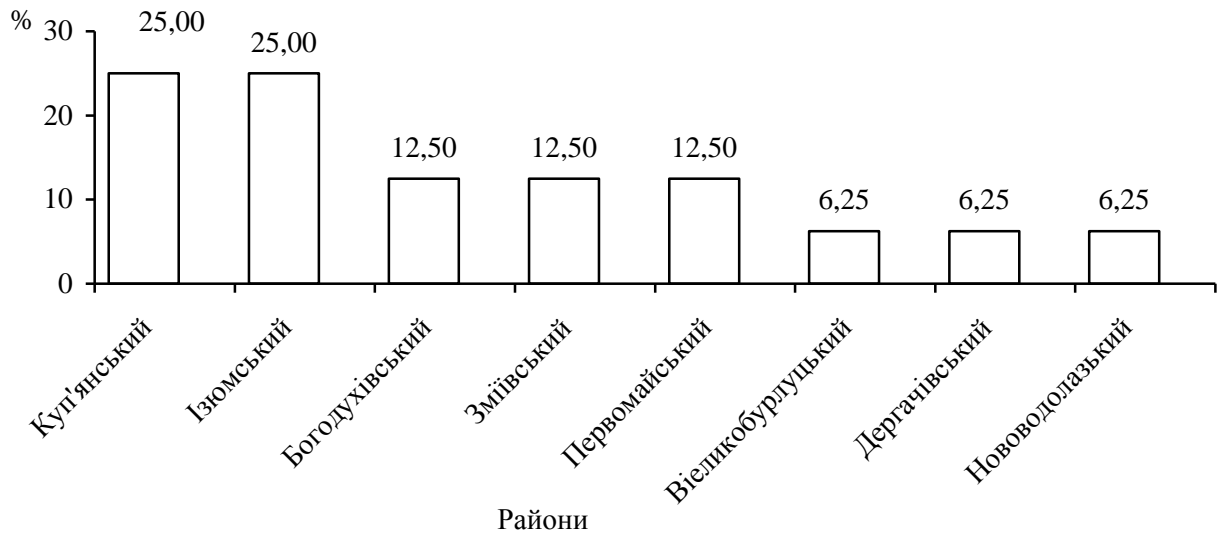


Рис. 4.13. Оцінка сумісного зловживання каннабіноїдів із алкоголем серед нелегальних споживачів по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

У 4-х районах Харківської області зафіксовано попит на комбіноване зловживання каннабіноїдів з ЛЗ трамадол (рис. 4.14) від 14,29% до 28,57%.

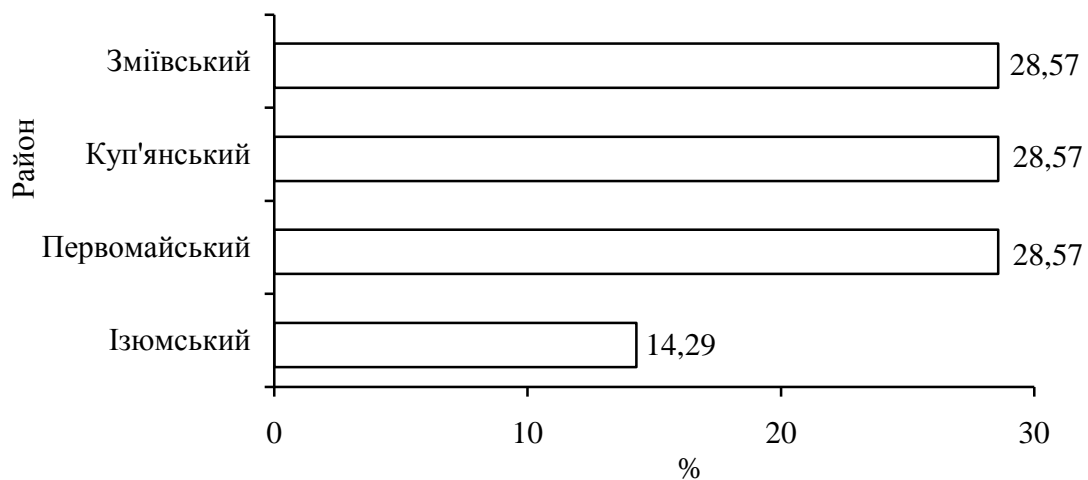


Рис. 4.14. Оцінка комбінованого зловживання каннабіноїдів із трамадалом серед нелегальних споживачів по районах Харківської області

Випадки попиту на зловживання каннабіноїдів сумісно із опієм серед нелегальних споживачів зафіксовано у Дергачівському, Зміївському та Шевченківському районах Харківської області (однаково по 33,33 %). А випадки зловживання каннабіноїдами разом із первітином серед нелегальних споживачів зафіксовано у Дергачівському і Зміївському районах (однаково по 50,00 %), що приведено на рис. 4.15.

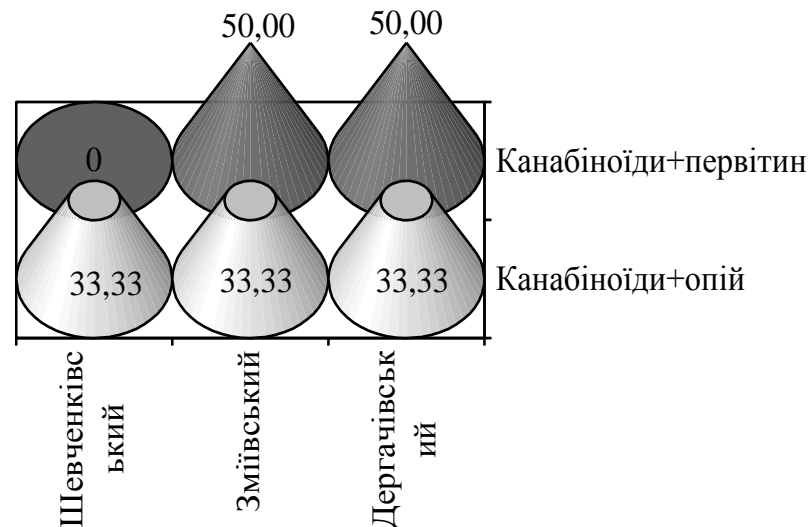


Рис. 4.15. Оцінка комбінованого зловживання каннабіноїдів із опієм та каннабіноїдів із первітином серед нелегальних споживачів по районах Харківської області упродовж досліджуваного періоду

Крім того, у Барвенковському районі Харківської області зафіксовано попит на ще одну комбінацію сумісного зловживання каннабіноїдів з іншими ПАР серед нелегальних споживачів: каннабіноїди + «вінт».

За результатами анкетування також з'ясовано, що близько 50 % споживачів каннабіноїдів вважають наркоманію проблемою і правом кожної конкретної людини, а не соціально-економічною проблемою суспільства. Велике занепокоєння викликає і те, що значна частка споживачів (понад 70 %) не вважають каннабіноїдну наркоманію кримінальною проблемою, яка небезпечна для суспільства. Проте, висока поширеність каннабіноїдної наркоманії в Україні, зокрема в Харківській області, призвела до того, що багато осіб не вбачають нічого небезпечного для здоров'я в тому, щоб

викурити, наприклад, пару сигарет з марихуаною. На прикладі Харківської області (регіональний рівень) було доведено, що поступове збільшення кількості наркохворих з каннабіною наркоманією (F 12) перемістив цей регіон з сьомого місця на п'яте серед регіонів України упродовж досліджуваного періоду. Незважаючи на досить високу загальну інформованість населення про шкідливість наркотичних засобів, більшість осіб не мають повного уявлення про конкретну шкоду каннабіоїдів (зокрема, марихуани) та їх поширеність у даний час [123].

Таким чином, за результатами дослідження встановлено, що у районах м. Харкова та Харківської області серед нелегальних споживачів фіксувалися випадки зловживання каннабіоїдів як у чистому вигляді, так і в комбінації з іншими ПАР. Слід відмітити, що у районах м. Харків серед нелегальних споживачів фіксувалися випадки зловживання каннабіоїдами у складі коноплі, марихуани і каннабісу, а у Харківській області – крім коноплі, марихуани і каннабісу, ще й гашишу.

За оцінкою попиту на зловживання каннабіоїдів з іншими ПАР нелегальними споживачами у районах м. Харків та Харківської області виділено такі комбінації: каннабіоїди + тютюн; каннабіоїди + алкоголь; каннабіоїди + трамадол; каннабіоїди + первітин; каннабіоїди + опій. Зафіксовано поодинокі випадки зловживання комбінацією каннабіоїди + «вінт». Найбільший попит нелегальних споживачів, які зловживають каннабіоїдами, спостерігається у Київському районі м. Харків.

На підставі узагальнення оцінки попиту на каннабіоїди на рівні міських рад на території Ізюмського району доведено, що спостерігається як самостійне (моно) зловживання каннабіоїдів серед правопорушників, так і комбіноване вживання каннабіоїдів з іншими ПАР. Так, в Ізюмському районі зафіксовано виявлено попит на моно зловживання коноплі (14,73%) та марихуани (13,04%), що дає підставу зробити висновок про те, що Ізюмський район займає 2 місце за індикатором попиту на зловживання коноплі та 3 місце за індикатором попиту зловживання марихуани серед інших районів

Харківської області. За оцінкою попиту на зловживання комбінацій каннабіноїдів з ПАР та на підставі порівняльного аналізу встановлено, що Ізюмський район займає 1 місце по попиту на комбіноване зловживання каннабіноїдів із тютюном; 2 місце - каннабіноїдів з алкоголем; 4 місце - каннабіноїдів із ЛЗ трамадол серед інших районів Харківської області.

Таким чином, проведено дослідження за індикатором вивчення попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів з оцінкою класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної і номенклатурно-правової групи ПАР та їх комбінацій на регіональному рівні та на рівні міських рад (на прикладі Ізюмського району Харківської області).

4.2 Проблеми забезпечення ліками наркохворих правопорушників з каннабіноїдною залежністю в системі надання примусової медичної допомоги

Відповідно до Кримінального кодексу України до осіб, які вчинили правопорушення та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, застосовуються заходи примусового лікування [94]. Найбільш поширеними соціально небезпечними захворюваннями, за наявності яких приймається рішення про застосування примусової медичної допомоги є наркологічні, психічні, інфекційні, венеричні хвороби, туберкульоз, гепатити, ВІЛ/СНІД. Серед заходів примусового лікування необхідно виділяти заходи фармакотерапії, які включають забезпечення ліками наркохворих правопорушників із діагнозом F12.

Встановлено, що в системі надання примусової медичної допомоги існують 4 види забезпечення ліками наркохворих правопорушників, що наведені на рис. 4.16.



Рис. 4.16. Види забезпечення ліками наркохворих правопорушників в системі примусової медичної допомоги

Зрозуміло, що для кожного виду фармакотерапії передбачено забезпечення наркозалежних ліками. В ході дослідження стало доцільним провести аналіз питомої ваги наркохворих нелегальних споживачів каннабіноїдів, які потребували забезпечення ліками в системі примусової медичної допомоги, за досліджуваний період на регіональному рівні.

З'ясовано, що наркохворі нелегальні споживачі каннабіноїдів можуть бути направлені самостійно слідчими або за призначенням суду на примусове лікування, в умовах якого і забезпечуються різні види фармакотерапії, а також головне право наркохворих – на отримання ліків.

Доведено, що більше половини нелегальних споживачів каннабіноїдів (69,77 %) на регіональному рівні не забезпечуються ліками, оскільки не всі правоохоронні органи направляють їх на примусове лікування, що є порушенням прав наркозалежних. Зокрема, найбільше не забезпечені примусовою медичною допомогою і ліками наркохворі Київського району м. Харків (23,33%), що приведено на рис. 4.17.

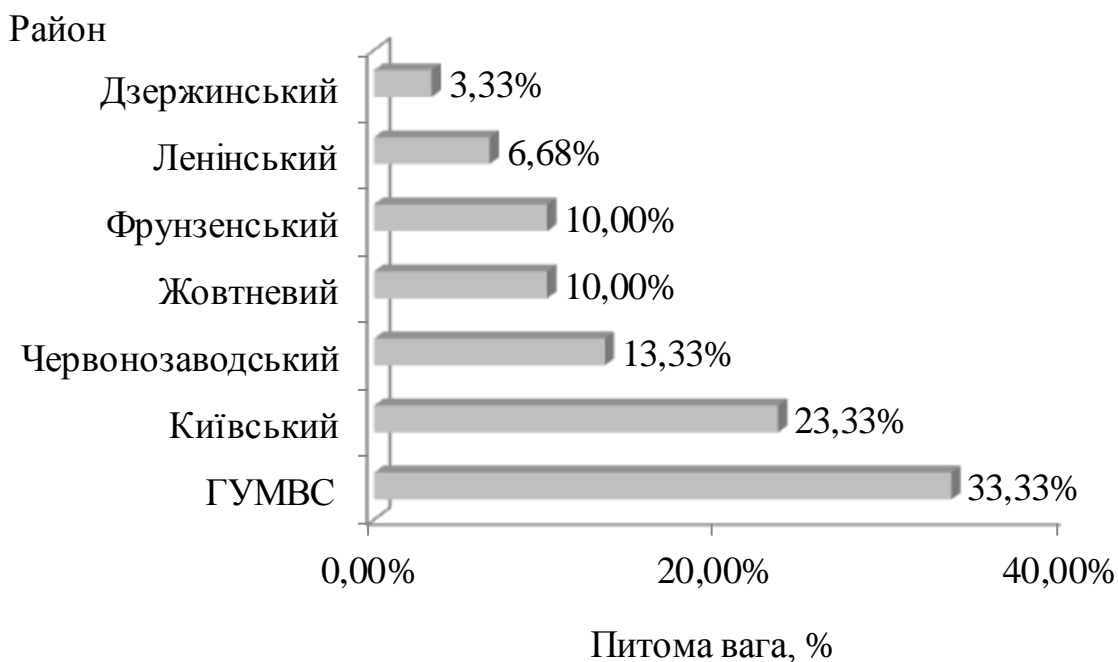


Рис. 4.17. Розподіл нелегальних споживачів каннабіноїдів, які не отримують фармакотерапію на регіональному рівні

За результатами аналогічного дослідження в районах Харківської області з'ясовано, що більше половини нелегальних споживачів каннабіноїдів (74,47 %) також не направляються на примусове лікування, що порушує їх права на забезпечення ліками та становить проблему фармацевтичного забезпечення досліджуваного контингенту пацієнтів.

Подальший аналіз забезпечення наркохворих правопорушників з каннабіноїдною залежністю в системі примусової медичної допомоги був направлений на вивчення ситуації по районах Харківської області (рис. 4.18). За результатами судово-фармацевтичного аналізу матеріалів кримінальних справ, постанов суду, висновків судових експертиз наркозалежних встановлено, що найбільший відсоток забезпечення ліками в умовах примусової медичної допомоги зафіксований в Ізюмському районі Харківської області (41,67%).

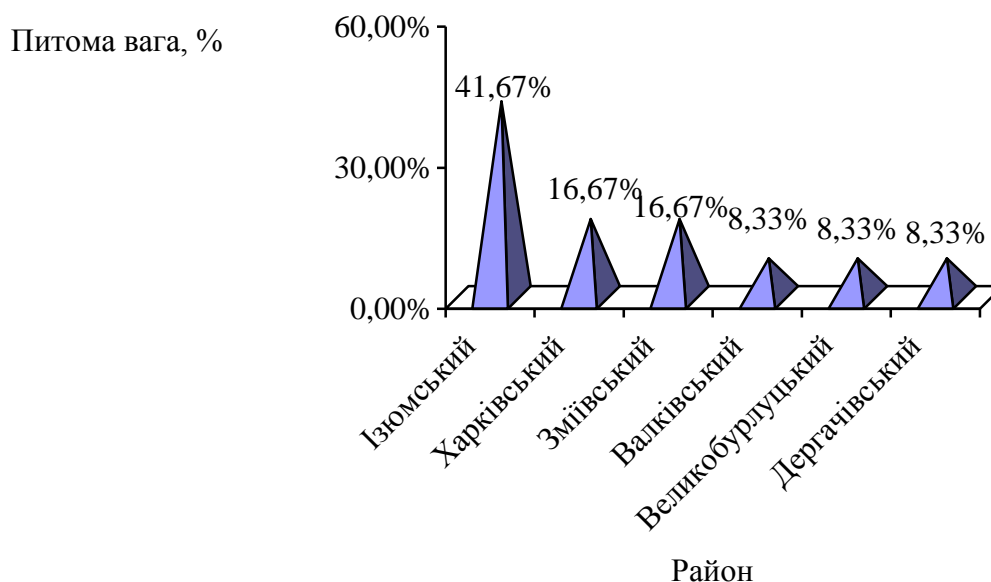


Рис. 4.18. Розподіл нелегальних споживачів каннабіноїдів, які отримують ліки в системі примусової медичної допомоги, по районах Харківської області

Доведено, що по районах Харківської області (рис. 4.19) найбільше не отримують фармакотерапію та не забезпечені ліками наркохворі правопорушники у Зміївському та Богодухівському районах (однаково по 14,28 %).

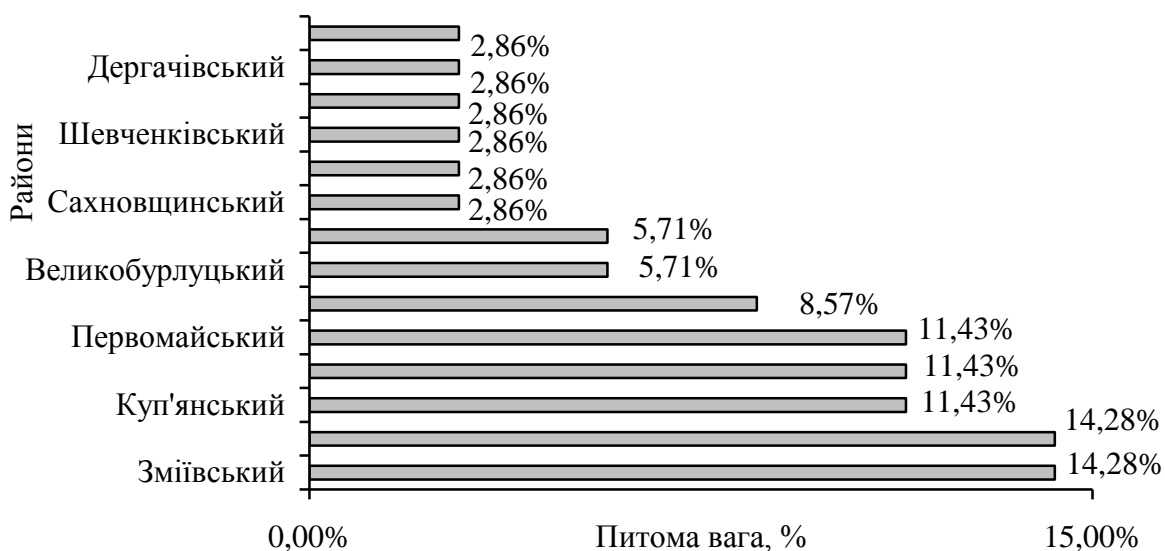


Рис. 4.19. Розподіл нелегальних споживачів каннабіноїдів, які не отримують фармакотерапію, по районах Харківської області

Отже, проведений аналіз показав, що наркохворі правопорушники з каннабіною залежністю (F12) в основному не отримують фармакотерапії в системі надання примусової медичної допомоги через те, що порушуються їх права на такий вид допомоги і вони не направляються на примусове лікування. Вказане спричиняє розповсюдження соціально небезпечних хвороб у суспільстві (зокрема, каннабіною наркоманії), а також погіршення умов щодо епідеміологічного становища у місцях позбавлення волі та у слідчих ізоляторах, де перебувають каннабіодні наркозалежні. Крім того, не надання медикаментозної допомоги особам, які вчинили правопорушення різного ступеня тяжкості, у вигляді примусового лікування, порушують їх права і свободи, які гарантуються Конституцією України.

Тому з метою розширення прав наркозалежних на забезпечення ліками в умовах надання примусової медичної допомоги або в умовах різних видів медико-фармацевтичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна, третинна та паліативна) у рамках подальшого розвитку державної формулярної системи на регіональному рівні, впровадження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів, затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2012 р. №209 відповідно до статті 14-1 Основ законодавства про охорону здоров'я, Методики створення формулярів лікарських засобів та Положення про регіональний формуляр лікарських засобів, затверджених наказом МОЗ України від 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я», на виконання п.10 Протокольного рішення наради Кабінету Міністрів України від 16.06.2010 р. та наказу Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації № 543 від 20.08.2012 р. автором у складі робочої групи прийнято участь у визначенні режиму контролю лікарських засобів для фармакотерапії наркохворих із діагнозом F 12, що увійшли до розділів «гастроентерології» та «психіатрії і наркології» регіонального формуляра «Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області (четвертий випуск)» [53, 88].

4.3 Алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності

Завданням підрозділу 4.3 дисертаційної роботи стало розробка алгоритму для визначення статусу каннабіноїдної залежності (F12), що сприятиме поліпшенню надання своєчасної, кваліфікованої медико-фармацевтичної допомоги наркозалежним особам в рамках реабілітаційних програм. Визначення статусу каннабіноїдної залежності дозволяє віднести пацієнта до однієї із 4 груп:

А) пацієнти, які нерегулярно зловживають каннабіноїдами (1 рівень статусу каннабіноїдної залежності), мають низьку мотивацію до зловживання каннабіноїдами; низький рівень каннабіноїдної залежності (перша стадія) або її відсутність; низький рівень відмови від каннабіноїдів та низьку імовірність розвитку супутніх розладів здоров'я;

Б) пацієнти, які регулярно зловживають каннабіноїдами, проте планують припинити зловживання в майбутньому (2 рівень статусу каннабіноїдної залежності), мають середню мотивацію до зловживання каннабіноїдами; середні рівні каннабіноїдної залежності (друга стадія), відмови від каннабіноїдів та імовірності розвитку супутніх розладів здоров'я;

В) пацієнти з каннабіноїдною залежністю, які вчинили правопорушення і регулярно зловживають каннабіноїдами (3 рівень статусу каннабіноїдної залежності), проте:

В.1) категорично не припиняють зловживання каннабіноїдами і відмовляються від примусової медико-фармацевтичної допомоги – у таких пацієнтів відмічається висока мотивація до зловживання каннабіноїдами; високий рівень каннабіноїдної залежності (третья стадія); низький або середній рівень відмови від каннабіноїдів; високий рівень імовірності розвитку супутніх розладів здоров'я;

В.2) дуже бажають припинити зловживання каннабіноїдами і не відмовляються від примусової медико-фармацевтичної допомоги – у таких пацієнтів відмічається висока мотивація до зловживання каннабіноїдами;

високі рівні каннабіноїдної залежності (третя стадія), відмови від каннабіноїдів та імовірності розвитку супутніх розладів здоров'я.

Такий розподіл пацієнтів передбачає проведення відповідної медико-фармацевтичної реабілітації з урахуванням особливостей кожної групи наркохворих.

На підставі проведених досліджень автором уперше розроблено алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності (F12), який складається з 4-х етапів [1, 106, 111, 179]:

- 1) встановлення рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів;
- 2) встановлення рівня каннабіноїдної залежності (F12);
- 3) встановлення рівня відмови від зловживання каннабіноїдів;
- 4) встановлення рівня небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнта.

Етап перший – встановлення рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів. За результатами досліджень уперше запропоновано перелік питань для визначення рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів. Рівень мотивації до зловживання каннабіноїдів визначається на підставі підрахунку кількості балів за відповідями респондентів згідно запропонованого переліку питань (додаток В). Найбільша кількість відповідей, які впливають на рівень мотивації до зловживання каннабіноїдів, оцінюється за сумою балів. Сума балів може коливатися від 18 до 90, що вказує на рівень мотивації до зловживання каннабіноїдів:

- 1 рівень – низька мотивація (до 36 балів);
- 2 рівень – середня мотивація (від 36 до 72 балів);
- 3 рівень – висока мотивація (більше 72 балів).

Аналіз відповідей на запитання анкети (додаток В) дає можливість виділити фактори, які мотивують (стимулюють) нелегального споживача до зловживання каннабіноїдами, що дозволить розібратися у причинах зловживання каннабіноїдів і спланувати зміну поведінки пацієнта на період відмови від них.

Етап другий – встановлення рівня каннабіноїдної залежності. Рівень каннабіноїдної залежності у наркопацієнтів досліджується за допомогою тестових питань, побудованих на підставі тесту К. Фагерстрема (додаток Д). Оцінка тестування проводилася шляхом підрахунку суми балів, яка свідчить про рівень каннабіноїдної залежності (F12):

- 1 рівень – слабка залежність (1–5 балів);
- 2 рівень – середня залежність (6–10 балів);
- 3 рівень – сильна залежність (11–15 балів).

Описані дослідження другого етапу при розробці алгоритму визначення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) опубліковані в [144].

Етап третій – встановлення рівня відмови від зловживання каннабіноїдів. Рівень відмови від зловживання каннабіноїдів визначається за допомогою тесту, який наведено в табл. 4.2. Сума балів по окремим питанням дозволяє встановити рівень відмови пацієнта від зловживання каннабіноїдів.

Таблиця 4.2

Тест встановлення рівня відмови від зловживання каннабіноїдів

№ з/п	Питання	Відповідь (бали)
1	Чи кинули б Ви вживання каннабіноїдів, якщо це було б легко?	<input type="checkbox"/> ні (0) <input type="checkbox"/> імовірно за все ні (1) <input type="checkbox"/> можливо так (2) <input type="checkbox"/> імовірно за все так (3) <input type="checkbox"/> так (4)
2	Як сильно Ви бажаєте кинути вживання каннабіноїдів?	<input type="checkbox"/> не бажаю взагалі (0) <input type="checkbox"/> слабке бажання (1) <input type="checkbox"/> у середньому ступені (2) <input type="checkbox"/> сильне бажання (3) <input type="checkbox"/> дуже хочу кинути вживання каннабіноїдів (4)

Сума балів може коливатися від 0 до 8. Чим більше сума балів, тим вище рівень готовності пацієнта припинити зловживання каннабіноїдів:

1 рівень – низький рівень відмови від зловживання каннабіноїдів (до 3 балів): пацієнт не бажає припинити зловживання каннабіноїдів, йому можна запропонувати програму щодо зниження інтенсивності вживання каннабіноїдів;

2 рівень – середній рівень відмови від зловживання каннабіноїдів (від 3 до 5 балів): пацієнту можна запропонувати нетривалу фармакотерапевтичну програму з метою зниження рівня зловживання каннабіноїдів і підсилення бажання відмовитися від них;

3 рівень – високий рівень відмови від зловживання каннабіноїдів (більше 5 балів): пацієнту можна запропонувати тривалу фармакотерапевтичну програму з метою повної відмови від каннабіноїдів.

Крім того, необхідно враховувати, що навіть серед пацієнтів із високим рівнем відмови від зловживання каннабіноїдів протягом року, результат може не складати 100%. Це пояснюється тим, що у багатьох пацієнтів розвивається значна психологічна каннабіноїдна залежність (F12), подолання якої може вимагати декількох курсів фармакотерапевтичних та реабілітаційних програм.

Етап четвертий – встановлення рівня небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнтів. Рівень небезпеки зловживання каннабіноїдів як фактор ризику інших (супутніх) захворювань має вагомe значення при встановленні статусу каннабіноїдної залежності (F12) і відіграє важливу роль у намірі пацієнта відмовитися від каннабіноїдів. Уперше розроблено встановлення рівня небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнта за допомогою розрахунку індексу зловживання каннабіноїдів (ІЗК) на підставі запропонованої формули (4.1):

$$\text{ІЗК} = 12 \times N, \quad (4.1)$$

де 12 – кількість місяців на рік;

N – кількість десятків сигарет з каннабіноїдами (конопля, марихуана, гашиш), що викурюється на місяць.

Показник ІЗК свідчить про рівень імовірності подальших наслідків у вигляді розвитку у пацієнта інших супутніх розладів здоров'я (наприклад, захворювання органів дихання, печінки):

1 рівень – низький рівень імовірності розвитку супутніх захворювань (ІЗК до 36);

2 рівень – середній рівень імовірності розвитку супутніх захворювань (ІЗК від 36 до 71);

3 рівень – високий рівень імовірності розвитку супутніх захворювань (ІЗК більше 71).

Розрахунок ІЗК необхідно проводити для кожного пацієнта із залежністю від каннабіноїдів, який приходить на прийом до лікаря або надходить до лікарні, а результати фіксувати в історії хвороби і співставляти із супутніми у даного пацієнта захворюваннями.

Таким чином, узагальнююча схема алгоритму визначення статусу каннабіноїдної залежності наведена на рис. 4.20. Розроблений алгоритм визначення статусу залежності від каннабіноїдів було застосовано до наркохворих пацієнтів з діагнозом F12, які проходили лікування в стаціонарі КЗОЗ «Харківський обласний наркологічний диспансер» за допомогою аналітико-дескриптивного методу. Залучені до дослідження респонденти (20 осіб) були чоловічої статі віком від 24 до 31 років.

Для визначення однорідності отриманих даних анкетування наркохворих становило інтерес визначити частоти відповідей респондентів, середню арифметичну зважену, дисперсію, середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації на кожному етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів [30].

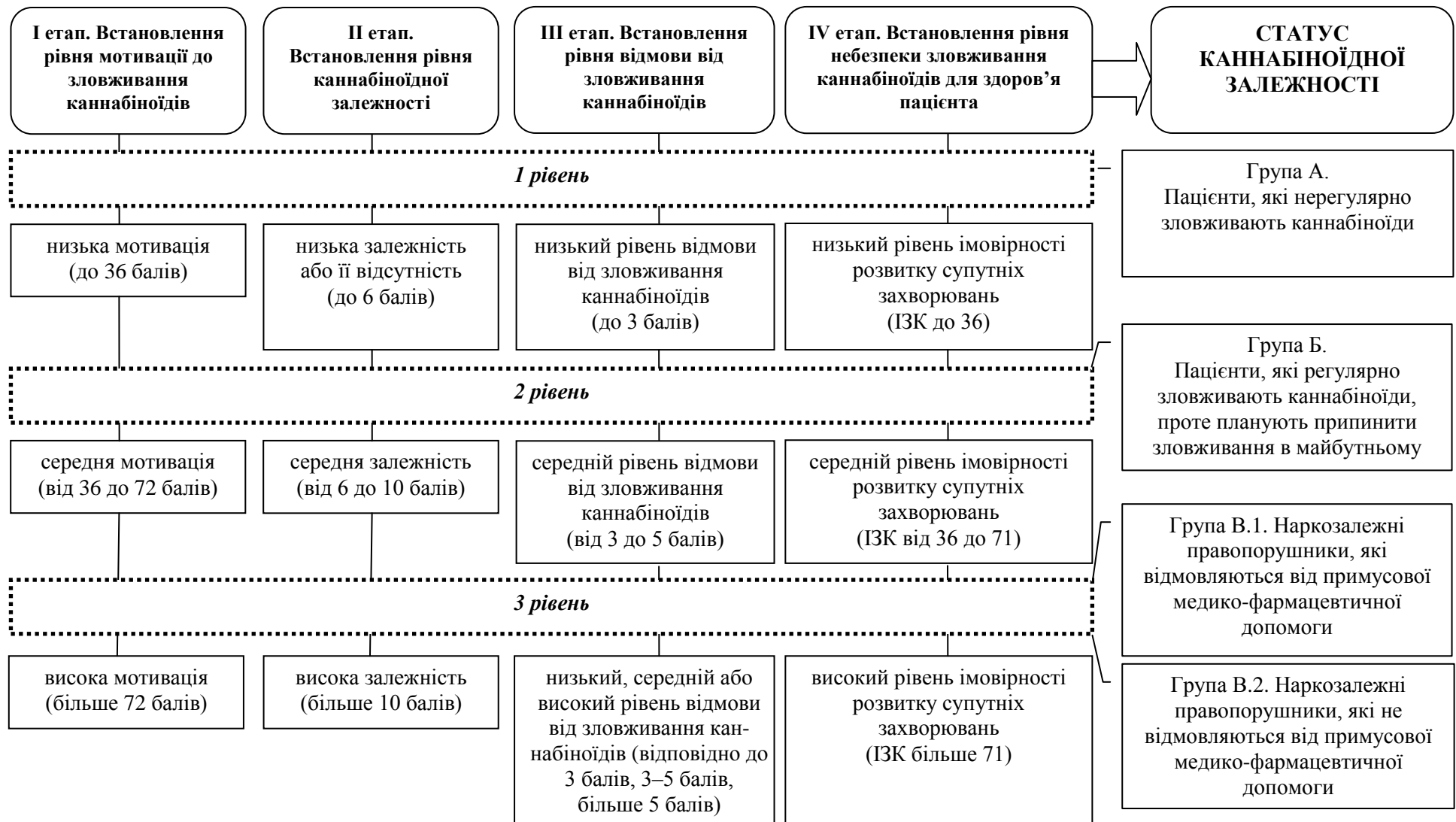


Рис. 4.20. Узагальнююча схема алгоритму визначення статусу каннабіоїдної залежності

Середню арифметичну зважену (\bar{x}_3) визначали за формулою 4.2:

$$\bar{x}_3 = \frac{k_1 x_1 + k_2 x_2 + \dots + k_n x_n}{k_1 + k_2 + \dots + k_n}, \quad (4.2)$$

де $x_1, x_2 \dots x_n$ – варіанта;

$k_1, k_2 \dots k_n$ – частота варіанти.

Розрахунок дисперсії (σ^2) проводився за формулою 4.3:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}_3)^2 \times n_i}{n}, \quad (4.3)$$

де x_i – варіанта;

\bar{x}_3 – середня арифметична зважена;

n_i – частоти;

n – число варіантів ряду.

Середнє квадратичне відхилення (σ) визначалося наступним чином:

$$\sigma = \sqrt{\sigma^2}, \quad (4.4)$$

де σ^2 – дисперсія.

Розрахунок коефіцієнту варіації (v), який показує яку частину становить середнє квадратичне відхилення від середньої арифметичної зваженої, проводився за формулою 4.5:

$$v = \frac{\sigma \times 100\%}{\bar{x}_3}, \quad (4.5)$$

де σ – середнє квадратичне відхилення;

\bar{x}_3 – середня арифметична зважена.

За результатами обробки отриманих даних респондентів на I етапі встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) визначено частоти відповідей наркохворих, що наведено у табл. 4.3.

**Частоти відповідей респондентів на I етапі визначення статусу
залежності від каннабіноїдів (F12)**

Частоти	Варіанти												Всього варіантів
	1 рівень (до 36 балів)				2 рівень (36-72 бали)		3 рівень (більше 72 балів)						
	21	28	31	35	54	60	78	82	85	87	89	90	
Частота балів	4	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	20
Частота балів по кожному рівню	7				2		11						20

Використовуючи дані табл. 4.3 визначимо величину середньоарифметичної зваженої (формула 4.2):

$$\bar{x}_3 = \frac{4 \cdot 21 + 1 \cdot 28 + 1 \cdot 31 + 1 \cdot 35 + 1 \cdot 54 + 1 \cdot 60 + 2 \cdot 78 + 3 \cdot 82 + 2 \cdot 85 + 2 \cdot 87 + 1 \cdot 89 + 1 \cdot 90}{4 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 2 + 3 + 2 + 2 + 1 + 1} = 60,85$$

Дані для розрахунку дисперсії I етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) представлені в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Дані для розрахунку дисперсії першого етапу

x_i	\bar{x}_i	$(\bar{x}_i - \bar{x}_3)$	$(\bar{x}_i - \bar{x}_3)^2$	$(\bar{x}_i - \bar{x}_3)^2 \times n_i$
до 36	$((36-36)+36)/2$	$18 - 60,85 = -42,85$	1836,1	$1836,1 \times 7 = 12852,7$
36-72	$(36+72)/2$	$54 - 60,85 = -6,85$	46,9	$46,9 \times 2 = 93,8$
більше 72	$(72+(72+4))/2$	$74 - 60,85 = 13,15$	172,9	$172,9 \times 11 = 1901,9$
Σ				14848,4

На підставі даних табл. 4.4 визначаємо дисперсію (формула 4.3):

$$\sigma^2 = \frac{14848,4}{20} = 742,42.$$

Це дозволяє зробити розрахунок середнього квадратичного відхилення (формула 4.4):

$$\sigma = \sqrt{742,42} \approx 27,25.$$

Далі за формулою 4.5 обчислюємо коефіцієнт варіації:

$$v = \frac{27,25 \times 100\%}{60,85} = 44,8\%.$$

Отриманий коефіцієнт варіації (v) становить більше 40%, що свідчить про суперечливість варіаційного ряду і неоднорідність його варіантів.

Аналогічним чином проводимо розрахунки статистичних показників II етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12). Так, частоти відповідей респондентів приведено у табл. 4.5.

Таблиця 4.5

Частоти відповідей респондентів на II етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів (F12)

Частоти	Варіанти											Всього варіантів
	1 рівень (до 6 балів)				2 рівень (6-10 балів)			3 рівень (більше 10 балів)				
	2	3	4	5	7	8	9	11	12	14	15	
Частота балів	2	1	1	1	2	1	1	4	3	1	3	20
Частота балів по кожному рівню	5				4			11				20

На підставі даних табл. 4.5 за допомогою формули 4.2 визначимо величину середньоарифметичної зваженої:

$$\bar{x}_z = \frac{2 \cdot 2 + 1 \cdot 3 + 1 \cdot 4 + 1 \cdot 5 + 2 \cdot 7 + 1 \cdot 8 + 1 \cdot 9 + 4 \cdot 11 + 3 \cdot 12 + 1 \cdot 14 + 3 \cdot 15}{2 + 1 + 1 + 1 + 2 + 1 + 1 + 4 + 3 + 1 + 3} = \frac{186}{20} = 9,3.$$

Дані для розрахунку дисперсії II етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) представлені в табл. 4.6.

Дані для розрахунку дисперсії другого етапу

x_i	\bar{x}_i	$(\bar{x}_i - \bar{x})$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2 \times n_i$
до 6	$((6-4)+6)/2$	$4 - 9,3 = -5,3$	28,09	$28,09 \times 5 = 140,45$
6-10	$(6+10)/2$	$8 - 9,3 = -1,3$	1,69	$1,69 \times 4 = 6,76$
більше 10	$(10+(10+4))/2$	$12 - 9,3 = 2,7$	7,29	$7,29 \times 11 = 80,19$
Σ				227,4

Використовуючи дані табл. 4.6 за формулою 4.3 розраховуємо дисперсію:

$$\sigma^2 = \frac{227,4}{20} = 11,37.$$

Потім визначаємо середнє квадратичне відхилення (формула 4.4):

$$\sigma = \sqrt{11,37} \approx 3,37.$$

За формулою 4.5 обчислюємо коефіцієнт варіації:

$$v = \frac{3,37 \times 100\%}{9,3} = 36,2\%.$$

Отриманий коефіцієнт варіації (v) становить менше 40%, що свідчить про стабільність варіаційного ряду та однорідність його варіантів.

Далі робимо розрахунки для III етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12). Так, частоти відповідей респондентів приведено у табл. 4.7.

Таблиця 4.7

Частоти відповідей респондентів на III етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів (F12)

Частоти	Варіанти						Всього варіантів
	1 рівень (до 3 балів)		2 рівень (3-5 балів)	3 рівень (більше 5 балів)			
	1	2	4	6	7	8	
Частота балів	5	1	3	4	3	4	20
Частота балів по кожному рівню	6		3	11			20

Використовуючи дані табл. 4.7 визначимо величину середньоарифметичної зваженої (формула 4.2):

$$\bar{x}_z = \frac{5 \cdot 1 + 1 \cdot 2 + 3 \cdot 4 + 4 \cdot 6 + 3 \cdot 7 + 4 \cdot 8}{5 + 1 + 3 + 4 + 3 + 4} = \frac{96}{20} = 4,8.$$

Дані для розрахунку дисперсії III етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12) представлені в табл. 4.8.

Таблиця 4.8

Дані для розрахунку дисперсії третього етапу

x_i	\bar{x}_i	$(\bar{x}_i - \bar{x})$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2 \times n_i$
до 3	$((3-2)+3)/2$	$2 - 4,8 = -2,8$	7,84	$7,84 \times 6 = 47,04$
3-5	$(3+5)/2$	$4 - 4,8 = -0,8$	0,64	$0,64 \times 3 = 1,92$
більше 5	$(5+(5+2))/2$	$6 - 4,8 = 1,2$	1,44	$1,44 \times 11 = 15,84$
Σ				64,8

На підставі даних табл. 4.8 визначаємо дисперсію (формула 4.3):

$$\sigma^2 = \frac{64,8}{20} = 3,24.$$

Тоді середнє квадратичне відхилення буде становити (формула 4.4):

$$\sigma = \sqrt{3,24} \approx 1,8.$$

Далі за формулою 4.5 обчислюємо коефіцієнт варіації:

$$v = \frac{1,8 \times 100\%}{4,8} = 37,5\%.$$

Отриманий коефіцієнт варіації (v) становить менше 40%, що свідчить про стабільність варіаційного ряду та однорідність його варіантів.

Також робимо розрахунки статистичних показників останнього IV етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів (F12). Частоти відповідей респондентів наведено у табл. 4.9.

Таблиця 4.9

**Частоти відповідей респондентів на IV етапі визначення статусу
залежності від каннабіноїдів (F12)**

Частоти	Варіанти									Всього варіантів
	1 рівень (ІЗК до 36)		2 рівень (ІЗК 36-71)		3 рівень (ІЗК більше 71)					
	12	24	48	60	72	84	96	108	120	
Частота балів	3	1	4	1	5	2	2	1	1	20
Частота балів по кожному рівню	4		5		11					20

Виходячи з даних табл. 4.9 розрахуємо величину середньої арифметичної зваженої (формула 4.2):

$$\bar{x}_s = \frac{3 \cdot 12 + 1 \cdot 24 + 4 \cdot 48 + 1 \cdot 60 + 5 \cdot 72 + 2 \cdot 84 + 2 \cdot 96 + 1 \cdot 108 + 1 \cdot 120}{3 + 1 + 4 + 1 + 5 + 2 + 2 + 1 + 1} = \frac{1260}{20} = 63.$$

Дані для розрахунку дисперсії IV етапу встановлення статусу залежності від каннабіноїдів представлені в табл. 4.10.

Таблиця 4.10

Дані для розрахунку дисперсії четвертого етапу

x_i	\bar{x}_i	$(\bar{x}_i - \bar{x})$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2$	$(\bar{x}_i - \bar{x})^2 \times n_i$
до 36	$((36-35)+36)/2$	$18,5 - 63 = -44,5$	1980,25	$1980,25 \times 4 = 7921$
36-71	$(36+71)/2$	$53,5 - 63 = -9,5$	90,25	$90,25 \times 5 = 451,25$
більше 71	$(71+(71+35))/2$	$88,5 - 63 = 25,5$	650,25	$650,25 \times 11 = 7152,75$
Σ				15525

На підставі даних табл. 4.10 за формулою 4.3 розрахуємо дисперсію:

$$\sigma^2 = \frac{15525}{20} = 776,25.$$

Потім визначаємо середнє квадратичне відхилення (формула 4.4):

$$\sigma = \sqrt{776,25} \approx 27,9.$$

За формулою 4.5 обчислюємо коефіцієнт варіації:

$$v = \frac{27,9 \times 100\%}{63} \approx 44,3\%.$$

Отриманий коефіцієнт варіації (v) становить більше 40%, що свідчить про неоднорідність варіантів варіаційного ряду.

На підставі визначення частоти відповідей респондентів на кожному етапі (табл. 4.3, 4.5, 4.7, 4.9) побудовано гістограму варіаційного ряду відповідей наркохворих на кожному етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів (F12), яку наведено на рис. 4.21.

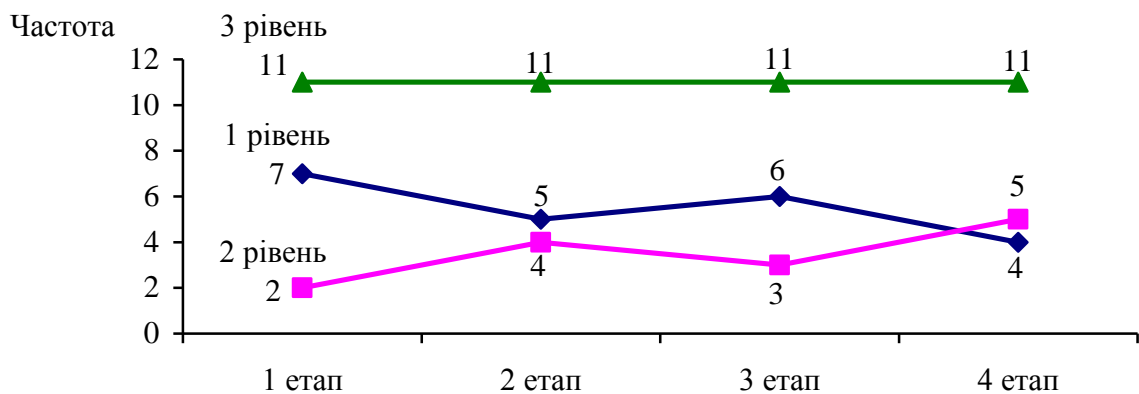


Рис. 4.21. Гістограма варіаційного ряду (частота) відповідей наркохворих на кожному етапі визначення статусу залежності від каннабіноїдів

Отже, із рис. 4.21 видно, що 11 наркохворих мають 3 рівень статусу каннабіноїдної залежності, який передбачає наявність високої мотивації до зловживання каннабіноїдами (I етап), сильної залежності від каннабіноїдів (II етап), високого рівня відмови від зловживання каннабіноїдами (III етап) та імовірності розвитку супутніх захворювань (IV етап). Оскільки ці наркохворі мали високий рівень відмови від зловживання каннабіноїдами (більше 5 балів), то відповідно до розробленого алгоритму визначення статусу каннабіноїдної залежності (рис. 4.20) їх було віднесено до групи В.2 – пацієнти, які регулярно зловживають каннабіноїдами, проте мають сильне бажання припинити зловживання.

У зв'язку з цим наркохворим респондентам з 3 рівнем статусу каннабіноїдної (гашишної) залежності (11 осіб) було запропоновано пройти курс інтегрованої фармакотерапії з використанням перспективних гепатопротекторів нового покоління (підрозділ 5.2 дисертаційної роботи) на базі КЗОЗ «Харківський обласний наркологічний диспансер» під керівництвом проф. І.К. Сосіна.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. Використано індикатор оцінки попиту на каннабіноїди серед нелегальних споживачів на регіональному рівні. Удосконалено підходи до судово-фармацевтичного обґрунтування попиту на комбіноване зловживання каннабіноїдів та психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп.
2. Встановлено, що серед осіб, які були притягнені до кримінальної відповідальності за вчинення злочинів різного ступеня тяжкості (нелегальні споживачі) у м. Харків найчастіше відмічалось зловживання коноплі (47,36 %) та марихуани (39,48 %). Доведено з використанням аналітико-дескриптивного методу, що найбільший попит серед нелегальних споживачів коноплі і марихуани в м. Харків, зафіксовано у Київському районі (відповідно 27,77 % і 33,33 %). Доведено, що найбільший попит та кількість нелегальних споживачів коноплі по Харківській області спостерігалися у Зміївському (17,65 %) та Ізюмському (14,73 %) районах.
3. Надано оцінку попиту серед нелегальних споживачів на сумісне вживання каннабіноїдів з іншими ПАР різних класифікаційно-правових груп. Доведено, що для м. Харків характерно зловживання такими комбінаціями: каннабіноїди + тютюн; каннабіноїди + алкоголь; каннабіноїди + трамадол; каннабіноїди + первітин; каннабіноїди + опій. Найчастіше правопорушники зловживали каннабіноїди сумісно з тютюном (35,71 %), а рідше – з опієм (1,43 %).

4. Встановлено режим контролю для оцінки класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової групи ПАР та їх комбінацій, якими зловживають нелегальні споживачі. Показано, що за класифікаційно-правовою ознакою алкоголь і тютюн відносяться до загальної групи, опій і трамадол – до наркотичних засобів, а первітин – до психотропних речовин. Крім того, на відміну від інших ПАР, трамадол являється лікарським засобом, який відпускається із аптечних закладів за рецептом Ф-3 і знаходиться на предметно-кількісному обліку.
5. Визначено, що найбільший попит нелегальних споживачів на зловживання каннабіноїдів в комбінації з тютюном і алкоголем, приходиться на Київський район м. Харків (відповідно 25,00% і 26,67%).
6. З'ясовано, що попит на зловживання каннабіноїдів сумісно із трамадолом зафіксовано у 4 районах м. Харків на рівні 20,00% - 40,00%.
7. Розраховано попит нелегальних споживачів на регіональному рівні на комбіноване вживання каннабіноїдів з: тютюном – на рівні 22,22% в Ізюмському, Куп'янському та Первомайському; алкоголем – на рівні 25,00% в Куп'янському районах Харківської області.
8. На підставі порівняльного аналізу в районах м. Харків серед нелегальних споживачів зафіксовано попит на зловживання такими каннабіноїдами як конопля, марихуана і каннабіс, а у Харківській області – крім коноплі, марихуани і каннабісу, ще й гашишу.
9. При порівнянні Ізюмського району Харківської області з іншими районами встановлено, що Ізюмський район Харківщини займає 2 місце за індикатором попиту на зловживання коноплі (14,73%); 3 місце - марихуани (13,04%); 1 місце - каннабіноїдів із тютюном; 2 місце - каннабіноїдів з алкоголем; 4 місце - каннабіноїдів із ЛЗ трамадол.
10. Вперше доведено про наявність проблем та необхідність забезпечення ліками наркохворих з каннабіноїдною залежністю в системі примусової медико-фармацевтичної допомоги. Встановлено, що лише четверта частина (25,53 %) наркохворих правопорушників забезпечена ліками в

системі примусової медичної допомоги при направленні правоохоронними органами до закладів охорони здоров'я.

11. Вперше опрацьовано алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності (F12), який складається з 4 етапів: 1) встановлення рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів; 2) встановлення рівня каннабіноїдної залежності; 3) встановлення рівня відмови від зловживання каннабіноїдів; 4) встановлення рівня небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнта.
12. З'ясовано, що рівень мотивації (перший етап алгоритму) пацієнта до зловживання каннабіноїдів базується на: бажанні отримати стимулюючий ефект; зняття болю та відволікання від супутніх розладів здоров'я; отриманні розслаблюючого ефекту; отриманні підтримки при нервовій напрузі; психологічній залежності; звичці. Показано, що існує три рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів. Удосконалено тест К. Фагерстрема для використання на другому етапі алгоритму, що дало змогу встановити три рівня каннабіноїдної залежності (F12) у пацієнтів. Запропоновано окремий тест для встановлення трьох рівнів відмови пацієнтів від зловживання каннабіноїдів, що було використано на третьому етапі алгоритму. На підставі розрахунку індексу зловживання каннабіноїдів (четвертий етап алгоритму) приведено три рівня небезпеки для здоров'я пацієнта з каннабіноїдною залежністю та супутніми хворобами.
13. На підставі розробленого алгоритму відібрано 11 наркохворих, які мали 3 рівень статусу каннабіноїдної залежності, тобто високу мотивацію до зловживання каннабіноїдами (I етап), сильну залежність від каннабіноїдів (II етап), високий рівень відмови від зловживання каннабіноїдами (III етап) та супутні захворювання (IV етап).

РОЗДІЛ 5

РОЗРОБКА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПРИНЦИПІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАМИ НАРКОХВОРИХ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД КАННАБІНОЇДІВ (F12)

В даному розділі дисертаційної роботи приведено результати досліджень з наукового обґрунтування розробки організаційних принципів, що включають контрольні-дозвільні заходи для протидії нелегальному обігу каннабіноїдів та медико-фармацевтичні заходи для забезпечення ліками наркохворих з каннабіноїдною залежністю.

5.1 Контрольно-дозвільні заходи протидії нелегальному обігу каннабіноїдів

В ситуації постійного зростання наркотизації населення внаслідок нелегального обігу каннабіноїдів, що відбувається на регіональному рівні та на рівні міських районних рад території м. Харків та Харківської області, набуває актуальності та необхідності розробка на підставі наукового обґрунтування організаційних принципів протидії таким явищам. Серед контрольних-дозвільних заходів протидії повторному вчиненню правопорушень у сфері нелегального обігу каннабіноїдів є проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед затриманих нелегальних споживачів ПАР, наркохворих, різних верств населення.

На підставі анкетування респондентів із використанням аналітико-дескриптивного методу встановлено рівень проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи (ІРР) серед нелегальних споживачів каннабіноїдів. Так, більшість респондентів (77,14%) зазначила, що в м. Харків в основному проводиться ІРР серед нелегальних споживачів каннабіноїдів. Виділено 9 районів м. Харків, де впроваджено відповідні контрольні-дозвільні заходи з

проведення ІРР у протидії повторного вчинення правопорушень у сфері нелегального обігу каннабіноїдів (рис. 5.1).

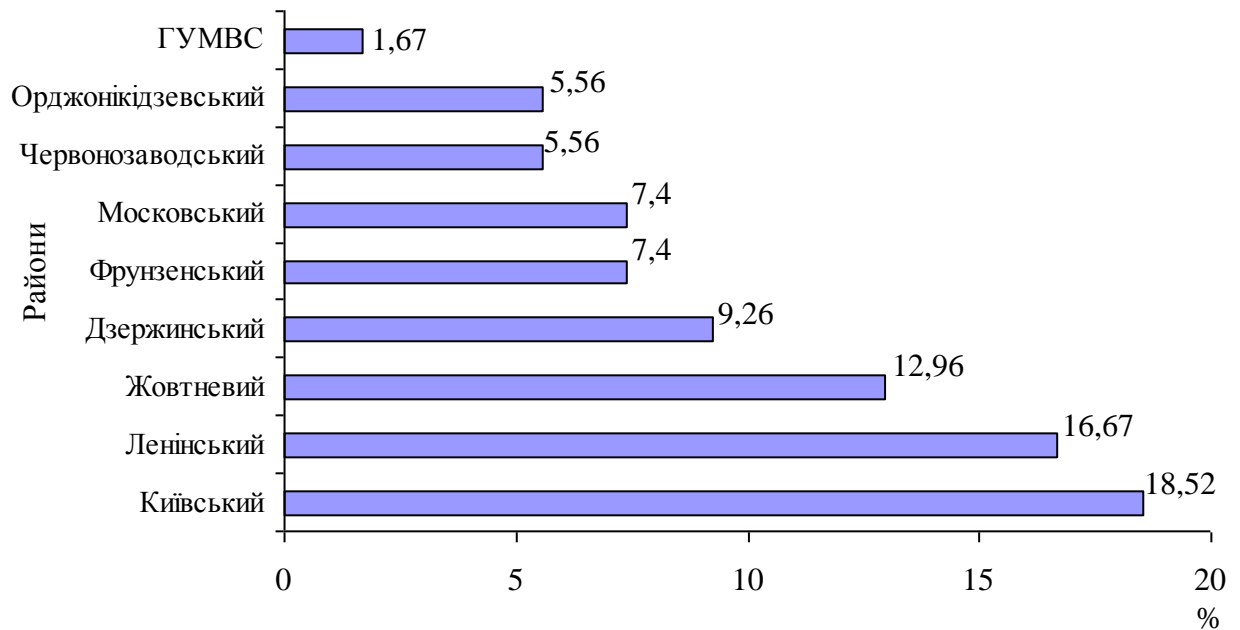


Рис. 5.1. Рівень проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед нелегальних споживачів каннабіноїдів по районах м. Харків

За даними рис. 5.1, найбільший рівень проведення ІРР серед нелегальних споживачів каннабіноїдів має Київський (18,52 %) і Ленінський (16,67 %) райони м. Харків. Слід відмітити, що при опису досліджень у 3 розділі дисертаційної роботи було доведено, що саме у Київському та Ленінському районах зафіксовано найбільшу кількість таких правопорушень. З'ясовано, що на відміну від районів м. Харків, у Харківській області рівень ІРР складає майже 100% у 15 районах: Барвенківський, Богодухівський, Борівський, Валківський, Великобурлуцький, Вовчанський, Дергачівський, Зміївський, Ізюмський, Куп'янський, Нововодолазький, Первомайський, Сахновщинський, Чугуївський та Харківський.

При цьому за результатами використання аналітико-дескриптивного методу більшість респондентів (90,00%) наполягали на необхідності впровадження в Україні досвіду міжнародних контрольних заходів

протидії нелегального обігу ПАР, каннабіноїдів, каннабіноїдної наркоманії (F 12) та наркобізнесу, зокрема:

1) широка ІРР, спрямована на те, щоб не допустити втягнення молоді у вживання каннабіноїдів шляхом застосування інноваційних досягнень фармації, медицини, наркології;

2) «силова» боротьба з нелегальним обігом ПАР, каннабіноїдів, наркобізнесом із застосуванням спеціалізованих засобів, спеціально підготовлених співробітників, контроль за відмиванням «брудних» грошей, затримання кур'єрів з наркотичним багажем, вихід через них на керівників наркокартелів тощо;

3) «лібералізація» наркотичної проблеми; коли у державі приходять до висновку, що найкращий вид боротьби з наркотизацією населення – це перехід до легальної реалізації наркотичних засобів рослинного походження через аптеки чи спеціалізовані крамниці.

На підставі отриманих результатів досліджень [107, 122] сформовано основні фактори, які необхідно враховувати при розробці контрольно-дозвільних заходів у протидії зростання нелегального обігу каннабіноїдів, наркозлочинності та поширення каннабіноїдної наркоманії (рис. 5.2).

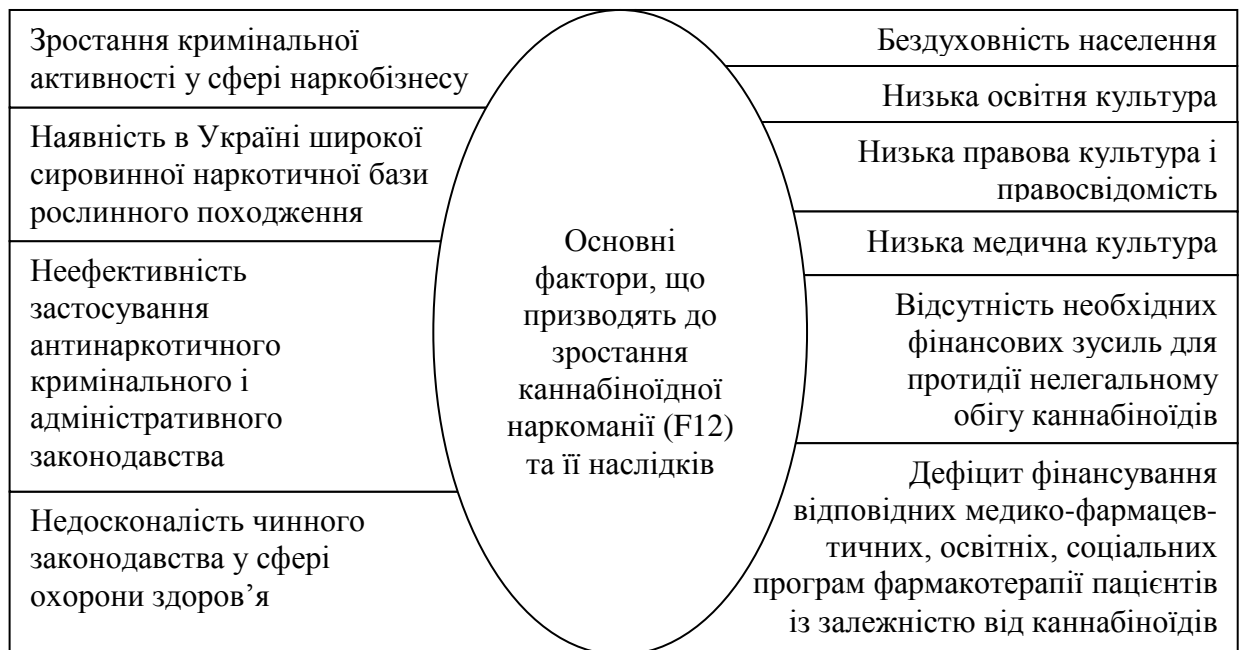


Рис. 5.2. Основні фактори, які необхідно враховувати при розробці контрольно-дозвільних заходів

Вище вказане стало підставою для визначення 4 напрямків розробки контрольно-дозвільних заходів у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів і каннабіноїдної наркоманії (F 12): 1) організаційно-правовий; 2) медико-фармацевтичний; 3) соціально-економічний; 4) морально-етичний, ІРР, культурно-виховний (рис. 5.3).

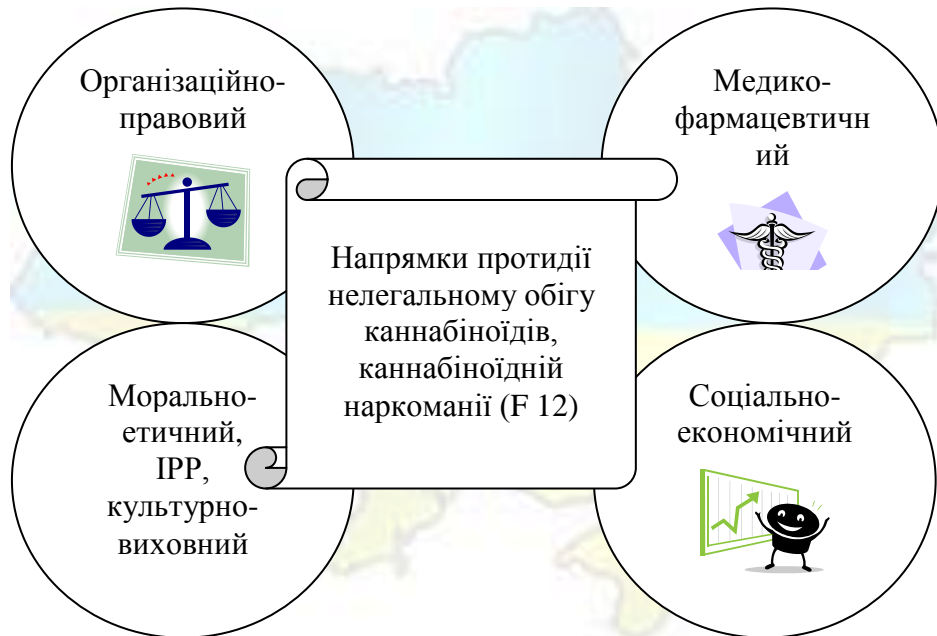


Рис. 5.3. Напрямки розробки контрольно-дозвільних заходів у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів і каннабіноїдної наркоманії

Організаційно-правовий напрямок передбачає комплекс заходів:

- удосконалення чинного законодавства щодо обігу наркотичних засобів рослинного походження;
- створення спеціалізованих закритих лікувальних закладів (для неповнолітніх у віці 16-18 років – спеціалізовані лікувально-виховні заклади) для примусового лікування осіб, хворих на каннабіноїдну наркоманію (F12) і забезпечення ліками;
- створення центрів медико-соціальної реабілітації неповнолітніх до 16 років для забезпечення ліками при лікуванні від каннабіноїдної та інших видів адиктивної залежності;
- створення у Державній службі України з контролю за наркотиками єдиного всеукраїнського міжвідомчого банку даних про осіб, причетних до

незаконного обігу наркотичних засобів рослинного походження (каннабіноїдів), який інтегрується в міжнародну систему для створення в подальшому єдиного реєстру хворих на каннабіноїдну наркоманію (F12);

- створення в СБУ спецпідрозділів по боротьбі з міжнародною контрабандою каннабіноїдів та ПАР інших класифікаційно-правових груп.

Медико-фармацевтичний напрямок включає:

- розробку нових схем фармакотерапії каннабіноїдної наркоманії (F12) із використанням ефективних, безпечних, якісних та доступних ЛЗ [2, 88, 139];

- забезпечення ліками різних клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових та номенклатурно-правових груп програм медико-фармацевтичної реабілітації і ресоціалізації наркохворих з діагнозом F12;

- формування у молоді здорового способу життя;

- пропаганду серед всіх верств населення тверезого способу життя;

Соціально-економічний напрямок складається з наступних заходів:

- розробка соціально спрямованих фармацевтичних програм для забезпечення ліками наркозалежних з діагнозом F12;

- проведення науково-дослідних робіт по виведенню сортів конопель без каннабіноїдів із урахуванням досвіду країн світу;

- розробка нових зразків сільськогосподарської техніки для збирання наркотичних культур з метою зменшення втрат урожаю, термінів збиральних робіт і частки ручної праці.

Морально-етичний, ІРР та культурно-виховний напрямок у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів і каннабіноїдної наркоманії (F 12) полягає у:

- включенні до програм вищих і середніх навчальних закладів питань про шкідливість вживання каннабіноїдів і ПАР інших класифікаційно-правових груп;

- розробці навчально-методичних та науково-дослідних програм щодо підвищення рівня освітньої, медичної, правової культури у виборі способу життя;

- розробці навчально-методичних та науково-дослідних програм щодо ролі морально-етичних принципів у виборі способу життя.

Таким чином, за результатами дослідження з метою протидії поширенню каннабіноїдної наркоманії (F12), нелегального обігу каннабіноїдів та повторного вчинення правопорушень розроблено дворівневу систему контрольних-дозвільних заходів (рис. 5.4): I рівень включає державні заходи, спрямовані на державні, контролюючі, правоохоронні, адвокатські органи; II рівень – регіональні заходи з ІРР серед населення України щодо негативного впливу та наслідків зловживання каннабіноїдів, інших ПАР, спрямовані на молодь і суспільство.



Рис. 5.4. Дворівнева система контрольних-дозвільних заходів у протидії поширенню каннабіноїдної наркоманії (F12) та нелегального обігу каннабіноїдів

Запропоновані державні заходи, спрямовані на державні органи, передбачають:

- ❖ покращення умов життя населення України;

- ❖ проведення антиреклами каннабіноїдів у засобах масової інформації;
- ❖ створення анонімних закладів психологічної допомоги на базі лікувально-профілактичних закладів;
- ❖ посилення боротьби із корупцією;
- ❖ допомогу неблагополучним сім'ям;
- ❖ покарання чиновників, які покривають наркодільців.

А загальнодержавні заходи, спрямовані на контролюючі, правоохоронні та адвокатські органи, полягають у:

- введенні більш жорсткого покарання за вчинення правопорушень, що пов'язані з нелегальним обігом ПАР, зокрема тих, що вміщують каннабіноїди;
- призначенні винагороди тим, хто повідомив про вчинення правопорушення правоохоронним органам;
- поліпшенні професійних навичок співробітників БНОН;
- посиленні патрулювання правоохоронними органами місць ймовірного вживання каннабіноїдів;
- перевірці раніше засуджених на предмет повторного вчинення правопорушення;
- проведенні правоохоронними органами рейдів щодо профілактики створення умов для нелегального обігу каннабіноїдів;
- виявленні та усуненні розповсюджувачів каннабіноїдів;
- перевірці на кордонах осіб, які перетинають кордон України, на предмет нелегального ввезення або вивезення каннабіноїдів.

В свою чергу, регіональні заходи, спрямовані на молодь і суспільство, включають:

- ❖ проведення роз'яснювальної роботи щодо наслідків зловживання каннабіноїдами серед молоді;
- ❖ підвищення культури та морально-етичних основ особистості;
- ❖ проведення бесід щодо профілактики зловживання каннабіноїдами;

- ❖ проведення профілактичних заходів в загальноосвітніх та вищих навчальних закладах;
- ❖ приведення наглядних прикладів негативних наслідків зловживання каннабіноїдами;
- ❖ створення умов для працевлаштування молоді на підприємствах різних форм власності;
- ❖ розробку лекцій у загальноосвітніх та вищих навчальних закладах.
- ❖ збільшення безкоштовних гуртків для проведення дозвілля серед суспільства;
- ❖ проведення профілактичних заходів серед молоді (загальноосвітні та вищі навчальні заклади);
- ❖ збільшення безоплатних місць відпочинку та дозвілля для різних вікових категорій населення;
- ❖ проведення судово-фармацевтичного аналізу правопорушень, з метою виявлення тенденції до зменшення або збільшення їх кількості;
- ❖ проведення жорсткого контролю вільного часу молоді з метою профілактики зловживання ними каннабіноїдів;
- ❖ розробку заходів щодо профілактики злочинності серед різних верств населення;
- ❖ профілактику розвитку адиктивної залежності у медичних закладах;
- ❖ створення умов для психологічної допомоги населенню.

В рамках проведених досліджень запропоновано організаційно-правові заходи протидії поширенню нелегального обігу каннабіноїдів і каннабіноїдній залежності, які полягали в розробці нормотворчих ініціатив з удосконалення діючого фармацевтичного законодавства України [141, 142, 148].

Вектори розробки нормотворчих ініціатив щодо протидії каннабіноїдній наркоманії (F12) та нелегальному обігу каннабіноїдів державного та регіонального рівня представлено на рис. 5.5.

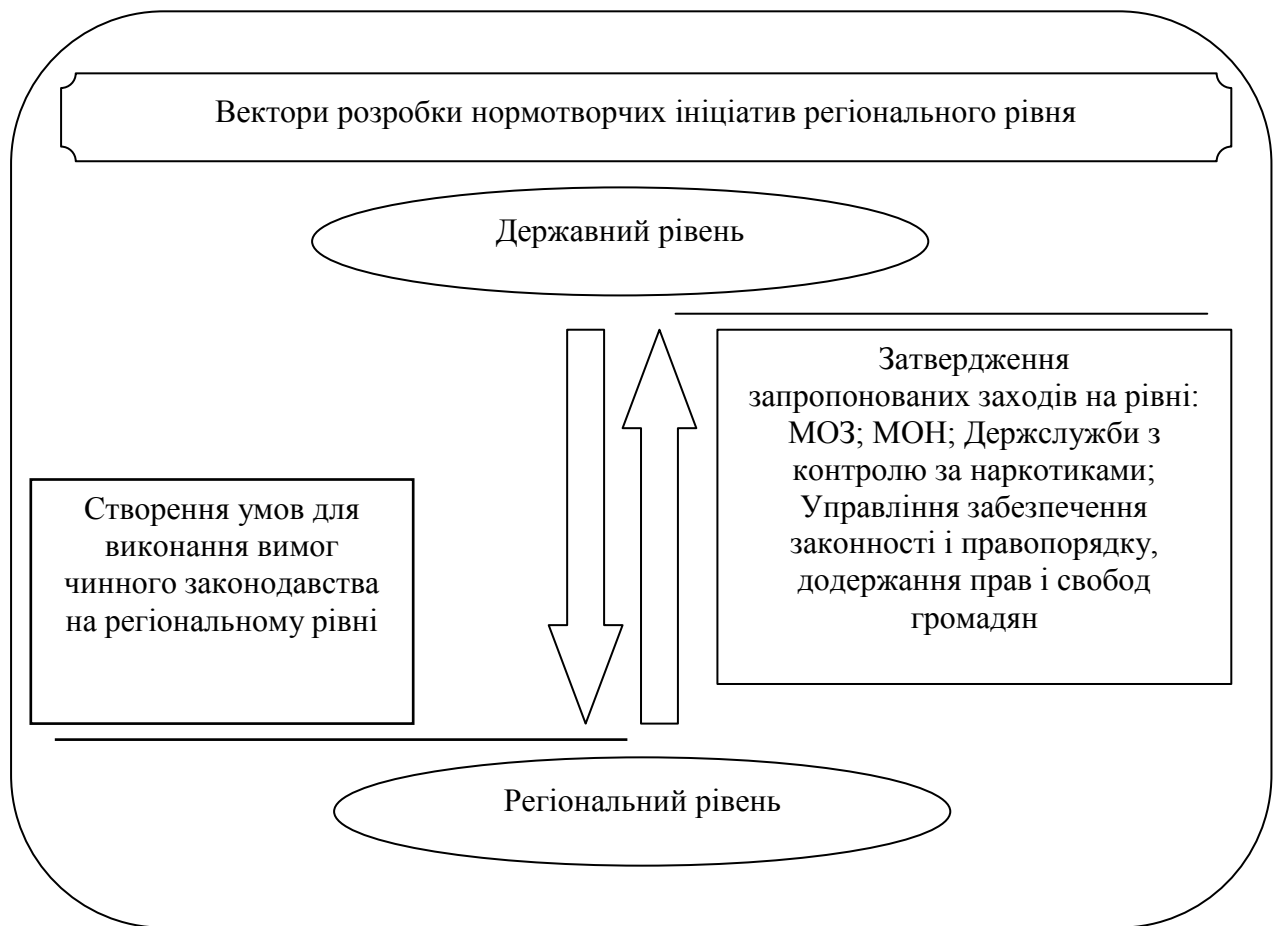


Рис. 5.5. Вектори розробки нормотворчих ініціатив державного та регіонального рівня

За результатами досліджень в організаційно-правовому напрямку протидії нелегальному обігу каннабіноїдів та каннабіноїдній наркоманії (F 12) в якості нормотворчої ініціативи до МОЗ України направлено пропозиції щодо включення в нормативно-правові документи визначення таких термінів:

1) «фармацевтичне попередження» – це дії провізора під час здійснення ним професійних обов’язків в закладах охорони здоров’я (лікарні, аптеки), які пов’язані із обігом лікарських засобів всіх клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових і номенклатурно-правових груп, що регламентовано центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров’я (лист від 08.08.2013 р. № 07-09/264-1);

2) «медико-фармацевтична реабілітація наркозалежних» – це комплекс заходів щодо фармакотерапії адиктивних розладів здоров'я (наркоманія, алкоголізм, полінаркотоксикоманія тощо), який здійснюється на добровільних або примусових засадах у відношенні хворого в закладах охорони здоров'я (лікарні, аптеки), із використанням, застосуванням і відпуском лікарських засобів всіх клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових і номенклатурно-правових груп, що регламентовано центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я (лист від 12.08.2013 р. №07-09/271-1).

Зокрема, визначення терміну «фармацевтичне попередження» запропоновано включити до ст. 2 (визначення термінів) Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР та ст. 1 (визначення термінів) Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 р. № 60/95-ВР [25, 26]. А визначення терміну «медико-фармацевтична реабілітація наркозалежних» запропоновано включити до ст. 3 (поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я) Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ та ст. 1. (основні терміни) Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 р. №62/95-ВР [27]. Вище наведені визначення обговорені на регіональному рівні фахівцями Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та науковцями, що входять до складу консультативно-дорадчого органу «Науково-методична рада фармації Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації».

Крім того, автором у складі робочої групи Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації (наказ Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації № 857 від 28.12.2012 р.) на виконання вимог чинного законодавства, зокрема:

Законів України: ▪ від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; ▪ від 15.02.1995р. № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»; доручення Прем'єр-Міністра України відповідно до листа Генерального прокурора України від 19.10.2012 р. № 08/2-227 «Про стан додержання законодавства, спрямованого на профілактику та лікування наркоманії, алкоголізму в дітей»; обґрунтовано та розроблено регіональні заходи, спрямовані на протидію поширення каннабіноїдної залежності (F12) в Харківській області, які передбачають:

- налагодження взаємодії та координування роботи закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, соціальних служб і закладів освіти;
- удосконалення заходів щодо своєчасного виявлення, лікування та медико-фармацевтичної реабілітації дітей і підлітків, які мають шкідливі звички;
- внесення до профілактичного обліку осіб, які вчинили злочин, пов'язаний з незаконним обігом каннабіноїдів;
- налагодження надання медико-фармацевтичної та соціально-економічної допомоги дітям, які зловживають каннабіноїдами для недопущення розповсюдження каннабіноїдної залежності;
- ініціювання направлення для примусового лікування до центрів медико-соціальної реабілітації дітей і підлітків з каннабіноїдною залежністю;
- проведення судово-фармацевтичного моніторингу ситуації у сфері боротьби з незаконним обігом ПАР і ефективності здійснення заходів реагування на таку ситуацію;
- проведення моніторингу ефективності профілактики наркоманії серед учнів та студентів на засадах медичного та фармацевтичного права;
- удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних, педагогічних, соціальних працівників інших служб з питань протидії поширенню каннабіноїдної залежності.

Запропоновані заходи, спрямовані на протидію поширення каннабіноїдної залежності (F12), було направлено до Державної служби з контролю за наркотиками (лист від 08.01.2013 р. № 07/11/16 до "Про виконання Розпорядження КМУ від 22.11.2010 р. № 2040-р"); до Управління забезпечення законності і правопорядку додержання прав і свобод громадян Харківської обласної державної адміністрації (лист від 08.01.2013 р. № 07-10/18 "Про виконання Розпорядження КМУ від 22.11.2010 р. № 2040-р"); до Міністерства охорони здоров'я України (лист від 19.11.2012 р. № 11-09/523 "Про надання інформації" на виконання доручення КМУ від 17.10.2012 р. № 80.1 до п. 6 та 7 витягу з протоколу № 80 щодо засідання КМУ від 17.10.2012 р. по організації роботи Державної служби з контролю за наркотиками у 2011-2012 р. та результатів діяльності Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації; до Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України (лист від 19.11.2012 р. № 11-09/523-1 "Про надання інформації").

Практична реалізація запропонованих заходів знайшла відображення в підготовці документів та планів роботи Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації на виконання Розпорядження КМУ від 22.11.2010 р. № 2140-р "Про затвердження заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширення наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 р.р.", та затверджені в наступних наказах Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації:

✓ від 28.12.2012 р. № 857 "Про створення робочої групи" на виконання доручення КМУ до листа Генеральної прокуратури України від 19.10.2012 р. № 08/2-227 вих.-12 "Про стан додержання законодавства, спрямованого на профілактику та лікування наркоманії, алкоголізму в дітей";

✓ від 01.07.2013 р. № 413 "Про створення робочої групи" щодо виконання доручення МОЗ України від 29.05.2012 р. № 18.4023/10-05/628

відносно забезпечення пацієнтів, що страждають на болі різного генезу знеболювальними лікарськими засобами, які містять підконтрольні речовини та формату сприяння відкриттю аптечних закладів державної, комунальної та іншої форми власності, які мають ліцензію на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також Листа Адміністрації Президента України від 03.04.2013 р. № 02-01/931 до питань аналізу цінової і територіальної доступності знеболювальних лікарських засобів;

✓ від 13.07.2013 р. № 452 "Про створення робочої групи" щодо реалізації Листа Адміністрації Президента України від 03.04.2013 р. № 02-01/931 до питань аналізу цінової і територіальної доступності знеболювальних лікарських засобів щодо лікування хворих, що страждають на болі різного генезу, наркоманію, алкоголізм, коморбідні стани та ВІЛ/СНІД;

✓ від 27.07.2013 р. № 492 "Про створення робочої групи" щодо виконання плану роботи Департаменту та реалізації комплексної програми "Здоров'я Слобожанщини на 2012-2014 роки";

✓ від 09.04.2014 р. № 193 "Про створення робочої групи" з метою приведення Закону України «Про лікарські засоби» у відповідності до Європейського фармацевтичного законодавства – Директиві 200/83/ЕС.

Крім того, автор приймав участь у роботі телефонної «гарячої лінії», де фіксувалися звернення пацієнтів, у яких порушено право на забезпечення ліками різних клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових та номенклатурно-правових груп, котру було створено на базі Департаменту охорони здоров'я України Харківської обласної державної адміністрації (наказ ГУОЗ ХОДА від 25.01.2013 р. № 71 "Про створення гарячої лінії") із залученням до чергувань науковців, лікарів, провізорів та священнослужителів, які мають вищу фармацевтичну освіту.

Слід відмітити, що в Україні в комунальних закладах охорони здоров'я (КЗОЗ) Харківської області створюються і працюють кімнати для надання допомоги хворим, які страждають на болі різного генезу внаслідок

захворювання на ВІЛ/СНІД, наркоманію, психоневрологічні та онкологічні розлади здоров'я. Крім того, Кабінетом Міністрів України та МОЗ України перед керівниками КЗОЗ в усіх регіонах, зокрема Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, запропоновано аптекам комунальної та іншої форми власності отримати ліцензію на діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів та психотропних речовин, що забезпечить доступність пацієнтів до відповідної знеболювальної фармакотерапії, підвищить рівень правовідносин у ланцюзі «лікар – пацієнт – провізор». Також слід зазначити, що керівництвом держави, МОЗ України, Харківської обласної державної адміністрації та Департаменту охорони здоров'я поряд з активізацією роботи по відкриттю нових аптек на базі КЗОЗ, фельдшерсько-акушерських пунктах та амбулаторій загальної практики сімейної медицини, у відділеннях КЗОЗ створюються кімнати для здійснення духовних обрядів. Тобто хворий, отримавши від лікаря призначення і придбавши у провізора ліки, в такій кімнаті може отримати морально-етичну підтримку на те, щоб призначена фармакотерапія сприяла його одужанню.

Таким чином, на підставі визначення контрольно-дозвільних заходів у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів та каннабіноїдній наркоманії (F12) запропоновано організаційно-правові заходи у вигляді нормотворчих ініціатив, які направлено до затвердження на державному рівні.

5.2 Медико-фармацевтичні заходи для забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів

В рамках огляду літератури була доведена актуальність, необхідність і важливість судово-фармацевтичних досліджень на засадах фармацевтичного права з урахуванням досвіду різних країн світу. Тому завданням підрозділу 5.2 дисертаційної роботи стала розробка медико-фармацевтичних заходів в системі забезпечення ліками наркохворих з залежністю від каннабіноїдів.

Каннабіноїдна наркоманія (F12) – це не тільки медико-фармацевтична проблема, це, перш за все, хвороба, яку автором запропоновано розглядати на 3-х рівнях (рис. 5.6):

1) індивідуальний рівень – трагедія особистості, її родини, близьких, тобто це результат способу життя особи, яка відчуває непереборну тягу до каннабіноїдів та адиктивну залежність від ПАР;

2) суспільний та державний рівень – результат злочинного організованого наркобізнесу, нелегального обігу каннабіноїдів, де наркозалежний від каннабіноїдів виступає як об'єкт експлуатації та засіб збагачення (як споживач, зручний та слухняний виконавець всіляких правопорушень);

3) загальнолюдський рівень – як загроза для якісного, безпечного існування суспільства і цивілізації.

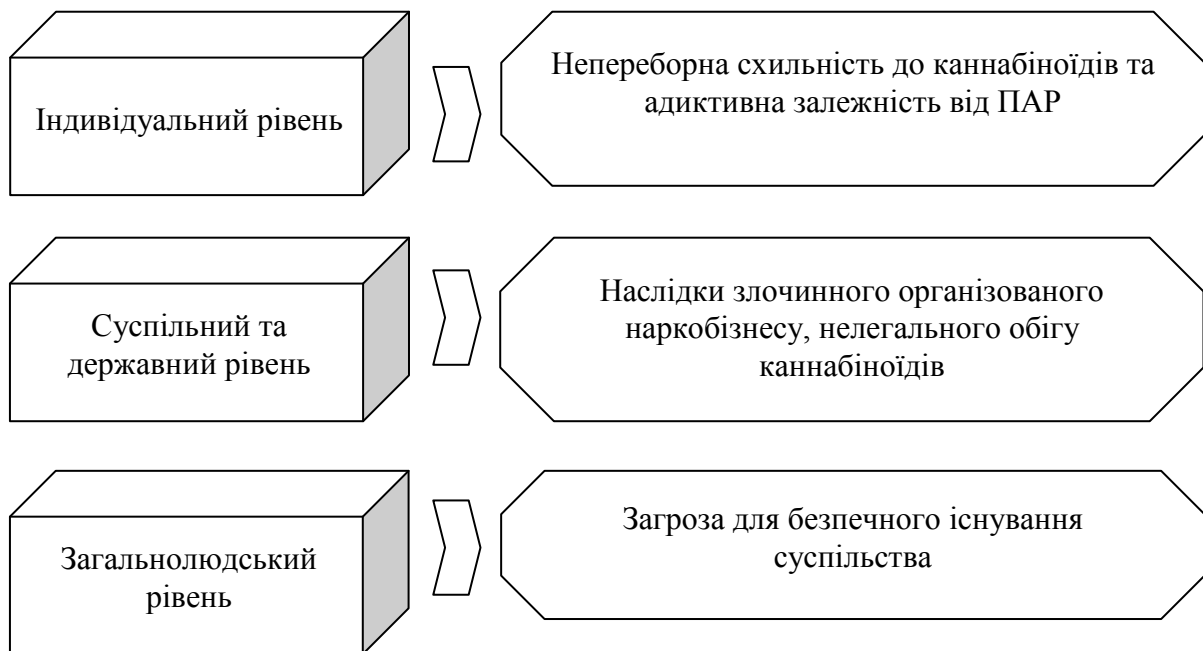


Рис. 5.6. Рівні каннабіноїдної наркоманії з позиції правової культури та правосвідомості

На підставі особистих досліджень автора встановлено, що на індивідуальному рівні у наркозалежних спостерігається низка причин, які призводять до зловживання каннабіноїдами: втрата сенсу існування; самотність; тяжкість прийняття рішень; нездатність вибрати життєву

позицію; відсутність відповідальності; страх смерті; думки про самогубство; нездатність сподобатися іншому; відсутність нормальних сексуальних відносин; надія, що ПАР вирішить всі проблеми; протест молодіжної культури; можливість приховатися від каяття; імітація успішності; мода; цікавість; бажання задоволення; зменшення у більшості дітей та підлітків превентивного психологічного захисту.

Значна розповсюдженість залежності від каннабіноїдів серед наркозалежних осіб, відсутність ефективних засобів і методів патогенетичного лікування, значні соціально-економічні втрати внаслідок гашишної наркотизації, визначають актуальність даної адикційної патології.

Слід відмітити, що довготривале зловживання гашишем призводить до печінкової недостатності, атрофії печінки, хронічних гепатитів та інших розладів здоров'я. Тому, завданням даного підрозділу стало обґрунтування включення ЛЗ гепатопротекторної дії до схем фармакотерапії наркозворих із каннабіноїдною (гашишною) залежністю на принципах доказової фармації.

Пошук доступних і ефективних ЛЗ-гепатопротекторів нового покоління для забезпечення фармакотерапії каннабіноїдної (гашишної) залежності базувався на наступних критеріях: а) адаптоване обмеження (мінімізація) кількості призначених ЛЗ; б) синхронне застосування ін'єкційної та пероральної (таблетованої) лікарських форм гепатопротекторів [29, 75].

Для фармакотерапії каннабіноїдної (гашишної) залежності було відібрано 6 ЛЗ-гепатопротекторів нового покоління двох лікарських форм (рідка і тверда), які зареєстровані на території України. В табл. 5.1 видно, що серед гепатопротекторів нового покоління таблетовану лікарську форму мають ЛЗ антраль, гепабене і карсил, а рідку лікарську форму – глутаргін, есенціале Н і л'есфаль. Ліками вітчизняного виробництва є антраль (ТОВ «Здоров'я»); карсил і л'есфаль (ВАТ «Фармак»); а ЛЗ іноземного виробництва – глутаргін (Ratiopharm), гепабене (Sopharma) і есенціале Н (Sanofi-Avensis).

Таблиця 5.1

**Перелік відібраних ЛЗ-гепатопротекторів нового покоління для
включення до схем фармакотерапії гашишної залежності**

№ з/п	Торгова назва	МНН	Лікарська форма	Виробник
1	Антраль	Антраль	табл. п/о 0,2 г блістер, №30	ТОВ «Здоров'я» (Україна)
2	Глутаргін	Аргінін глутамат	р-н д/ін. 20% амп. 5 мл, №10	Ratiopharm (Німеччина)
3	Гепабене	Дим'янка + фумарин + розторопша + силімарин	капс. тверд., №30	Sopharma (Болгарія)
4	Ессенціале Н	Ессенціальні фосфоліпіди	р-н для в/в ін. 250 мг/5 мл амп. 5 мл, №5	Sanofi-Avensis (Німеччина)
5	Карсил	Силімарин	табл. п/о 22,5 мг, №80	ВАТ «Фармак» (Україна)
6	Л'есфаль	Фосфатидилхолін з соєвих бобів	р-н д/ін. 50 мг/1 мл по 5 мл N. 5	ВАТ «Фармак» (Україна)

Дані щодо реєстрації на території України досліджуваних ЛЗ гепатопротекторної дії представлені у табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Термін дії реєстраційного посвідчення ЛЗ гепатопротектори

Торгова назва	Реєстраційне посвідчення (РП)		
	№ РП	Дата реєстрації РП	Дата закінчення РП
Антраль	UA/6893/01/02	19.07.2012	19.07.2017
Гепабене	UA/2381/01/01	02.06.2009	02.06.2014
Глутаргін	UA/4022/01/02	08.11.2010	08.11.2015
Ессенціале Н	UA/8626/01/01	02.08.2013	02.08.2018
Карсил	UA/2773/01/01	21.12.2009	21.12.2014
Л'есфаль	UA/12317/01/01	09.07.2012	09.07.2017

Дані табл. 5.2 підтверджують, що досліджувані ЛЗ гепатопротекторної дії мають реєстраційне посвідчення для медичного застосування на території України.

Інформаційна та фізична складові доступності ЛЗ гепатопротекторної дії визначали за судово-фармацевтичним показником «режим контролю» (розділ 2 дисертаційної роботи), результати чого представлено у табл. 5.3.

Таблиця 5.3

Результати визначення доступності ЛЗ гепатопротекторної дії за судово-фармацевтичним критерієм «режим контролю»

№ з/п	Торгова назва	Клініко-фармакологічна група (код АТС)	Класифікаційно-правова група	Номенклатурно-правова група
1	Л'есфаль	Гепатотропні препарати (A05BA50)	Загальна	За рецептом Ф-1
2	Ессенціале Н	Гепатотропні препарати (A05BA50)	Загальна	За рецептом Ф-1
3	Антраль	Гепатопротекторні препарати (A05BA)	Загальна	Без рецепта
4	Карсил	Препарати, які застосовують при захворюваннях печінки, ліпотропні речовини (A05BA03)	Загальна	Без рецепта
5	Гепабене	Засоби, що застосовуються для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів. Гепатотропні препарати (A05BA53)	Загальна	Без рецепта
6	Глутаргін	Препарати, що застосовуються при захворюваннях печінки. Гепатотропні препарати. Аргініну глутамат (A05BA01)	Загальна	За рецептом

Із табл. 5.3 видно, що всі ЛЗ належать до однієї клініко-фармакологічної групи – гепатопротекторні препарати (код АТС – А05ВА) та однієї класифікаційно-правової групи – загальна. Проте, є відмінності серед ЛЗ за номенклатурно-правовою ознакою: л'есфаль, ессенціале Н і глутаргін відносяться до рецептурної групи, а антраль, карсил і гепабене – до безрецептурної групи.

Економічні складові доступності ЛЗ гепатопротекторної дії за фармакоеконічними показниками визначали шляхом розрахунків коефіцієнта нестабільності ціни (формула 2.2) та коефіцієнта доступності ЛЗ (формула 2.3), результати чого наведені у табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Результати визначення доступності ЛЗ гепатопротекторної дії за фармакоеконічними показниками

№ з/п	Торгова назва	Рік дослідження	Коефіцієнт нестабільності ціни ($K_{нц}$)	Середнє значення $K_{нц}$ за весь період дослідження	Коефіцієнт доступності (K_d)
1	Л'есфаль	2013	17,95	13,78	97,8
		2014	9,61		97,8
2	Ессенціале Н	2013	17,29	19,45	96,2
		2014	21,60		96,2
3	Антраль	2013	20,36	16,89	98,1
		2014	13,42		98,1
4	Карсил	2013	20,50	22,52	98,2
		2014	24,54		98,3
5	Гепабене	2013	30,93	35,29	97,3
		2014	39,65		97,0
6	Глутаргін	2013	79,62	66,67	96,0
		2014	53,71		95,8

Дані табл. 5.4 свідчать, що за результатами розрахунку коефіцієнта нестабільності ціни серед ЛЗ гепатопротекторної дії найменше коливання ціни за досліджуваний період відмічається у ЛЗ л'есфаль та антраль (13,78 та 16,86 відповідно). Крім того, ці ЛЗ мають високий коефіцієнт доступності для споживача: антраль – 98,1 і лесфаль – 97,8. Отже, ЛЗ л'есфаль і антраль за фармакоекономічними показниками мають високе значення економічної складової доступності для наркохворих пацієнтів з каннабіною (гашишною) залежністю (F12).

Результати АВС-аналізу щодо визначення економічної складової доступності ЛЗ гепатопротекторної дії наведені у табл. 5.5.

Таблиця 5.5

**Результати АВС-аналізу щодо визначення доступності ЛЗ
гепатопротекторної дії**

№ з/п	МНН	Торгова назва	ЛФ	Виробник	Витрати, грн.	%	Доля кумулята %	Група АВС
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Аргінін глутамат	Глутаргін	р-н д/ін. 20% амп. 5 мл, №10	Ratiopharm (Німеччина)	138,64	25,3	25,3	А
2	Ессенціальні фосфоліпіди	Ессенціале Н	р-н для в/в ін. 250 мг/5 мл амп. 5 мл, № 5	Sanofi-Avensis (Німеччина)	114,59	21,0	46,3	А
3	Дим'янка + фумарин + розторопша + силімарин	Гепабене	капс. тверд., № 30	Sopharma (Болгарія)	100,37	18,3	64,6	А
4	Фосфатидил-холін з соєвих бобів	Л'есфаль	р-н д/ін. 50мг/1мл по 5 мл N. 5	ВАТ Фармак (Україна)	72,42	13,2	77,8	А
Разом за групою А :					426,02	77,8	-	4

Продовж. табл. 5.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Антраль	Антраль	табл. п/о 0,2 г блістер, №30	ТОВ Здоров'я (Украї- на)	64,08	11,8	89,6	В
6	Силімарин	Карсил	табл. п/о 22,5 мг, №80	ВАТ Фармак (Украї- на)	56,92	10,4	100	В
Разом за групою В:					121,00	22,2	-	2
Разом за групою АВ:							100	
Група С (відсутня)					-	-	-	-
Разом за АВС групами:					547,02	100	100	6

За результатами АВС-аналізу (табл. 5.5) до групи А увійшло 4 ЛЗ за МНН (глутаргін, есенціалє Н, гепабене, л'есфаль), а до групи В увійшло 2 ЛЗ за МНН (антраль, карсил). До групи С не увійшло жодного ЛЗ за МНН, оскільки перелічені у табл. 5.5 ЛЗ, мають високий (група А) та середній (група В) рівень питомої ваги.

Згідно отриманих даних АВС-аналізу встановлено, що до складу групи А увійшли найбільш витратні ЛЗ за МНН (77,8%) від загальної кількості досліджуваних ЛЗ (глутаргін, есенціалє Н, гепабене, л'есфаль).

Наступним етапом дослідження стало визначення найбільш ефективних гепатопротекторів нового покоління для включення їх у фармакотерапію наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F12). Дослідження ефективності ЛЗ гепатопротекторної дії відбувалося за допомогою анкетування спеціалістів медицини (60 респондентів) з використанням статистичного аналізу (підрозділ 2.3 дисертаційної роботи) даних анкет.

Так, за результатами даних респондентів щодо ефективності ЛЗ-гепатопротекторів ін'єкційної лікарської форми побудовано матрицю рангів (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Матриця рангів для ЛЗ-гепатопротекторів ін'єкційної лікарської форми

Кількість респондентів та статистичні показники їх оцінок	Лікарські засоби		
	Л'есфаль (X ₁)	Ессенціале Н (X ₂)	Глутаргін (X ₃)
m = 60			
$\sum_{i=1}^n a_{ij}$	6	6	6
$\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m a_{ij}$	176	119	65
\bar{Z}_{ij}	2,93	1,98	1,08
Ранг Z _j	3	2	1

За результатами розрахунку було визначено коефіцієнт конкордації Кендалла (W) для ЛЗ-гепатопротекторів ін'єкційної лікарської форми, що наведені у табл. 5.7.

Таблиця 5.7

Значення коефіцієнта конкордації Кендалла

№ з/п	Торгова назва ЛЗ	Значення коефіцієнта конкордації Кендалла
1	Глутаргін	0,201
2	Ессенціале Н	0,134
3	Л'есфаль	0,078

Із табл. 5.7 видно, що розрахований коефіцієнт конкордації Кендалла (W) для ЛЗ-гепатопротекторів ін'єкційної лікарської форми знаходиться в межах від 0 до 1, що свідчить про узгодженість між собою отриманих результатів анкетування.

За результатами статистичної обробки даних респондентів щодо ефективності ЛЗ-гепатопротекторів таблетованої лікарської форми побудовано матрицю рангів, що наведена у табл. 5.8.

**Матриця рангів для ЛЗ-гепатопротекторів
таблетованої лікарської форми**

Кількість респондентів та статистичні показники їх оцінок	Лікарські засоби		
	Антраль (X ₁)	Карсил (X ₂)	Гепабене (X ₃)
m = 60			
$\sum_{i=1}^n a_{ij}$	6	6	6
$\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m a_{ij}$	172	122	66
\bar{Z}_{ij}	2,86	2,03	1,10
Ранг Z _j	3	2	1

За результатами розрахунку було визначено коефіцієнт конкордації Кендалла (W) для ЛЗ-гепатопротекторів таблетованої лікарської форми, що наведені у табл. 5.9.

Таблиця 5.9

Значення коефіцієнта конкордації Кендалла

№ з/п	Торгова назва ЛЗ	Значення коефіцієнта конкордації Кендалла
1	Антраль	0,081
2	Гепабене	0,200
3	Карсил	0,131

Із табл. 5.9 видно, що розрахований коефіцієнт конкордації Кендалла (W) для ЛЗ-гепатопротекторів таблетованої лікарської форми знаходиться в межах від 0 до 1, що свідчить про узгодженість між собою отриманих результатів анкетування.

На підставі отриманих результатів побудовано гістограму розподілу за рангами (середньозваженими) висновків респондентів щодо ефективності

ЛЗ-гепатопротекторів ін'єкційної і таблетованої лікарських форм, що представлено на рис. 5.7.

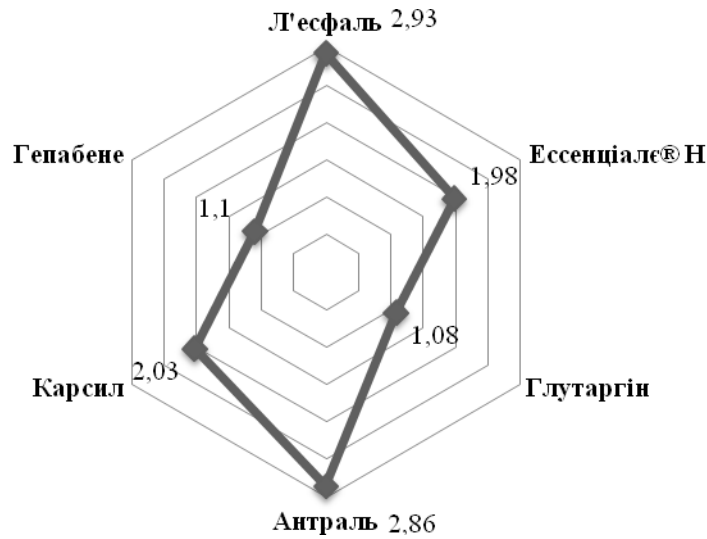


Рис. 5.7. Гістограма розподілу ефективності ЛЗ-гепатопротекторів за рангами висновків респондентів

Встановлено, що найвищі ранги мають ЛЗ л'есфаль (2,93) та антраль (2,86), а це свідчить про їх найбільшу ефективність з досліджуваних ЛЗ гепатопротекторної дії. За даними фармакоекономічних досліджень найбільш доступними ЛЗ гепатопротекторної дії є л'есфаль ($K_{\text{нц}} = 13,78$; $K_{\text{д}} = 97,8$) та антраль ($K_{\text{нц}} = 16,89$; $K_{\text{д}} = 98,1$).

Результати дослідження показали, що саме ін'єкційну форму ЛЗ л'есфаль та таблетовану форму ЛЗ антраль можна рекомендувати для включення у схеми фармакотерапії каннабіноїдної (гашишної) залежності на принципах доказової фармації, оскільки вони є найбільш доступними (економічна складова доступності – за фармакоекономічними показниками; інформаційна та фізична складові доступності – за судово-фармацевтичним показником «режим контролю») та найбільш ефективними (за результатами оцінки їх ефективності серед респондентів).

Синхронне використання ЛЗ л'есфаль та антраль у схемах фармакотерапії каннабіноїдної (гашишної) залежності (F12) було апробовано на базі КЗОЗ «Харківський обласний наркологічний диспансер» під

керівництвом д.м.н., проф. І.К. Сосіна і включено у спосіб інтегрованого лікування гашишної залежності, що підтверджено патентом України (2014) [74, 97].

Приведені у розділі результати дослідження опубліковано у працях автора [3, 29, 66, 67, 74, 133, 136, 138, 142, 145].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. Вперше науково обґрунтовано розроблення організаційних принципів для забезпечення ліками наркохворих із каннабіною залежністю (F12), що передбачають комплексний підхід із включенням контрольно-дозвільних та медико-фармацевтичних заходів з позиції судової фармації на засадах фармацевтичного права.
2. Встановлено із застосуванням аналітико-дескриптивного методу необхідність (90,00% досліджуваних респондентів) впровадження в Україні досвіду з міжнародних контрольно-дозвільних заходів протидії нелегального обігу ПАР, каннабіноїдів, каннабіноюїдної наркоманії (F 12) та наркобізнесу: ІРР, спрямована на те, щоб не допустити втягнення молоді у вживання каннабіноїдів; боротьба з нелегальним обігом каннабіноїдів і наркобізнесом із застосуванням спеціалізованих засобів; перехід до легальної реалізації наркотичних засобів рослинного походження через аптеки.
3. З'ясовано основні фактори, які необхідно враховувати при розробці контрольно-дозвільних заходів у протидії зростання нелегального обігу каннабіноїдів, наркозлочинності та поширення каннабіноюїдної наркоманії (F 12), серед яких найбільш вагомі: дефіцит фінансування відповідних медико-фармацевтичних програм для забезпечення ліками пацієнтів із залежністю від каннабіноїдів; недосконалість чинного законодавства у сфері охорони здоров'я; неефективність застосування антинаркотичного кримінального і адміністративного законодавства; наявність в Україні широкої сировинної наркотичної бази рослинного походження.

4. Визначено 4 напрямки з розробки контрольно-дозвільних заходів у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів і каннабіноїдної залежності (F 12): організаційно-правовий; медико-фармацевтичний; соціально-економічний; морально-етичний, ІРР, культурно-виховний. Розроблено дворівневу систему контрольно-дозвільних заходів, що включає державні (І рівень) та регіональні (ІІ рівень). Запропоновано каннабіноїдну залежність розглядати на 3-х рівнях (індивідуальний; суспільний та державний; загальнолюдський).
5. Удосконалено методи оцінки доступності та ефективності ліків за фармакоекономічним та судово-фармацевтичним критеріями. Вперше обґрунтовано включення гепатопротекторів за комплексом показників (ефективність, доступність, режим контролю) до схем фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F12).
6. Визначено інформаційну та фізичну складові доступності ЛЗ гепатопротекторної дії за судово-фармацевтичним показником «режим контролю». Доведено, що за клініко-фармакологічною групою гепатопротекторні ліки мають код АТС – А05ВА; за класифікаційно-правовою ознакою – віднесені до загальної групи; за номенклатурно-правовою ознакою – л'есфаль, есенціале Н і глутаргін віднесені до рецептурної групи, а антраль, карсил і гепабене – до безрецептурної групи.
7. Розраховано економічні складові доступності ліків гепатопротекторної дії за фармакоекономічними показниками коефіцієнтів нестабільності ціни та доступності, а також АВС-аналізу. Обґрунтовано за досліджуваний період найменше коливання ціни у ЛЗ л'есфаль та антраль (коефіцієнти нестабільності 13,78 та 16,89 відповідно) та найбільше значення коефіцієнтів доступності (на рівні 97,8 та 98,1 відповідно) для наркохворих пацієнтів з каннабіноїдною (гашишною) залежністю. На підставі отриманих даних АВС-аналізу встановлено, що л'есфаль увійшов до групи А (найбільш витратні ЛЗ, на які припадало 80% витрат), а

антраль – до групи В (середньо витратні ЛЗ, які потребували 15% витрат).

8. Визначено найбільш ефективні гепатопротектори нового покоління для включення у схеми фармакотерапії наркохворих з залежністю від каннабіноїдів (F12) за допомогою анкетування спеціалістів медицини з використанням статистичного аналізу даних анкет. Обґрунтовано, що найвищі ранги мають ЛЗ л'есфаль (2,93) та антраль (2,86), а це свідчить про їх найбільшу ефективність з досліджуваних ЛЗ гепатопротекторної дії.
9. Доведено включення у схеми фармакотерапії каннабіноїдної (гашишної) залежності на принципах доказової фармації ЛЗ л'есфаль та антраль, оскільки вони є найбільш доступними та найбільш ефективними.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації вперше представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі, що полягає у розробці організаційних заходів для забезпечення ліками наркохворих на каннабіноїдну залежність (F12) шляхом судово-фармацевтичного обґрунтування заходів протидії нелегального обігу наркотичних засобів рослинного походження на прикладі каннабіноїдів та опрацювання практичних рекомендацій для визначення статусу залежності від каннабіноїдів на засадах фармацевтичного права.

2. Систематизовано дані наукової літератури про сучасний стан поширення залежності від психоактивних речовин рослинного походження – каннабіноїдів, на підставі чого вивчено історію застосування каннабіноїдів, досліджено проблему каннабіноїдної наркоманії у світі та в Україні, з'ясовано особливості фармакотерапії наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F 12). Аналіз проблеми каннабіноїдної залежності у світі (Іран, Голландія, США, Німеччина, Афганістан, Марокко, Великобританія, Нова Зеландія, Білорусія, Росія) та в Україні показав, що її поширеність серед різних верств населення продовжує неухильно зростати, не зважаючи на застосування в різних країнах власних організаційних заходів протидії цьому явищу.

3. Удосконалено методику проведення судово-фармацевтичного аналізу нелегального обігу каннабіноїдів за допомогою використання 6 індикаторів: дані щодо нелегального обігу ПАР рослинного походження; кількісні показники вчинених правопорушень; контингент наркохворих правопорушників; наслідки вчинення правопорушень; оцінка попиту на ПАР, а також класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової групи ПАР та їх комбінацій; забезпечення ліками наркохворих в умовах примусової медико-фармацевтичної допомоги. Наведено місце каннабісної злочинності у структурі загальної злочинності, пов'язаної із нелегальним обігом психоактивних речовин різних класифікаційно-правових

груп (58,75%) та у структурі наркозлочинності, пов'язаної з нелегальним обігом наркотичних засобів рослинного походження (62,66%). За результатами судово-фармацевтичного аналізу та узагальнення судово-фармацевтичної практики в Харківському регіоні з'ясовано, що в середньому на місяць реєструється від 22,58% до 23,33% вилучення із нелегального обігу наркотичного засобу каннабісу, до якого втягнуто 86,00 % чоловіків від 21 до 36 років. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки між збільшенням нелегального обігу каннабіноїдів, поширенням каннабіноїдної наркоманії та зростанням рівня злочинності, наркозлочинності і наркотизації у суспільстві.

4. Удосконалено в Україні організаційно-правову процедуру знищення психоактивних речовин рослинного походження для наркотичних засобів – каннабіноїдів на підставі нормативно-правового аналізу та узагальнення даних судово-фармацевтичної практики. Визначено етапи проведення знищення конопель.

5. Встановлено, що за результатами судово-фармацевтичного аналізу питома вага правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів, складає від 25,50% до 25,70%. За віковою ознакою на регіональному рівні абсолютну більшість наркохворих правопорушників (38,50%) становить молодь 18-20 років, тоді, як в районах області превалюють правопорушники вікової групи 25-30 років (29,80%).

6. Удосконалено підходи до судово-фармацевтичного вивчення попиту на самостійне та комбіноване зловживання каннабіноїдів із психоактивними речовинами різних класифікаційно-правових груп нелегальними споживачами шляхом анкетування спеціалістів правоохоронних органів. Доведено зловживання такими комбінаціями: каннабіноїди + тютюн (35,71%); каннабіноїди + алкоголь (26,67%); каннабіноїди + трамадол (40,00%); каннабіноїди + первітин (50,00%); каннабіноїди + опій (1,43%). Визначено режим контролю для оцінки класифікаційно-правової, клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової групи психоактивних речовин, якими зловживають нелегальні споживачі.

7. Вперше доведено про необхідність забезпечення ліками наркохворих з каннабіною залежністю та встановлено, що тільки 25,53% наркохворих правопорушників забезпечено ліками в системі примусової медико-фармацевтичної допомоги при направленні правоохоронними органами до закладів охорони здоров'я, що свідчить про порушення їх прав.

8. Вперше опрацьовано алгоритм для визначення статусу каннабіноюїдної залежності, який складається з 4 етапів (встановлення рівнів мотивації, залежності, відмови та небезпеки зловживання каннабіноїдів). З'ясовано три рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів. Удосконалено тест К. Фагерстрема для використання на другому етапі алгоритму, що дало змогу встановити три рівня каннабіноюїдної залежності (F12) у пацієнтів. Запропоновано окремий тест для встановлення трьох рівнів відмови пацієнтів від зловживання каннабіноїдів (третій етап). На підставі розрахунку індексу зловживання каннабіноїдів (четвертий етап алгоритму) приведено три рівня небезпеки для здоров'я пацієнта з каннабіноюїдною залежністю та супутніми хворобами.

9. Вперше науково обґрунтовано розроблення організаційних заходів для забезпечення ліками наркохворих із каннабіноюїдною залежністю (F 12), що передбачають комплексний підхід із включенням контрольно-дозвільних та медико-фармацевтичних заходів з позиції судової фармації на засадах фармацевтичного права. Визначено 4 напрямки контрольно-дозвільних заходів у протидії нелегальному обігу каннабіноїдів і каннабіноюїдної залежності: організаційно-правовий; медико-фармацевтичний; соціально-економічний; морально-етичний, інформаційно-роз'яснювальний, культурно-виховний. Розроблено дворівневу систему контрольно-дозвільних заходів, що включає державні (I рівень) та регіональні (II рівень).

10. Удосконалено методи оцінки доступності та ефективності ліків за фармакоеконімічним та судово-фармацевтичним показниками. Визначено інформаційну та фізичну складові доступності гепатопротекторів нового покоління за судово-фармацевтичним показником «режим контролю».

Розраховано економічні складові доступності гепатопротекторів за фармакоеконічними показниками коефіцієнтів нестабільності ціни та доступності, а також АВС-аналізу. Обґрунтовано найменше коливання ціни у лікарських засобів л'есфаль і антраль (коефіцієнти нестабільності 13,78 та 16,89 відповідно), а також найбільше значення коефіцієнтів доступності (на рівні 97,8 та 98,1 відповідно) для наркохворих з каннабіною (гашишною) залежністю. На підставі отриманих даних АВС-аналізу встановлено, що л'есфаль увійшов до групи А (найбільш витратні ЛЗ, на які припадало 80% витрат), а антраль – до групи В (середньо витратні ЛЗ, які потребували 15% витрат). Доведено найвищі ранги у л'есфаль (2,93) та антраль (2,86), що свідчить про їх найбільшу ефективність з досліджуваних ліків гепатопротекторної дії.

11. Соціальна спрямованість та значущість теоретичних і практичних викладок дисертаційного дослідження підтверджена патентом України, свідоцтвами Державної служби інтелектуальної власності України, запропонованими заходами протидії, методичними розробками, схемами, положеннями, алгоритмом визначення статусу залежності від каннабіноідів (F12) та їх впровадженням у практичну діяльність закладів охорони здоров'я, громадських, духовних організацій і навчальний процес низки фармацевтичних і медичних освітніх закладів України та інших держав.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авторське право 41139, Україна. Брошура «Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12)» / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов (Україна). – № 41413 ; заявл. 28.09.11 ; опубл. 28.11.11.
2. Авторське право 46228, Україна. Брошура «Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права : методичні рекомендації (серія: медичне і фармацевтичне право)» / [І. М. Шурма, О. В. Галацан, В. О. Шаповалова та ін.] (Україна). – № 46483 ; заявл. 03.09.12 ; опубл. 02.11.12.
3. Ад'ювантні ефекти мембранного плазмаферезу, гепатопротекторів нового покоління та біоадаптивного регулювання систем в наркології / І.К. Сосін, А.Є. Горбань, О.Ю. Гончарова та ін. // Довженківські читання: Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою : матеріали XV Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 8-9 квіт. 2014 р. – Х.: Пляда, 2014. – С. 228–231.
4. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. / За ред. П.В. Волошина, М.В. Голубчикова. – К.-Х.: Пляда, Тов вП, 2009. – 168 с.
5. Артем'єва Д. В. До проблеми протидії наркотизації неповнолітніх / Д. В. Артем'єва // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16. – Вип. 3 (додаток). – С. 159.
6. Аспекты судебной фармации: защита прав провизора, врача, медицинской сестры и фармацевта на досудебном следствии при выявлении фактов незаконного оборота лекарственных средств, обладающих психоактивными свойствами / А.С.Абросимов, В.В.Шаповалов, Н.М.Никонов, В.А.Шаповалова // Український вісник психоневрології.–2006.–Т. 14.–Вип. 3.–С. 79–81.

7. Барна Є.Й. Оперативна закупка як підстава до порушення кримінальної справи / Є.Й. Барна // Сучасні напрямки профілактики та актуальні проблеми розслідування злочинів, що вчиняються неповнолітніми : наук.-практ. семінар, 30 трав. 2009 р.: тези доп. – Х. : Харк. нац. ун-т внутр. справ, 2009. – С. 99–102.
8. Биополе пчелиной семьи (лечение) [Электронный ресурс]. – Режим доступа к документу: <http://apiprodukt-crimea.org.ua/lib/biopole.php>.
9. Братанова Г. С. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией / Г. С. Братанова // Вопросы наркологии. – 2001. – № 5. – С. 34-40.
10. В Донецкой области милиция обнаружила поле конопли на 92 млн. грн. [Электронный ресурс]. – 09.07.2010; 17:30. – Режим доступа до документу: <http://www.ostro.org/donetsk/society/news/112117/>.
11. Васіна Ю. В. Організаційні дослідження судової фармації щодо протидії наркотизації молоді психоактивними речовинами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармацев. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / Ю. В. Васіна. – Харків, 2009. – 24 с.
12. Волошин П. В. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–10.
13. Волошин П. В. Зміцнення психічного здоров'я, профілактика та лікування психічних розладів на засадах медичного і фармацевтичного права / П. В. Волошин // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75), додаток. – С. 230.
14. Волох Д. С. Фармацевтичне та медичне право: судово-фармацевтичне обґрунтування правил обігу лікарських засобів із психоактивними властивостями різних класифікаційно-правових груп / Д. С. Волох //

Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75), додаток. – С. 233-234.

15. Волошин П. В. Система моніторинга – основа організації наркологічної допомоги в сучасних умовах / П. В. Волошин, І. В. Линский, А. І. Минко и др. // Український медичний часопис. – 2002. – № 4. – С. 46–49.
16. Взаємозв'язок споживання наркотиків і злочинності: дослідження серед ув'язнених, що тримаються в установах виконання покарань Харківського регіону / О. О. Сердюк, Г. О. Марковська // Девіантна поведінка: соціологічний, психологічний, юридичний аспекти: Матеріали круглого столу. – Харків, 2008. – С. 63–68.
17. В Украине насчитали более 140 тысяч наркоманов [Електронний ресурс]. – 30.11.2012; 17:29. – Режим доступу до документу: http://society.lb.ua/health/2012/11/30/180911_ukraine_naschitali_bolee_140_tisyach.html.
18. Васильєв Г. На сьогодні існує два найбільш поширені джерела придбання наркотичних засобів – напряму через аптечні заклади та через мережу Інтернет [Електронний ресурс] / Г. Васильєв. – Режим доступу до документу: <http://www.president.gov.ua/news>.
19. Веселовская Н. В. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм / Н.В. Веселовская, А.Е. Коваленко. – М.: Триада Х, 2000. – 206 с.
20. Вієвський А. Політика щодо наркотиків в Україні / А. Вієвський // Права наркозалежних. – К.: KARAT, 2001. – С. 16–23.
21. Власти Амстердама вирішили не забороняти продаж марихуани іноземцям [Електронний ресурс]. – 01.11.2012; 22:27. – Режим доступу до документу: <http://www.km.ru/turizm/2012/11/01/zakony-i-obychai-raznykh-stran-mira/696429-vlasti-amsterdama-reshili-ne-zapreshcha>.
22. Всемирный доклад о наркотиках 2013: каннабис [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://www.unodc.org/wdr/en/cannabis.html>.

23. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк, О.Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – С. 194–226.
24. Додаток до робочої програми (за вимогами кредитно-модульної системи) з дисципліни «Фармацевтичне законодавство» для спеціальності 7.110201 «Фармація» (4,0), денна форма, кр. мод. ССО, факультет фармацевтичний / В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мл.) та ін. – 2010. – 9 с.
25. Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995р. № 60/95-ВР (редакція від 11.08.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/60/95-вр>.
26. Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.
27. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
28. Зосимов А. М. Дисертаційні помилки : монографія / А. М. Зосимов, В. П. Голік. – 3-е вид, доп. і випр. – Х.: ВД «ІНЖЕК», 2005. – 216 с.
29. Інтегрований підхід до терапії гашишної залежності з застосуванням сучасних апаратних та медикаментозних технологій / І.К.Сосін, Ю.Ф.Чуєв, А.Є.Горбань та ін. // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 2 (79), додаток. – С. 123–128.
30. Кожухова Т. В. Основи психолого-педагогічного дослідження : навч. посіб. для наук.-пед. працівників, слухачів ф-тів підвищення кваліфікації вищ. мед. і фармац. навч. закладів III-IV рівнів акредитації / Т. В. Кожухова, Л. Г. Кайдалова, В. В. Шпалінський. – Х.: Вид-во НФаУ: «Золоті сторінки», 2002. – 240 с.

31. Компендиум: лекарственные средства on-line [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://compendium.com.ua>.
32. Каннабиноиды, фармакологические свойства и перспективы их применения в медицине / С.А. Андронати, Т.Л. Карасева, Л.С. Годлевский, В.С. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2012. – № 1. – С. 25–35.
33. Каннабиноиды: история потребления, контроль за оборотом, динамика злоупотребления за последние 20 лет / О.А. Сафонов, Т.Б. Дмитриева, Т.В. Клименко, А.А. Козлов // Наркология. – 2011. – №3. – С. 22-27.
34. Клименко Е. Инвесторам: в Израиле вывели лечебный сорт марихуаны [Электронный ресурс] / Е. Клименко. – 12.12.2012; 16:48. – Режим доступа до документу: <http://www.profi-forex.org/medicina/entry1008146755.html>.
35. Клименко Т. В. Патоморфоз опийной наркомании, сочетанной с эндогенной психической патологией / Т.В. Клименко, М.В. Гиленко // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 41–43.
36. Конвенции Организации объединённых наций как основа судебно-фармацевтических исследований наркопреступности выявленной таможенной службой и способствующих развитию медицинского и фармацевтического права / В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов, Ю. В. Васина и др. // Роль XVI Сессии Верховного Совета в укреплении и обеспечении экономического и социального развития Республики Таджикистан : Республ. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию XVI Сессии Верховного Совета Республики Таджикистан, 19 ноября 2012 г. : материалы. – Душанбе: ГУП "Матбаа" Таможенной службы при Правительстве Республики Таджикистан, 2012. – С. 145–153.
37. Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 р. // Тестовые задания для контроля знаний по вопросам фармацевтического права, фармацевтического законодательства и доказательной фармации : уч.

- пособие / Под ред. В.А. Шаповаловой, В.В.Шаповалова, А.В. Данилюка. – [6-е изд.]. – Х., 2007. – С. 157–188.
38. Кошкина Е.А. Профиль московской популяции потребителей конопли / Е.А. Кошкина, Е.Н. Бобков, В.В. Киржанова // Наркология. – 2013. – №1. – С. 19–27.
39. Кривенков А.Н. Случай синдрома зависимости вследствие сочетанного употребления пива и гашиша у подростка / А.Н. Кривенков, Е.В. Аносова // Наркология. – 2012. – №10. – С. 59–66.
40. Кримінальний кодекс України / Фармацевтичне право і доказова фармація в системі правовідносин держава – закон – виробник – оптовик – менеджер – лікар – пацієнт – провізор – ліки – контролюючі та правоохоронні органи: Матеріали науково-практичної конференції (16 листопада 2007 р., м. Харків) / За ред. В.О. Шаповалової, В.П. Черних, В.В. Шаповалова та ін. – Х., 2007. – 276 с.
41. Крупные инвесторы присматриваются к... наркобизнесу [Электронный ресурс]. – 27.02.2013; 23:26. – Режим доступа к документу: <http://www.finobzor.com.ua/obzori/nid/920/>.
42. Курижева О. О. Судово-фармацевтичне попередження адиктивної залежності та наркозлочинності серед неповнолітніх : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармацев. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / О. О. Курижева. – Харків, 2011. – 24 с.
43. Курижева О. А. Профилактика злоупотребления несовершеннолетними психоактивных веществ в рамках государственной политики Президента Украины на региональном уровне [Электронный ресурс] / О.А. Курижева. – Режим доступа к документу: <http://vashadvokat.com/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=347&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=15&cntnt01returnid=56> 2011-11-03 12:30:52.

44. Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / [В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов, Ю. И. Губский и др.]. – Х.: Прапор, 2002. – 592 с.
45. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача / Шаповалова В.А., Даниленко В.С., Шаповалов В.В., Бухтиарова Т.А.; под ред. В. А. Шаповаловой и В. С. Даниленко. – Х.: Торсинг, 1998. – 528 с.
46. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / [В. А. Шаповалова, П. В. Волошин, А. В. Стефанов и др.]. – Х.: Факт, 2003. – 784 с.
47. Лечение зависимостей. Полный справочник / Под ред. Ю. Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2008. – 640 с.
48. Малініна Н. Г. Доказова фармація – базова основа державної політики щодо захисту прав пацієнтів на своєчасний доступ до життєво необхідних якісних і безпечних ліків / Н. Г. Малініна // Вісник фармакології та фармації. – 2008. – № 10. – С. 50–53.
49. Малинина Н. Г. Взаимосвязь судебной фармации с судебной медициной, судебной наркологией, криминалистикой и другими дисциплинами [Электронный ресурс] / Н. Г. Малинина. – Режим доступа к документу: <http://vash-advokat.com>.
50. Марихуана без прихода [Электронный ресурс] // News Line Expro. – 11.12.2012; 20:35. – Режим доступа к документу: http://www.ru-expro.ru/novost-marikhuana_bez_prikhoda.
51. Марута Н. О. Організація роботи поліпрофесіональної бригади при наданні психіатричної допомоги / Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – Т. 19, Вип. 1, 2011. – С. 34-36.
52. Методичні рекомендації по проведенню АВС-, VEN- та частотного аналізів споживання окремими категоріями громадян лікарських засобів за допомогою інформаційних систем: метод. реком. / Л. Е. Зиганшина, Р. Р. Ниязов, Е. И. Полубенцева, К. И. Сайткулов. – М., 2007. – 23 с.

53. Медицинское и фармацевтическое право: сравнительный анализ клинико-фармакологических групп лекарственных средств, используемых в психиатрии и наркологии, в рамках формулярной системы России и Украины / В.В. Шаповалов (мл.), В.В. Шаповалов, О.А. Рыщенко и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета (Медицина Фармация). – 2014. – № 4 (175), вып. 25. – С. 213–220.
54. Минко А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. – М.: Эксмо, 2004. – 736 с.
55. Михневич Д. Статья о курении каннабиса в Wikipedia удалена из реестра запрещенных сайтов [Электронный ресурс] / Д. Михневич. – 09.04.2013; 12:14. – Режим доступа до документу: <http://yablyk.com/statya-o-kurenii-kannabisa-v-wikipedia/>.
56. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.04.2014 р. № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140408_0252.html.
57. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.09.2009 р. № 681 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090921_681.html.
58. Наркология / [Фридман Л.С., Флеминг Л.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е.] – М.: Бином, СПб.: Невский диалект, 1998. – 320 с.
59. Наркоманія: проблеми, особливості, попередження / [Шаповалов В.В., Халін М.М., Шаповалова В.О., Мінко О.І.] // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10. – Вип.1. – С.200–204.
60. Наркологія: Національний підручник з грифом МОН та МОЗ / Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., Артемчук А.П. та ін.; за ред. І.К. Сосіна, Ю.Ф. Чуєва. - Х.: Вид-во "Колегіум", 2014. - 1440 с. (ISBN 978-966-8604-08-3).

61. Народная медицина. Семейный лечебник / Т. Простакова. – Х.: Книжный Клуб «Клуб семейного досуга», 2008. – 512 с.
62. Начат выпуск косметических средств, содержащих компоненты марихуаны [Электронный ресурс]. – 14.01.2013. – Режим доступа до документу: <http://www.health-ua.org/news/14330.html>.
63. Небезпека поширення каннабіноїдної наркоманії для українського суспільства / С.М. Негрецький (Ієромонах Симеон) // Возрождение духовности в современном мире: взаимодействие церкви и образования: матеріали II Междунар. наук.-практ. конф. к 20-летию Харьковского Архиерейского Собора Украинской Православной Церкви, 26-27 апреля 2012 р. – Х.: Изд-во ХНУ им. В.Н. Каразина, 2012. – С. 302-304.
64. Нургожин Т. С. К вопросу об использовании АВС- и VEN-анализа в научных исследованиях и практическом здравоохранении / Т. С. Нургожин, О. О. Ведерникова, А. В. Кунаева // Клиническая фармакология и терапия. – 2004 . – Т. 13, № 5. – С. 88–90.
65. Негрецький С. Н. Резолюція ООН о празднованні Международного дня солидарности людей - основа Конституционных прав граждан, которая способствует развитию фармацевтического и медицинского права в Украине [Электронный ресурс] / С. Н. Негрецький. – 21.12.2011; 11:07. – Режим доступа к документу: <http://vash-advokat.com/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=457&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=15&cntnt01returnid=56>.
66. Негрецький С. М. Про важливість судово-фармацевтичних досліджень в системі державних заходів реабілітації хворих на наркоманію, з урахуванням досвіду церковних приходів / С. М. Негрецький // Досудове слідство, фармацевтичне і медичне право, як складові державної політики України у протидії наркозлочинності та поширенню наркоманії: від поліцейської хімії і судової фармації до фармацевтичного і медичного законодавства, соціальної, доказової

медицини і фармації : VIII Міжнар. наук.-практ. конф., 18–19 листоп. 2011 р. : тези доп. – X., 2011. – С. 74.

67. Негрецький С. М. Протидія наркоманії і злочинності – в об'єднанні зусиль суспільства на засадах духовності / С. М. Негрецький // Судова фармація, доказова фармація та фармацевтичне законодавство, як складові фармацевтичного права у програмі реалізації державної політики в сфері боротьби із злочинністю та порушеннями правил обігу психоактивних речовин на 2011-2017 рр. : матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф., 19–20 листоп. 2010 р. – X., 2010. – С. 36.
68. Негрецький С. М. Судова фармація: вивчення поширеності залежності від каннабіноїдів (F 12) на території України / С.М. Негрецький, В.О. Шаповалова // Актуальні питання створення нових лікарських засобів : Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та мол. вчених, присв. пам'яті д-ра фарм. та хім. наук, проф. М.О. Валяшко (до 140-річчя від дня народження), 21–22 квіт. 2011 р. : тези доп. – X., 2011. – С. 524.
69. Негрецький С. М. Судово-фармацевтичне вивчення зловживання каннабіноїдами / С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова // Актуальні питання створення нових лікарських засобів : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та мол. вчених, 21–22 квіт. 2010 р. – X., 2010. – С. 438.
70. Нейротропные свойства пчелиного яда [Электронный ресурс]. – Режим доступа к документу: <http://ukrpaseka.ru/nejrotropnye-svoystva-yada>.
71. Нормативно-правовое регулирование деятельности ФСБ [Электронный ресурс] / В. Головин // Обозреватель – Observer. – 2006. – № 3(194). – Режим доступа к документу: http://www.observer.materik.ru/observer/N3_2006/3_07.HTM.
72. Орієнтовна структура Національної стратегії боротьби з наркотиками на період до 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://narko.gov.ua/komnarko/uk/publish/article/90624>.
73. Орлов Б. Н. Зоотоксикология (ядовитые животные и их яды) / Б. Н. Орлов, Д. Б. Гелашвили. – М.: Высшая школа, 1985. – 280 с.

74. Пат. 93334 Україна, МПК (2014.01) А 61 К 31/00. Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності / [Сосін І.К., Горбань А.Є., Гончарова О.Ю., Волков О.С., Чуєв Ю.Ф., Шаповалова В.О., Петрюк П.Т., Закревський О.П., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В. (мол.), Кіосєв О.В., Скобелєв В.О., Осипов О.А., Негрецький С.М., Сухая М.Ю.] ; заявник і патентовласник Харк. мед. акад. післядип. освіти. – № u201404521 ; заявл. 28.04.14; опубл. 25.09.14, Бюл. № 18. – 8 с.
75. Пошук інноваційних інтеграцій методів нанотехнології, фармакологічної гепатопротекції та аутотренінгу (на моделі biofeedback) в наркології / І.К. Сосін, Ю.Ф. Чуєв, А.Є. Горбань та ін. // Застосування лазерів у медицині та біології: матеріали ХХХХІІ Міжнар. наук.-практ. конф., 11-13 груд. 2014 р. – Яремче, 2014. – С.62-65.
76. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. за № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробництва медичного призначення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dp_20090325_333.html.
77. Постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2002 р. № 743 «Про затвердження Порядку знищення рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини, а також відходів таких рослин» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/743-2002-%D0%BF>.
78. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 р. № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/589-2009-%D0%BF>.
79. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.06.2003 р. № 877 «Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на

- 2003-2010 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: zakon1.rada.gov.ua/.
80. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. № 770 (зі змінами) «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» // Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / Под ред. В.А. Шаповаловой, П.В. Волошина, А.В. Стефанова, И.М. Трахтенберга и др. – Х.: Факт, 2003. – С. 454–464.
81. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.11.2000 р. № 1719 «Про запровадження ліцензії єдиного зразка для певних видів господарської діяльності» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: zakon1.rada.gov.ua/.
82. Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 р. № 313 «Про затвердження обсягів квот на 2013 рік, у межах яких здійснюється культивування рослин, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з території України наркотичних засобів і психотропних речовин» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/313-2013-%D0%BF>.
83. Психіатрія / За ред. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоровья, 2001. – 584 с.
84. Посилкіна О. В. Інноваційно-інвестиційний розвиток фармацевтичного виробництва: проблеми фінансового забезпечення / О. В. Посилкіна. – Х. : Вид-во НФаУ : «Золоті сторінки», 2002. – 528 с.
85. Региональная формулярная система в Харьковской области: перспективы развития и совершенствования на основе фармацевтического и медицинского права / Супрун Э.В., Шаповалова В.А., Шаповалов В.В., Седакова Л.А. // Українській вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75), додаток. – С. 50–55.

86. Разводовский Ю. Е. Гендерные аспекты распространенности злоупотребления наркотиками в Беларуси / Ю.Е. Разводовский, А.Г. Веницкая, В.В. Лелевич // Наркология. – 2010. – №11. – С. 22-27.
87. Распространённость употребления продуктов конопли и особенности химико-токсикологического анализа на территории Амурской области / Е. А. Щепина, О. Л. Сырыгина, Л. Б. Рыбальченко, З. Н. Мусницкая // Наркология. – 2012. – №12. – С. 44–46.
88. Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права : методичні рекомендації (серія: медичне і фармацевтичне право) / [І. М. Шурма, О. В. Галацан, В. О. Шаповалова та ін.]. – Вип. четвертий. – Х.: ВБ «Фактор», 2012. – 410 с.
89. Реуцкий И. А. Лечение медом и другими продуктами пчеловодства. Рекомендации для врачей и пациентов / И. А. Реуцкий. – М.: Эксмо, 2008. – 448 с.
90. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – 2 изд., доп. и испр. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 944 с.
91. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. – Х.: Коллегиум, 2004. – 336 с.
92. Сабаев А. В. Смертность населения Омской области в результате острых наркотических отравлений в 2002 – 2011 гг. / А. В. Сабаев, О. П. Голева // Наркология. – 2013. – №2. – С. 35–37.
93. Світлична В. В. Фармацевтичне право: організаційно-правові основи асортиментної політики аптечних закладів охорони здоров'я / В. В. Світлична, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов // Українській вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (додаток). – С. 113-114.
94. Судова наркологія, судова фармація: організаційно-правова процедура застосування примусових заходів медичного характеру для наркозалежних осіб, пов'язаних з нелегальним обігом психоактивних

- речовин: метод. реком. з грифом ДСК / В.О.Шаповалова, В.В.Шаповалов, В.В.Бондаренко, В.Н.Кузьмінов.– Х., 2007.– 166 с.
95. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий II. Общество объединяет усилия для профилактики и лечения наркомании [Электронный ресурс] / Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий II // Национальная сфера ответственности: «Власть, Церковь, бизнес, общество против наркомании» : материалы междунар. конф., 25-26 ноября 2005 г., Москва. – Режим доступа к документу: <http://www.pravoslavie.ru/news/15272.htm>.
96. Свящ. Валентин Жохов. Этические проблемы отечественной наркологии / Свящ. Валентин Жохов // Материалы X Междунар. образоват. Рождеств. чтений (направление 9: православие и медицина; секция: церковь и проблемы современной медицины) / Отв. ред. д.филол.н., проф. Силуянова И. В. – М., 2003. – С. 91–115.
97. Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності: інформаційний лист про нововведення / І.К. Сосін, А.Є. Горбань, О.Ю. Гончарова, О.С. Волков, Ю.Ф. Чуєв, В.О. Шаповалова, П.Т. Петрюк, О.П. Закревський, В.В. Шаповалов, В.В. Шаповалов (мол.), О.В. Кіосєв, В.О. Скобелев, О.А. Осипов, С.М. Негрецький, М.Ю. Сухая. – Уст.-розробн.: ХМАПО МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗ України. – К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, 2015. – № 81–2015, вип. 4. – 4 с.
98. Спринц А. М. Химические и нехимические зависимости / А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 127 с.
99. Словник іншомовних слів / За ред. О.С. Мельничука. – 2-е вид. – К.: Головна редакція УРЕ, 1985. – С. 707.
100. Сосін І.К. Наркологія / І.К.Сосін, Ю.Ф.Чуєв. –Х.: Коллегіум, 2005.–800с.
101. Сосин И. К. Героиновая наркомания / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. – Х.: Полиграфсервис, 2002. – 147 с.
102. Судова фармація: дослідження стану поширеності полінаркоманії на регіональному рівні / В. В. Шаповалов, В. О. Омельченко, Т. К.

Задорожна, В. О. Шаповалова // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (додаток). – С. 101-103.

103. Судебно-фармацевтические аспекты проблемы каннабиноидной зависимости от психоактивных веществ растительного происхождения в России и Украине / [В. В. Шаповалов (мл.), В. В. Шаповалов, В. А. Радионова и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета (Медицина Фармация). – 2014. – № 4 (175), вып. 25. – С. 221–226.
104. Судебно-фармацевтическое изучение наркопреступности, связанной с незаконным оборотом препаратов каннабисной группы / В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мл.), С. Н. Негрецкий, В. А. Шаповалова // Вестник Таджикского национального университета. – 2013. – № 3(3). – С. 71–77.
105. Судебно-фармацевтическое опережение: выделение новых видов психоактивных веществ / В. В. Шаповалов, В. А. Шаповалова, О. А. Курыжева, С. Н. Негрецкий // Человек и лекарство : XIX Рос. нац. конгр., 23–27 апр. 2012 г. : тезисы докл. – М.: Изд-во ОАО «Щербинская типография», 2012. – С. 597.
106. Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12) : метод. реком. / В. В. Шаповалов (мл.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с.
107. Судова фармація: розвиток підліткової адиктивної залежності як наслідок недостатнього морально-етичного виховання / [Шаповалов В.В., Шаповалова В.О., Курижева О.О., Негрецький С.М.] // Возрождение духовности в современном мире: взаимодействие церкви и образования: материалы II Междунар. наук.-практ. конф. к 20-летию Харьковского Архиерейского Собора Украинской Православной Церкви, 26-27 апреля 2012 р. – Х.: Изд-во ХНУ им. В.Н. Каразина, 2012. – С. 364-365.

108. Теорія статистики: навч. посіб. / Г.І. Мостовий, А.О. Дегтяр, В.К. Горкавий, В.В. Ярова; за ред. Г.І.Мостового. – Х.: Вид-во Хар РІУАДУ «Магістр», 2002. – 300 с.
109. Фармакоэкономика: уч. пособ. / Л.В. Яковлева, Н.В. Бездетко, О.А. Герасимова и др. – Х.: Изд-во НФаУ, 2013. – 158 с.
110. Фролов М. Ю. Методика проведения ABC/VEN-анализа / М. Ю. Фролов, О. Н. Барканова, О. В. Шаталова // Лекарственный вестник. – 2012. – Т.6, №6 (46). – С. 3–6.
111. Фармацевтичне право та судова фармація: алгоритм для дефініції статусу каннабіноїдної наркоманії (F12) / [Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалова В.О., Шаповалов В.В. та ін.] // Наукові дослідження та їх практичне застосування. Сучасний стан та шляхи розвитку 2013 : зб. наук. праць SWorld міжнар. наук.-практ. конф., 1–12 жовт. 2013 р. – Івано-Франківськ: Маркова А.Д., 2013. –ISSN 2224-0187. – Вип. 3, т. 48. – ЦИТ: 313-0489. – С. 16–19.
112. Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, М.М. Халін та ін.; за ред. В.В. Шаповалова. – Х.: Скорпіон, 2010.– 1200с.
113. Фармацевтичне право в наркології / [Шаповалова В.О., Сосін І.К., Шаповалов В.В. та ін.]; за ред. В.О. Шаповалової. – Х. : Вид-во Факт, 2004. – 800 с.
114. Фармацевтичне законодавство: навч. посіб. з грифом МОН України (серія: Фармацевтичне право) / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, М.М. Халін та ін. – [2-е вид.]. – Х., 2010. – 142 с.
115. Фармацевтичне право та доказова фармація в Україні (присвячена пам'яті проф. І.Т. Дешко) : матеріали наук.-практ. конф. (14–15 листоп. 2008 р., м. Харків) / За ред. В.О. Шаповалової, В.В. Шаповалова, В.В. Шаповалова (мл.) та ін. – Х., 2008. – 288 с.
116. Фармацевтичне право, судова фармація та доказова фармація в удосконаленні системи національної безпеки у медико-

фармацевтичному кластері Єврорегіону „Слобожанщина” : матеріали VI Міжнар. наук.-прак. конф. (20-21 листоп. 2009 р., м. Харків) / За ред. В.О. Шаповалової, В.В. Шаповалова, В.В. Шаповалова (мл.).–Х., 2009.– 240 с.

117. Фармацевтичне право: Практикум до аудиторної та самостійної роботи з фармацевтичного законодавства в системі додипломної та післядипломної підготовки / За ред. В.О. Шаповалової, В.В. Шаповалова, С.М. Негрецького. – [7-е вид. зі змін. та доповн.]. – Х., 2010. – 28 с.
118. Федорова О. Пособие по транскультурной антинаркотической работе: справочное пособие для специалистов-практиков, работающих с потребителями наркотиков разного этнического и культурного происхождения, Совет Европы, Группа Помпиду, Страсбург, 2012 / О. Федорова // Наркология. – 2013. – №2. – С. 22–34.
119. Хмелевський М.О. Питання фармацевтичного права у соціально-медичному і судово-фармацевтичному захисті прав громадян і хворих слобідського краю [Електронний ресурс] / М.О. Хмелевський, Ю.В. Васіна, С.Н. Негрецький // Время. – 12.04.2012; 13:036. – № 101. – Режим доступу до журн. : <http://timeua.info/pr/120412/57849.html>.
120. Черепкова Е.В. Основные симптомокомплексы личностных расстройств у лиц, употребляющих наркотические вещества / Е.В. Черепкова // Наркология. – 2011. – №1. – С. 70-74.
121. Чирко В.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) / В.В. Чирко, М.В. Демина. – М.: Медпрактика, 2002. – 240 с.
122. Шаповалов В.В. (мол.). Судова фармація як складова частина державної політики у медико-фармацевтичній допомозі злочинцям, хворим на наркоманію / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький // Довженківські читання: адиктивний статус в нормі та патології (діагностичні, терапевтичні та прогностичні аспекти): матеріали XII Укр. наук.-практ.

конф. з міжнар. участю, присвяч. 93-й річниці з дня народження Засл. лікаря України, Народн. лікаря СРСР О.Р. Довженка, 12 квіт. 2011 р. – Х.: Вид-во «Плеяда», 2011. – С. 231–232.

123. Шаповалов В.В. (мол.). Судово-фармацевтичне вивчення поширеності каннабіноїдної наркоманії у Харківській області / В.В. Шаповалов (мол.), С.М. Негрецький // Фармацевтичний журнал. – 2010. – №6. – С. 9–11.
124. Шаповалов В.В. (мол.). Судово-фармацевтичне усунення причинно-наслідкового зв'язку між наркозлочинністю та адиктивними розладами здоров'я серед неповнолітніх / В. В. Шаповалов (мол.), О. О. Курижева, А. Г. Мовсісян // Судово-медична експертиза. – 2011. – № 4. – С. 35–38.
125. Шаповалов В. В. Аспекти національної безпеки України: судово-фармацевтична, судово-медична, судово-наркологічна, судово-психіатрична і кримінально-правова протидія злочинності неповнолітніх / В.В. Шаповалов // Сучасні напрямки профілактики та актуальні проблеми розслідування злочинів, що вчиняються неповнолітніми : мат. наук.-практ. семінару 30 трав. 2009 р. : тези доп. – Х. : Харк. нац. ун-т внутр. справ, 2009. – С. 14-20.
126. Шаповалов В. В. Судово-фармацевтичний моніторинг суспільно небезпечних діянь, вчинених неповнолітніми / В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, Ю. В. Васіна // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 3–6.
127. Шаповалов В. В. Судова фармація: аналіз нелегального обігу каннабіноїдів на рівні міських рад / В.В.Шаповалов, В.О.Шаповалова, С.М.Негрецький // Українській вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75), додаток. – С. 42–46.
128. Шаповалов В. В. Судово-фармацевтичне вивчення можливостей апітерапії в лікуванні та реабілітації наркохворих із залежністю від каннабіноїдів (F 12) / В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова, С.М. Негрецький // Апітерапія: сьогодення та майбутнє фармації :

матеріали IV з'їзду апітерapeutів України, 12–13 трав. 2011 р., м. Київ. – Х., 2011. – С. 356–358.

129. Шаповалов В. В. Судово-фармацевтичне дослідження наркозлочинності серед неповнолітніх під час проведення досудового слідства / В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова, О.О. Курижева // Юридичний журнал. – 2010. – № 5. – С. 51 – 53.
130. Шаповалов В. В. Фармацевтический сектор экономики Украины нуждается в модернизации / А.В. Данилюк, В.А. Шаповалова // Вісник фармакології та фармації. – 2004. – № 3. – С. 55–58.
131. Шаповалов В. В. Фармацевтичне право щодо оцінки злочинності, пов'язаної з обігом психоактивних речовин та заходами протидії наркозахворюваності / В.В. Шаповалов, А.О. Гудзенко, В.О. Шаповалова // Фармацевтичний журнал. – 2006. – № 5. – С. 39–43.
132. Шаповалов В. В. (мл.). Судебная фармация в международной системе ООН, связанной с борьбой с наркобизнесом, последствиями которого являются наркомания и ВИЧ/СПИД [Электронный ресурс] / В. В. Шаповалов (мл.). – Режим доступа к документу: <http://vashadvokat.com/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=366&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=15&cntnt01returnid=56> 2011-11-30 10:38:10.
133. Шаповалова В. А. Организационно-правовые и нравственные аспекты изучения проблемы распространения наркомании (на примере каннабиса) в современном обществе в свете духовного наследия православной церкви / В.А. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.Н. Негрецкий // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 2. – С. 97–101.
134. Шаповалова В. А. Правовые аспекты оперативно-розыскной работы службы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков / В.А. Шаповалова, С.Л. Петренко, В.В. Шаповалов // Актуальные вопросы судебной экспертизы и криминалистики на современном этапе

судебно-правовой реформы : сб. науч.-практ. материалов. – Х.: Право, 1998. – С. 280–281.

135. Шаповалова В. А. Судебная фармация: противодействие незаконному обороту особо опасного наркотического средства каннабиса / В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов, С. Н. Негрецкий // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (додаток). – С. 99-101.
136. Шаповалова В. А. Судебно-фармацевтическое изучение последствий злоупотребления преступниками-пациентами каннабиноидов (марихуана) / В.А. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.Н. Негрецкий // Человек и лекарство : XVIII Рос. нац. конгр., 11–15 апр. 2011 г. : тезисы докл. – М., 2011. – С. 653.
137. Шаповалова В. О. Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в Російській Федерації / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.М. Негрецький // Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Х.: Скорпіон, 2010. – Гл. 4. – С. 17–20.
138. Шаповалова В. О. Розвиток духовності, як один із елементів реабілітаційних заходів при лікуванні адиктивної залежності / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, С. М. Негрецький // Фармація України. Погляд у майбутнє : VII Нац. з'їзд фармацевтів України, 15–17 верес. 2010 р. : матеріали. – Х., 2010. – Т. 2. – С. 480.
139. Шаповалова В. О. Судова і соціальна фармація щодо медикаментозного забезпечення пацієнтів з адиктивними розладами здоров'я відповідно до МКХ-10 / В.О. Шаповалова, А.О. Гудзенко, В.В. Шаповалов // Вісник фармакології та фармації. – 2006. – № 4. – С. 50–54.
140. Шаповалова В. О. Судова фармація: організаційно-правова процедура знищення контрольованих рослин в Україні / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, С. М. Негрецький // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2010. – Т. 5, № 3. – С. 9–12.

141. Шаповалова В. О. Судова фармація: розробка організаційних заходів з протидії незаконного обігу каннабіноїдів / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.М. Негрецький // Довженківські читання: реабілітація та ресоціалізація осіб зі станами залежності різного походження: матеріали XIII Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 10-11 квіт. 2012 р. – Х.: Вид-во «Плеяда», 2012. – С. 238-246.
142. Шаповалова В. О. Судова фармація: розробка організаційно-правових та духовних заходів реабілітації наркохворих з залежністю від канабіноїдів / В.О. Шаповалова, В.В.Шаповалов, С.М. Негрецький // Довженківські читання. Реалістичні цілі лікування та якість життя хворих наркологічного профілю : матеріали XI Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 12–13 квіт. 2010 р. – Х., 2010. – С. 123–124.
143. Шаповалова В. О. Судова фармація: способи реабілітації наркопацієнтів, що вживають каннабіноїди, за допомогою апітерапії / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.М. Негрецький // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2. – С. 102–104.
144. Шаповалова В. О. Судово-фармацевтична оцінка рівня каннабіноїдної залежності / Шаповалова В.О., Шаповалов В.В., Негрецький С.М. // Протидія наркозлочинності: вітчизняний та міжнародний досвід співпраці правоохоронних та судових органів : матеріали українсько-німецької наук.-практ. конф., 26-27 травня 2011 р. – Донецьк, 2011. – С. 163–164.
145. Шаповалова В. О. Судово-фармацевтичне вивчення проблеми, що пов'язана із профілактикою наркоманії та медико-фармацевтичною і церковною реабілітацією наркозалежних осіб / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, С.М.Негрецький // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4. – С. 74–78.
146. Шаповалова В. О. Судово-фармацевтичний моніторинг нелегального обігу каннабісу / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, С. М. Негрецький

// Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2 (додаток). – С. 148–151.

147. Шаповалова В. О. Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів: метод. реком. з грифом ДСК / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, С. М. Негрецький. – Х.: ВБ «Фактор», 2013. – 24 с.
148. Шаповалова В. О. Судово-фармацевтичні проблеми обігу каннабісу: перспективи державного контролю, медико-наркологічні наслідки / В.О.Шаповалова, В.В.Шаповалов, С.М.Негрецький // Довженківські читання: проблема привабливості наркологічної допомоги. Від служби до послуги : Матеріали XIV Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 9–10 квіт. 2013 р. – Х.: Вид-во «Плеяда», 2013. – С. 313–316.
149. Шаповалова В. О. Фармацевтичне право: примусова медико-фармацевтична допомога у єдності щодо підвищення рівня духовності злочинця і громадянина / Шаповалова В.О., Шаповалов В.В., Негрецький С.М. // Післядипломна підготовка спеціалістів фармації за організаційно-економічним напрямком : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 2–3 червня 2010 р. – Х., 2010. – С. 89–90.
150. Шести підприємцям разрешили растить коноплю [Электронный ресурс]. – 21.06.2013; 09:29. – Режим доступа к документу: <http://vse-zdes.ua/molodezhnye-novosti/biznes/item/1803-shesti-predpriyatijam-razreshili-rastit-konoplju.html>.
151. Шорохова Г. М. Деякі аспекти профілактики злочинності серед неповнолітніх / Г.М. Шорохова // Сучасні напрямки профілактики та актуальні проблеми розслідування злочинів, що вчиняються неповнолітніми : мат. наук.-практ. семінару 30 травня 2009 р. : тези доп. – Х. : Харк. нац. ун-т внутр. справ, 2009. – С. 103-107.
152. Шаповалов В. В. Організаційно-правові підходи до розробки комбінованих лікарських засобів на основі психоактивних речовин для попередження і лікування наркоманії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора фармац. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та

- організація фармацевтичної справи» / В. В. Шаповалов. – Київ, 2005. – 44 с.
153. Шаповалов В. В. (мол.). Судово-фармацевтична практика: дослідження причинних зв'язків девіантної поведінки у наркопацієнтів / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 77-79.
154. Arsenault L. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence / L. Arsenault, M. Cannon, J. Witton // *The British Journal of Psychiatry*. – 2004. – № 184. – P. 110–117.
155. Beaujon A. Marijuana magazines would be kept behind counters under new Colorado law [Electronic resource] / A. Beaujon. – 13.05.2013; 12:13. – Access to the document: <http://www.poynter.org/latest-news/mediawire/213211/pot-mags-would-be-kept-behind-counters-under-new-colorado-law/>.
156. Bhanot R. Opiatergic control of LH secretion is eliminated by gonadectomy / R. Bhanot, M. Wilkinson // *Endocrinology*, 1983. – P. 399 – 401.
157. Cannabis Induces a Clinical Response in Patients with Crohn's Disease: a Prospective Placebo-Controlled Study [Electronic resource] / T. Naftali, B.L. Lihi, D. Iris et al. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23648372>.
158. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study / [Arseneault L., Cannon M., Poulton R. et al.] // *BMJ*. – 2002. – № 325. – P. 1212–1213.
159. Cicero T.J. Endogenous opioids participate in the regulation of the hypothalamic – pituitary – luteinizing hormone axis and testosterone's negative feedback control of luteinizing hormone / T.J. Cicero, B.A. Schanker, E.R. Meyer // *Endocrinology*, 1979. – P. 1286 – 1291.
160. Developing new medicines from cannabis sativa: challenges and perspectives / F.A. Moreira, T.G. Viana, A.F. Santos-Almeida et al. // *Brasilia Med.*- 2011.- V. 48 (3).- P. 277-283.

161. Development of algorithms forensic training pharmaceutical seizures from illegal substance as an element of patient protection / Shapovalov V.V. (Jr.), Shapovalova V.A., Shapovalov V.V., Shuvera E.V. // European Applied Sciences. – 2013. – Vol. 2, N. 5. - P.197-199.
162. Downs D. Marijuana habit not linked to lung cancer, Oncology Practice Reports [Electronic resource] / D. Downs. – 09.05.2013; 9:19. – Access to the document: <http://www.oncologypractice.com/oncologyreport/news/top-news/single-view/marijuana-habit-not-linked-to-lung-cancer/73840afd2cca226b9e6a9ddc7cb0d039.html>.
163. Ethan B. Russo. Clinical endocannabinoid deficiency (CECD): can this concept explain therapeutic benefits of cannabis in migraine, fibromyalgia, irritable bowel syndrome and other treatment-resistant conditions? / Ethan B. Russo // Neuroendocrinology letters.- 2008.- V. 29, N. 2.- P.192-200.
164. Feinmann J. Cannabis and mental health [Electronic resource] / J. Feinmann. – Feb. 2009. – Access to the document: <http://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/problemsdisorders/cannabis.aspx>.
165. Fergusson D.M. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people / D.M. Fergusson, L.J. Horwood, N.R. Swain-Campbell // Psychological Medicine. – 2003. – № 33. – P. 15–21.
166. Forensic and pharmaceutical status of the determination of depending from cannabinoids (F12) / Shapovalov V.V. (Jr.), Shapovalova V.A., Shapovalov V.V., Negretsky S.N. // European Applied Sciences. – 2013. – ISSN 2195-2183. – Vol. 2, № 9. – P. 146–149.
167. Grotenhermen F. The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids [Electronic resource] / F. Grotenhermen, K. Müller-Vahl // Dtsch Arztebl Int. – Jul 2012. – N. 109 (29-30). – P. 495-501. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23008748>.
168. Hall W. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence [Electronic resource] / W. Hall, L. Degenhardt // Aust N Z J

- Psychiatry. – Feb 2000. – N. 34(1). – P. 26-34. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11185941>.
169. Haney M. Effects of smoked marijuana in healthy and HIV + marijuana smokers [Electronic resource] / M. Haney // J. Clin Pharmacol. – Nov 2002. – N. 42. – P. 34S-40S. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12412834>.
170. Haney M. The marijuana withdrawal syndrome: diagnosis and treatment [Electronic resource] / M. Haney // Curr Psychiatry Rep. – Oct 2005. – N. 7(5). – P. 360–366. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16216154>.
171. Hickey W. Marijuana Has Won The War On Drugs [Electronic resource] / W. Hickey. – 04.04.2013; 2:29. – Access to the document: <http://www.businessinsider.com/war-on-drugs-marijuana-legalization-2013-4>.
172. Hodgekiss A. Smoking cannabis could reduce the risk of diabetes by controlling blood sugar [Electronic resource] / A. Hodgekiss. – 15.05.2013; 08:05. – Access to the document: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2324743/Smoking-cannabis-reduce-risk-diabetes-controlling-blood-sugar.html>.
173. Kazuhide Hayakawa. Therapeutic potential of non-psychotropic cannabidiol in ischemic stroke / Kazuhide Hayakawa, Kenichi Mishima, Michihiro Fujiwara // Pharmaceuticals. – 2010. – V. 3(7). – P. 2197–2212.
174. Kilham C. Cannabis use associated with lower blood sugar [Electronic resource] / C. Kilham // Fox News. – 22.05.2013. – Access to the document: <http://www.foxnews.com/health/2013/05/22/cannabis-use-associated-with-lower-blood-sugar/>.
175. Macleod J. Cannabis use and symptom experience amongst people with mental illness: a commentary on Degenhardt et al. / J. Macleod // Ibid. – 2007. – № 22. – P. 1–4.
176. Marijuana abstinence effects in marijuana smokers maintained in their home environment [Electronic resource] / A.J. Budney, J.R. Hughes, B.A. Moore,

- P.L. Novy // Arch Gen Psychiatry. – Oct 2001. – N. 58(10). – P. 917–924. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11576029>.
177. Marijuana Seized, 15 Arrested In Harford County Undercover Narcotics Bust [Electronic resource]. – 22.05.2013; 7:35. – Access to the document: <http://baltimore.cbslocal.com/2013/05/22/marijuana-seized-15-arrested-in-harford-county-undercover-narcotics-bust/>.
178. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study [Electronic resource] / M. Hashibe, H. Morgenstern, Y. Cui et al. // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 2006. – N. 15. – P. 1829–1834. – Access to the document: <http://cebp.aacrjournals.org/content/15/10/1829.long>.
179. Pharmaceutical law and forensic pharmacy: algorithm for definition of the status of cannabinoids narcomany (F12) [Electronic resource] / Shapovalov V.V. (Jr.), Shapovalova V.A., Shapovalov V.V., Omelchenko V.O., Negretsky S.M. // E-journal (ISSN 2227-6920). – 2013. – Vol. J21306. – November 2013. pdf. – J201306-014. – Access to the document: <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/e-journal/2227-6920/j213/20935-j21306>.
180. Quantifying the Clinical Significance of Cannabis Withdrawal [Electronic resource] / D.J. Allsop, J. Copeland, M.M. Norberg et al. // PLoS One. – 2012. – N. 7. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458862/>.
181. Rockrohr P. Area police chiefs oppose medical marijuana bill [Electronic resource] / P. Rockrohr. – 15.07.2013; 3:37. – Access to the document: <http://deerfield.suntimes.com/news/20154797-418/area-police-chiefs-oppose-medical-marijuana-bill.html>.
182. Role of endogenous opiates in the expression of negative feedback actions of androgens and estrogen on pulsative properties of luteinizing-hormone secretion in man / [Veldhuis J.D., Rogol A.D., Samojlic E, Ertel M.H.] // J. Clin Invest. – 1984. – P. 47-55.

183. Schrader M. Scramble to regulate pot follows approval of new Colorado laws [Electronic resource] / M. Schrader . – 12.05.2013; 12:00. – Access to the document: <http://gazette.com/article/1500601>.
184. Self – reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia: further analysis of the 1969 Swedish conscript cohort / [Zammit S., Allebeck P., Andreasson S. et al.] // *BMJ*. – 2002. – № 325. – P. 1199–1201.
185. Stefanis C. Biological aspects of cannabis use [Electronic resource] / C. Stefanis // *NIDA Res Monogr*. – 1978. – N. 19. – P. 149-78. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34102>.
186. The dangers of cannabis [Electronic resource]. – Access to the document: <http://www.nhs.uk/Livewell/drugs/Pages/Cannabisdangers.aspx>.
187. The role of cannabinoid receptors in the descending modulation of pain / Enza Palazzo Livio Luongo Vito de Novellis et al. // *Pharmaceuticals*. – 2010. – V. 3(8). – P. 2661-2673.
188. Thornicroft G. Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for an association? [Electronic resource] / G. Thornicroft // *Br J Psychiatry*. – Jul 1990. – N. 157. – P. 25-33. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2204462>.
189. Tunving K. Psychiatric effects of cannabis use [Electronic resource] / K. Tunving // *Acta Psychiatr Scand*. – Sep 1985. – N. 72(3). – P. 209-17. – Access to the document: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3000137>.
190. Zuardi A.W. Cannabidiol: from and inactive cannadinoid to a drug with wide spectrum of action / A.W. Zuardi // *Rev. Bras. Psiquiatr*. – 2008. – V. 30, N. 3. – P. 271-280.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для спеціалістів правознавства, які розслідують справи, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів

Шановний колего!

Кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти вивчаються правопорушення, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів (конопля, марихуана, гашиш). У зв'язку із цим, просимо надати максимально об'єктивні відповіді на запитання цієї анкети.

1. Місце роботи: _____
2. Посада: _____
3. Вік: _____ років
4. Стать:
 - жіноча
 - чоловіча
5. Як часто у Вашій практичній діяльності фіксуються правопорушення, пов'язані із зловживанням каннабіноїдів (вказіть кількість справ):
 - _____ справ на день
 - _____ справ на місяць
 - _____ справ на рік
6. Характеристика правопорушників, пов'язаних із зловживанням каннабіноїдів:
 - 6.1. Вік: _____ років
 - 6.2. Стать:
 - жіноча
 - чоловіча

7. Які з нижче перелічених психоактивних речовин (ПАР) користуються попитом серед нелегальних споживачів, тобто які ПАР вживають правопорушники?
- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> конопля | <input type="checkbox"/> гашиш |
| <input type="checkbox"/> каннабіс | <input type="checkbox"/> інші ПАР (алкоголь, тютюн, ліки) |
| <input type="checkbox"/> марихуана | разом з каннабіноїдами: _____ |
8. Вкажіть в який час доби скоюються правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів: _____ година
9. Вкажіть вагу вилучених із нелегального обігу каннабіноїдів за 1 раз: _____ грамів
10. Перелічіть статті Кримінального кодексу України (ККУ), Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП), за якими порушуються справи, пов'язані із зловживанням або нелегальним обігом каннабіноїдів:
- ст. _____ ККУ
- ст. _____ КУпАП
11. Вкажіть кількість правопорушників із каннабіноїдною залежністю, які за матеріалами кримінальних справ направляються на примусове лікування: _____ осіб
12. Чи забезпечені ліками наркохворі правопорушники в системі примусової медичної допомоги?
- так
- ні
13. Чи проводиться Вами інформаційно-роз'яснювальна робота щодо негативного впливу каннабіноїдів на здоров'я серед правопорушників із каннабіноїдною залежністю?
- так
- ні

Дякуємо за співробітництво!

Додаток Б
Анкета для спеціалістів медицини

Шановні лікарі!

Кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти досліджуються питання щодо ефективності призначення гепатопротекторів нового покоління для фармакотерапії розладів здоров'я внаслідок зловживання каннабіноїдами. У зв'язку із цим, просимо надати максимально об'єктивні відповіді на запитання цієї анкети.

1. Місце роботи: _____
2. Посада: _____
кваліфікаційна категорія: друга перша вища
3. Вік: _____ років
4. Стать: жіноча чоловіча
5. Чи призначаєте Ви лікарські засоби групи гепатопротекторів нового покоління?
 так, призначаю часто
 призначаю, але рідко
 ні, не призначаю
6. Вкажіть клініко-фармакологічну (КФГ), класифікаційно-правову (КПГ) та номенклатурно-правову (НПГ) групи наведених нижче лікарських засобів:

ЛЗ	КФГ	КПГ	НПГ
Антраль			
Гепабене			
Глутаргін			
Ессенціалє Н			
Карсил			
Л'есфаль			

7. На Ваш погляд, які з наведених нижче лікарських засобів мають найбільшу ефективність (оцініть за 5-ти бальною шкалою, де 5 балів – це найвища оцінка, а 1 бал – найнижча)?

№ з/п	ЛЗ	Оцінка ефективності ЛЗ				
		1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
<i>Рідка лікарська форма ЛЗ</i>						
1	Глутаргін					
2	Ессенціале Н					
3	Л'есфаль					
<i>Тверда лікарська форма ЛЗ</i>						
1	Антраль					
2	Гепабене					
3	Карсил					

8. Чи проводиться Вами інформаційно-роз'яснювальна робота серед пацієнтів із каннабіною залежністю щодо негативного впливу каннабіноїдів на здоров'я?

так

ні

Дякуємо за співробітництво!

Додаток В

Анкета для наркозалежних при оцінці рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів

Кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти досліджується оцінка мотивації до зловживання каннабіноїдів (конопля, каннабіс, марихуана, гашиш) з метою оцінки статусу зловживання та розробки фармакокорекції психічних і поведінкових розладів каннабіноїдної залежності. У зв'язку із чим, просимо дати максимально об'єктивні відповіді на питання цієї анкети.

1. Вік: _____ років
2. Стать: жіноча чоловіча
3. Дайте відповіді на наведені нижче запитання:

№ п/п	Питання	Варіанти відповідей (бали)				
		завж ди (5)	часто (4)	час від часу (3)	рідко (2)	ніколи (1)
1	2	3	4	5	6	7
A.	Я вживаю каннабіноїди, щоб залишатися бадьорим(ою)					
B.	Вживаю каннабіноїди, коли відчуваю сильний біль					
C.	Вживання каннабіноїдів є приємним і розслаблюючим					
D.	Я вживаю каннабіноїди, коли злюся на когось					
E.	Коли в мене закінчується конопля (марихуана, гашиш), це майже нестерпно, доки я не придбаю її					
F.	Я вживаю каннабіноїди автоматично, навіть не усвідомлюючи цього					
G.	Я вживаю каннабіноїди для стимуляції, щоб бути бадьорим(ою)					

1	2	3	4	5	6	7
Н.	Я вживаю каннабіноїди, коли погано себе почуваю					
І.	Я вважаю вживання каннабіноїдів є приємним					
Ј.	Коли я відчуваю себе некомфортно або засмучений(а), то вживаю каннабіноїди					
К.	Коли я не вживаю каннабіноїди, то дуже чітко усвідомлюю цей факт					
Л.	Я закурюю сигарету з коноплею (марихуаною, гашишем) не усвідомлюючи того, що одна ще лежить у попільниці					
М.	Я вживаю каннабіноїди, щоб відчути наснагу і підйом					
Н.	Курю сигарету з коноплею (марихуаною, гашишем) для поліпшення пам'яті та розумової діяльності					
О.	Найбільше мені хочеться вживати каннабіноїди, коли я почуваю себе комфортно і розслаблено					
Р.	Якщо я подавлений(а) або хочу відволіктися від турбот, я вживаю каннабіноїди					
Q.	Я відчуваю дійсний роздираючий голод по каннабіноїдам, коли якийсь час не вживаю їх					
Р.	Я помічаю, що в мене у роті сигарета з коноплею (марихуаною, гашишем) і не пам'ятаю, як це відбулося					

Рівень мотивації до зловживання каннабіноїдами визначається на підставі підрахунку кількості балів за відповідями респондентів згідно запропонованого переліку питань. Найбільша кількість відповідей, які впливають на рівень мотивації до зловживання каннабіноїдів, оцінюється по сумі балів:

A+G+M – бажання отримати стимулюючий ефект від зловживання каннабіноїдів;

B+N+N – потреба зняти біль та відволіктися від розладів здоров'я;

C+I+O – бажання отримати розслаблюючий ефект від зловживання каннабіноїдів;

D+J+P – використання зловживання каннабіноїдів в якості підтримки при нервовій напрузі;

E+K+Q – існує сильне бажання зловживати каннабіноїди – психологічна залежність;

F+L+R – звичка.

4. Чи проводиться з Вами інформаційно-роз'яснювальна робота щодо негативного впливу каннабіноїдів на здоров'я з боку спеціалістів медицини та правознавства?

так

ні

Дякуємо за співробітництво!

Додаток Д

Тест встановлення рівня каннабіноїдної залежності (F12) у пацієнтів

Кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти досліджується ступінь каннабіноїдної залежності з метою оцінки статусу зловживання та розробки фармакокорекції психічних і поведінкових розладів внаслідок каннабіноїдної залежності. У зв'язку із чим, просимо дати максимально об'єктивні відповіді на питання цієї анкети.

№ з/п	Питання	Відповідь (бали)
1.	Протягом якого часу після прокинення Ви вживаєте каннабіноїди?	<input type="checkbox"/> протягом перших 30 хвилин (3) <input type="checkbox"/> протягом 1 години (2) <input type="checkbox"/> більше 1 години (1)
2.	Вам важко утримуватися від вживання каннабіноїдів?	<input type="checkbox"/> так (2) <input type="checkbox"/> ні (1)
3.	Від якої дози каннабіноїдів Ви не можете легко відмовитися?	<input type="checkbox"/> перша вранці (2) <input type="checkbox"/> всі інші (1)
4.	Скільки сигарет з каннабіноїдами (марихуаною) Ви викурюєте на день?	<input type="checkbox"/> 1-2 (1) <input type="checkbox"/> 3-5 (2) <input type="checkbox"/> 6-8 (3) <input type="checkbox"/> 9 і більше (4)
5.	Ви вживаєте каннабіноїди більш часто в перші години, після того як прокинулися, або протягом останньої доби?	<input type="checkbox"/> так (2) <input type="checkbox"/> ні (1)
6.	Ви вживаєте каннабіноїди, навіть коли хворі і вимушені знаходитися у ліжку?	<input type="checkbox"/> так (2) <input type="checkbox"/> ні (1)

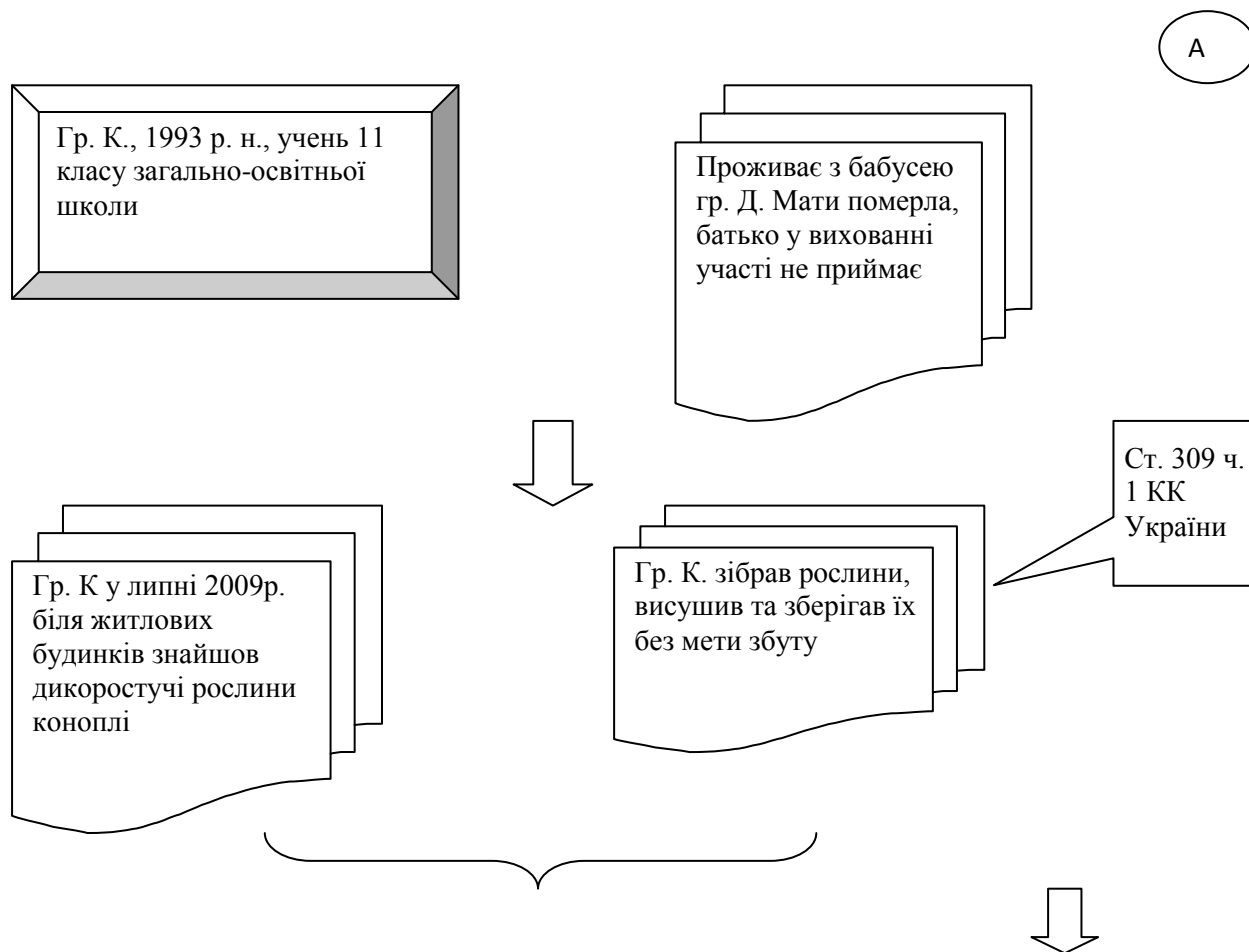
Дякуємо за співробітництво!

Додаток Ж

Типові приклади із судово-фармацевтичної практики щодо правопорушень, пов'язаних із нелегальним обігом каннабіноїдів

Нижче приводимо типові приклади із судово-фармацевтичної практики з узагальнення причин і умов, які спричиняють наркозлочинність і наркотизацію суспільства.

Приклад 1. На рис. Ж.1 наведено схематичне зображення подій із судово-фармацевтичного прикладу. Як видно із наведеного прикладу неповнолітній гр. К не тільки зібрав, висушив та зберігав у домашніх умовах наркотичний засіб каннабіс, а й використовував його для особистого вживання шляхом паління з метою отримання ейфорізуючого ефекту. Даний факт вказує на те, що у неповнолітнього гр. К. є передумови формування адиктивної залежності від психоактивних речовин.



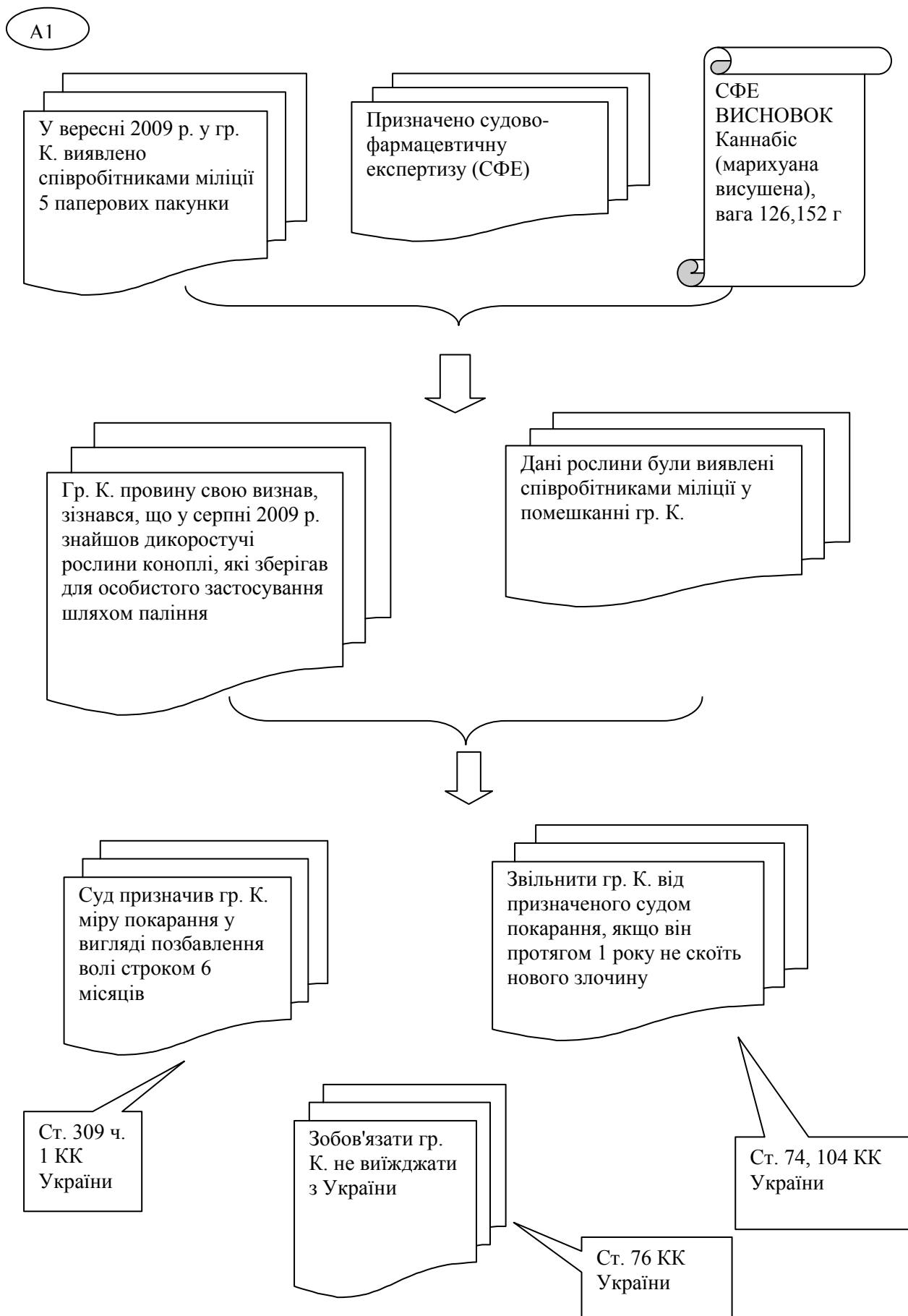


Рис.Ж.1. Схематичне зображення подій із судово-фармацевтичного прикладу

Приклад 2. 13.05.2010 р. Зарічний районний суд м. Суми, розглянувши у відкритому судовому засіданні кримінальну справу за обвинуваченням гр. А., громадянина України, одруженого, працюючого продавцем ФОП, раніше не судимого, у скоєнні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 309 КК України [40], встановив: гр. А. обвинувачується в тому, що 14.02.2010 р. в денний час, у невстановленому в ході слідства місці, незаконно придбав 7 паперових згортків з сухою, подробленою рослиною коноплі. Достовірно знаючи, що дана речовина є наркотичним засобом, поклав її до кишені куртки та став незаконно зберігати при собі без мети збуту. 17.02.2010 р. близько 19.00 години гр. А. був затриманий працівниками міліції за дитячою поліклінікою по вул. Д.Коротченко м. Суми та доставлений до СМУ ГУМВС України в Сумській області по вул. Першотравнева, 21, де при особистому огляді у нього була виявлена та вилучена дана подроблена рослина коноплі. Відповідно висновку експерта, згідно чинного законодавства України вилучена речовина є особливо небезпечним наркотичним засобом (таблиця №1, список № 1) – каннабіс (марихуана), загальною вагою у висушеному стані 20,37 г. Своїми навмисними діями, що виразились у незаконному придбанні та зберіганні особливо небезпечних наркотичних засобів без мети збуту, гр. А. скоїв злочин, передбачений ч. 1 ст. 309 КК України – незаконне придбання та зберігання наркотичних засобів без мети збуту [40]. Підсудний гр. А. в судовому засіданні вину свою визнав, щиро покаявся і пояснив, що з 30.03.2010 р. по 20.04.2010 р. він пройшов курс добровільного стаціонарного протинаркотичного лікування в наркологічному відділенні облнаркодиспансеру. Захисник заявив клопотання про закриття кримінальної справи в зв'язку з добровільним лікуванням підсудного. Підсудний підтримав клопотання захисника. Прокурор не заперечує проти закриття справи у зв'язку із проходженням гр. А. лікування в наркологічному відділенні облнаркодиспансеру. Суд, вислухавши думку учасників процесу, вивчивши матеріали даної кримінальної справи, вважає, що справа підлягає

закриттю з таких підстав: судом встановлено, що згідно письмового повідомлення головного лікаря КЗ „Обласний наркологічний диспансер” від 13.04.2010 р., гр. А. проходить курс добровільного стаціонарного протинаркотичного лікування в наркологічному відділенні облнаркодиспансеру з 30.03.2010 р. з діагнозом: Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання канабіноїдів. Синдром залежності. Активна залежність. F 12.24 (канабіноїдна наркоманія). Ймовірний термін лікування до 25.04.2010 р. З довідки наркологічного відділення Сумського обласного наркологічного диспансеру від 20.04.2010 р. вбачається, що гр. А. знаходився на лікуванні в наркологічному відділенні з 30.03.2010 р. по 20.04.2010 р. Виписаний з відділення по закінченню лікування. Згідно ч. 4 ст. 309 КК України особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від кримінальної відповідальності за дії, передбачені частиною першою цієї статті. Отже, суд постановив звільнити від кримінальної відповідальності гр. А. та закрити кримінальну справу відносно гр. А. за ст. 309 ч.1 КК України у зв'язку з проходженням лікування.

Приклад 3. Слідчим СВ СУ ГУМВС України в Запорізькій області порушено кримінальну справу за ознаками ст. 307, 309, 310 і 317 ККУ за результатами проведення операції «Мак - 2011» в період з 26 по 29 серпня 2011р., в ході якої було вилучено наркотичні засоби у 33-х мешканців міста і області [40].

Приклад 4. Слідчим СВ Днепрорудненського РВ ЗМУ ГУМВС України в Запорізькій області порушено кримінальну справу за ознаками ч. 2 ст. 309 та ч. 1 ст. 310 ККУ [40]. В ході досудового слідства було встановлено, що 26.08.2011 р. співробітники служби БНОН, біля дачної ділянки, яка розташована у Днепрорудненському районі м. Запоріжжя затримали гр. З., у якого в присутності понятих вилучили свіжезірвану

речовину рослинного походження, вагою 1,5 кг, яка згідно до висновку судово-фармацевтичної експертизи є коноплею, котра віднесена до особливо небезпечних наркотичних засобів. Злочинця заарештовано, кримінальну справу спрямовано до суду.

Приклад 5. Слідчим СВ Шевченківського РВ ЗМУ ГУМВС України в Запорізькій області порушено кримінальну справу за ознаками ч. 2 ст. 309 и ч. 1 ст. 310 ККУ. Так, в ході досудового слідства було встановлено, що 27.08.2011 р. співробітники служби БНОН у лісополосі, по вул. Магістральній, затримали гр.-ку Ф., що раніше була засуджена за ст. 309 ч.1 ККУ [40], у якій в присутності понятих вилучили шприць із речовиною вагою 0,2 г (сухий залишок), що згідно до висновку судово-фармацевтичної експертизи є опієм ацетильованим (особливо небезпечний наркотичний засіб), який вона зберігала без мети збуту, для особистого вживання. По справі призначені судово-наркологічна, судово-медична і судово-фармацевтична експертизи. Гр.-ка Ф. знаходиться під підпискою про невиїзд, досудове слідство триває.

Приклад 6. Слідчим СВ Орджонікідзевського РВ ЗМУ ГУМВС України в Запорізькій області порушено кримінальну справу за ознаками ч. 2 ст. 307 ККУ [40]. В ході досудового слідства було встановлено, що 28.08.2011 співробітники служби БНОН у центрі м. Запоріжжя затримали гр. І., який незаконно виготовляв шляхом модифікації «первітин», що згідно до висновку судово-фармацевтичної експертизи є метамфетаміном (психотропна речовина), який він у подальшому збував особам, хворим на наркоманію. Злочинця заарештовано, кримінальну справу спрямовано до суду.

Приклад 7. Слідчим прокуратури м. Севастополя порушено кримінальну справу відносно 2 співробітників служби БНОН, звільнених із міліції, за ознаками ст. ч.3 ст. 368 (отримання хабара) ККУ [40]. В ході досудового слідства було встановлено, що міліціонери, користуючись

службовим положенням, провели незаконний обшук на квартирі гр. Ю., мешканця м. Балаклава, у якого знайшли декілька кущів коноплі, що за висновком судово-фармацевтичної експертизи є особливо небезпечним наркотичним засобом. В минулому гр. Ю. вже був притягнений до кримінальної відповідальності за ч. 1 ст. 310 ККУ (оштрафований за посів та вирощування нарковмісних рослин) [40], тому даний випадок, як пояснили йому співробітники міліції, погрожував гр. Ю. новим позбавленням волі. За не притягнення до кримінальної відповідальності міліціонери вимагали у гр. Ю. гроші у сумі 1,5 тис. дол. США, який відразу ж їм передав частину грошей у сумі 800 дол. США. 08.08.2011 р. в ході реалізації оперативних заходів при передачі другої частини хабаря у сумі 700 дол. США співробітники СБУ спільно із співробітниками прокуратури та відділу внутрішньої безпеки МВС затримали хабарника на час отримання їм другої частини хабара. У злочинців обрано підписку про невиїзд, кримінальну справу спрямовано до суду.

Приклад 8. Слідчими СВ МВ-РВ ГУМВС України в Донецькій області за період з 01.01.2011 р. по 19.05.2011 р. за незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів порушено 2 тис. кримінальних справ, із яких збут (ст. 307 ККУ) складає біля 39,0 %. До кримінальної відповідальності залучено більше 1400 осіб, при цьому кожен четвертий злочинець є збувальником, а 70,0 % із загальної кількості є раніше неодноразово судимі. Із незаконного обігу вилучено біля 250 кг наркотичних засобів (більше 1кг героїну, 202 кг каннабісу, 18 кг макової соломи); більше 2 кг психотропних речовин та прекурсорів. Для порівняння: у 2010 р. за наркозлочини засуджено біля 3 тисяч чоловік, із яких більш 400 – за збут наркотичних засобів і психотропних речовин [10, 40].

Додаток 3

**Судово-фармацевтична практика щодо нелегального обігу каннабіноїдів
в Харківському регіоні (фрагментарний зразок)**

Таблиця 3.1

**Судово-фармацевтична практика: характеристика середньомісячних
показників вилучення каннабіноїдів (каннабісу, марихуани, гашишу,
коноплі) упродовж доби**

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Класифікаційно-правова група	Часи доби
5	особливо небезпечний наркотичний засіб	не встановлено
9	особливо небезпечний наркотичний засіб	17-00
9	особливо небезпечний наркотичний засіб	17-30
10	особливо небезпечний наркотичний засіб	17-50
19	особливо небезпечний наркотичний засіб	21-00
20	особливо небезпечний наркотичний засіб	22-00
21	особливо небезпечний наркотичний засіб	00-30

Таблиця 3.2

**Судово-фармацевтична практика: характеристика середньомісячних
показників вагової кількості вилученого каннабіноїдів
(каннабісу, марихуани, гашишу, коноплі)**

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Класифікаційно-правова група	Вага, грами
8	особливо небезпечний наркотичний засіб	0,7
15	особливо небезпечний наркотичний засіб	3
67	особливо небезпечний наркотичний засіб	5
3	особливо небезпечний наркотичний засіб	61

Таблиця 3.3

Судово-фармацевтична практика: гендерні ознаки правопорушників

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Стать
80	чоловік
13	жінка

Таблиця 3.4

Судово-фармацевтична практика: характеристики вікової ознаки осіб, пов'язаних з нелегальним обігом каннабіноїдів (каннабісу, марихуани, гашишу, коноплі)

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Класифікаційно-правова група	Вік
68	особливо небезпечний наркотичний засіб	21
7	особливо небезпечний наркотичний засіб	22
6	особливо небезпечний наркотичний засіб	23
5	особливо небезпечний наркотичний засіб	24
3	особливо небезпечний наркотичний засіб	34
4	особливо небезпечний наркотичний засіб	36

Таблиця 3.5

Судово-фармацевтична практика: характеристика місця скоєння злочину, що пов'язаний з незаконним обігом каннабіноїдів (каннабісу, марихуани, гашишу, коноплі)

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Класифікаційно-правова група	Місце	
		місто	область
53	особливо небезпечний наркотичний засіб	Харків	-
40	особливо небезпечний наркотичний засіб	-	Харківська

Таблиця 3.6

Судово-фармацевтична практика: судово-фармацевтична кваліфікація злочинів, пов'язаних з нелегальним обігом каннабіноїдів (каннабісу, марихуани, гашишу, коноплі), за статтями ККУ

Кількість випадків із судово-фармацевтичної практики	Класифікаційно-правова група	Стаття ККУ
43	особливо небезпечний наркотичний засіб	309 ККУ
50	особливо небезпечний наркотичний засіб	за фактом вилучення

Додаток К

Зміст статей Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України, за якими в м. Харкові та Харківській області було вчинено правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів

Таблиця К.1

Статті Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України, за якими в м. Харкові було вчинено правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом каннабіноїдів

№ з/п	Номер статті	Назва статті
<i>Кримінальний кодекс України [40]</i>		
1	185	Крадіжка
2	296	Хуліганство
3	307	Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів
4	309	Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту
5	310	Посів або вирощування снотворного маку чи конопель
6	317	Організація або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів
7	321	Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів
<i>Кримінально-процесуальний кодекс України</i>		
8	44	Захисник

Таблиця К.2

Відповідальність за статтями Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України

Номер статті	Зміст статті	Міра покарання
1	2	3
<i>Кримінальний кодекс України</i>		
185	1. Таємне викрадення чужого майна (крадіжка)	карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів

1	2	3
		<p>громадян або громадськими роботами на строк від 18 до 240 годин, або виправними роботами на строк до 2 років, або арештом на строк до 6 місяців, або позбавленням волі на строк до 3 років</p> <p>2. Крадіжка, вчинена повторно або за попередньою змовою групою осіб</p> <p>3. Крадіжка, поєднана з проникненням у житло, інше приміщення чи сховище або що завдала значної шкоди потерпілому</p> <p>4. Крадіжка, вчинена у великих розмірах</p> <p>5. Крадіжка, вчинена в особливо великих розмірах або організованою групою</p>
296	1. Хуліганство, тобто грубе порушення громадського порядку з мотивів явної неповаги до суспільства, що супроводжується особливою зухвалістю чи винятковим цинізмом	карається штрафом від 500 до 1000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до 6 місяців, або обмеженням волі на строк до 5 років
	<p>2. Ті самі дії, вчинені групою осіб</p> <p>3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони були вчинені особою, раніше судимою за хуліганство, чи пов'язані з опором представникові влади або представникові громадськості, який виконує обов'язки з охорони громадського порядку, чи іншим громадянам, які припиняли хуліганські дії</p> <p>4. Дії, передбачені частинами першою, другою або третьою цієї статті, якщо вони вчинені із застосуванням вогнепальної або холодної зброї чи</p>	<p>караються обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на строк до 4 років</p> <p>караються позбавленням волі на строк від 2 до 5 років</p> <p>караються позбавленням волі на строк від 3 до 7 років</p>

1	2	3
	іншого предмета, спеціально пристосованого або заздалегідь заготовленого для нанесення тілесних ушкоджень	
307	1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання з метою збуту, а також незаконний збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів	караються позбавленням волі на строк від 4 до 8 років
	2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 308-310, 312, 314, 315, 317 цього Кодексу, або із залученням неповнолітнього, а також збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів у місцях, що призначені для проведення навчальних, спортивних і культурних заходів, та в інших місцях масового перебування громадян, або збут чи передача цих речовин у місця позбавлення волі, або якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги у великих розмірах чи особливо небезпечні наркотичні засоби або психотропні речовини	караються позбавленням волі на строк від 6 до 10 років з конфіскацією майна
	3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені організованою групою, а також якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги в особливо великих розмірах, або вчинені із залученням малолітнього або щодо малолітнього	караються позбавленням волі на строк від 9 до 12 років з конфіскацією майна
	4. Особа, яка добровільно здала наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги і вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх незаконним обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконне їх виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання	

1	2	3
309	1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту	караються штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до 2 років, або арештом на строк до 6 місяців, або обмеженням волі на строк до 3 років, або позбавленням волі на той самий строк
	2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб чи особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 308, 310, 317 цього Кодексу, або якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги у великих розмірах	караються позбавленням волі на строк від 2 до 5 років
	3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені із залученням неповнолітнього, а також якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги в особливо великих розмірах	караються позбавленням волі на строк від 5 до 8 років
	4. Особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від кримінальної відповідальності за дії, передбачені частиною першою цієї статті	
310	1. Незаконний посів або незаконне вирощування снотворного маку чи конопель в кількості від ста до п'ятисот рослин чи конопель у кількості від десяти до п'ятдесяти рослин	караються штрафом від 100 до 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до 6 місяців, або обмеженням волі на строк до 3 років
	2. Незаконний посів або незаконне вирощування снотворного маку чи конопель особою, яка була засуджена за цією статтею чи яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 309, 311, 317 цього Кодексу, або вчинені за попередньою змовою групою осіб з метою збуту, а також незаконний посів або незаконне вирощування снотворного маку в кількості п'ятисот і більше рослин чи конопель у кількості п'ятдесят і більше рослин	караються позбавленням волі на строк від 3 до 7 років

1	2	3
317	1. Організація або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, а також надання приміщення з цією метою	караються позбавленням волі на строк від 3 до 5 років
	2. Ті самі дії, вчинені повторно або з корисливих мотивів, або групою осіб, або із залученням неповнолітнього	караються позбавленням волі на строк від чотирьох до восьми років з конфіскацією майна
321	1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту, збут отруйних або сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, а також здійснення таких дій щодо обладнання, призначеного для виробництва чи виготовлення отруйних або сильнодіючих речовин, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, вчинені без спеціального на те дозволу	караються штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк від 3 до 6 місяців, або позбавленням волі на строк до 3 років
	2. Порушення встановлених правил виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, відпуску, обліку, перевезення, пересилання отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів	карається штрафом до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк від 3 до 6 місяців, або позбавленням волі на строк до 3 років
	3. Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені повторно, за попередньою змовою групою осіб, або якщо предметом таких дій були отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби у великих розмірах	караються позбавленням волі на строк від 3 до 5 років
	4. Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені	караються позбавленням волі на строк від 5 до 10 років

1	2	3
	<p>організованою групою, або якщо предметом таких дій були отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби в особливо великих розмірах</p>	
	<p>5. Особа, яка добровільно здала отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби та вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх незаконним обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, а також за вчинення таких дій без спеціального на те дозволу (частина перша цієї статті) щодо обладнання, призначеного для виробництва чи виготовлення отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів</p>	
<i>Кримінально-процесуальний кодекс України</i>		
44	<p>Захисником є особа, яка в порядку, встановленому законом, уповноважена здійснювати захист прав і законних інтересів підозрюваного, обвинуваченого, підсудного, засудженого, виправданого та надання їм необхідної юридичної допомоги при провадженні у кримінальній справі.</p> <p>Як захисники допускаються особи, які мають свідоцтво про право на заняття адвокатською діяльністю в Україні та інші фахівці у галузі права, які за законом мають право на надання правової допомоги особисто чи за дорученням юридичної особи. У випадках і в порядку, передбачених цим Кодексом, як захисники допускаються близькі родичі обвинуваченого, підсудного, засудженого, його опікуни або піклувальники.</p> <p>Повноваження захисника на участь у справі стверджується: 1) адвоката - ордером відповідного адвокатського об'єднання; 2) адвоката, який не є членом адвокатського об'єднання - угодою, інші фахівці у галузі права, які за законом мають право на надання правової допомоги особисто чи за дорученням юридичної особи або дорученням юридичної особи - угодою або дорученням юридичної особи; 3) близьких родичів, опікунів або піклувальників - заявою обвинуваченого, підсудного, засудженого, виправданого про їх допуск до участі в справі як захисників.</p> <p>Захисник допускається до участі в справі в будь-якій стадії процесу. Близькі родичі обвинуваченого, його опікуни або піклувальники в якості захисників допускаються до участі в справі з моменту пред'явлення обвинуваченому для ознайомлення матеріалів досудового слідства. У випадках, коли відповідно до</p>	

1	2	3
	<p>вимог статті 45 цього Кодексу участь захисника є обов'язковою, близькі родичі обвинуваченого, його опікуни або піклувальники в якості захисників можуть брати участь у справі лише одночасно з захисником - адвокатом чи іншим фахівцем у галузі права, який за законом має право на надання правової допомоги особисто чи за дорученням юридичної особи. Про допуск захисника до участі в справі особа, яка провадить дізнання, слідчий, прокурор, суддя виносять постанову, а суд - ухвалу.</p> <p>Як захисники свідка, запрошені ним для надання правової допомоги під час допиту чи проведення інших слідчих дій за участю свідка, допускаються особи, які відповідають вимогам частин другої і третьої цієї статті. Допуск захисника свідка до участі у справі здійснюється у порядку, передбаченому частиною п'ятою цієї статті.</p>	

Таблиця К.3

**Статті Кримінального кодексу України, за якими в Харківській області
було вчинено правопорушення, пов'язані із нелегальним обігом
каннабіноїдів**

№ з/п	Номер статті	Назва статті
1	311	Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів
2	315	Схиляння до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів

Таблиця К.4

Відповідальність за статтями Кримінального кодексу України

Номер статті	Зміст статті	Міра покарання
1	2	3
311	1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів з метою їх використання для виробництва або виготовлення наркотичних засобів чи психотропних речовин	караються штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до 3 років
	2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або у великих розмірах, або з метою збуту, а також незаконний збут прекурсорів	караються позбавленням волі на строк від 2 до 5 років

1	2	3
	3. Дії, передбачені частиною першою, вчинені організованою групою або в особливо великих розмірах	караються позбавленням волі на строк від 5 до 8 років з конфіскацією майна
	4. Особа, яка добровільно здала прекурсори, що призначалися для виробництва або виготовлення наркотичних засобів чи психотропних речовин, і вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних із незаконним обігом прекурсорів, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконні їх виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання.	
315	1. Схиляння певної особи до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів	карається обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на строк від 2 до 5 років
	2. Та сама дія, вчинена повторно або щодо двох чи більше осіб, або щодо неповнолітнього, а також особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 308, 310, 314, 317 цього Кодексу	карається позбавленням волі на строк від 5 до 12 років

Додаток Л

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Головний лікар

Комунального закладу охорони здоров'я

"Обласна дитяча клінічна лікарня № 1"

Харківської обласної державної адміністрації

к.м.н. К. Г. Коліушко

" 15 " 23 2011 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самопікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: Харківська обласна дитяча клінічна лікарня № 1, КЗОЗ "ОДКЛ № 1" Харківської обласної державної адміністрації

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Провізор клінічний КЗОЗ "ОДКЛ № 1"

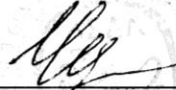
Харківської обласної державної адміністрації

Яркова К.О. (Яркова К.О.)

" 25 " березня 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор
Товариства з обмеженою
відповідальністю "Леда"


_____ І.М. Чанчалейшвілі

“ 14 ” 04 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: ТОВ "Леда"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

_____  

“ 14 ” 04 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар
 Комунального закладу охорони здоров'я
 "Міська клінічна лікарня № 2"
 Харківська міська Рада народних депутатів


 О. В. Лашченко
 " 20 " квітня 2011 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КЗОЗ "Міська клінічна лікарня № 2"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Старша сестра медична
 Гастроентерологічного відділення
 КЗОЗ "Міська клінічна лікарня № 2"
 Харківська міська Рада народних депутатів
 _____ (М. В. Горбунова)

" 20 " квітня 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор
Приватної фірми "Гамма-55"

А
" 21 " 04



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: ПФ "Гамма-55"

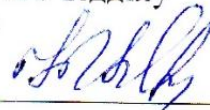
Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Керівник оптового відділу

ПФ "Гамма-55"



(А. Г. Мовсіян)

" 21 " 04 2011 р.

Продовж. дод. Л

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

В.о. генерального директора
 Комунального підприємства
 каналізаційного господарства
 "Харківкомуночиствод"



О. М. Коваленко

05 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: Комунальне підприємство каналізаційного господарства "Харківкомуночиствод"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

*Консультант по розвитку
 сетей водопостачання
 Свєрєдов Є. Н. Свєрєдов*

" 04 " 05 2011 р.

Продовж. дод. Л

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор

Товариства з обмеженою відповідальністю
"Парацельс-2002"
 Г. О. Радько

05/05 / 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: ТОВ "Парацельс"

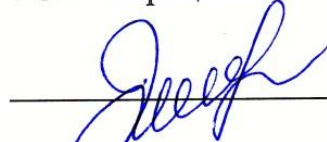
Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність товариства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Зав. аптечним пунктом № 4

ТОВ "Парацельс-2002"



(С.В. Сінякова)

" 05 " 05 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор

Приватного підприємства "Ауріта"



О. С. Михайленко

_____ 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: Приватне підприємство "Ауріта"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Зав. аптекою № 1

_____ (Н. В. Збраїлова)

" 13 " _____ 2011 р.

Продовж. дод. Л

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
 Директор
 Товариства з обмеженою
 відповідальністю “Цілительниця”
 О. В. Суворов



" 20 " 05 2011 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.


Ким впроваджено: Товариство з обмеженою відповідальністю “Цілительниця”

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність товариства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Зав. аптечним пунктом № 1 аптеки № 1
 ТОВ “Цілительниця”


 _____ (В. М. Кіяниця)

" 20 " 05 2011 р.

Продовж. дод. Л

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Завідуючий
Комунального підприємства охорони здоров'я
“Центральна районна аптека № 350”

 Л. І. Мелега
“ 25.05. 2011 р”

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КПОЗ “ЦРА № 350”

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження


Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:
фармацевт КПОЗ «Аптека № 350»


_____ (Ю. В. Цукор)

“ 25 ” травня 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Завідуючий
Комунального підприємства охорони здоров'я
“Центральна районна аптека № 148”
Д. Ю. Загребельний



“ 30 ” 05 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КПОЗ "ЦРА № 148"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Д. Ю. Загребельний

“ 30 ” 05 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор

Товариства з обмеженою відповідальністю



"Аптека 28"

В. Д. Кривошеєв

06 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.


Ким впроваджено: ТОВ "Аптека 28"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність товариства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

фармацевт аптеки № 210 ТОВ "Аптека 28"

 (Н. С. Маркусь)

"02" 06 2011 р.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Завідуючий
Комунального підприємства охорони здоров'я
"Центральна районна аптека № 69"
_____ Є. В. Федечкін
" 03 " 06 _____ 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КПОЗ "ЦРА № 69"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:
фармацевт КПОЗ "ЦРА № 69"

_____ (М. Б. Лебедєва)
" 03 " 06 _____ 2011 р.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Зав. Державної акціонерної компанії

"Ліки України"

Харківська аптечна база



В. Іваненко

06 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

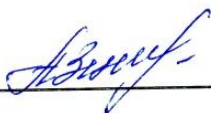
Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: ДАК "Ліки України" Харківська аптечна база

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність компанії. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:
помічник зав. Харківської аптечної бази
ДАК "Ліки України"

 (О. О. Зезекало)

" 14 " 06 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Завідуючий
Комunalного підприємства охорони
здоров'я
“Центральна районна аптека № 63”
С. В. Гриценко



11. 10 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікар. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КПОЗ “ЦРА № 63”


Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:
фармацевт КПОЗ “ЦРА № 63”

_____ (В. І. Супрун)

“ 11 ” 10 2011 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Завідуючий
Комунального підприємства охорони здоров’я
“Центральна районна аптека № 102”

_____ А. І. Савенко
“ 01 ” _____ 11 _____ 2011 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.
Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.
Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.
Ким впроваджено: КПОЗ “ЦРА № 102”
Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження
Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:
Зав. аптечним пунктом КПОЗ “ЦРА № 102”

_____  _____ (К. І. Горбенко)

“ 01 ” _____ 11 _____ 2011 р.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Завідуючий

Комунального підприємства охорони здоров'я

"Центральна районна аптека № 128"

О. М. Головка

" 5 " грудня 2011 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

Ким впроваджено: КПОЗ "ЦРА № 128"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність підприємства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Зав. аптечним пунктом № 1

КПОЗ "ЦРА № 128"



(С. М. Мирончук)

" 5 " грудня 2011 р.

«Утверждаю»

Директор Национального центра
мониторинга и профилактики
наркомании Минздрава

Республики Таджикистан



X. Хасанов

« 30 » 01 2012

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Наименование предложения для внедрения: «Судебная и доказательная фармация: определение статуса каннабиноидной зависимости (F 12)»

Кем предложено: 61001, г. Харьков, пл. Восстания, 17, кафедра фармацевтического права Института повышения квалификации специалистов фармации Национального фармацевтического университета

Авторы: Шаповалов В.В. (мл.), Негрецкий С.Н., Шаповалова В.А., Шаповалов В.В.

Источник информации: Методические рекомендации. - Харьков, 2011.

Кем внедрены: Национальный центр мониторинга наркомании при Минздраве

Эффективность внедрения: Орган внедрения оценивает данную разработку актуальной и необходимой для внедрения в практику, что будет способствовать улучшению оказания медико-фармацевтической помощи лицам, страдающим каннабиноидной зависимостью. Эффективность внедрения этой разработки зависит от направленных действий и ответственности исполнителей.

Замечания и предложения: Замечаний нет

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КЗОЗ
«Куп'янська міська лікарня»
Куп'янської міської ради
Харківської області



Бураков О.Д.

« 27 / 02 2012 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету.

Виконавці: Шаповалов В.В. (мол.), Негрецький С.М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: КЗОЗ «Куп'янська міська лікарня» Куп'янської міської ради Харківської області.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.

Продовж. дод. Л

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»



Федак Б.С.

16 березня 2012 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету.

Виконавці: Шаповалов В.В. (мол.), Негрецький С.М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.

Продовж. дод. Л

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Головний лікар
Комунального закладу охорони здоров'я
«Чугуївська центральна районна
лікарня ім. М.І. Кононенка»


" 7 " 7 лютого 2012 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету.

Виконавці: Шаповалов В.В. (мол.), Негрецький С.М.

Джерело інформації: Методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: КЗОЗ «Чугуївська центральна районна лікарня ім. М.І. Кононенка».

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
 Головний лікар Хмельницького обласного
 онкологічного диспансеру Хмельницької обласної
 державної адміністрації

Л.М.Бриндіков

" 07 " вересня 2012 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації

Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Х., 2010. – 1200 с.

Ким впроваджено: Хмельницький обласний онкологічний диспансер Хмельницької обласної державної адміністрації

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

Фармацевт ХООД
 Хмельницької обласної державної адміністрації

_____ (Римар К.В.)

" 07 " вересня 2012 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар комунального закладу
охорони здоров'я
«Харківський обласний центр здоров'я»



Кострикін М.М.

« 02 » _____ // _____ 2012 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права

Ким запропоновано: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58, кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавці: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Шурма І.М., Галацан О.В., Шаповалова В.О., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалов В.В., Рищенко О.О., Негрецький С.М., Малініна Н.Г., Васіна Ю.В., Ірза Л.М., Сіроштан Г.М., Хмелевський М.О., Супрун Е.В. – Випуск четвертий. – Х.: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: КЗОЗ «Харківський обласний центр здоров'я»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для служби формування здорового способу життя. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор Державного закладу «Український
медичний центр акушерства, гінекології
та репродуктології Міністерства
охорони здоров'я України»

В.А. Пітько



2013 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Шурма І.М., Галацан О.В., Шаповалова В.О., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалов В.В., Рищенко О.О., Негрецький С.М., Малініна Н.Г., Васіна Ю.В., Ірза Л.М., Сіроштан Г.М., Хмелевський М.О., Супрун Е.В. – Випуск четвертий. – Х.: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: ДЗ «Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології Міністерства охорони здоров'я України»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність державного закладу охорони здоров'я. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”



Головний лікар КЗОЗ «Харківська міська поліклініка № 20»

Т.В. Кулик

20 02 2013 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Шурма І.М., Галацан О.В., Шаповалова В.О., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалов В.В., Рищенко О.О., Негрецький С.М., Малініна Н.Г., Васіна Ю.В., Ірза Л.М., Сіроштан Г.М., Хмелевський М.О., Супрун Е.В. – Випуск четвертий. – Х.: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: КЗОЗ «Харківська міська поліклініка № 20»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність комунального закладу охорони здоров'я. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

КЗОЗ «Харківська міська поліклініка № 8»

О.С. Чумаченко

14 03 2013 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Шурма І.М., Галапан О.В., Шаповалова В.О., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалов В.В., Рищенко О.О., Негрецький С.М., Малініна Н.Г., Васіна Ю.В., Ірза Л.М., Сіроштан Г.М., Хмелевський М.О., Супрун Е.В. – Випуск четвертий. – Х.: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: КЗОЗ «Харківська міська поліклініка № 8»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність комунального закладу охорони здоров'я. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар КЗОЗ

«Нововодолазька ЦРЛ»

А.Б. Шапран

10/04 2013 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: КЗОЗ «Нововодолазька центральна районна лікарня»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність комунального закладу охорони здоров'я. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник Головного лікаря

Ізюмської ЦМЛ



Пишняк Н. П.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Шаповалов В.В. (мол.), С.М.Негрецький

Джерело інформації: Метод. реком. (серія: Медичне і фармацевтичне право) / І.М. Шурма, О.В. Галацан, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мол.), В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, С.М. Негрецький, Н.Г. Малініна, Ю.В. Васіна, Л. М. Ірза, Г.М. Сіроштан, М.О. Хмелевський, Е.В. Супрун. – Харків: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: Ізюмською Центральною Міською Лікарнею.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувального закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

16 квітня 2013 року

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар Красноградської
центральної районної лікарні

О.В. Колодяжний

21 05 2013р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: Красноградська центральна районна лікарня

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар

Вузлової лікарні станції «Ізюм».



Вродзинська Ю. С.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Шаповалов В.В. (мол.), С.М.Негрецький

Джерело інформації: Метод. реком. (серія: Медичне і фармацевтичне право) / І.М. Шурма, О.В. Галацан, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мол.), В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, С.М. Негрецький, Н.Г. Малініна, Ю.В. Васіна, Л. М. Ірза, Г.М. Сіроштан, М.О. Хмелевський, Е.В. Супрун. – Харків: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: Вузловою лікарнею станції «Ізюм», м. Ізюм, Харківської обл.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

22 травня 2013 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

В.о. головного лікаря КЗОЗ «Харківська обласна

клінічна наркологічна лікарня»

В.В. Єлюсар

15 2013р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12) / Методичні рекомендації. –Х., 2011. – 24 с.

Ким впроваджено: КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність комунального закладу охорони здоров'я. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Директор ПП «Фармарост 2011»
Полторак О.В.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПП «ФАРМАРОСТ 2011» Полторак О.В.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

27.06.2013 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ПП «ФАРМАЦІЯ 2011»

Лисак Т.С.

«03» липня 2013 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПП «ФАРМАЦІЯ 2011» Лисак Т.С.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Голова Релігійної громади,

Настоятель Спасо-Преображенського храму

м. Ізюм, Харківської обл.



Негрецький С.М.

« 18 » липня 2013 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Шаповалов В.В. (мол.), С.М.Негрецький

Джерело інформації: Метод. реком. (серія: Медичне і фармацевтичне право) / І.М. Шурма, О.В. Галацан, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мол.), В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, С.М. Негрецький, Н.Г. Малініна, Ю.В. Васіна, Л. М. Ірза, Г.М. Сіроштан, М.О. Хмелевський, Е.В. Супрун. – Харків: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: Релігійною громадою Спасо-Преображенського храму м. Ізюма, Харківської обл.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність релігійної громади. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

відповідальний за впровадження:

старший викладач Недільної школи

при Спасо-Преображенському храмі м. Ізюма

Стародубцева М. В.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ПП «ТЕМП 2011»

Хечоян А.Ю.



30 липня 2013 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПП «ТЕМП 2011 » Хечоян А.Ю.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ПФ «АПТЕКА 2011»

Даниелян Н.А.



21 серпня 2013 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПП «АПТЕКА 2011» Даниелян Н.А.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ПП «ОСАН»

Хечоян А.Ю.



29 серпня 2013 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПП «ОСАН 2011 » Хечоян А.Ю.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ТОВ «ДАНУНЦ»

Веселова О.В.

06.09.2013 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

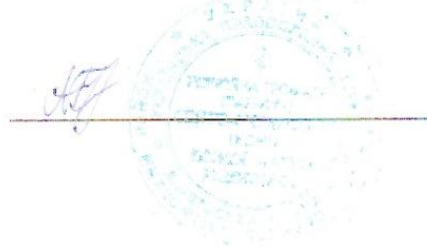
Ким впроваджено: Директор ТОВ «ДАНУНЦ» Веселова О.В.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Настоятель храму Ахирської ікони Б. М.



Пермінов А. М.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Виконавець: Шаповалов В.В. (мол.), С.М.Негрецький

Джерело інформації: Метод. реком. (серія: Медичне і фармацевтичне право) / І.М. Шурма, О.В. Галацан, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мол.), В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, С.М. Негрецький, Н.Г. Малініна, Ю.В. Васіна, Л. М. Ірза, Г.М. Сіроштан, М.О. Хмелевський, Е.В. Супрун. – Харків: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: Храм Охтирської ікони Божої Матері с. Бугаївка Ізюмського району Харківської обл.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність релігійної громади. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.

06.11.2013 р.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Директор

Товариства з обмеженою відповідальністю

"Мед-сервіс Харків"

Жукова Є. Н. Жукова

"23" _____ 06 _____ 2014 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ.

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету
Виконавець: Негрецький С.М.

Джерело інформації: Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря. – Харків, 2010.

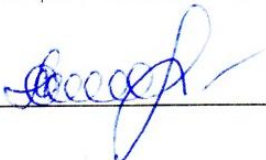
Ким впроваджено: ТОВ "Мед-сервіс Харків"

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність товариства. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Відповідальний за впровадження:

фармацевт аптеки № 3 ТОВ "Мед-сервіс Харків"

 (О. О. Тищенко)

"23" _____ 06 _____ 2014 р.

Продовж. дод. Л

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Ректор Харківської медичної академії
післядипломної освіти
_____ д.ф.н., проф. О. М. Хвисяк



2015 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Результати досліджень дисертанта кафедри фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Негрецького С.М. за напрямком: «Особливості обігу лікарських засобів різних номенклатурно-правових груп в РФ» впроваджені у навчальний процес кафедри клінічної біохімії, судово-медичної токсикології та фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти на заняттях інтернів за спеціальність «Загальна фармація».

Завідуючий

кафедрою клінічної біохімії,

судово-медичної токсикології та фармації

Харківської медичної академії післядипломної освіти

_____ д.ф.н., проф. Г. П. Петюнін

“ 20 ” _____ 2015 р



ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

Івано-Франківського національного

медичного університету

проф. Ерстенюк А.М.

30 січня 2015 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с.

Ким впроваджено: Івано-Франківський національний медичний університет

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у навчально-методичну та наукову діяльність вищого навчального закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

Завідувач кафедри фармації ІФНМУ

проф. Грицик А.Р.

Відповідальний за впровадження:

асист. Лукашик М.М.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ПФ «Гамма 55»

Григорян А.А.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Негрецький С. М.

Джерело інформації: Судово-фармацевтичний моніторинг незаконного обігу каннабіноїдів / Методичні рекомендації з грифом «ДСК» (серія: Фармацевтичне право). –Х., 2013. – 24 с.

Ким впроваджено: Директор ПФ «Гамма 55» Григорян А.А.

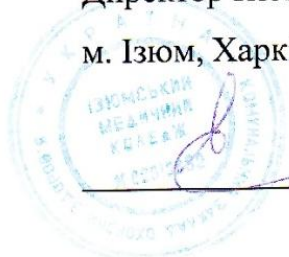
Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність аптечного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

03.02.2015 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор Ізюмського Медичного коледжу,
м. Ізюм, Харківської обл.



Кучеренко В. П.

12.02.2015 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області на засадах медичного і фармацевтичного права.

Ким запропоновано: кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти

Виконавець: Шаповалов В.В. (мол.), С.М.Негрецький

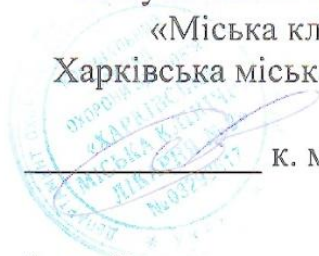
Джерело інформації: Метод. реком. (серія: Медичне і фармацевтичне право) / І.М. Шурма, О.В. Галацан, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мол.), В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, С.М. Негрецький, Н.Г. Малініна, Ю.В. Васіна, Л. М. Ірза, Г.М. Сіроштан, М.О. Хмелевський, Е.В. Супрун. – Харків: Фактор, 2012. – 410 с.

Ким впроваджено: Ізюмським Медичним коледжем, м. Ізюм, Харківської обл.

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність освітнього закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 Комунального закладу охорони здоров'я
 «Міська клінічна лікарня № 2»
 Харківська міська Рада народних депутатів



к. м. н., доцент О. Б. Даценко

“ 27 ” _____ 2015 р

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції для впровадження: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12).

Ким запропоновано: 61001, м. Харків, пл. Повстання, 17, кафедра фармацевтичного права Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету.

Виконавці: Шаповалов В.В. (мол.), Негрецький С.М.

Джерело інформації: Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12): методичні рекомендації / В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. – Х., 2011. – 24 с. Захищено авторським правом (свідоцтво № 41139 від 28.11.2011 р. Державної служби інтелектуальної власності України).

Ким впроваджено: КЗОЗ «Міська клінічна лікарня № 2».

Ефективність впровадження: Орган впровадження оцінює дану розробку актуальною і необхідною для впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичного закладу. Ефективність впровадження цієї розробки залежить від скерованих дій та відповідальності виконавців впровадження.

Зауваження і пропозиції: Зауважень немає.



„ 20 ” 11 2014 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва пропозиції для впровадження:* «Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12)»
2. *Установа, її адреса, виконавець:* 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58, кафедра медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти, проф. Шаповалова В.О.
3. *Джерело інформації:* В. В. Шаповалов (мол.), С. М. Негрецький, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов. «Судова і доказова фармація: визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12)». Методичні рекомендації затверджено ПК «Фармація» МОЗ та АМН України, протокол № 69 від 22.06.2011 р.
4. *Впроваджено:* КЗОЗ „Обласний наркологічний диспансер”, лікувальний процес.
5. *Термін впровадження:* 2014–2015 рр.
6. *Результат впровадження:* вперше визначено рівні небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнта та розроблено алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності (F 12), який складається з 4 етапів: 1) встановлення рівня мотивації до зловживання каннабіноїдів; 2) встановлення рівня каннабіноїдної залежності; 3) встановлення рівня відмови від зловживання каннабіноїдів; 4) встановлення рівня небезпеки зловживання каннабіноїдів для здоров'я пацієнта.
Висновок. Запропонований даними методичними рекомендаціями алгоритм визначення статусу каннабіноїдної залежності на засадах судової і доказової фармації сприятиме поліпшенню надання своєчасної, кваліфікованої медико-фармацевтичної допомоги з урахуванням особливостей кожної групи пацієнтів із залежністю від каннабіноїдів в рамках реабілітаційних програм.
7. *Зауваження, пропозиції:* Зауважень немає. Методичні рекомендації захищені свідоцтвом Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 41139 від 28.11.11 р.

Відповідальний за впровадження
доцент кафедри медичного та фармацевтичного права,
загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії
післядипломної освіти В.О. Радіонова

(підпис)