

УДК 343.976

Батиргарєєва В.С.

доктор юридичних наук,
старший науковий співробітник
(Науково-дослідний інститут
вивчення проблем злочинності
імені академіка В.В. Сташиса
НАПрН України)

ВПЛИВ НАРКОМАНІЇ НА ЗЛОЧИННІСТЬ ТА ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАХІД ОБМЕЖЕННЯ ПОДАЛЬШОГО ПОШИРЕННЯ НАРКОМАНІЇ

Здійснено аналіз впливу наркоманії на стан злочинності в Україні, розглянуто сучасний прогресивний досвід обмеження подальшого поширення наркоманії та пошуку раціональної моделі запобігання наркотичній злочинності із використанням можливостей замісної підтримувальної терапії.

Ключові слова: наркотична злочинність, наркоманія, замісна підтримувальна терапія, метадон, бупренорфін.

Постановка проблеми. Ще деякий час тому (принаймні кілька десятиліть) наркоманія й так звана наркотична злочинність в Україні не розглядалися як проблема, що вимагає серйозної уваги. Проте за останні 20-25 років характер структури злочинності у державі зазнавав кардинальних змін. Це відбувалося за рахунок переважання в ній протягом багатьох років (до 2014 р.) наркотичної злочинності над злочинами насильницької спрямованості, які за історію радянської доби перевищували будь-які інші, поступаючись лише злочинам проти власності і хуліганству. Питома вага засуджених за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, до 2014 р. у загальній масі всіх засуджених осіб складала приблизно 16-21 %. В останні три роки відсоток таких осіб дещо знизився (до 12-14 %), але це сталося за рахунок зменшення територій, на які поширюється юрисдикція України та які традиційно «надавали» левову частину наркотичних правопорушень. До цього різновиду злочинності «примикають» й ті протиправні діяння, що вчиняються під впливом хронічної наркоманії, при якій рушійною силою поступків особи стає потреба в наркотиках (наприклад, корисливі та корисливо-насильницькі злочини, вчинені з метою отримання коштів на придбання цих речовин), а також злочинні діяння, вчинені у стані наркотичного сп'яніння. Серед останніх чимало злочинів проти життя та здоров'я особи.

Гострота й актуальність цієї проблеми полягає і в тому, що значна кількість злочинців-рецидивістів, злочинна «кар'єра» яких нараховує кілька засуджень, вмирає, врешті-решт, від зловживання наркотиками або хвороб, які розвиваються внаслідок вживання цих речовин або які є супутніми наркоманії. Взагалі серед злочинців хворі на наркоманію становлять особливий різновид. Їх упертість у продовженні злочинної діяльності багато в чому зумовлюється саме хворобливими змінами в організмі: сенс їх існування – у добуванні наркотиків і намаганні отримати задоволення від їх вживання. Поведінка цих злочинців дуже важко піддається корекції. Наслідком такого кардинального зміщення акцентів у житті людини нерідко стає ігнорування нею будь-яких суспільних вимог. Тому

відмовитися від учинення злочинів, пов'язаних як із незаконним обігом наркотичних засобів, так і з добуванням коштів на їх придбання, навряд чи така особа зможе самостійно без серйозної запобіжної роботи з ними. Сама по собі наркотична залежність пов'язана з високою криміногенністю, оскільки встановлено, що будь-який споживач наркотичних речовин здійснює щорічно у середньому 275 (!) незаконних діянь [1, с. 8].

Але повертаючись до визначення масштабів проблеми, з якою необхідно боротися, зазначимо, що від початку 90-х років число наркозалежних в Україні щорічно збільшується на 10-12% (!); із цього числа на дорослих припадає лише 27 %, тоді як на підлітків – 60 %, а на дітей у віці від 11 до 14 років – 13 % [2]. Невипадково експертами Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я ще кілька років тому зазначалося, що вживання наркотичних засобів в Україні набуло масштабів своєрідної епідемії, яка загрожує усьому населенню. Сьогодні в Україні налічується близько 332,5 тис. осіб, що вживають наркотики ін'єкційно [3, с. 77]. За підрахунками спеціалістів, майже половина осіб (48,7 %), що перебували у 2015-2016 рр. у місцях позбавлення волі в Україні, хоча б одного разу у своєму житті вживали наркотичну речовину ін'єкційно [4, с. 5]. У цьому зв'язку, напевно, можна приєднатися до думки відомого кримінолога Я. І. Гілінського, що сумним підсумком цього є два фундаментальні процеси, що відбуваються у суспільстві, – депопуляція населення (за рахунок перевищення смертності над народжуваністю) та «виключення» (exclusion) маси населення з активного суспільного життя. Саме «виключення» складає основну соціальну базу злочинності, наркотизму, алкоголізму, суїциду [5, с. 4].

Актуальність подолання наркотичної залежності і запобігання крайньому виразу цієї деструкції людської поведінки – злочинним проявам та іншим правопорушенням – є настільки очевидною як для фахівців відповідних галузей знань, так і для будь-якого пересічного громадянина, що необхідність розв'язання цієї проблеми розглядається як аксіома подальшого прогресу сучасного соціуму. Вочевидь, кожен представник суспільства інтуїтивно розуміє небезпечність свого знаходження поряд із наркотично залежною людиною або принаймні усвідомлює небезпечність існування таких фактів у житті та ризик бути втягнутим у немедичне вживання наркотичних засобів або психотропних речовин.

Отже, проблема наркоманії сьогодні є не лише медичною, а й серйозною соціально-правовою проблемою українського загалу, яку зусиллями медиків або правознавців не подолати. Тому у протидії подальшому поширенню наркоманії в Україні має застосовуватися принцип комплексного підходу до формування й реалізації ефективної державної політики. Саме такий підхід у боротьбі із цим лихом все частіше пропонується світовим співтовариством, хоча до розуміння такої стратегії суспільство підійшло не одразу.

У теперішній час значні надії у вирішенні проблеми наркоманії в Україні покладаються на методіку замісної підтримувальної терапії. Зокрема, на можливості її широкого запровадження наголошувалося ще у розробленому свого часу колишньою Державною службою України з контролю за наркотиками проєкті Національної стратегії боротьби з наркотиками на період до 2020 року.

Аналіз публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Означена проблема набагато загострюється, коли йдеться про запобігання наркотичній злочинності та подальшому поширенню наркоманії за допомогою замісної підтримувальної терапії. Останнім часом у спеціальній літературі з медицини, психології, права тощо чимало уваги приділяється питанням запровадження замісної терапії та її наслідкам не лише у громадській системі охорони

здоров'я, а й навіть у місцях несвободи. Цією проблемою займаються як зарубіжні, так і вітчизняні науковці та практики (І.В. Лінський, Н.О. Овчаренко, І.П. П'ятницька, М. Рейзингер, Ю.П. Сиволап, Л. Сомані, У. Філібек, Є. Стернієрі, Є. де Якобс та ін.). Системно почали досліджувати цю проблему у своїх роботах і представники галузей кримінального та кримінально-виконавчого права. Серед них слід вказати на результати досліджень В.А. Тимошенка, К.А. Автухова, А.В. Байлова, О.Г. Колба, А.Х. Степанюка, І.С. Яковець та ін. Проте розглядуване питання у нових реаліях часу, особливо з огляду на значну кількість противників запровадження цієї терапії, потребує все нового й нового обговорення.

Метою статті є, по-перше, розгляд історії запровадження замісної підтримувальної терапії та можливостей її подальшого поширення в Україні, по-друге, аналіз міжнародного та чинного в Україні законодавства, що створює підстави для застосування зазначеної терапії, по-третє, викладення сильних і слабких сторін такого способу лікування від наркотичної залежності.

Виклад основного матеріалу. Вживання замісної терапії, на наш погляд, слід розглянути крізь призму права особи на охорону здоров'я. Відповідно до Конституції України (ст. 49) кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Природно, що це право є й в осіб із наркотичною залежністю, оскільки вони користуються всіма правами людини та громадянина, передбаченими Конституцією України. І в цьому аспекті замісну підтримувальну терапію слід розглядати як конкретну реалізацію особою свого права на медичну допомогу. Відповідно, суспільство таку допомогу зобов'язується надати. Крім того, застосування препаратів замісної терапії як лікарських засобів для лікування наркотичної залежності дозволяється й міжнародним законодавством із контролю за наркотиками. Так, положення п. «в» ст. 4 та ст. 30 Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 р., що була ратифікована Україною 27 вересня 2001 р., фактично дозволяють зберігання та використання засобів замісної підтримувальної терапії в медичних цілях. Міжнародний комітет з контролю за наркотиками ще у 2003 р. визнав, що замісна підтримувальна терапія не є якимось порушенням положень Конвенції, незалежно від того, яка речовина може застосовуватися в такому лікуванні [6, с. 176]. Крім того, застосування відповідних препаратів не суперечить положенням Конвенції ООН про психотропні речовини 1971 р., Конвенції ООН про боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р. та Декларації про боротьбу з незаконним обігом наркотиків і зловживанням наркотичними засобами 1984 р.

Аналіз міжнародних документів дозволяє виділити два основних напрями політики запобігання поширенню наркотиків і їх немедичному вживанню, а саме: 1) рішучу боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів та їх нелегальним ринком (наприклад, систематичне нарощування міжнародних зусиль із контролю за наркотрафіком, розробка і запровадження різних розвідувальних та охоронних систем на всіх видах транспорту, проведення оперативно-пошукових заходів тощо); 2) гуманізацію ставлення до осіб, які страждають на наркотичну залежність (різні види заміни кримінального переслідування наркозалежних осіб їх лікуванням, розробка та вживання реабілітаційних і профілактичних заходів щодо наркозалежних) [7, с. 4].

Примітно, що характерною рисою законодавчого регулювання питань, пов'язаних із легальним обігом наркотичних речовин в Україні, є те, що ціла низка законодавчих положень нібито розпорошена у нормативно-правових актах різних галузей права. Це призводило до того, що на практиці виникало неоднозначне тлумачення засад застосування замісної терапії в нашій країні. Принаймні можна було стверджувати, що в жодному нормативному акті не зазначалося про пряму заборону її застосування. Ще у 1998 р. згідно з Переліком наркотич-

них засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України, у лікарській практиці, а отже, і для цілей замісної терапії, використовувалися такі наркотичні речовини, зокрема опіати, як кодеїн, морфін, бупренорфін і метадон. У цьому ж році сполучення «замісна підтримувальна терапія» за наказом МОЗ України від 27 липня 1998 р. № 226 увійшло до Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України. У цьому наказі передбачалося призначення замісної терапії особам, залежним від опіатів, за індивідуальною схемою; причому препарат-замінник ще не уточнювався [8, с. 3].

Далі, протягом 2000-х років приймається низка різноманітних нормативних актів, присвячених питанням замісної підтримувальної терапії. Питання про започаткування введення такої терапії та її реалізацію в Україні обговорюється навіть на рівні державних програм (зокрема, Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001-2003 роки, затверджена наказом Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 790; Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264; Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 рр., затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 р. № 877; Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013, затверджена Законом України від 19 лютого 2009 р. № 1026-VI; Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затверджена Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII).

Згодом в Україні було опрацьовано практику проведення замісної підтримувальної терапії. Так, наказом МОЗ України від 10 листопада 2008 р. № 645 затверджено Методичні рекомендації із замісної терапії в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів. Крім того, в Україні діє Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, затверджений наказом МОЗ України від 27 березня 2012 р. № 200. Зовсім нещодавно наказом МОЗ України від 29 вересня 2016 р. № 1 011 затверджено Методику розрахунку потреби у препаратах замісної підтримувальної терапії для лікування осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів.

Що прийнято розуміти під замісною підтримувальною терапією? Під такою терапією розуміється довгострокове (6 місяців і більше) застосування постійних доз замісних препаратів у комплексному лікуванні залежності від опіоїдів із метою стабілізації психічного стану хворого, зменшення медичних і соціальних наслідків вживання незаконних наркотиків, створення передумов для реабілітації та лікування інших хвороб (СНІД, гепатит В і С, ТБС, септичні стани тощо) [9]. Насамперед це лікування проводиться серед споживачів ін'єкційних наркотиків [8, с. 3]. Хоча існує й більш категорична позиція, що застосування метадону в терапії наркоманії – це зовсім не панацея від наркотизації суспільства, а скоріше є заміною одного сильнодіючого препарату іншим, більш дешевим, а головне – законним [10].

Перш ніж проаналізувати основні «за» і «проти» замісної терапії, доцільно сказати, як на практиці здійснюється лікування від наркотичної залежності. Сьогодні немає єдиного метода лікування, ефективного для всіх пацієнтів [9]. Можна говорити лише про певну послідовність лікувального впливу на хворих на наркоманію. Цей вплив зводиться до низки послідовних етапів: зняття інток-

сикації; купірування абстиненції (синдрому відміни); відновлення порушених соматичних функцій, ліквідація виснаження та ін.; корекція поведінкових порушень; нормалізація психічного стану; виявлення основного синдромокомплексу психічної залежності (його психопатологічне оформлення, частота виникнення, особливості проявів) і призначення цілеспрямованої терапії; визначення умов попередніх рецидивів (ситуаційне загострення потягу, спонтанне та ін.) і визначення протирецидивного лікування, тобто підтримуючої терапії [11, с. 70-81]. Всі ці заходи тривають не менше 3-4 місяців, а то й більше. Як бачимо, позбавлення від наркотичної залежності є процесом тривалим й надто складним і, що найсумніше, нерідко безрезультатним. Адже понад 30 % наркозалежних взагалі не бажають зупинитися у прагненні жити у постійній ейфорії. Разом із тим переважна більшість хворих прагнуть позбутися залежності від наркотиків, але це у них не виходить. Для такої групи осіб й була впроваджена замісна підтримувальна терапія за допомогою препаратів метадону та бупренорфіну.

Трохи історії. По суті, у світі лікарі вже давно стали використовувати замісні препарати для лікування опіоїдної залежності. До речі, в СРСР особи, що страждали на опіатну залежність, до 1959 року мали можливість отримувати морфін для власних потреб в аптечних установах за рецептами лікарів (так звані «наркопайки») [9]. Проте згодом з'ясувалося, що призначення опіатів так званої короткої дії (зокрема, морфіну) як замісних препаратів не може стабілізувати стан пацієнтів внаслідок швидкого звикання та розвитку толерантності організму до них. Отже, пошуки у цьому напрямі продовжилися. Нарешті, американські вчені Vincent P. Dole та Marie E. Nyswande у середині 1960-х років досягли відчутних успіхів у стабілізації стану споживачів опіатів шляхом заміни морфіну на синтетичний препарат, що отримав назву метадон (справедливості заради зазначимо, що цей препарат був синтезований ще у 1937 р. німецькими дослідниками М. Бокмюлем і Г. Ерхартом). До речі, у медичній практиці за аналогією застосовується лікування алкогольного делірію при синдромі відміни введенням етилового спирту до моменту відновлення шляхів природного обміну речовин у головному мозку людини, але ця заміна короткотривала і не продовжується після відновлення якісно порушеної свідомості [12, с. 91].

Знов «відкритий» для лікування залежності від наркотиків препарат мав істотні переваги, адже його можна вживати перорально, тому відпала необхідність робити ін'єкції. Крім того, він має тривалу дію – від 24 до 72 годин. Результати дослідження виявилися приголомшливими: стан понад 80 % пацієнтів, залучених до дослідницьких програм, було стабілізовано постійними дозами метадону; пацієнти припинили вживання нелегальних наркотиків, покращилося їх соціальне становище і загальний стан здоров'я [9].

Відтак, із кінця 1960-х років замісна підтримувальна терапія стає дуже популярним методом лікування опіоїдної залежності. У 70-ті роки ця терапія набуває великої популярності у світі, чимало країн запровадили її для лікування наркоманії. Відтоді актуальність замісної терапії ніколи не знижувалася, але особливо вона зросла починаючи із 1987 року, коли Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно визнала, що у світі набула поширення епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ось з того часу вживання наркозалежними особами метадону й стало альтернативою ін'єкційному шляху вживання опіатів, який пов'язаний із ризиком поширення зазначеної інфекції, а також смертельно небезпечних гепатитів В і С.

У 1990-х роках замісну підтримувальну терапію почали запроваджувати у країнах Східної Європи і державах колишнього Союзу РСР. Так, сьогодні відомо про її застосування в Азербайджані, Білорусії, Грузії, Киргизії Молдові, Узбекистані та Україні. Із 2006 р. препарати для замісної підтримувальної терапії, а са-

ме метадон, віднесені ВООЗ до препаратів першої життєвої необхідності (!).

Напевно, через неоднозначне ставлення суспільства до призначення наркозалежним особам наркотичних препаратів жоден із методів лікування настільки ретельно не вивчався. Отже, проведено безліч досліджень лікування за найрізноманітнішими методиками, порівнювалася ефективність замісної терапії з іншими методами лікування і різних варіантів самих програм цієї терапії [7, с. 2]. Серед аргументів прихильників замісної терапії слід зазначити про такі: 1) стабілізація стану пацієнтів; 2) скорочення споживання наркотиків поза одержуваної терапії, «на стороні»; 3) більша можливість для психосоціальної інтеграції, трудової діяльності; 4) зменшення захворюваності парентеральними вірусними гепатитами «В» і «С» та ВІЛ-інфекцією; 5) скорочення злочинності; 6) створення бази для подальшої відміни наркотику [13]. До цього можна додати й відмову від ін'єкційного введення наркотиків «вуличними» наркоманами, що небезпечно ВІЛ-інфікуванням, інфекційними гепатитами та іншими захворюваннями, які передаються через кров; зменшення кримінальної активності хворих на наркоманію, оскільки метадон, що легально призначається, відносно дешевий або навіть безоплатний для хворих, отже задля добування грошей на покупку наркотику не треба вчиняти злочин [14]. Вартість метадону на річний курс лікування одного пацієнта становить приблизно 60-80 дол. на рік. Причому, повторимося, легально призначена терапія може надаватися й безоплатно.

Разом із тим слід відверто сказати й про недоліки та потенційні криміногенні ризики, що закладені у зазначеній терапії. Один із таких недоліків полягає в тому, що замісна терапія має свої обмеження. Перш за все, ця методика лікування сьогодні є придатною тільки для споживачів опіатів та виявляється неефективною у випадку залежності від інших наркотиків, наприклад кокаїну, амфетамінів, галюциногенів, барбітуратів та ін. Разом із тим вона не позбавляє пацієнта від синдрому опіоїдної залежності, а лише видозмінює зазначений синдром у такий спосіб, що більшість негативних наслідків нелегального вживання наркотичних засобів може бути зведена до мінімуму. Причому будь-якої ейфорії, подібної до тієї, що буває від вживання наркотиків, пацієнт не отримує.

Як зазначається у компетентних медичних джерелах, згідно із протоколами призначення замісної терапії має здійснюватися обов'язковий і постійний контроль за споживанням пацієнтом наркотичних речовин шляхом постійного і регулярного (один-два рази на тиждень протягом всього періоду проведення терапії) моніторингу вмісту цих речовин у біологічних рідинах організму людини [15]. Такий моніторинг, у свою чергу, викликає необхідність створення й функціонування обладнаних сучасною технікою лабораторій із залученням ІТ-технологій для проведення відповідних досліджень та направлення отриманих результатів аналізів до єдиної бази обліку наркозалежних осіб. Без розв'язання проблем організаційного, матеріального, кадрового забезпечення проводити цю відповідальну та складну роботу неможливо.

Ще один аспект такого лікування, який можна розглядати як негативний, полягає в тому, що замісна терапія передбачає тривале (роками) призначення синтетичних опіоїдів. Причому така терапія може виявитися безуспішною. Причина цього, з точки зору лікарів, криється в тому, що метадон як «яскравий» представник замісної терапії, що найчастіше використовується у світі, є саме синтетичним опіоїдом, який має пролонговану дію та більш пролонгований синдром відміни в порівнянні з іншими опіоїдами [15, с. 517]. До того ж він викликає більш сильнішу хімічну залежність організму, ніж від героїну. Тут доречно згадати відомий факт лікування від наркотичної залежності Дж. Ленона, який у серцях зазначив своєму доктору: «Ми відійшли від героїнової ломки за три дні, а тепер вже п'ять місяців не можемо позбавитися метадону!» [12, с. 91].

Один із криміногенних ризиків, пов'язаних із запровадженням так званих нових методологічних засад і підходів, зумовлених цивілізаційними змінами, полягає в тому, що знання загалом про існування програм замісної терапії може мимоволі знизити у людини відчуття загрози від починання вживання наркотиків, оскільки «нічого страшного немає у вживанні наркотичних засобів, завжди можна перейти на замісну терапію та у такий спосіб вилікуватися» [16, с. 517].

У запровадженні замісної підтримувальної терапії є й перешкоди ідеологічного характеру. Адже велика кількість представників громадянського сектору, включаючи представників громадських та релігійних організацій, а також державних інституцій, негативно ставляться до ідеї запровадження терапії, про яку йдеться. Заперечення щодо доцільності запровадження замісної підтримувальної терапії базуються на тому, що це може негативно вплинути на моральний стан суспільства та його безпеку.

Перешкодою на шляху до запровадження замісної підтримувальної терапії є чинники етичного характеру. Так, вважається, що запровадження цієї терапії без суворого контролю та боротьби з корупцією у медичних закладах, що надають таку терапію, може бути використано у негативний спосіб. У громадській свідомості панує думка, що там, де йдеться про обіг наркотичних засобів, навіть легальний, завжди можуть бути зловживання з боку медичних працівників, що призводитиме до дискредитації самої ідеї подальшого поширення програм замісної підтримувальної терапії у середовищі наркозалежних як методу лікування наркотичної залежності.

Висновок. Підсумовуючи викладене, зазначимо, що в цій публікації ми не даємо готових рецептів щодо доцільності й корисності широкого запровадження замісної підтримувальної терапії, адже ця проблема потребує серйозного опрацювання, включаючи проведення комплексних медико-психологічних досліджень, вивчення передового зарубіжного досвіду у цьому питанні, організацію тривалих спостережень за станом осіб, які отримують замісну терапію, удосконалення необхідної нормативної бази, якою сьогодні регулюються підстави та порядок надання цієї терапії, підготовку фахівців відповідного профілю, а також проведення широкого громадського обговорення із залученням представників наукової спільноти, практичних працівників у галузі права й медицини, духовництва та самих реципієнтів замісної підтримувальної терапії.

Бібліографічні посилання

1. Овчаренко Н.А., Сосин И.К., Пинский Л.Л., Мишиев В.Д. Медико-социальные проблемы опиоидной зависимости: монография / под ред. Овчаренко Н.А. Луганск: Промпечать, 2013. 286 с.
2. Наркомания в Україні. URL: profilaktyka-narkom.narod.ru/nar_ua.html. (дата звернення: 29.05.2018).
3. Права людини в галузі охорони здоров'я – 2015-2016 (перша половина): Доповідь правозахисних організацій / упоряд. А.О. Роханський. Харків: ТОВ «Видавництво „Права людини“», 2016. 107 с.
4. Azbel L., Wickersham J.A., Grishaev Y., Dvoryak S., Altice F.L. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. PloS One. 2013. Vol. 8. Issue 3. P. 5. L: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23527238>. (Дата звернення: 29.05.2018).
5. Гилинский Я.И. Преступность в современной России: ситуация; тенденции; перспективы: конспект лекции. СПб.: Санкт-Петербург. юрид. ин-т Ген. прокуратуры РФ, 2005. 44 с.
6. Автухов К.А., Байлов А.В. Замісна підтримуюча терапія в місцях несвободи: міжнародний досвід. *Вісн. Кримінолог. асоц. України*. 2016. № 2 (13). С. 173-183.
7. Замісна терапія: аналітичний огляд. 2-ге вид. Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. 20 с.
8. Посібник для учасників тренінгу «Практичні аспекти проведення медіа компаній у сфері адвокації проєктів зменшення шкоди». Київ: Міжнар. фонд «Відродження», 2008. 76 с.
9. Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіої-

дів: Методичні рекомендації: затв. наказом МОЗ України від 10 листопада 2008 р. № 645. URL: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http> (дата звернення: 29.05.2018).

10. Метадоновая терапия как способ избавления от героиновой зависимости. URL: <http://gidmed.com/narkologiya/narkomaniya/metadonovaja-terapija.html> (дата звернення: 29.05.2018).

11. Кузнецов М.И., Ананьев О.Г. Социальная работа с осужденными в ИУ: учеб. пособ. Рязань: Акад. ФСИН России, 2006. 120 с.

12. Батиргареева В.С., Золотарьов О.І. Значення замісної терапії у запобіганні наркоманії на наркотичній злочинності. Питання боротьби зі злочинністю: зб. наук. пр. / В.І. Борисов (голова редкол.) та ін. Харків: Право, 2012. Вип. 24. С. 82-92.

13. Надеждин А. В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией. URL: http://www.narkotiki.ru/5_3069.htm (дата звернення: 29.05.2018).

14. Линский И. В. О заместительной терапии наркоманов метадонном и не только о ней. Новости украинской психиатрии. Харьков, 2005. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper152.htm> (дата звернення: 29.05.2018)

15. Филибек У., Стерниери Е., Е. де Якобс. Методическое руководство по профилактике и фармакологическому лечению героиновой зависимости / Мин-во здравоохранения Италии, 1995. URL: <http://psycho.chat.ru/Method.txt> (дата звернення 30.05.2018).

16. Золотарьов О.І. Переваги та недоліки замісної терапії як засобу запобігання наркоманії та наркотичній злочинності в Україні. *Основні напрями розвитку кримінального права та шляхи вдосконалення законодавства України про кримінальну відповідальність*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. 11-12 жовтня 2012 р. Харків: Право, 2012. С. 516-519.

Надійшла до редакції 04.06.2018

Batyrgareyeva V.S. Impact of drug addiction on crime and substitution therapy as a measure to limit the further spread of drug addiction. The analysis of the influence of drug addiction on the state of crime in Ukraine is considered, modern advanced experience of restricting the further spread of drug addiction and the search for a rational model of prevention of narcotic crime with the use of substitution maintenance therapy are considered.

In this publication the author does not provide ready-made recipes on the expediency and usefulness of the wide implementation of substitution maintenance therapy, because this problem requires serious work, including the implementation of comprehensive medical-psychological studies, the study of advanced occupational experience in this matter, the organization of long-term observations of the condition persons receiving substitution therapy, improvement of the necessary regulatory framework, which today regulates the grounds and procedure for the provision of this therapy, training of specialists of the appropriate pr as well as conducting a wide public discussion involving the representatives of the scientific community, practitioners in the field of law and medicine, clergy and the recipients of substitution maintenance therapy themselves.

Keywords: narcotic crime, drug addiction, substitution maintenance therapy, methadone, buprenorphine.