

Передозировка

**Ведущая причина смертности
среди ПИН и ЛЖВ
в Центральной и Восточной Европе
и Центральной Азии**

Рекомендации и обзор ситуации
в Латвии, Кыргызстане, Румынии, России и Таджикистане

**Передозировка - ведущая причина смертности среди ПИН и ЛЖВ в
Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии:**

**Рекомендации и обзор ситуации в Латвии, Кыргызстане, Румынии,
России и Таджикистане**

Черновой вариант отчета

Финальный отчет будет готов к 15 сентября
и доступен на <http://www.harm-reduction.org/index.php?ItemId=18537>

*Филлип Коффин для Учебно-методического центра по снижению вреда для Европы и
Средней Азии*

*Евразийская сеть снижения вреда
август 2008*

Этот отчет подготовлен Филлипом Коффином для Учебно-методического центра по снижению вреда Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ)

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) в прошлом Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы и Средней Азии - региональная сеть, миссией которой, является поддержка, развитие и распространение подходов, направленных на снижение вреда в области наркотиков, ВИЧ, общественного здоровья и социальной изоляции, следуя принципам гуманизма, толерантности, партнерства и уважения прав и свобод человека. В настоящее время ЕССВ объединяет более 300 человек и организаций из 27 стран в Центрально и Восточной Европе и Средней Азии. Более подробно смотрите на www.harm-reduction.org.

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) ©, 2008.

При цитировании частей публикации необходимо использовать ссылки. Рекомендуемый формат цитирования – Коффин Филлип, *Передозировка - ведущая причина смертности среди ПИН и ЛЖВ в Центральной и Восточной Европе и Средней Азии: рекомендации и обзор ситуации в Латвии, Кыргызстане, Румынии, России и Таджикистане, Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ), Вильнюс, Август 2008.*

Мнения и взгляды, представленные в отчете могут отличаться от взглядов ЕССВ.

Благодарности

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) выражает благодарность за финансовую поддержку этого отчета Французскому Министерству Здравоохранения, Молодежи, Спорта и Сектора Добровольцев через Европейское отделение Всемирной Организации Здравоохранения.

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) также выражает глубокую благодарность автору отчета Филлипу Коффину, Медицинский центр Университета Колумбии, Нью-Йорк, США; исследовательской команде: Эгиде Лапиной, консультанта по исследованиям, Рига, Латвия; Михаилу Торбану, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева отдел аддиктивной патологии, Санкт-Петербург, Россия; Валентину Симионову, Румынская сеть снижения вреда, Бухарест, Румыния; Мараму Азизмамадову, НГО Волонтер, Таджикистан; Шербото и Мадине Токомбаевым, НГО Ранар, Кыргызстан; и также Ане Саранг, Всероссийская сеть снижения вреда, Москва, Россия; Раминте Штуйките, Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс, Литва; Шоне Шоннинг, Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс, Литва; Геннадию Рощупкина, Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс, Литва; Каталине Илиуте, UNODC, Бухарест, Румыния; Екатерине Навицке Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс, Литва; Мэтту Кертису, Международная программа развития снижения вреда, Открытый Институт Здоровья; Юрию Иванову, Тверской наркологический диспансер, Тверь, Россия; Жанне Атаянц, Международная программа развития снижения вреда, Открытый Институт Здоровья; Марине Смелянской, Международная программа развития снижения вреда, Открытый Институт Здоровья; Кэтрин Кук, Международная ассоциация снижения вреда, Лондон, Великобритания и Калерии Лавровой, Евразийская сеть снижения вреда, Москва, Россия.

Перевод и редакция: Евгения Марон, Дарья Очерет, Мария Ольшанская.

Фото Кристофера Джонса, **дизайн обложки** Доналдаса Анзуилиса, Ex Arte.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ССЫЛКИ	7
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	9
РЕКОМЕНДАЦИИ	14
КЫРГЫЗСТАН	19
ЛАТВИЯ	23
РОССИЯ	35
РУМЫНИЯ	47
ТАДЖИКИСТАН	60
ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ИССЛЕДОВАНИИ ПО СТРАНАМ.....	67
СПИСОК РЕСУРСОВ	72

ВВЕДЕНИЕ

Во многих странах передозировка нелегальными наркотиками является основной причиной заболеваемости и смертности среди потребителей наркотиков и превышает статистику летальных исходов в результате других причин. В США отравление наркотическими средствами с 2004 года является второй по распространенности причиной смерти в результате несчастного случая, причем подавляющее количество смертей связано со случайной передозировкой опиатами (Coffin, Tracy и др., 2007). В странах ЕС передозировка является одной из самых распространенных причин смертности среди молодежи и ведущей причиной смертности среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и превышает количество смертей, вызванных СПИД-ассоциированными заболеваниями. ((EMCDDA) 2007)

За последние 15 лет передозировки в большей степени стали рассматриваться с профилактических позиций, то есть в ключе предотвращения смертельного исхода, что, соответственно, стимулировало действия по разработке и реализации соответствующих программ. Первые серьезные попытки исследовать характерные особенности передозировок были предприняты в Австралии, и результаты в достаточной степени согласуются с данными, которые были получены в других местностях. (Darke, Ross и др. 1996; Darke, Ross и др. 1996; Darke, Zador и др. 1997). На основании обзоров данных судебно-медицинской экспертизы, журналов станций «скорой помощи», а также исследований, проведенных среди потребителей наркотиков, считается, что передозировка происходит, в основном, при употреблении опиатов, причем чаще всего речь идет об инъекционном способе введения, и летальный исход скорее наступает у потребителей более старшего возраста, хотя у молодых потребителей частота передозировок может быть выше (Darke и Hall 2003).

Для активных потребителей наркотиков наиболее значимыми факторами риска передозировки является факт ранее случавшихся передозировок (Coffin, Tracy и др. 2007), недавний период абстиненции (по причине лечения, заключения или самостоятельного отказа от наркотиков) (McGregor, Darke и др. 1998; Seaman, Brettle и др. 1998; Darke, Hall и др. 2002; Coffin, Tracy и др. 2007; Farrell и Marsden 2008), а также сопутствующее потребление других наркотиков, включая депрессанты (алкоголь, бензодиазепины, барбитураты и т.д.) (Darke, Ross et al. 1996; Zador, Sunjic et al. 1996), стимуляторы (Coffin, Galea et al. 2003; Ochoa, Davidson et al. 2005) и, вероятно, препараты, изменяющие метаболизм опиатов, такие как ингибиторы протеазы. Совместное использование шприцев, сексуальные практики с партнерами того же пола (Ochoa, Hahn и др. 2001) и употребление нескольких наркотиков одновременно – все эти поведенческие модели независимо друг от друга ассоциируются с риском передозировки (Coffin, Tracy et al. 2007). ВИЧ-положительный статус сопряжен с более высоким – в 2-3 раза – риском летального исхода передозировки; до конца неясно, какой механизм лежит в основе этого, однако основная гипотеза строится на наличии коморбидного медицинского заболевания, такого как печеночная, легочная или системная дисфункция (van Haastrecht, Mientjes et al. 1994; Tardiff, Marzuk et al. 1997; Wang, Vlahov et al. 2005). Сила наркотического средства и примеси могут увеличивать риск летального исхода передозировки; что касается региональных различий, то они объясняют менее чем 20% случаев смерти от передозировок. (Darke, Hall и др. 1999)

В течение жизни передозировка происходит по меньшей мере у двух третей потребителей инъекционных опиатов. Из 100 случаев передозировки примерно в половине пострадавшему получает медицинскую помощь, а вторую половину составляют случаи, когда помощь оказывают свидетели передозировок; примерно 4 случая из ста оканчиваются летальным исходом. (Darke, Mattick et al. 2003) Если медицинская помощь была оказана в течение двух часов после передозировки, большинство пострадавших выживают (McGregor, Darke и др. 1998), однако чаще всего потребители наркотиков не желают вызывать помощь из-за того, что боятся полиции, или из-за того, что ранее сталкивались с ненадлежащим обращением со стороны медицинского персонала (McGregor, Darke и др. 1998; Sergeev, Karpets и др. 2003; Tracy, Piper и др. 2005). Несмотря на то, что и для пострадавших от передозировок и для свидетелей зачастую это не несет никаких юридических последствий, эти случаи могут оказать колоссальное влияние на человека и попасть в прессу, навеки поселив страх перед вызовом «скорой помощи» среди тех, кто становится свидетелями передозировок. (Sorensen,

London и др. 1992). Стоит отметить, что об эпидемиологии передозировок стимуляторами известно мало, хотя данные начинают постепенно появляться (Coffin, Galea и др. 2003; Kaye и Darke 2004; Fairbairn, Wood и др. 2008).

Параллельно исследовательской работе шло развитие обучения и тренингов по профилактике, распознаванию передозировок и оказанию помощи и для сервисных организаций и для потребителей наркотиков. В программы вошли такие компоненты как распространение образовательных материалов, предоставление обучающих курсов и тренингов по проведению искусственного дыхания и сердечно-легочной реанимации. На уровне государственной политики предпринимались действия, направленные на то, чтобы поддержать стремление людей, ставших свидетелями передозировки, связываться со службами скорой медицинской помощи. Эти действия проводились при сотрудничестве с полицией и службами «скорой помощи» и включали введение законов, защищающих свидетелей передозировок от преследования за незначительные правонарушения, распространение налоксона (безопасного и высокоэффективного противоядия – антагониста опиатов, входящего в Модельный список жизненноважных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения) среди непрофессионалов – то есть среди тех, кто оказался свидетелем передозировки, а также расширение программ поддерживающей терапии с использованием агонистов и развитие такой услуги как комнаты для безопасных инъекций. Исследования эффективности этих программ ограничены тем, что смерть от передозировки является, по сути, статистически «редким событием», а также дефицитом финансирования со стороны основных органов здравоохранения. На местном и региональном уровнях существует связь между развитыми программами поддерживающей терапии с использованием метадона или бупренорфина и более низкой частотой передозировок (Caplehorn, Dalton и др. 1996; van Ameijden, Langendam и др. 1999; Niveau, Rougemont и др. 2002; Auriacombe, Fatseas и др. 2004; Welsh, Sherman и др. 2008). Также существуют предварительные данные, предполагающие подобную взаимосвязь между большим распространением налоксона и снижением уровня смертности от передозировок в некоторых местностях (Maxwell, Bigg и др. 2006; Sporer и Kral 2007) и данные, доказывающие, что тренинги по проведению искусственного дыхания спасают жизни (Dietze, Cantwell и др. 2002; Seal, Thawley и др. 2005; Galea, Worthington и др. 2006; Piper, Rudenstine и др. 2007), а также данные, демонстрирующие нулевой уровень смертности в результате передозировок в комнатах для безопасных инъекций в семи странах (Kerr, Tyndall и др. 2005; Kerr, Stoltz и др. 2006).

Программы по распространению налоксона представляют особый интерес с точки зрения профилактики смертельных исходов передозировок благодаря как простоте проведения программы, так и возможности преодолеть те препятствия в доступе к медицинской помощи, которые были выявлены в рамках предыдущих исследований. Многочисленные данные свидетельствуют о приемлемости распространения налоксона для сервисных организаций и потребителей наркотиков (Coffin, Fuller и др. 2003; Seal, Downing и др. 2003; Lagu, Anderson и др. 2006; Worthington, Markham Piper и др. 2006; Beletsky, Ruthazer и др. 2007; Kerr, Dietze и др. 2008). Была доказана эффективность обучения потребителей наркотиков по вопросам профилактики передозировок и реагирования в ситуации передозировок (Green, Heimer et al. 2008), а экологическая оценка предполагает снижение смертности от передозировок в некоторых местностях в течение периода распространения налоксона (Maxwell, Bigg et al. 2006). Программы в США, которые в плановом порядке ведут учет количества распространенных наборов с налоксоном и числа клиентов, засвидетельствовавших, что их жизни были спасены благодаря налоксону, как правило, сообщают, что 10-20% распространенных наборов выполняют свою роль и практически все они, по мнению сотрудников программ, были применены адекватно (Coffin 2007). Если исходить из того, что около 4% передозировок героином заканчиваются летальным исходом (Darke, Mattick et al. 2003), то эти цифры дают основание предположить, что по меньшей мере 0.5-1% из распространенных наборов с налоксоном помогли спасти жизнь, которая иначе могла закончиться.

Программы по профилактике передозировок обычно объединены с программами профилактики ВИЧ среди потребителей наркотиков. Не менее логично включать проекты по

передозировкам в систему общего здравоохранения, в программы лечения наркозависимости и тюремные программы. Связь между профилактикой ВИЧ и передозировками обусловлена тем, что факторы риска в обоих случаях одинаковы (употребление нескольких видов наркотиков, включая стимуляторы, опасные инъекционные практики, сочетанные психопатологии), и взаимодействие программ способствует увеличению охвата, повышению уровня удовлетворенности клиентов и укреплению отношений между теми, кто предоставляет услуги, и теми, кто их получает. Более того, поскольку передозировка является основной причиной смертности среди потребителей наркотиков во многих странах мира, профилактика передозировок может стать самым эффективным способом снижения уровня смертности среди тех, кто подвержен риску ВИЧ или уже инфицирован ВИЧ, в тех странах, где потребление инъекционных наркотиков является ключевым фактором в распространении эпидемии ВИЧ. И, наконец, являясь серьезным жизненным событием, передозировка дает возможность для проведения интервенции, направленной на изменение практик рискованного поведения. Подобно модели LIGHT для поведенческих практик, сопряженных с риском ВИЧ, когда медсестры отделений «скорой помощи» консультировали ВИЧ-положительных ПИН по вопросам рискованного поведения (Andersen, Smereck и др., 1993), этот подход доказал свою правомерность в Перте, Австралия (Davidson 1999).

В настоящем отчете по исследованию, проведенному по заказу Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и финансируемом Всемирной организацией здравоохранения, представлен краткий обзор текущей ситуации в отношении эпидемиологии передозировок, услуг, информации и политики в ряде стран Евразии. Из-за широкого распространения употребления наркотиков и его роли в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе, передозировка считается основной причиной смертности потребителей нелегальных наркотиков, так же как и людей, живущих с ВИЧ. Тем не менее, даже при условии хорошей инфраструктуры сложно получить достоверные данные по передозировкам, и при этом существуют специфичные для данного региона барьеры, мешающие получить подобную информацию. Более того, стигма и меры по контролю над наркооборотом иногда могут вступать в противоречие с действиями, направленными на спасение жизни. Страны, в которых проводилось исследование, были отобраны таким образом, чтобы отражать разный опыт истории употребления наркотиков, различие в географических условиях, в программах по передозировкам, а также исходя из того, насколько быстро можно было осуществить сбор данных на местах. Отчет основан, главным образом, на ранее собранной информации и неформальных интервью с теми, кого определили исследователи на местах. Цель исследования заключается в том, чтобы предоставить отчет о текущей ситуации и ресурсах для дальнейшего планирования на региональном уровне и на уровне конкретных стран.

При сборе данных местные исследователи основывались на опубликованных и неопубликованных печатных материалах, отчетах и базах данных, интервью с заинтересованными лицами и общепринятом мнении. Если источник не указывается, читателю следует понимать, что это утверждение основано на опыте исследователя или является общим мнением. Поскольку отчет был подготовлен в сжатые сроки, определенная часть информации не была доступна во время его создания, и цитаты не были проверены, так что все цитаты должны быть подтверждены теми, кто планирует опираться на результаты данной работы при проведении исследовательской деятельности. Результаты, полученные в каждой из стран, представлены по отдельности в алфавитном порядке в виде четырех разделов, использованная литература приводится в заключительной части отчета:

- A: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
- B: УСЛУГИ
- C: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ
- D: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

ССЫЛКИ

(EMCDDA), E. M. C. f. D. a. D. A. (2007). "The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report."

Andersen, M. D., G. A. Smereck, et al. (1993). "LIGHT model: an effective intervention model to change high-risk AIDS behaviors among hard-to-reach urban drug users." Am J Drug Alcohol Abuse **19**(3): 309-25.

Auriacombe, M., M. Fatseas, et al. (2004). "French field experience with buprenorphine." Am J Addict **13 Suppl 1**: S17-28.

Beletsky, L., R. Ruthazer, et al. (2007). "Physicians' knowledge of and willingness to prescribe naloxone to reverse accidental opiate overdose: challenges and opportunities." J Urban Health **84**(1): 126-36.

Caplehorn, J. R., M. S. Dalton, et al. (1996). "Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose." Subst Use Misuse **31**(2): 177-96.

Coffin, P. (2007). "Overdose in New York City." Presented at: Columbia University Medical Center, Noon Conference.

Coffin, P. O., C. Fuller, et al. (2003). "Preliminary evidence of health care provider support for naloxone prescription as overdose fatality prevention strategy in New York City." J Urban Health **80**(2): 288-90.

Coffin, P. O., S. Galea, et al. (2003). "Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990-98." Addiction **98**(6): 739-47.

Coffin, P. O., M. Tracy, et al. (2007). "Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose." Acad Emerg Med **14**(7): 616-23.

Darke, S. and W. Hall (2003). "Heroin overdose: research and evidence-based intervention." J Urban Health **80**(2): 189-200.

Darke, S., W. Hall, et al. (2002). "Hair morphine concentrations of fatal heroin overdose cases and living heroin users." Addiction **97**(8): 977-84.

Darke, S., W. Hall, et al. (1999). "Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose." Drug Alcohol Depend **54**(2): 155-61.

Darke, S., R. P. Mattick, et al. (2003). "The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose." Addiction **98**(8): 1169-71.

Darke, S., J. Ross, et al. (1996). "Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose." Addiction **91**(3): 405-11.

Darke, S., J. Ross, et al. (1996). "Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II. responses to overdose." Addiction **91**(3): 413-7.

Darke, S. G., D. A. Zador, et al. (1997). "Heroin-related deaths in south-western Sydney." Med J Aust **167**(2): 107.

Davidson, P. (1999). Design and Implementation of the OOPS Emergency Department Project: Review to December 1998. Australia, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Dietze, P., K. Cantwell, et al. (2002). "Bystander resuscitation attempts at heroin overdose: does it improve outcomes?" Drug Alcohol Depend **67**(2): 213-8.

Fairbairn, N., E. Wood, et al. (2008). "Crystal methamphetamine use associated with non-fatal overdose among a cohort of injection drug users in Vancouver." Public Health **122**(1): 70-8.

Farrell, M. and J. Marsden (2008). "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales." Addiction **103**(2): 251-5.

Galea, S., N. Worthington, et al. (2006). "Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City." Addict Behav **31**(5): 907-912.

Green, T. C., R. Heimer, et al. (2008). "Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States." Addiction **103**(6): 979-89.

Kaye, S. and S. Darke (2004). "Non-fatal cocaine overdose among injecting and non-injecting cocaine users in Sydney, Australia." Addiction **99**(10): 1315-22.

- Kerr, D., P. Dietze, et al. (2008). "Attitudes of Australian heroin users to peer distribution of naloxone for heroin overdose: perspectives on intranasal administration." *J Urban Health* **85**(3): 352-60.
- Kerr, T., J. A. Stoltz, et al. (2006). "Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study." *Bmj* **332**(7535): 220-2.
- Kerr, T., M. Tyndall, et al. (2005). "Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users." *Lancet* **366**(9482): 316-8.
- Lagu, T., B. J. Anderson, et al. (2006). "Overdoses among friends: drug users are willing to administer naloxone to others." *J Subst Abuse Treat* **30**(2): 129-33.
- Maxwell, S., D. Bigg, et al. (2006). "Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths." *J Addict Dis* **25**(3): 89-96.
- McGregor, C., S. Darke, et al. (1998). "Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions." *Addiction* **93**(5): 701-11.
- Niveau, G., A. L. Rougemont, et al. (2002). "Methadone maintenance treatment, criminality and overdose-related deaths. An ecological study, 1983-1999." *Eur J Public Health* **12**(3): 224-7.
- Ochoa, K. C., P. J. Davidson, et al. (2005). "Heroin overdose among young injection drug users in San Francisco." *Drug Alcohol Depend* **80**(3): 297-302.
- Ochoa, K. C., J. A. Hahn, et al. (2001). "Overdosing among young injection drug users in San Francisco." *Addict Behav* **26**(3): 453-60.
- Piper, T. M., S. Rudenstine, et al. (2007). "Overdose prevention for injection drug users: Lessons learned from naloxone training and distribution programs in New York City." *Harm Reduct J* **4**: 3.
- Seal, K. H., M. Downing, et al. (2003). "Attitudes about prescribing take-home naloxone to injection drug users for the management of heroin overdose: a survey of street-recruited injectors in the San Francisco Bay Area." *J Urban Health* **80**(2): 291-301.
- Seal, K. H., R. Thawley, et al. (2005). "Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study." *J Urban Health* **82**(2): 303-11.
- Seaman, S. R., R. P. Brett, et al. (1998). "Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study." *Bmj* **316**(7129): 426-8.
- Sergeev, B., A. Karpets, et al. (2003). "Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation." *J Urban Health* **80**(2): 212-9.
- Sorensen, J. L., J. London, et al. (1992). "Mass media as drug users' key information source on overdoses." *Am J Public Health* **82**(9): 1294-5.
- Sporer, K. A. and A. H. Kral (2007). "Prescription naloxone: a novel approach to heroin overdose prevention." *Ann Emerg Med* **49**(2): 172-7.
- Tardiff, K., P. M. Marzuk, et al. (1997). "HIV infection among victims of accidental fatal drug overdoses in New York City." *Addiction* **92**(8): 1017-22.
- Tracy, M., T. M. Piper, et al. (2005). "Circumstances of witnessed drug overdose in New York City: implications for intervention." *Drug Alcohol Depend* **79**(2): 181-90.
- van Ameijden, E. J., M. W. Langendam, et al. (1999). "Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low-threshold maintenance programs." *Addict Behav* **24**(4): 559-63.
- van Haastrecht, H. J., G. H. Mientjes, et al. (1994). "Death from suicide and overdose among drug injectors after disclosure of first HIV test result." *Aids* **8**(12): 1721-5.
- Wang, C., D. Vlahov, et al. (2005). "The effect of HIV infection on overdose mortality." *Aids* **19**(9): 935-42.
- Welsh, C., S. G. Sherman, et al. (2008). "A case of heroin overdose reversed by sublingually administered buprenorphine/naloxone (Suboxone)." *Addiction* **103**(7): 1226-8.
- Worthington, N., T. Markham Piper, et al. (2006). "Opiate users' knowledge about overdose prevention and naloxone in New York City: a focus group study." *Harm Reduct J* **5**(3): 19.
- Zador, D., S. Sunjic, et al. (1996). "Heroin-related deaths in New South Wales, 1992: toxicological findings and circumstances." *Med J Aust* **164**(4): 204-7.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Передозировки наркотиков следуют за распространенностью потребления наркотиков, в частности, инъекционного употребления наркотиков (ПИН). Эпидемиология передозировок наркотиков достаточно хорошо описана в одних и, по сути, не существует в других евразийских странах, представители которых приняли участие в опросе. Службы скорой медицинской помощи (СМП) ограничены в сельской местности и не всегда подготовлены, чтобы справиться со случаями передозировки наркотиков, в то время как целевые программы профилактики передозировок являются недавним и редким явлением. Политики по вопросам передозировок практически нет или не существует, но во многих сообществах присутствует значительный интерес к этой проблеме.

Исследования и данные:

Каждая страна, принявшая участие в опросе, сталкивается со значительным количеством потребителей инъекционных наркотиков, хотя связь эпидемий ВИЧ с инъекционным потреблением наркотиков варьируется. Причины смерти среди ПИН плохо подтверждены документально, но передозировка обычно является ведущей причиной смерти, если имеются данные или экспертные заключения. Данные о передозировках минимальны, ненадежны, и считается, что они значительно недооценивают распространенность передозировок из-за плохого сбора данных, ограниченного доступа к ресурсам токсикологии, стигмы в отношении употребления наркотиков и передозировки, беспокойства свидетелей и медицинских служб, а также участия полиции, как в западных, так и в восточных странах региона. Многие из этих проблем являются большими культурными препятствиями для получения надежных данных о смертности в результате передозировок. Базы данных СМП и местных больниц предоставляют определенную информацию, а данные реестра потребителей наркотиков имеют значение при сборе данных в России. Кроме того, в России при документировании и описании передозировок оказались успешными опросы потребителей наркотиков, а простые вопросы, добавленные в уже существующие национальные опросы, сделали важное дополнение к основной информации, необходимой для понимания явления передозировок в Латвии. Опросы потребителей наркотиков и фокус-группы могут иметь весьма большое значение во всем регионе, в частности, если рассматривать их в контексте данных СМП, больниц и медицинских экспертов при наличии таких данных.

На основе той ограниченной информации, которая доступна, представляется, что для потребителей наркотиков передозировка - основной источник смертности в России. Данные в остальных странах являются недостаточными для существенных выводов, хотя передозировки наркотиков могут быть более существенной причиной смертности в Кыргызстане и Таджикистане, чем в Латвии и Румынии. Героин остается основным фактором смертности от передозировки, хотя в некоторых местах другие опиаты, в том числе оральные опиаты, стали заметной причиной смертности, алкоголь является одним из основных содействующих передозировке веществ, а исходя из характеристик эпидемии, приведенных ниже, способствующим фактором может быть признано употребление стимуляторов амфетаминового ряда. По имеющимся данным большинство передозировок произошло в домашних условиях, хотя службы СМП сообщают, что в большинстве передозировок вызовы были в общественных местах, такие как улицах или лестницы. Как и в некоторых других регионах мира, молодые потребители наркотиков часто испытывают передозировки, но зачастую у них нет смертельной передозировки до тех пор, пока их карьера употребления наркотиков не станет насчитывать несколько лет. Часто отмечается, что передозировки происходят после прохождения лечения наркотической зависимости (например, Латвия, Россия, Таджикистан), заключения или освобождения из тюрьмы.

Из-за крайней ограниченности доступных данных мы сделали предположения о возможной распространенности передозировок на основе ранее упомянутых данных о том, что ежегодно около 20% ПИН испытывают передозировки, и что медицинскую помощь оказывают в 49 из

100 случаев передозировок, а 4 случая из 100 имеют смертельный исход. Результаты различны, вероятно, из-за нехватки служб СМП и нехватки налоксона в службе скорой помощи. Таким образом, следующие заявления являются всего лишь исследовательскими, на них не следует ссылаться как на научные оценки:

- В Кыргызстане ожидается, что 25 000 ПИН переживут около 5 000 случаев передозировки и 200 смертей; СМП Бишкека в 2006 году выезжали на более 600 случаев передозировки, предполагая, что в 2006 году в Оше произошло около 100 смертей в результате передозировки (57 были зарегистрированы).
- В Латвии ожидается, что около 10 000 ПИН испытают 2 000 случаев передозировки и 80 смертей; СМП Риги в 2007 году оказывали помощь в более 700 случаях передозировки, предполагая, что в 2007 году в Риге произошло примерно 56 смертей в результате передозировки (17 были зарегистрированы).
- В Румынии ожидается, что около 25 000 ПИН испытают 5 000 случаев передозировки и 200 смертей; СМП Бухареста в 2006 году выезжали в более 178 случаях передозировки, предполагая, что в 2007 году в Бухаресте произошло примерно 14 смертей в результате передозировки (21 была зарегистрирована).
- В России ожидалось, что 355 568 ПИН, зарегистрированных в стране в 2006 году, испытают 71 114 случаев передозировки и 2 844 смерти (9 354 были зарегистрированы). По оценкам, около 2 000 000 ПИН испытают 400 000 случаев передозировки и 16 000 смертей.
- В Таджикистане ожидается, что 33 000 ПИН испытают 6 600 случаев передозировки и 264 смерти; СМП Хорога в 2006 году выезжали на 165 случаев передозировки, предполагая, что в 2007 году в Хороге произошло примерно 13 смертей в результате передозировки (27 были зарегистрированы).

Услуги:

Уход в связи с передозировками, осуществляемый службами СМП и больницами, широко доступен в большинстве стран-участниц опроса, хотя наличие ухода может быть ограничено из-за расстояния, гористой местности, недостаточного количества машин скорой помощи, а также ограниченного доступа медицинских служб к налоксону. Наличие налоксона в скорой помощи зачастую ограничивается специализированными автомобилями скорой помощи в крупных городских центрах, а иногда его нет вообще. Программы в области передозировок в Таджикистане включают предоставление налоксона службам СМП и персоналу больниц, что привело к впечатляющему сокращению смертности в Хороге в тех случаях передозировки, когда присутствовали медицинские специалисты. Медицинские услуги в целом финансируются из государственных источников, хотя в некоторых странах пациенты часто дают «чаевые» за услуги, или приходится платить за расходы на топливо. В то время как в большинстве регионов сотрудники скорой помощи редко вызывают полицию в случае передозировки, это не является универсальным, и страх перед участием полицией является основным фактором, препятствующим вызову скорой помощи. В некоторых странах, таких как Кыргызстан и Румыния, от свидетелей употребления наркотиков требуют связаться с полицией, хотя такая политика неприемлема во многих программах СМП.

В последние годы во многих из стран – участниц опроса возникло несколько программ профилактики передозировки. Хотя большинство программ основано на моделях, включающих обучение, тренинги искусственного дыхания и распространение налоксона, аналогичные тем, которые проводятся в других странах на экспериментальной основе, есть различия. Например, несколько программ распространяют налоксон не только через немедицинский персонал, но и через медиков в районах, где нет зарегистрированных поставок, а также семьям, учитывая частоту, с которой в Евразии потребители наркотиков живут с семьей. Поддерживающая терапия агонистами в регионе варьируется с точки зрения законности, и в целом она недостаточно доступна в качестве вмешательства по профилактике передозировки .

Налоксон не зарегистрирован как медицинский препарат в Румынии, Таджикистане и часто отсутствует в России и Кыргызстане. Налоксон теоретически можно приобрести по рецепту в аптеках России и Латвии, хотя это не является общепринятой практикой, и только горстка низкопороговых программ России, Кыргызстана и Таджикистана предоставляет налоксон медицинским работникам. Кардиамин, называемый также никетамид, часто применяется в ряде стран – участниц опроса, это лекарство удаленно применялось как стимулятор дыхания, но его использование противопоказано пациентам с риском судорожных припадков, инсульта, травмы головы, астмы, авиационных обструкций, гипертонии, болезни сердца, и если уже применяются симпатомиметические средства (в том числе незаконные стимулирующие препараты) или антидепрессанты старого поколения (MAOIs), увеличивается риск мышечных спазмов.

Знания и навыки:

Медицинский персонал повсеместно проходит обучение в области фундаментального менеджмента передозировок, хотя во многих местах наличие налоксона ограничено, а некоторые медики имеют заблуждения в отношении побочных эффектов налоксона (т.е. связанные с ним проблемы, такие, как отек легких, который в настоящее время считается последствием передозировки опиатов, а не ее лечения).

Хотя обучение по передозировке наркотиков редко проводится для потребителей наркотиков, опросы в некоторых регионах продемонстрировали значительные базовые знания и попытки менеджмента, включая такие разумные усилия, как физическая стимуляция, и опасные усилия, такие как инъекции соленой воды или других веществ.

Политика:

Передозировка кратко упоминается в отдельных программных документах, но в них не отмечается никаких подробных целей или явных способов решения проблемы. В Таджикистане последние документы национальной политики и организационно-распорядительные документы рассматривают передозировку как более выдающийся компонент здоровья и как повестку дня в области ВИЧ-инфекции. Латвия на данный момент обсуждает введение передозировки в качестве приоритета национального планирования в области ВИЧ-инфекции. План действий ЕС по наркотикам содержит меры в отношении передозировок. Тем не менее, законы в некоторых государствах являются противоречивыми в той части, что свидетели передозировки или медицинские службы могут быть юридически обязаны сообщать о передозировке наркотиков в полицию, хотя одновременно эти же законы гарантируют доступ к медицинским услугам. В странах-участницах опроса нет законов для создания программ профилактики передозировок, защиты свидетелей, которые вызывают спасательную службу, или для поощрения распространения налоксона.

Таблица I: Отдельные выводы по странам

Страна	Распространенность потребителей наркотиков	Распространенность передозировки	Источники данных	Отношение к эпидемии ВИЧ/СПИДа
Кыргызстан	примерно 25 000 ПИН	Неизвестно; СМП г. Бишкека зарегистрировали 609 вызовов в связи с передозировками с 57 случаями смерти в 2006 году	Скорая помощь; потенциальный источник - Республиканский наркологический центр	Преобладание ПИН в эпидемии ВИЧ-инфекции; передозировка - ведущая причина смерти среди ПИН
Латвия	15 000 проблемных потребителей наркотиков, 65% ПИН	17 смертей в 2006 году; 173 передозировки в Токсикологическом центре Риги в 2007 году; 719 вызовов СМП по поводу "отравления наркотическими веществами" в 2007 году	Агентство общественного здравоохранения; опрос потребителей наркотиков	Преобладание ПИН в эпидемии ВИЧ-инфекции, в 2007 году 42/56 смертей среди людей, живущих с ВИЧ, - смерти среди потребителей наркотиков
Румыния	16-32 000 героиновых ПИН в Бухаресте	35 смертей, имеющих отношение к наркотикам, из 2083 вскрытий в 2006 году	Национальное антинаркотическое агентство; потенциальный источник - Министерство здравоохранения, проект PHARE, опрос потребителей наркотиков	В эпидемии ВИЧ-инфекции ПИН не преобладают, но распространенность возросла за последние 10 лет
Россия	До 2 000 000 ПИН	6,6 смертей/100 000 общего населения в 2006 году; 18,8-20,3% смертей среди потребителей наркотиков	Реестр/данные диспансеров, опросы потребителей наркотиков; потенциальный ресурс - скорая помощь	Преобладание ПИН в эпидемии ВИЧ-инфекции; передозировка - вторая ведущая причина смертности среди потребителей наркотиков
Таджикистан	15-50 000 ПИН	Неизвестно; в 2006 году СМП Хорога зарегистрировали 165 вызовов в связи с передозировкой с 21 случаями смерти	СМП и больницы; потенциальный ресурс - опросы потребителей наркотиков	Преобладание ПИН в эпидемии ВИЧ-инфекции, считается, что передозировка опиатами является ведущей причиной смертности среди потребителей наркотиков

Таблица I: Основные выводы по странам (продолжение)

Страна	Ограничения услуг	Налоксон	Профилактические программы	Политика
Кыргызстан	Нехватка топлива и транспортных средств; ограниченные сельские службы	Выписывают только некоторые распространяющие программы	«Ранар», «Социум», другие программы проводят тренинги по искусственному дыханию, распространяют налоксон; + поддерживающая терапия агонистами	Постановка на учет может мешать вызову СМП, от скорой помощи требуется сообщать в полицию о случаях передозировки, но часто они так не делают; полиция может потребовать деньги; законов, поддерживающих профилактику передозировок, нет.
Латвия	Страх вмешательства полиции	Только по рецепту; применяется службами СМП; распространение немедицинским персоналом не практикуется	Программы обмена шприцев, листовки; + поддерживающая терапия агонистами	Постановка на учет имеет место, но не является поголовной; СМП не вызывают полицию, если нет угрозы безопасности; законов, поддерживающих профилактику передозировок, нет; проект национальной программы по ВИЧ/СПИДу выделяет передозировки в качестве приоритета
Румыния	Полиция следует за скорой помощью, стигма в семье, передозировки считаются редким явлением	Не зарегистрирован, но иногда применяется в отделениях реанимации на полуправильной основе; нет в службах СМП	Специальных программ нет, но есть обучение по запросу; + поддерживающая терапия агонистами	Постановка на учет для регистрации помощи потребителям наркотиков; передозировка один раз упоминается в национальной стратегии по наркотическим средствам; от свидетелей требуется сообщить полиции, что они стали свидетелями передозировки
Россия	Ограниченные службы в сельской местности, «взятки», некоторая отчетность милиции	Только наркологическая скорая помощь, среди потребителей наркотиков распространяет несколько пилотных программ, теоретически доступен по рецепту	На данный момент активны 3 пилотные программы тренингов по передозировке и распространения налоксона; другие программы работают по адвокации налоксона в учреждениях здравоохранения	Постановка на учет может мешать вызову СМП, но в то же время улучшает сбор данных; некоторые пострадавшие от передозировки подвергаются аресту; законов, поддерживающих профилактику передозировок, нет

РЕКОМЕНДАЦИИ

Во всех странах-участницах опроса необходимо принять меры в отношении передозировки незаконными наркотиками. Хотя имеющиеся данные указывают на наиболее острую необходимость таких мер в России, большинство экспертов считает, что передозировки должны считаться серьезной проблемой во всех обследованных странах, что не в полной мере отражает текущая статистика. Совершенствование систем сбора данных, скорее всего, выявит проблемы, которые на сегодняшний день не очевидны, однако, эти проблемы можно предположить исходя из результатов интервью с заинтересованными сторонами. На всей территории региона необходимо в срочном порядке провести исследование, чтобы оценить и описать явление передозировок, ценными будут тренинги по вопросам передозировок, а политические усилия смогут помочь координировать работу учреждений, создавать финансовые потоки и улучшать доступ к жизненно-важной медицинской помощи.

Исследования и данные

1) *Дальнейшие исследования должны включать:*

- a. Картину эпидемиологии передозировки до профилактического вмешательства, полученную от медицинских экспертов, скорой помощи и в результате опросов потребителей наркотиков на местном и национальном уровнях. Второе поколение эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков должно учитывать явление передозировок. Опросы потребителей наркотиков могут служить в качестве метода оценки ситуации, навыков, знаний и наличия услуг в области передозировок в краткосрочной перспективе при одновременном создании более надежных источников данных, что может потребовать значительных инвестиций в инфраструктуру. Оценка потенциала токсикологических служб для проведения обследования после вскрытия. Несколько стран отметили, что в случаях подозрения передозировки ресурсы для выполнения токсикологического обследования умерших ограничены.
- b. Оценку программ по профилактике передозировки в регионе. Все большему числу программ будет необходимо тщательно планировать оценку эффективности. Результаты из различных регионов мира не могут быть сопоставимы, учитывая отличительные особенности передозировок в регионе (например, плохая доступность СМП).
- c. Исследования рентабельности распределения налоксона и других программ профилактики передозировки. Профилактика может оказаться весьма эффективной с точки зрения затрат на спасение жизни, но необходим сложный анализ.
- d. Этнографические исследования передозировок среди выживших и участников профилактических программ. Учитывая ограничения и отсутствие количественных данных о передозировке, для выявления, изучения и дополнения вопросов передозировок и роли профилактического вмешательства необходимы качественные исследования .

2) *Согласование и определение стандарта для диагностики и описания передозировки наркотиков:* Медицинские специалисты, медицинские службы и государственные учреждения часто по-разному описывают передозировку наркотиков. Национальные и международные усилия по стандартизации этих данных будут иметь значение для понимания масштабов проблемы и выявления областей, наиболее нуждающихся в планировании профилактики. EMCDDA начал прилагать эти усилия, однако в этом направлении необходима дополнительная работа. В Соединенных Штатах для решения этой задачи проводятся внутренние предварительные мероприятия, которые координируют представители Администрации по наркотической зависимости и

психическому здоровью Департамента здравоохранения и социальных услуг. Данные усилия могут представлять интерес для эпидемиологических учреждений Евразии.

- 3) *Протокол для быстрой оценки потребностей на местах*: Учитывая отсутствие данных в большинстве населенных пунктов, метод оценки ситуации передозировки на местах необходим для того, чтобы определить необходимость ведения программ профилактики передозировки. В некоторых регионах неопубликованные данные медицинских экспертов, больниц или скорой медицинской помощи можно получить по запросу, в то время как в других регионах более полезными могут быть опросы или фокус-группы с участием потребителей наркотиков. Протокол о минимальных данных и методах сбора данных будет иметь большое значение для наркологии/наркологических клиник, центров СПИДа, услуг снижения вреда и оценки степени распространенности и смертности в результате передозировок в местных сообществах.
- 4) *Инструментарий для развития услуг и оценки*: Учитывая неразвитый характер профилактических вмешательств в области передозировки, значение будет иметь руководство по надлежащей практике, а также ожидаемому процессу и его результатам, а также методы сбора таких данных. Например, ряд низкопороговых программ разработали простую форму для сбора достаточных для оценки данных при сведении к минимуму любых мешающих участию факторов; такие шаблоны могут использовать и другие организации.
- 5) *Полугодовые обзоры эпидемиологии передозировки*: Учитывая динамичный характер эпидемиологии передозировки и услуг в этой области, национальные и международные учреждения должны систематически собирать данные об эпидемиологии, знаниях и доступности услуг в области передозировки на регулярной основе, аналогичные процедуре в отношении ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, с целью оценить местный и региональный прогресс и потребности.

Услуги

- 6) *Быстрое внедрение обучения по вопросам передозировок по методу «равный равному» и распространение налоксона*: в этом случае передозировки наркотиков будут надлежащим образом подтверждены документально для поддержки широкого распространения низкопороговых услуг, ориентированных на
 - a. ПИН в целом
 - b. Людей, живущих с ВИЧ, в тех странах, где в эпидемии преобладают ПИН
 - c. Семья и друзья потребителей опиатов
 - d. Тюремные и учреждения досудебного задержания заключенных
 - e. Пациенты на лечении наркотической зависимости до выписки
- 7) *Обучение провайдеров*: отдельные группы таких поставщиков услуг, как сотрудники клиник по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, будут целевой группой обучения по вопросам профилактики и менеджмента передозировок, учитывая высокую распространенность ПИН среди массива их пациентов и потенциала взаимодействия между различными веществами.
- 8) *Всеобщая доступность СМП*: Скорая помощь должна быть доступна во всех регионах каждой страны, не должно ожидать никаких денежных сборов или «чаевых»; в Кыргызстане и Таджикистане необходимо больше транспортных средств и топлива, также во всех машинах должен быть налоксон и подготовленные специалисты, которых поощряют применять этот лекарственный препарат.

- 9) *Снижение страха обратиться в СМП*: Необходимы усилия, направленные на сотрудничество с СМП и руководством полиции, чтобы прояснить политику в отношении передозировок и отчетности для полиции. Если власти согласны с политикой повышения безопасности людей, вызывающих СМП, то для информирования потребителей наркотиков и увеличения обращаемости за медицинскими услугами будут необходимы кампании в средствах массовой информации.
- 10) *Искусственное дыхание и сердечно-легочная реанимация*: На сегодняшний день программам в области передозировки рекомендуется включать тренинг по искусственному дыханию в связи с преобладанием опиатов и простотой обучения. Вместе с тем, стимуляторы амфетаминового ряда становятся более широко распространенными в Евразии, становятся актуальными особенности передозировки стимуляторами и естественный ход развития заболевания, можно рекомендовать более широкую подготовку по вопросам сердечно-легочной реанимации.
- 11) *Мероприятия после передозировки*: передозировка является основным событием жизни, которое может представлять возможность изменения поведения или участия в программах лечения наркотической зависимости. Это еще один аргумент в пользу выдаче рецептов на налоксон скорой помощью и больницами.
- 12) *Самостоятельная помощь специалистов*: бывшие и активные потребители наркотиков часто участвуют в медицинской деятельности в качестве специалистов или равных консультантов и могут подвергаться опасности передозировки. Программирование самостоятельной помощи с целью оказания поддержки и услуг по охране психического здоровья специалистам в области наркологической помощи потенциально выгодно для профилактики передозировки.
- 13) *Интернет-ресурсы*: веб-ресурсы, в том числе исследования передозировок, данные и материалы для развития услуг на различных языках, будут чрезвычайно полезны.
- 14) *Помещения для более безопасных инъекций*: Учитывая отсутствие смертей в результате передозировки среди посетителей помещений для более безопасных инъекций, такие службы уместно развивать в некоторых местах, хотя в некоторых странах политические и правовые барьеры могут быть непреодолимы.

Законодательство и политика

- 15) *Установить приоритет передозировки*: передозировка является существенной причиной заболеваемости и смертности, которая по-прежнему недостаточно признается и не становится объектом адресных программ. В Евразии необходимы усилия по утверждению передозировки в качестве приоритета, такие усилия можно улучшить путем включения передозировки в качестве индикатора в национальную политику в области наркомании и ВИЧ/СПИДа.
- 16) *Адвокация приоритетности передозировки в повестке дня ЕС*: Актуальные стратегии, план действий и рекомендации сервиса ЕС включают передозировку как часть политики и вмешательств в области потребления наркотиков, но на уровне государств-членов необходима адвокация проблемы передозировок.
- 17) *Определение ответственных учреждений*: Чтобы адекватно решать проблемы передозировок наркотиков, следует определить правительственные учреждения, которые примут основную ответственность за снижение заболеваемости и смертности в результате передозировок.

- 18) *Меры финансового поощрения:* Финансовые стимулы или возмещение расходов позволит значительно улучшить освоение провайдерами услуг профилактики и менеджмента передозировок.
- 19) *Мониторинг наличия и помощь в получении доступа к налоксону:* Поскольку налоксон входит в список основных медицинских препаратов ВОЗ, страны должны получать помощь для эффективного применения налоксона.
- 20) *Анализ законодательства и адвокации:*
- a. Адвокация регистрации налоксона в Румынии и Таджикистане.
 - b. Адвокация перевода налоксона в разряд рецептурных препаратов на всей территории региона в целях улучшения доступа для программ и клиентов (примечательно, что сейчас Италия разрешает продажи налоксона без рецепта врача).
 - c. Адвокация легализации поддерживающей терапии агонистами в России и Таджикистане и расширения ее охвата во всем регионе.
 - d. Разработка типового законодательства: Есть много примеров того, каким образом законодательство поддерживает профилактику передозировок (то есть законы о защите свидетелей и пострадавших от передозировки от судебного преследования за незначительные правонарушения, законы о защите от любых гипотетических форм правового риска свидетелей, которые применяют налоксон, и т. д.). Для поддержки программ профилактики и менеджмента передозировок может более широко применяться типовое законодательство, например, законодательство, разработанное Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу.

Финансирование

- 21) *Интеграция в программы снижения вреда:* вопросы передозировки можно легко интегрировать в более крупные программы снижения вреда по низкой стоимости и с существенной потенциальной выгодой. Доноры должны взять на себя ведущую роль в работе с поддерживаемыми программами, чтобы компонент передозировки вошел в круг финансируемых мероприятий.
- 22) *Финансирование борьбы с ВИЧ и снижения вреда:* Учитывая распространенность передозировок и эпидемии ВИЧ-инфекции с преобладанием ПИН во многих странах региона, передозировка может являться существенной причиной смерти людей, живущих с ВИЧ. Поэтому местные, национальные, региональные и международные *доноры* в сфере борьбы с ВИЧ и снижения вреда должны выделить соответствующие ресурсы для поддержки профилактики передозировок.
- 23) *Финансирование профилактики и лечения зависимости от наркотических средств:* Учитывая высокий уровень смертности в результате передозировок после окончания различных видов лечения зависимости, интеграция профилактики передозировок и распространения налоксона в такие программы будет важным средством для поддержания результата лечения наркотической зависимости.
- 24) *Финансирование реформы пенитенциарной системы:* Учитывая высокий уровень смертности в результате передозировки после освобождения из тюрьмы, интеграция профилактического обучения и распределения налоксона в систему освобождения из тюрьмы и досудебного задержания будет иметь важное значение для снижения смертности.
- 25) *Финансирование первой помощи и профилактики травм:* Учитывая характер явления

передозировок, такие организации, как «Красный Крест» могут предоставить ресурсы, необходимые для профилактики передозировок.

26) *Изучение других источников финансирования:* Так как уровень передозировки наркотиков упал в связи с употреблением крэка, внимание традиционных медицинских учреждений к данной проблеме является недостаточным, требуются скоординированные усилия по изучению альтернативных источников финансирования.

КЫРГЫЗСТАН

Исследователь: Шербото Токомбаев и Мадина Токомбаева, НГО «Ранар»

4 августа 2008 г.

РАЗДЕЛ А: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Источники данных по передозировкам:
 - a) Нет основной базы данных
 - b) Службы неотложной медицинской помощи и скорой медицинской помощи в Бишкеке ведут учет вызовов; неизвестно, ведут ли учет другие службы экстренной помощи.
 - c) Возможные источники информации на будущее:
 - i) Исследования среди потребителей наркотиков
 - ii) Республиканский наркологический центр (РНЦ) может разработать систему сбора данных
 - iii) Отделения токсикологии, станции «скорой помощи», Министерство по чрезвычайным ситуациям могут также разработать системы отслеживания.
 - d) Препятствия для сбора данных:
 - i) Во многих свидетельствах о смерти как причина смерти указывается «остановка сердца» или «остановка дыхания» (и иногда алкогольная интоксикация или интоксикация психотропными веществами), потому что родственники часто просят указывать другую причину вместо «передозировки».
 - ii) Врачи также предпочитают не указывать передозировку как причину смерти, потому что о факте передозировки (как летальной, так и не-летальной) необходимо сообщать в полицию; вместе с тем, работник «скорой помощи» в ходе интервью сказал, что они не обязаны звонить в полицию, даже если заранее знают, что вызова связан с передозировкой.
- 2) Распространенность потребления наркотиков (в 2007 году население составляло 5 284 149):
 - a) Кыргызстан находится на основном пути транзита наркотических веществ.
 - b) В стране насчитывается 8 454 официально зарегистрированных потребителей наркотиков, 53.86% из которых являются ПИН, хотя по данным Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) общее число ПИН составляет около 25 000 человек (по оценке Советника по региональной эпидемиологии УНП ООН Камрана Нияза (Kamran Niaz), приведенная в заявке Киргизии в рамках Раунда 7 Глобального Фонда.)
 - c) По данным странового отчета EMCDDA, в 2005 году в Кыргызстане насчитывалось 44 000 ПИН (*EMCDDA Country Profile 2008*)
- 3) Основные причины смертности среди:
 - a) Потребителей наркотиков (на основе опыта работы ГНГО «Ранар»):
 - i) Передозировка опиатами
 - ii) Туберкулез
 - iii) Пневмония
 - iv) Цирроз печени
 - b) Пациенты программ лечения наркотической зависимости: нет данных
 - c) Люди с ВИЧ: 70% людей с ВИЧ являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), поэтому считается, что причины смерти здесь те же, что и среди потребителей наркотиков.
 - d) Заключенные: Согласно отчету Би-би-си (BBC), основной причиной смертей в тюрьмах является туберкулез (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7307398.stm>), хотя по данным Министерства здравоохранения Кыргызстана, в 2004 и 2005 годах 80% тюремного заключения были ПИН.
- 4) Летальная передозировка наркотиками (см. *Таблицу*): в 2006 году сотрудники службы «скорой помощи» Бишкека зарегистрировали 57 смертельных случаев передозировок.

- 5) Общие вопросы по передозировкам наркотиками (см. Таблицу):
- За период 2002-2006 годов количество вызовов по передозировкам и смертельных исходов, зарегистрированных службой «скорой помощи» Бишкека, существенно возросло. С января по март 2007 года в службу «скорой помощи» поступило 76 вызовов, связанных с передозировками, смертельных исходов не было.
 - В среднем, на пульт «скоро помощи» Бишкека поступает 3-4 вызова в связи с передозировками в неделю, с периодическим возрастаниями до 8-10 звонков в день. Сотрудник «скорой помощи», дававший интервью, уверен, что это происходит после новых поставок героина.

Частота вызовов «скорой помощи» по передозировкам (Бишкек, сведения предоставлены службой «скорой помощи»)

Год	Число	Количество смертей
2002	162	Нет данных
2003	161	Нет данных
2004	357	Нет данных
2005	341	37
2006	609	57

- 6) Особенности ситуаций, связанных с передозировками (на основе опыта «Ранар»):
- Принятый наркотик: героин
 - Способы употребления: инъекции
 - Демографические показатели (по интервью с работником «скорой помощи»):
 - Место, где произошла передозировка: большинство передозировок, с которыми работала «скорая помощь» Бишкека, произошло на улицах, в притонах и в подъездах домов. Большинство случаев передозировок происходили в 4 районах города, где идет самая активная торговля наркотиками.
 - Временные рамки
 - Во время или вскоре после наркологического лечения
 - При смешивании алкоголя с другими психоактивными веществами

РАЗДЕЛ В: ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКАХ

- Услуги «скорой помощи» и больниц
 - Доступность услуг: Служба «скорой помощи» существует в Бишкеке; а в сельских районах и пригородах доступность ограниченная.
 - Стоимость: Средняя стоимость услуг «скорой помощи» - 100 сом (2.5 – 3 долларов США) за 1 укол или за бензин (взятка). Услуги частной «скорой помощи» - от 350 до 500 сом (10 – 15 долларов США).
 - Препятствия для оказания услуг:
 - отсутствие бензина (если большое расстояние)
 - Ограниченная доступность машин (в Бишкеке, городе с населением от 700,000 до 900,000 человек, есть 4 государственных, т.е. «бесплатных» машины «скорой помощи»)
- Налоксон
 - Юридический статус: Налоксон занесен в Кыргызский реестр основных медицинских препаратов как препарат класса Б, то есть, распространяется по рецептам, однако он не является контролируемым веществом (интервью с Джаныл Дюсуповой 25 августа). Налоксон входит в перечень медицинских препаратов, установленный Закон №91 ст. 35 от 30 апреля 2003 г., на основании приказа Министерства здравоохранения №268 от 28 июня 2002 г., подтвержденном в постановлении №759 от 31 октября 2006 г.

- b) Доступность: Официально не находится в открытой продаже, хотя в последний год, по сведениям «Ранар», его можно приобрести «из-под прилавка» за 100 сом, или около 3 долларов за упаковку
 - c) Продажа: Налоксон украинского производства поставляется одной компанией (Unihelp Limited, Tashekntskaya 26)
 - i) Цена препарата 175,48 сом (5 долларов США) за упаковку при покупке оптовыми партиями или 185 сом (5.28 долларов США) за упаковку при покупке в розницу.
 - ii) В 2004-2006 годах были приобретены за рубежом 100 упаковок налоксона (10 ампул на 1 мл., содержащие каждая по 0.4мг/мл); в 2007 году - 600 упаковок и в 2008 году по настоящий момент - 300 (из интервью с республиканским главным наркологом Русланом Токубаевым от 24 августа 2008 г.).
 - d) Применение: Налоксон применяется на станциях «скорой помощи» и в больницах. В Бишкеке бригада «скорой помощи» выезжает на смену с 5 флаконами налоксона в медицинской аптечке (из интервью с работников «скорой помощи»). «Скорая» также применяет кордиамин (также известный как никетамид).
- 3) Программы профилактики
- a) НГО:
 - i) «Ранар» проводит обучающие мини-тренинги «Передозировка», которые включают:
 - (1) Обучение
 - (2) Предоставление информационных материалов и налоксона, когда препарат будет доступен
 - (3) Проведение искусственного дыхания
 - ii) «Социум» проводит мини-семинары по профилактике передозировок
 - iii) «Социум» и другие НГО, занимающиеся обменом шприцев, также проводят семинары по передозировкам
 - iv) Терапия с использованием агонистов: Две программы заместительной терапии с использованием метадона в Оше и Бишкеке (81 место для пациентов) и пилотная программа в тюрьмах (Subata & Stuikyte 2007)
 - v) Комнаты для безопасных инъекций: нет
 - b) Препятствия: Распространение налоксона может быть запрещено согласно ст. 93 Кодекса об Административных Правонарушениях, которая гласит, что в случаях производства, приобретения и продажи медицинских препаратов наступает административная ответственность; если же в результате этих действий по небрежности наносится вред здоровью человека, то деяние влечет за собой уголовную ответственность.
 - c) Успехи программ: «Ранар» провел месячную кампанию по бесплатному распространению налоксона, в течение которой ПИН и члены их семей получили 100 ампул налоксона и 500 информационных буклетов. На протяжении этого периода 25 клиентов предоставили обратную связь и заполнили заявки на дополнительных ампул с налоксоном. (Отчет о деятельности проекта, Ranar, 16 February 2008)
- 4) Рекомендуемые приоритетные направления:
- a) Исследования по потребителям наркотиков как инструмент оценки потребностей
 - b) Широкий доступ к налоксоны
 - c) Внедрение выдачи рецептов налоксона в практику медицинской помощи в низкопороговых центрах и больницах
 - d) Низкопороговые программы для осуществления профилактики передозировок
- 5) Дальнейшие направления работы: Эти организации могут организовать тренинги по передозировкам:
- a) НГО «Ранар»: Тренинги по передозировкам и применению налоксона для сотрудников правоохранительных органов, представителей сообщества потребителей наркотиков, сотрудников низкопороговых программ, потребителей наркотиков и членов их семей, а также будущих тренеров.
 - b) НГО «Социум» и РНЦ: Тренинг по передозировкам, без части, посвященной налоксоны

- с) Главный нарколог Р. Токубаев выразил свое мнение, что налоксон можно было бы распространять среди потребителей наркотиков и членов их семей по рецептам через систему республиканских наркологических центров.

РАЗДЕЛ С: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ ПО ПЕРЕДОЗИРОВКАМ

- 1) Уровень знаний среди сотрудников организаций, предоставляющих медицинскую и наркологическую помощь: информация не была предоставлена
- 2) Уровень знания среди потребителей наркотиков: нет данных
- 3) Навыки потребителей наркотиков (на основе опыта работы «Ранар»):
 - а) Потребители наркотиков часто справляются с передозировкой, вводя инъекционным путем солевого раствора, проводя искусственное дыхание и сердечно-легочную реанимацию, а также осуществляя физическую стимуляцию. В редких случаях потребители наркотиков используют кордиамин, но они очень редко вызывают «скорую помощь».
 - б) Некоторые программы обмена шприцев распространяют кордиамин
 - с) Препятствия для эффективного вмешательства:
 - i) боязнь полиции
 - ii) затраты, связанные с вызовом «скорой»; свидетели могут вызвать «скорую помощь», но затем уйти, оставив пострадавшего одного

РАЗДЕЛ D: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

- 1) Стратегии: Вопросы передозировки не включены в какие-либо существующие национальные и региональные стратегии
- 2) Организации, которые могли бы быть вовлечены:
 - а) РНЦ и СПИД-Центр открыты для сотрудничества, если будет разработана стратегия.
 - б) Большинство международных организаций выразило интерес к профилактике передозировок и налоксону, в том числе Международная программа развития снижения вреда Института открытого общества, Population Services International (PSI), Центрально-Азиатская Региональная Программа по ВИЧ/СПИДу (CARHAP), GRM International, УНП ООН, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии (CAAP).
- 3) Правоохранительные органы
 - а) Реестр потребителей наркотиков: Существует реестр потребителей наркотиков, но местные эксперты не считают, что это имеет какое-либо влияние на ситуацию с передозировками. Страх перед полицией и коррупция остаются основными препятствиями для получения медицинской помощи.
 - б) Здравоохранение: По закону, если на станцию «скорой помощи» поступает вызов, связанный с передозировкой, сотрудники обязаны сообщить в полицию и прибыть вместе с ней, но, по данным «скорой помощи», это не является обычной практикой.
 - с) По имеющимся сообщениям, сотрудники правоохранительных органов требуют денег, если они приезжают на вызов по передозировке.
 - д) Сотрудники правоохранительных органов не участвуют в реанимационных процедурах.
- 4) Законы: Не существует каких-либо законов относительно сбора данных, поддержки применения налоксона, равно как и законов, защищающих тех, кто оказался свидетелем передозировки и вызывающих помощь, от ареста или преследования.

ЛАТВИЯ

Исследователь: Эгия Лапина, консультант-исследователь

1 августа 2008

РАЗДЕЛ А: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Источники данных о передозировке наркотиков:
 - a) Агентство общественного здравоохранения Латвии (АОЗ) публикует ежегодный отчет:
 - i) Латвийский Государственный Центр судебно-медицинской экспертизы (LSCFME) проводит судебно-медицинские исследования во всех подозрительных случаях смерти и отправляет информацию свидетельства о смерти в Государственное агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий (HSM TSA), которое в свою очередь готовит информацию для публикации АОЗ.
 - ii) Смерти от передозировки регистрируются в качестве «связанной с наркотиками смерти» (DRDs) по определению EMCDDA¹.
 - iii) Исследователь отмечает, что эти данные могут быть занижены за счет того, что:
 - (1) Не все умершие проходят токсикологическое обследование.
 - (2) Некоторые вещества могут испаряться (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание, и его последствия в Латвии; АОЗ, Министерство здравоохранения; 15я ред. 2007), что приводит к необходимости совершенствования технологий и подготовки специалистов
 - (3) Медицинские эксперты могут не определить передозировку для объяснения смерти по неясным причинам
 - b) Станции первой медицинской помощи (СМП) получают экстренные вызовы и могут предоставить данные о передозировке наркотиков. Сотрудники скорой медицинской помощи определяют и фиксируют причину вызова, независимо от того, переводят ли пациента в больницу.
 - c) Возможности сбора данных в будущем:
 - i) Базы данных полиции о злоупотреблении наркотиками и передозировках доступны только при наличии соответствующего уголовно наказуемого деяния (насилие, нападения, вождение под воздействием любых наркотических средств или психотропных веществ, содержание под стражей за употребление или хранение противозаконных наркотиков и т.д.).
 - ii) Центр лечения ИППП и профилактики СПИДа (АОЗ) не занимается сбором данных о передозировке наркотиков.
 - iii) В Риге два госпиталя собирают свою собственную информацию:
 - (1) Токсикологический центр Латвии (ТЦЛ)
 - (2) Центр психиатрии и наркологии (ЦПН)
 - (a) ЦПН Риги ((реорганизован из Государственного агентства по наркологии в марте 2007) в настоящее время отвечает за сбор данных о стационарных и амбулаторных учреждениях и их пациентах, в том числе токсикологических обследований.
 - (b) после марта 2007 года, когда Национальный координационный центр был объединен с АОЗ, стало сложно получить доступ к данным из-за различий в базах данных и вопросов законодательства.
 - (c) Законодательные поправки, необходимые для сопоставления различных источников данных (например, данные полиции, данные о смертности, данные стационарных и амбулаторных учреждений и т.д.). Наиболее важные

¹ Согласно определению Европейского центра по мониторингу наркотиков и наркозависимости (EMCDDA), смерти, имеющие отношение к наркотикам: «Смерти, имеющие отношение к наркотикам и смертность среди потребителей наркотиков» - это те смерти, которые вызваны непосредственно потреблением наркотических веществ, вызывающих зависимость. Эти смерти в основном происходят вскоре после употребления этого вещества (веществ)»

проблемы с введением показателя передозировок: (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание, и его последствия в Латвии; АОЗ, Министерство здравоохранения; 15я ред. 2007):

- (i) Защита персональных данных может сделать невозможным слияние перекодированных персональных данных в единый набор данных
- (ii) Каждая база данных имеет различные цели, таким образом, категории будут отличаться друг от друга, и их трудно сравнивать.
- (iii) Некоторые из источников данных имеют низкое качество.
- (iv) Данные о медицинской помощи отличаются, что в значительной степени зависит от того, когда данные были записаны, вносились ли в них изменения, от сложности выявления всех случаев, конфиденциальности данных и других проблем.

2) Распространенность наркопотребления (население 2 259 810 в 2007):

- a) 12,3% всего населения, участвовавшего в опросе 2002 года, отметили потребление наркотиков на протяжении своей жизни, 2,6% отметили употребление опиодов на протяжении своей жизни (EMCDDA).
- b) По коэффициенту смертности в 2001 году насчитывалось от 1 842 до 3 182 проблемных потребителей наркотиков, 1 000 - 1 917 в 2003, с уровнем 1-1,8 на 1000 жителей в 2002 году. (EMCDDA)
- c) По методу двойного охвата в 2003 в Риге было выявлено 2 254 - 4 788 проблематичных потребителей наркотиков (данные о донорах крови, лечении наркозависимости и туберкулеза). (EMCDDA)
- d) Другие оценки более высоки (Наркополитика и здравоохранение в Латвии, 2002):
 - i) 10 000 проблемных потребителей наркотиков в стране на основе метода множителей, хотя эта методология не ясна (EMCDDA);
 - ii) 15000 людей, зависимых от наркотиков, 90% из зарегистрированных зависимых людей отмечают употребление опиатов и 65% всех участников отмечают инъекционное употребление наркотиков (ПИН).
 - iii) 18 725 ПИН, 22% которых являются ВИЧ-позитивными (Cook & Kanaef, 2008)
- e) Большая часть обращений за лечением наркозависимости приходилась на героин (49%), затем идут амфетамины (14%) и другие опиаты (11%). (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание. АОЗ)

3) Ведущие причины смертности среди:

- a) Потребителей наркотиков: разбивка по причинам смертности среди потребителей наркотиков не доступна.
- b) Пациентов программ лечения наркозависимости: нет доступных данных.
- c) Людей, живущих с ВИЧ:
 - i) В течение всего 2000 года 84% всех случаев ВИЧ-инфекции известной этиологии являются вторичными для ПИН (Европейский центр по борьбе со СПИДом).
 - ii) Опрос ПИН в Риге выявил, что 22,6% из них имели серо-позитивный тест на ВИЧ (Распространенность ВИЧ, других инфекций и рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков и их основных сексуальных партнеров в Латвии, Литве и Эстонии, 2007-2008, не опубликовано).
 - iii) В 2007 году 42 из 56 случаев смерти произошли среди ВИЧ-положительных пациентов, которые являлись потребители наркотиков. Данных относительно активного употребления наркотиков на момент смерти нет, хотя в следующей таблице передозировка является второй наиболее частой причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ, в 2007 году.

Причины смерти среди людей, живущих с ВИЧ, в 2007 году (Агентство общественного здравоохранения)

Причина смерти	Кол-во случаев
Туберкулез	9
Отравление	6
Гематогенная и/или аномалии иммунной системы	6

Пневмония	5
Не определены	5
Инфекционное и/или паразитарное заболевание	4
Кардиопатия	3
Атрофический цирроз	3
Насилие	2
Рак	2
Токсическая деменция	1
Самоубийство	1
Сердечно-легочная недостаточность	1
Панкреатит	1
Утопление	1
Инфаркт сердца	1
Менингоэнцефалит	1
Лимфоаденопатия	1
Дыхательная недостаточность	1
Гепатит С	1
Алкогольный гепатит	1
Всего	56

d) Заключенных: В 2007 году 3 заключенных передозировались наркотическими средствами, 1 умер (данные Медицинского отдела Латвийской тюремной администрации)

4) Передозировки со смертельным исходом (на основе публикаций АОЗ):

a) Единственная разбивка данных о передозировках со смертельным исходом, которая доступна и опубликована АОЗ, - возраст и тенденций уровня смертности по годам. (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание, и его последствия в Латвии; АОЗ, Министерство здравоохранения; 15я ред. 2007)

b) На основе интервью и мнения экспертов предполагается, что эти данные АОЗ серьезно недооценивают количество смертей от передозировки.

c)

кол-во летальных передозировок наркотиков

год	кол-во случаев
1996	1
1997	5
1998	3
1999	32
2000	42
2001	36
2002	35
2003	12
2004	14
2005	14
2006	17

кол-во летальных передозировок наркотиков по возрасту и полу (2006)

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
15-19	2	1	3
20-24	3	1	4
25-29	7	0	7
30-34	2	0	2
35-39	1	0	1

Источник: АОЗ 2007

Черновой вариант отчета \\ Draft version

Передозировки наркотиков, зарегистрированные Токсикологическим центром Латвии в Рижской области в 2007 году

Наркотик	Мужчины	Женщины
амфетамины	23	6
амфетамины комб.	13	1
эфедрин	1	
экстази	3	1
героин	36	5
героин комб.	13	2
хинин		1
кокаин	2	
марихуана	5	2
марихуана комб.		1
метамфетамин	4	3
морфин	3	2
морфин комб.	3	
оксибутират натрия	4	
точно не установленный наркотик	16	6
точно не установленный наркотик комб.	5	1
опиаты	10	1
ВСЕГО	141	32

Токсикологический центр Латвии 2007, неопубликованные данные

- iii) СМП Рижского района сообщало о 719 вызовах по поводу передозировки наркотическими веществами в 2007 году, в 168 (23%) случаях людей госпитализировали.

СМП Рижского района, которые оказывали помощь при отравлениях наркотиками (передозировках) в 2007

возраст, пол	кол-во экстренных медицинских вызовов			отравления наркотиками			синдром зависимости от наркотиков		
	Всего	увезли больницу	в	Всего	увезли больницу	в	Всего	увезли больницу	в
Всего	945	210		719	168		226	42	
женщины	97	28		62	22		35	6	
мужчины	848	182		657	146		191	36	
0-14	8	8		2	2		6	6	
женщины	1	1			0		1	1	
мужчины	7	7		2	2		5	5	
15-19	59	34		33	20		26	14	
женщины	6	4		3	2		3	2	
мужчины	53	30		30	18		23	12	
20-24	289	59		214	50		75	9	
женщины	31	10		23	9		8	1	
мужчины	258	49		191	41		67	8	
25-29	312	52		261	46		51	6	
женщины	25	3		15	2		10	1	
мужчины	287	49		246	44		41	5	
30-34	169	28		137	25		32	3	
женщины	18	4		11	3		7	1	

Черновой вариант отчета \\ Draft version

мужчины	151	24	126	22	25	2
35-39	70	17	44	14	26	3
женщины	7	3	5	3	2	0
мужчины	63	14	39	11	24	3
40 и старше	38	12	28	11	10	1
женщины	9	3	5	3	4	0
мужчины	29	9	23	8	6	1

Источник: Станции первой помощи Рижского района (не опубликовано)

- iv) Хотя примерно 40% населения Латвии проживает в Риге, эти данные не могут быть экстраполированы на остальную часть Латвии. Больница Вентспилса сообщает только о 42 «отравлениях» в 2007 году, в том числе 23 из-за алкоголя, 3 от наркотических средств, 12 из-за лекарственных препаратов и 4 неизвестной природы.
- b) Данные опроса потребителей наркотиков
 - i) В результате исследования 2007 года с участием 407 ПИН в Риге было выявлено, что у 44,4% никогда не было передозировки, причем примерно 32,8% передозировались один раз, 25,9% передозировались дважды, а у 32,5% передозировка была 3-5 раз (Распространенность ВИЧ, других инфекций и рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков и их основных сексуальных партнеров в Латвии, Литве и Эстонии, 2007-2008, не опубликовано).
 - ii) В 2006 году Государственное агентство наркологии и Центр по профилактике СПИДа провели исследование наркомании в Латвии в 12 муниципалитетах, где действуют низкопороговые программы в области ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков. Для выборки снежного кома было рекрутировано 555 ПИН, 68% из них мужчины (Тенденции и привычки потребления наркотиков в Латвии. Государственное агентство наркологии).
 - (1) 85 респондентов (15.3%) имели передозировку за последние 6 месяцев.
 - (a) Те респонденты, у которых передозировка была от 1 до 11 раз за последние 6 месяцев
 - (i) 1,6 передозировок в среднем
 - (ii) у 56 человек из 86 однажды была передозировка
 - (iii) у 18 человек дважды были передозировки
 - (b) 39 (46%) при последней передозировке помог друг, а к 11 (13%) приехала скорая помощь.
 - (2) У ПИН, которые регулярно посещают низкопороговые центры, реже бывает передозировка, чем у тех, кто посещает их нерегулярно.
 - iii) АОЗ совместно с НГО «DIA+LOGS» выпустила отчет «Тенденции и привычки потребления наркотиков в Латвии: анализ результатов когортного исследования зависимых от наркотиков 2007 (Рига, 2007)», где в том числе освещаются и вопросы передозировки.
 - (1) 12,1% никогда не имели передозировки.
 - (2) Потребители героина, с большей вероятностью имеют передозировки, чем потребители других наркотиков.
 - (3) Те, кто проходил лечение в течение последнего года с большей вероятностью имеют передозировки (19,8% против 10,5%).
 - (4) Специалисты считают, что количество передозировок возрастает, когда поступает новая партия наркотиков, потому что она отличается

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- по чистоте и содержанию действующего вещества (мнение токсикологов и наркологов).
- б) Дополнительные сведения о передозировках
- а) Наркотики, участвующие в передозировках, включают: См. выше.
- i) Согласно данным ТЦЛ, передозировки препаратами, отпускаемыми по рецептам, происходят чаще: например, *циклодол*, препарат для лечения болезни Паркинсона. Заинтересованные стороны, которые участвовали в интервью, опасаются, что данная тенденция будет обостряться во время экономических спадов.
- ii) Наркотики, изготавливаемые на дому, связаны с экстрапирамидальным синдромом, который наблюдается у потребителей инъекционного меткатинона (эфедрона) в Восточной Европе и России, в том числе Латвии (A Parkinsonian Syndrome in Methcathinone Users and the Role of Manganese. *New England Journal of Medicine*; 6 марта 2008 года). Эфедрон в основном получают из лекарств, продаваемых из-под прилавка и свободно доступных в аптеке.
- б) Демография передозировки:
- i) См. выше
- ii) Несмотря на отсутствие публично доступных данных относительно передозировки в тюрьмах, часть заключенных потребляет опиаты в течение месяца до тюремного заключения (13%), что соответствует доли потребления опиатов во время тюремного заключения, это повышает обеспокоенность тем, что передозировки в тюрьме могут быть частым явлением (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание, и его последствия в Латвии; АОЗ, Министерство здравоохранения; 15я ред. 2007).

РАЗДЕЛ Б: УСЛУГИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Услуги скорой медицинской помощи и больниц
- а) Доступность услуг: доступны во всех населенных пунктах
- б) Стоимость: все услуги скорой помощи бесплатны
- с) Препятствия для получения услуг: Судя по интервью, ПИН пытаются самостоятельно справиться с передозировками и вызывают скорую помощь только в самых критических ситуациях. Такое поведение может быть вызвано убеждением, что команда скорой помощи передаст их правоохранительным органам. В прошлом о передозировке обычно сообщали в полицию, но в службах скорой медицинской помощи этого не происходит уже в течение 1 года, а в ТЦЛ - 10 лет.
- 2) Налоксон
- а) Правовой статус: Налоксон был зарегистрирован в Латвии в 2004 году под названием INN *Naloxoni hydrochloridum*. В соответствии с законом и мнением должностных лиц медицинское вмешательство (например, терапия налоксоном и поддерживающая терапия агонистом) может проводиться только профессионалами, имеющими соответствующие медицинские свидетельства в помещениях, которые сертифицированы с медицинской точки зрения.
- б) Доступность: Налоксон доступен для пациентов в аптеках по рецепту соответствующих специалистов. Приблизительная цена 2,65 лата или 3,78 евро за упаковку (0,4 мг / 1 мл, 10 мл в 1 ампуле, 10 ампул в 1 упаковке). В низкопороговых программах налоксона нет .
- с) Продажи: Warsaw AOЗrmaceutical Work Polfa S.A. См. приложение 8.

Лекарства, применяемые при опиоидной зависимости в Латвии 2002-2007 (базы данных здравоохранения IMS)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Всего	548	522	10 266	14 731	11 174	10 271
бупренорфин	нет	нет	9 389	13 655	10 405	8 518
Субутекс	нет	нет	9 389	13 655	10 405	8 518
налуксон	548	522	877	1 076	769	1 753*

*19% продаж налоксона в 2007 году приходилось на аптеки, хотя возможно это были больничные аптеки, так как нет никаких данных, которые подтверждают, что врачи прописывают налоксон пациентам непосредственно.

- d) Применение: СМП в повседневной практике применяют налоксон. Данных об использовании высоких доз налоксона в случаях передозировки нет.
- 3) Профилактические программы
- a) Низкопороговые программы испытывают нехватку персонала, у немедицинского персонала программ снижения вреда есть пробелы в обучающих программах по вопросам передозировок.
- i) Проекты:
- (1) Проект обмена шприцев НГО «DIA + LOGS» в Риге разработал профилактические брошюры, и ищет финансирование для публикации. В настоящее время копии А4 распространяются на двух языках (русском и латышском языке).
- (2) Проведено 3 семинара с небольшим компонентом по передозировке:
- (a) В 2008 одна учебная сессия для сотрудников низкопороговой программы (20 участников) в рамках проекта, финансируемого Европейской комиссией (подробную информацию о проекте на сайте www.aidsnetwork.eu; с учебными материалами можно ознакомиться в приложении), представила участникам виды наркотических средств, как определить симптомы передозировки и возможное лечение. Учебная сессия была теоретической без каких-либо практических демонстраций.
- (b) УНПООН Латвии планирует семинар года по аутич работе и, возможно, эпидемиологии и управлению передозировками в сентябре 2008 (программа на данный момент обсуждается).
- (c) Семинар, проведенный в 2005 году, включал информацию об определении и менеджменте передозировок, но никаких последующих действий не было предпринято.
- ii) Медицинские службы проходят подготовку в соответствии с утвержденными руководствами по медицинским технологиям (база данных доступна на www.vsmatva.gov.lv), и рекомендациями, разработанными для лечения больных наркоманией (Руководство для лечения наркологических (зависимых) пациентов (Latv.Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas); Государственный Центр наркологии).
- iii) Поддерживающая терапия агонистами: На терапии метадон и бупренорфином в 2006 году находилось 164 пациента, но терапия в Риге остается ограниченной (Cook & Kanaef 2008).
- iv) Помещения для более безопасных инъекций: нет.
- 4) Рекомендуемые приоритеты:
- a) Распределить степень вовлеченности и приоритеты в отношении передозировок между соответствующими учреждениями.
- b) Определить показатели и отчетность по передозировкам, чтобы создать общую и валидную статистическую систему.

- c) Возложить ответственность на соответствующие учреждения и программы.
 - d) Развивать сотрудничество между медицинскими службами, НГО и правоохранительными органами.
 - e) Провести анализ законодательства, чтобы найти пробелы и несоответствия в законах, относящихся к передозировке (например, уголовное и государственное медицинское право могут противоречить друг другу).
 - f) Разработать руководство по профилактике и менеджменту передозировок для персонала низкопороговых программ.
- 5) Дальнейшая работа:
- a) Специалисты СМП и первой помощи могли бы провести тренинг по искусственному дыханию.
 - b) Центр психиатрии и наркологических расстройств мог бы разработать программу обучения по профилактике и менеджменту передозировок.

РАЗДЕЛ В: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Знания организаторов медицинских услуг и лечения наркозависимости (основано на интервью):
 - a) Нет данных об уровне знаний в области профилактики и менеджмента передозировок. Медики и специалисты по лечению наркомании проходят обучение в соответствии с требованиями к соответствующему медицинскому персоналу (наркологи, токсикологи и т.д.). Тем не менее, потребители наркотиков часто потребляют неопределенные химические вещества, которые могут вызывать различные реакции.
 - b) Поставщики услуг снижения вреда сообщают о том, что знания о профилактике и лечении передозировок наркотиков являются минимальными.
- 2) Знания потребителей наркотиков (на основе интервью): потребители наркотиков в целом справляются с передозировкой на основе опыта других потребителей и редко вызывают СМП. Кроме того, в целях предотвращения случаев передозировки потребители наркотиков часто рассказывают друг к другу о том, когда новые партии наркотиков являются более или менее чистыми.
- 3) Навыки потребителей наркотиков (на основе интервью):
 - a) Менеджмент передозировок: при передозировке потребители наркотиков пытаются предпринять физическую стимуляцию и провести искусственное дыхание без специальной подготовки.
 - b) Препятствия на пути эффективного менеджмента: отсутствие знаний и страх дальнейших репрессий (например, регистрация в реестре потребителей наркотиков). Потребители наркотиков часто дают в СМП неверную персональную информацию.

РАЗДЕЛ Г: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

- 1) Стратегии:
 - a) Передозировка упоминается в нескольких документах, но наиболее последовательной является политика Европейского Союза (ЕС):
 - i) политика ЕС
 - (1) План действий по борьбе с наркотиками ЕС (2005-2008) устанавливает конкретные цели для сокращения количества связанной с наркотиками смертности и повышения доступности и увеличения доступа к услугам снижения вреда, которые могут играть роль в предотвращении и сокращении заболеваемости и смертности,

- связанной с передозировками. Один из 42 показателей введен для измерения эффективности Плана действий и налагает ответственность на государства-члены ЕС за включение сокращения смертности, связанной с наркотиками, «на всех уровнях в качестве конкретной задачи мероприятий, специально предназначенных для таких целей, как содействие аутрич-работе, например, работа уличных подразделений с помощью подготовленных медицинских операторов».
- (2) 18 июня 2003 года Совет ЕС принял рекомендации по профилактике и снижению вреда здоровью, связанного с наркотической зависимостью. Документ рекомендует государствам-членам предоставлять спектр различных услуг, в частности, направленных на снижение риска, с тем, чтобы существенно сократить число связанных с наркотиками случаев смерти. Среди других подходов в декларации особо упоминаются:
- (а) Обучение «равный-равному» для профилактики и менеджмента передозировок («государства-члены должны... стимулировать, при необходимости, участие и содействие подготовке равных консультантов и добровольцев для аутрич-работы, в том числе меры по снижению случаев смерти, связанных с наркотиками, оказанию первой помощи и раннему участию аварийно-спасательных служб»)
 - (б) подготовка кадров СМП в области менеджмента передозировок («государства-члены должны гарантировать, чтобы... аварийно-спасательные службы были обучены и оснащены для борьбы с передозировками»)
- (3) Осуществление этих мер, однако, является не в полной мере успешным. В 2005 году, меры по профилактике связанной с наркотиками смертности, например, путем обеспечения доступности налоксона для скорой помощи, проводились в 20 из 25 государств-членов ЕС (в том числе в Латвии). Тем не менее, только десять государств-членов провели обучение персонала скорой помощи по реагированию на передозировку наркотиков. Еще меньше стран придерживаются политики вывоза налоксона. (Trimbos 2007)
- (4) Настоятельную необходимость решения проблемы передозировки отметил глава EMCDDA: «Неправильно получается, когда речь заходит о профилактике передозировки в Европе. Мы добились реального прогресса, когда речь идет о сокращении ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Теперь мы должны соответствовать этому столь же эффективными мерами для уменьшения случаев смерти, связанной с наркотиками. Это потребует инноваций, целеустремленности, видения, и, в конечном счете, приверженности лиц, принимающих решения, инвестициям в программы по сокращению передозировок». (EMCDDA 2007b)
- ii) Программы по профилактике ВИЧ/СПИДа на 2009 – 2013 годы (не опубликовано, проект программы) рекомендуют стратегии снижения вреда для случаев «передозировки». Данная программа находится на стадии обсуждения и не доступна публично, но она поддерживает профессиональные знания и внедрение передового опыта программ профилактики передозировки, а также обучение персонала НРР, тюрем и НГО. АОЗ является центральным учреждением, ответственным за осуществление программ профилактики и управления передозировками. Бюджет еще неизвестен, и необходимо будет провести анализ законодательства.

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- iii) Государственный наркоконтроль не использует термин «передозировка», хотя в документе подчеркивается возросшая доступность поддерживающей терапии агонистами; за выполнение этого документа несет ответственность Министерство здравоохранения (IeM_NarkoplansInfo100708.doc; План по контролю и ограничению распространения и зависимости от наркотических средств и психотропных веществ на 2009 год (информативная часть).
 - b) ЕС: Существует несколько стратегий ЕС и связанные с ними стратегии в отношении наркомании и проблемы передозировок, хотя ни одна из них не обеспечивает подробное руководство (например, ЕС принял Стратегию по наркотикам на 2005-2012 годы, стратегии и рекомендаций в области политики, разработанные Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании и другие подобные документы).
- 2) Агентства с потенциальным вовлечением:
- a) Вопросы передозировки являются прямой или косвенной ответственностью следующих правительственных учреждений:
 - i) Министерство здравоохранения
 - ii) АОЗ
 - iii) Рижский Центр психиатрии и наркологических расстройств
 - b) Два проекта, финансируемые международными донорами и представленные во всех трех балтийских государствах, могут включать тренинги по вопросам передозировок:
 - i) Проект УНПООН (Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности UNODC) «Профилактика ВИЧ/СПИДа и уход для потребителей инъекционных наркотиков и в местах лишения свободы в Эстонии, Латвии и Литве»
 - ii) Проект «Расширение сети скоординированных и комплексных мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди ПИН и преодоление разрыва в области народонаселения», финансируемый ЕС (осуществляется АОЗ).
 - c) Местные муниципалитеты разрабатывают и поддерживают низкопороговые центры, предоставляющие услуги для ПИН. В Латвии действует около 10 низкопороговых центров и 2 мобильных подразделений обмена шприцев (Елгава, Юрмала, Олайне, Кулдига, Кекава, Рига, Лиепая, Огре).
- 3) Правоохранительные органы
- a) Реестр потребителей наркотиков: Рижский Центр психиатрии и наркологических расстройств собирает и хранит информацию о пациентах, проходящих лечение в специальных наркологических больницах, на основе формы, которая включает личные данные, образование, профессию, а также основные и побочные диагнозы зависимости. Должностные лица отмечают, что не все больницы или соответствующие специалисты отправляют форму в Центр, таким образом, база данных является неполной. (Распространение употребления веществ, вызывающих привыкание, и его последствия в Латвии; АОЗ, Министерство здравоохранения; 15я ред. 2007). Страх регистрации в реестре может снизить вероятность того, что свидетели передозировки вызовут СМП.
 - b) Здравоохранение: Станции первой медицинской помощи Рижского района расторгли соглашение о сотрудничестве с полицией, в результате чего полиция больше не имеет постоянной информации о случаях передозировки.
 - i) Если скорую медицинскую помощь вызывают в случае передозировки, и лицо отказывается от госпитализации в стационар, личные данные лица регистрируются. Однако, в большинстве случаев пострадавшие дают фальшивую информацию и, в конечном итоге, в реестр наркозависимых

Черновой вариант отчета \\ Draft version

может быть включено постороннее лицо, которое, возможно, позднее будет иметь проблемы (например, при получения разрешения на ношение оружия).

- ii) Даже если пострадавший от передозировки доставлен в больницу, полиции сообщают только в тех случаях, когда подозревают насилие.
 - с) Сотрудники правоохранительных органов будут оказывать первую помощь, если жизни угрожает опасность.
- 4) Законы: Специального законодательства в отношении профилактики или менеджмента передозировок не существует.

РОССИЯ

Исследователь: Михаил Торбан, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева отдел аддиктивной патологии
31 июля 2008

РАЗДЕЛ А: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Источники данных о передозировке наркотиков:
 - a) О случаях смерти потребителей наркотиков, которые зарегистрированы в наркологических диспансерах, могут сообщать члены их семей, хотя на учете состоят только 14-20% потребителей наркотиков (Кошкина, 2008).
 - b) Милиция сообщает о «неестественной» смерти медицинским экспертам, которые проводят обследование и вносят причину смерти в местные базы данных.
 - c) Примерно 20-30% случаев передозировки сопровождаются услугами скорой помощи и госпитализацией (Сергеев, Саранг, 2003).
 - d) В России доступны результаты опросов потребителей наркотиков.
 - e) Данных СПИД Центров нет.
 - f) Препятствия для сбора данных: Только 20% случаев передозировки регистрируется в диспансерах, таким же образом передозировки регистрируются медицинскими экспертами, предполагается, что первичный источник данных – медицинский эксперт – пропускает большую часть летальных передозировок.
- 2) Распространенность наркопотребления (население 141 377 752 в 2007):

Потребители наркотиков, зарегистрированные в 2007 году (по оценкам составляют 14-20% от их общего количества; Кошкина 2008)

Зависимость от наркотиков	Количество	Распространенность / 100,000 населения
Все случаи	355 568	250,4
Опиоиды	311 832	219,6
Каннабиноиды	23 572	16,6
Стимуляторы	4 260	3,0
Другие	15 904	11,2

*72,6 % являются ПИН

- a) По оценочным данным общее количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составляет 2 000 000 , по оценкам 12-30% из них являются ВИЧ-позитивными (Страновой отчет Российской Федерации 2006).
 - b) Отдельное исследование 988 ПИН в 10 российских регионах, проведенное в 2007 году, выявило, что 44,3% из 382 ПИН, которые ответили на этот вопрос, состояли на наркологическом учете (Олейник Сергей. Наркологическая служба глазами пациентов. Для Всероссийской сети снижения вреда. Москва-Пенза, 2007).
 - c) Модель двойного охвата выявила 15 039 (12 696 - 18 515) мужчин ПИН в Тольятти (Nickman, et al, 2006)
- 3) Ведущие причины смертности среди:
 - a) Потребителей наркотиков:

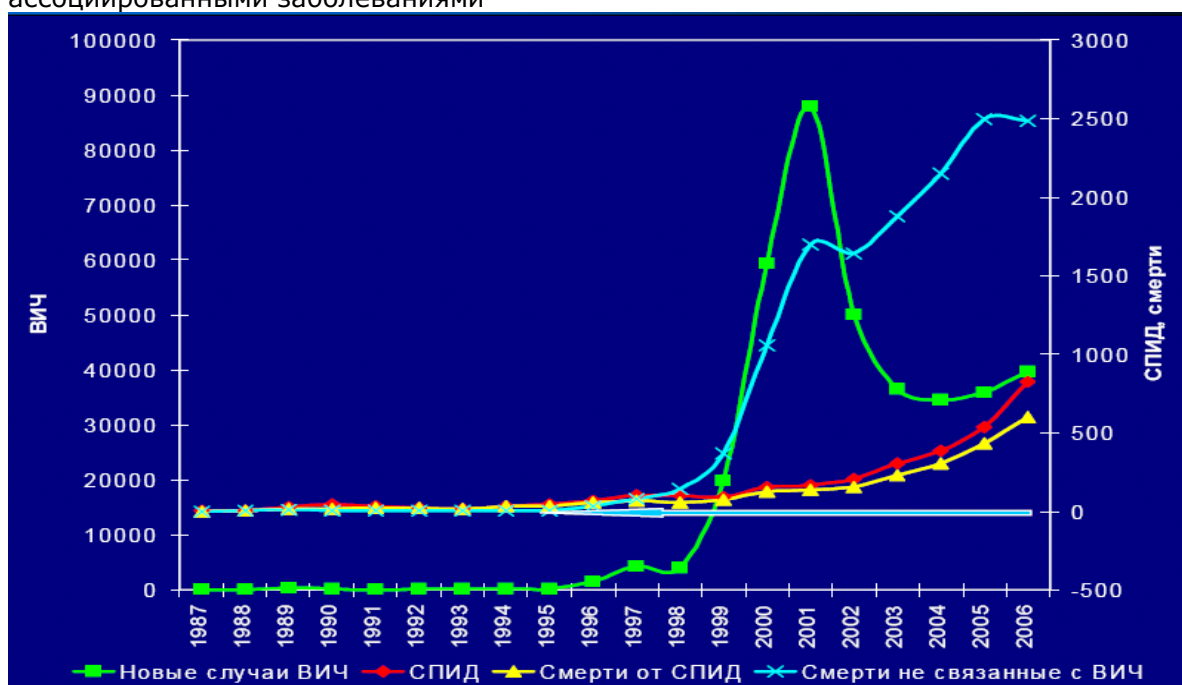
Причины смерти среди потребителей наркотиков по годам (Кошкина, 2008)

Черновой вариант отчета \\ Draft version

	Соматические заболевания	Неизвестно	Передозировка	Несчастный случай	Другое	Психическое расстройство
2005	30.3	24.6	20.3	13.8	5.9	0.6
2006	31.5	25.5	18.8	10.9	8.1	0.5

- b) Пациентов программ лечения наркозависимости: данные недоступны
- c) Людей, живущих с ВИЧ: Инъекционное потребление наркотиков разжигает эпидемию ВИЧ-инфекции в России. ВИЧ/СПИД является причиной 1,68 смертей среди мужчин и 0,5 случаев смерти среди женщин на 100 000 общего населения [<http://demoscope.ru/weekly/2007/0275/barom03.php>]. Большинство смертей не связаны с ВИЧ/СПИД-ассоциированными заболеваниями.

Причины смерти среди больных СПИДом в России: в основном не связаны с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями



Источник: Н.Н. Ладная, Федеральный СПИД Центр Российской Федерации, 1 ноября 2007 года

- d) Заключенных: данных не предоставлено
- 4) Передозировка со смертельным исходом:
- a) Распространенность / заболеваемость (Кошкина, 2008)
- 9 354 смерти в результате передозировки были задокументированы диспансерами в 2006 году
 - 2,3 смерти в результате передозировки ежегодно приходится на 100 потребителей наркотиков
 - 6,6 смертей в результате передозировки ежегодно приходится на 100 000 общего населения
 - 20,3 и 18,8% смертей среди потребителей наркотиков в 2005 и 2006 году произошли в результате передозировки наркотиков

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- b) По оценкам службы скорой медицинской помощи, 10% случаев передозировок имеют смертельный исход (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007)

Количество смертей в результате отравления незаконными наркотическими веществами в России по годам (Кошкина, 2008)

Годы	2003	2004	2005	2006
Смерти	3943	6365	8151	9354

Смертность в результате отравления незаконными наркотическими веществами на 100 000 общего населения по регионам

Регион	смерти в результате отравления наркотиками / 100 000 общего населения			
	2003	2004	2005	2006
Россия	2,8	4,5	5,8	6,6
Московская область	2,1	5,8	8,5	13,0
Калининградская область	9,3	31,4	46,6	20,7
Ленинградская область	3,7	11,2	14,2	15,4
Татарстан	5,7	12,4	10,2	11,7
Пермская область	1,7	6,2	10,9	12,5
Свердловская область	3,1	8,5	14,7	14,5
Алтайский край	1,7	5,2	8,0	10,1
Красноярская область	1,7	6,8	9,1	13,0
Иркутская область	19,7	23,2	21,0	11,3
Кемеровская область	31,0	19,8	22,0	23,4
Новосибирская область	12,1	17,4	22,7	30,3
Омская область	2,2	7,4	16,0	22,0

Источник: Кошкина, 2008

Количество и смертность пострадавших, госпитализированных с передозировкой, в Санкт-Петербурге

Годы	# передозировок	# смертей	уровень смертности
1990	80	6	7,50%
1993	338	10	2,96%
1995	486	10	2,06%
1996	632	6	0,95%
1997	712	16	2,25%
1998	1108	15	1,35%
1999	1361	13	0,96%
2000	1685	30	1,78%
2001	687	14	2,04%
2002	448	16	3,57%
2003	657	12	1,83%
2004	1258	13	1,03%
2005	1633	16	0,98%

Источник: информационное письмо: "Медицинское лечение зависимостей в Санкт-Петербурге 2000-2005"

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- 5) Общие данные о передозировке (приводятся местные данные, так как данные на национальном уровне не доступны):
- а) Новосибирск (население 1 400 000): службы скорой медицинской помощи (СМП) выезжали в случае передозировки 2505 раз (99 со смертельным исходом) в 2007, 7576 (381 со смертельным исходом) в 2006, 6553 (305 со смертельным исходом) в 2005 г. и 4176 (194 со смертельным исходом) в 2004.
(<http://abortion.prihodi.net/2007/12/25/99047/> данные получены 30 июля 2008 года).
 - б) Набережные Челны (население 517356): СМП оказали помощь 435 ПИН в 2007 году, 45 из них были мертвы на момент прибытия скорой помощи (Отчет проекта в Набережных Челнах).
 - в) Санкт-Петербург (численность населения 4 600 000): в 2005 году СМП осуществили транспортировку более 1600 пациентов с передозировкой незаконными наркотиками в основные токсикологические центры.
 - г) На основе опросов потребителей наркотиков:
 - i) От 59% (Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003) до 75% (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007) потребителей наркотиков испытывали передозировки.
 - ii) 81% потребителей наркотиков были свидетелями передозировок (Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003).

Обзор данных регистрации передозировок среди ПИН по городам России

Город	Размер выборки	Рекрутирование	% зарегистрировано в наркологии	% передозировок за последний год	% вызванных СМП при передозировке	% вызванных СМП с последующей госпитализацией	Год проведения исследования	Ссылка
Екатеринбург	300	методика RDS (выборка, управляемая респондентами)	10,7% (32/300)	22,7% (68/300)	33,8% (23/68)	23,5% (16/68)	11/07-2/08	Стеллит / ВССВ (2008). Оценка распространенности употребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и ассоциированных инфекций и рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков в Екатеринбурге и Орле. Доклад об исследовании
Орел	300	методика RDS	18,7% (56/300)	12,7% (38/300)	34,2% (13/38)	8,8% (6/38)	11/07-2/08	Стеллит / ВССВ (2008). Оценка распространенности употребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и ассоциированных инфекций и рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков в Екатеринбурге и Орле. Доклад об исследовании
Москва	455	местные полевые		23,4% (106/45)		20% (20/11)	9-11/0	Родс Т, Плат Л, Максимова С, Кошкина Е, Латышевская Н,

Черновой вариант отчета \\ Draft version

		работник и и цепочка перенаправлений		4)		0)	3	Хикман М, и др. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: исследование, проведенное в нескольких городах, Addiction. 2006;101(2):252-66.
Волгоград	517	местные полевые работник и и цепочка перенаправлений	25.50 %	25,2% (129/512)		35,9% (51/142)	9-11/03	Родс Т, Плат Л, Максимова С, Кошкина Е, Латышевская Н, и др. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: , Addiction. 2006;101(2):252-66.
Барнаул	501	местные полевые работник и и цепочка перенаправлений	19.90 %	24,5% (123/501)		20,5% (25/122)	9-11/03	Родс Т, Плат Л, Максимова С, Кошкина Е, Латышевская Н, и др. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: , Addiction. 2006;101(2):252-66.
Тольятти	426	местные полевые работник и и цепочка перенаправлений	27.20 %	53% (223/419)		19,3% (43/223)	9-11/01	Родс Т, Лоундес СМ, Джуд А, Михайлова Л, Саранг А, Рыльков А, и др. Взрывное распространение и высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в городе Тольятти, Россия AIDS. 2002 29 May, 2002;16:F25-F31.
Тольятти	476	методика RDS	27.80 %	49,4% (129/261)		18,0%(47/261)	5-6/04	Platt L, Rhodes T, Hickman M, Mikhailova L, Lisetsky K, Sarang A, Lewis K, Parry J. (2008) Changes in HIV prevalence and risk among new injecting drug users in a Russian city of high HIV prevalence. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008 Apr 15;47(5):623-31.
Воронеж	309	методика RDS	33,9% (105/309)	8,4% (26/309)	11,5% (3/26)	3,8% (1/26)	11/07-4/08	«VEGA» опрос по проблеме ВИЧ среди уязвимого населения (ВОЗ, Федеральный СПИД Центр, Стеллит). Предварительные данные.
Челябинск	306	методика RDS	28,8% (88/306)	17,3% (53/306)	41,5% (22/53)	7,5% (4/53)	11/07-4/08	«VEGA» опрос по проблеме ВИЧ среди уязвимого населения (ВОЗ, Федеральный СПИД Центр, Стеллит). Предварительные данные.
Набережные Челны	350	методика RDS	57,7% (202/305)	22,3% (67/350)	22,4% (15/67)	0% (0/67)	11/07-4/08	«VEGA» опрос по проблеме ВИЧ среди уязвимого населения (ВОЗ, Федеральный СПИД Центр, Стеллит). Предварительные

ы	данные.
---	---------

- б) Дополнительные сведения о передозировках
- а) Наркотики, участвующие в передозировках, включают:
- i) Опиаты: 77% героин, 21% опиоиды домашнего изготовления (Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003), 8,9% сочетание опиоидов (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007)
 - ii) Наркотики типа амфетамина отмечались свидетелями случаев передозировки в качестве их причины в 8,5% случаев (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007)
 - iii) Алкоголь упоминался в 11,1% передозировок, испытанных на собственном опыте, и в 59,3% случаев от передозировок, свидетелями которых были опрошенные (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007)
 - iv) Другие вещества: антигистаминные средства в 11% передозировок (Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003)
- б) Способ введения: 91,5% передозировок связаны с инъекциями наркотиков, а 8,5 % имеют отношение к вдыхаемым наркотикам (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007)
- с) Демография передозировки:
- i) Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007
 - (1) Средний возраст пострадавших от несмертельной передозировки составляет 30,8 лет, мужчины 61,7 %, 100% белые, 16% работающие; 21,7% живут одни, 43,3% с родителями, 21,7% с супругом; 30,5 передозировались дома, 25,4% дома у друзей и 25,4% на улице; 24,4% имели передозировку во время или сразу после лечения наркомании, а 18,2% передозировались во время тюремного заключения или вскоре после освобождения.
 - (2) Случайная выборка умерших от передозировки показала, что средний возраст составляет 35, 92,6% среднее значение, у 26 из 27 передозировка героина, у 63% присутствует алкоголь, 11% ВИЧ +, 51,9% ВГС +, 66,7% умерли на дому, 3,7% погибают в доме друзей, а 18,5% умирают на улицах.
 - ii) Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003
 - (1) Медианный возраст пострадавших от несмертельной передозировки составляет 22-25 лет, 71% мужчины; 37% передозироваются на дому, 40% дома у друга, 4% дома у дилера, а 15% на улице.
- д) Семья: последние данные свидетельствуют о том, что в России семейная динамика может играть важную роль в передозировке наркотиков (Санкт-Петербургское исследование передозировок Йель-Бехтерев, 2006-2007).

РАЗДЕЛ Б: УСЛУГИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Услуги скорой медицинской помощи и больниц
- а) Доступность услуг: скорая помощь (в составе врача, медсестры и водителя) и аварийная служба обслуживает случаи передозировки без какого-либо участия со стороны милиции или пожарных. Услуги ограничены расстояниями в сельской местности, услуг в глухой сельской местности России нет (особенно в Сибири и на российском Дальнем Востоке), скорая помощь есть только в «районных центрах».

- b) Стоимость: Услуги в экстренных случаях являются бесплатными, хотя пациенты иногда платят сотрудникам скорой помощи за «подсказки» в надежде на повышение качества услуг. Для тех пациентов с передозировкой эти "советы", как правило, означают не вызывать милицию. В Санкт-Петербурге "советы" оплачивались в 23% случаев, когда приезжала машина скорой помощи, а еще 23% платят за более хорошее медицинское обслуживание (Санкт-Петербургское исследование передозировки Йель-Бехтерев, 2006-2007).
 - c) Препятствия для получения услуг:
 - i) Расстояние является основным ограничением для услуг. В городах, как правило, единственная служба скорой помощи находится в местной больнице. Районы города очень умеренно стратифицированы на «опасные» и «не опасные», в каждой части работает своя служба скорой помощи.
 - ii) СМП вызывают в 16% (Сергеев, Саранг и др. Российское исследование передозировок, 2003) - 36,6% случаев передозировки (Санкт-Петербургское исследование передозировки Йель-Бехтерев, 2006-2007). Наиболее важные причины, по которым не вызывают СМП:
 - (1) Уверенность в способности реанимироваться без медицинского вмешательства (54% и 80% в Санкт-Петербургском и российском исследовании соответственно)
 - (2) Боязнь милиции (14,3% и 17% в Санкт-Петербургском и российском исследовании соответственно)
 - (3) Отсутствие уверенности в реакции скорой помощи (11,4% в Санкт-Петербургском исследовании)
 - (4) В 2% случаев в российском исследовании сотрудники скорой помощи отказались помочь, поскольку пострадавший был потребителем наркотиков.
 - (5) В Санкт-Петербурге среднее время прибытия скорой помощи составило 20 минут.
 - iii) Отчетность:
 - (1) Скорая помощь и сотрудники больниц, как правило, не сообщают о передозировках в милицию. Есть различия, как, например, в городе Набережные Челны Республики Татарстан, где сотрудники скорой помощи проинструктированы вызвать милицию в случае передозировки.
 - (2) Пациенты с передозировкой, которых госпитализируют, обычно ставятся на учет в реестр потребителей наркотиков.
- 2) Налоксон
- a) Правовой статус: В России налоксон является зарегистрированным медицинским препаратом (рег. # П № 011962/01-2000 25.05.00 ППР)
 - b) Доступность: Налоксон доступен по рецепту в ограниченном количестве аптек (1 аптека в Санкт-Петербурге и 1 аптека в Москве) в количестве 500 упаковок у оптовых продавцов (25 июля 2008) по цене 7,70 долларов США за упаковку (10 ампул, каждая 1 мл, 0,4 мг каждая). Плохую доступность налоксона в аптеках можно объяснить низким спросом, из-за которого владельцы аптек не имеют оснований для закупок медикаментов, особенно в малых городах и поселках.
 - c) Продажи: Warsaw Pharmaceutical Work Polfa S.A. Размеры ежегодных продаж являются «конфиденциальными», поэтому информация не доступна.
 - d) Применение: В крупных и небольших городах налоксон применяет только особая "наркологическая" скорая помощь (около 10-15 машин или 10% парка автомобилей). На данный момент налоксон включен в инструкции

Черновой вариант отчета \\ Draft version

СМП, но больницы применяют его на добровольной основе. По данным интервью, сотрудники скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга применяют более высокие дозы налоксона, до 4-5 мл (2-3 мг) на основании внутренних инструкций.

3) Профилактические программы

а) НГО:

i) Пилотные программы по передозировке (вся деятельность началась в последние 6 месяцев, таким образом данные о результатах недоступны):

(1) Организации:

(a) Название организации: НГО «Тверская инициатива» (Юрий Иванов (2007), Тверь. Профилактика передозировок среди ПИН. Обучение и предоставление налоксона (на английском: Tver. Prevention of overdose among IDUs. Education and provision of naloxone). Конференция «Улучшение качества и увеличения охвата услугами программ снижения вреда в городах России », 5-6 мая 2007 года, Москва, Россия.

(i) Название проекта: «Тверская инициатива»

(ii) Место расположения: Тверь, Россия

(iii) Компоненты: обучение и распространение налоксона

(iv) Комментарии: первая программа, начатая в России в 2006 году при финансировании Института «Открытое общество»

1. Выявлено, что 52% ПИН имели опыт передозировки, 86% были свидетелями передозировки, в то время как 64% не знают о налоксоне, 7 попытались сделать массаж сердца, 4 - инъекции воды, 2 положили пострадавшего в холодную воду, 3 ничего не сделали.

2. К весне 2007 года был обучен 21 человек, в том числе 9 активных потребителей инъекционных наркотиков, было распространено 100 доз налоксона, 9 случаев применения налоксона для вывода из состояния передозировки подтверждены документально.

3. В дальнейшем стало невозможно получать налоксон, и проект был приостановлен.

4. «Тверская инициатива» в настоящее время работает над расширением доступности налоксона в качестве лекарственного препарата. Налоксон зачастую остается недоступным даже для скорой помощи и амбулаторных поликлиник, а в туберкулезных больницах часто не знают об этом лекарственном препарате. (Персональное общение с Юрием Ивановым, наркологом и руководителем «Тверской инициативы», 21 августа 2008 г.).

(b) Название организации: НГО Алтайского края «Выбор»

(i) Название проекта: Профилактика передозировок в Бийске

(ii) Место нахождения: Бийск, Алтайский край

(iii) Метод: аутрич

(iv) Количество обслуживаемых клиентов: более 100

(c) Название организации: Благотворительный фонд развития образования, охраны здоровья и профилактики ВИЧ/СПИДа (Фонд Тимура Исламова)

(i) Название проекта: «Спасение жизни»

(ii) Место нахождения: Набережные Челны, Татарстан, Россия

(iii) Метод: аутрич

(iv) Количество обслуживаемых клиентов: более 100

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- (d) Название организации: Региональный благотворительный Фонд против потребления наркотиков и СПИДа
 - (i) Название проекта: Профилактика передозировки среди ПИН Самары.
 - (ii) Место нахождения: Самара, Россия
 - (iii) Метод: аутрич
 - (iv) Количество обслуживаемых клиентов: более 100
- (2) Компоненты:
 - (a) Обучение и распространение налоксона на основе американской программы SCAREME
 - (b) Искусственное дыхание
 - (c) Планируемое сотрудничество со службами экстренной медицинской помощи и правоохранительными органами для того, чтобы свидетелям было более безопасно звонить с просьбой о помощи
 - (d) Поддерживающая терапия агонистами: в России противозаконна
 - (e) Помещения для более безопасных инъекций: в России противозаконны.
 - (f) Неструктурированные опросы или фокус-группы перед началом проекта и для оценки проекта и контроля результатов (результаты недоступны).
- ii) 7 программ снижения вреда предоставляют краткую информацию о передозировке.
- iii) 23 проекта снижения вреда распространяют брошюры о передозировке.
- iv) Всероссийская сеть снижения вреда проводит тренинги по профилактике передозировок.
- b) Препятствия:
 - i) Низкая доступность налоксона для программ
 - ii) Законодательные препятствия для получения налоксона:
 - (1) Если НГО не входит в состав медицинского центра, она должна достигнуть договоренности с медицинским центром о получении налоксона и распространять налоксон через врача центра.
 - (2) Врачи программ НГО могут прописывать, но не могут распространять этот лекарственный препарат.
- c) Успехи программ: пилотная программа в Набережных Челнах сообщает об 11 успешных применений налоксона в первый месяц деятельности, очень высокой удовлетворенности пациентов, ниже приведены цитаты интервью аутрич-работников:
 - (a) «ПИН, которые принимают налоксон, возвращаются и просят налоксон еще раз. Это второй круг применения налоксона».
 - (b) «Есть люди, которые не взяли у нас налоксон, но они слышали о [положительных эффектах] налоксона, а теперь просят его».
 - (c) «Заклученные в тюрьмах слышали о налоксоне, в сообществе ПИН есть слухи о налоксоне».
 - (d) «Они [потребители наркотиков] обычно принимают налоксон в квартирах, где группа ПИН употребляет совместно».
 - (e) «После одной ампулы налоксона нет синдрома отмены, а человек приходит в чувство! Потрясающе!»
 - (f) «У нас есть клиент, который получал налоксон».
- 4) Рекомендуемые приоритеты:
 - a) Улучшение доступности налоксона в аптеках, службах скорой помощи и больницах
 - b) Перевод налоксона в разряд безрецептурных препаратов

- с) Изменение политики в тех местах, где машины скорой помощи сообщают о передозировках милиции, с целью предотвращения такой практики
 - д) Тренинги для ПИН
 - е) Ведение отчетности и оценка программ в области передозировок
- 5) Дальнейшая работа может включать в себя:
- а) Институт Бехтерева в сотрудничестве с Йельским Университетом и консультантами создал протокол для профилактики передозировок и проведения исследований необходимости финансирования; данное исследование будет осуществлять программу в области передозировок, оценивать, как участники справляются со случаями передозировки, и, в случае успеха, предоставлять средства для расширения этой услуги.

РАЗДЕЛ В: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Знания организаторов медицинских услуг и лечения от наркозависимости (на основе интервью):
- а) Персонал СМП диагностирует и справляется с передозировками. Один из 3 опрошенных сотрудников скорой помощи знал некоторые методы профилактики передозировки. Сотрудники скорой медицинской помощи отмечали возможные осложнения при вспомогательном применении налоксона (припадки, отек легких, отек мозга, асфиксия, инфаркт мозга).
 - б) Токсикологи (те, кто занят лечением пациентов с передозировкой в больницах) диагностируют и справляются с передозировками. Единственный метод профилактики, отмеченный токсикологами, заключался в прекращении употребления наркотиков.
 - с) Наркологи (специалисты по лечению наркомании) диагностируют и справляются с передозировками. Единственный метод профилактики, отмеченный наркологами, заключался в прекращении употребления наркотиков.
- 2) Знания потребителей наркотиков (на основе исследование передозировки Йель - Бехтерев - Санкт-Петербург):
- а) Факторы риска передозировки: Участники правильно определили основные факторы риска передозировки опиоидов, такие как слишком большие дозы (24,4%), смешивание препаратов с алкоголем (21,1%) и различие качества наркотиков (17,8%). Однако, «плохой самоконтроль» или недостатки характера в качестве факторов риска передозировки упоминали примерно 20% респондентов.
 - б) Определение передозировки: Участники точно описали симптомы передозировки опиоидов, 52 человека (86,7%) отметили один или несколько фактических симптомов; наиболее часто упоминались потеря сознания (n=31), остановка дыхания (n=34), и цианоз (n=34). В противоположность этому, только 13 участников (21,7%) правильно описали симптомы передозировки амфетамином, 28 респондентов не знали этих симптомов.
 - с) Профилактика передозировки: Стратегии профилактики передозировки опиоидов - предварительные инъекции или «дегустация» небольшого количества наркотика (n= 3), не смешивание наркотиков и алкоголя (n=8), и, соответственно, обращение к одному и тому же дилеру (n=3). Были описаны также менее эффективные или неэффективные стратегии: знание своей оптимальной дозы (n=19), оценка внешнего вида наркотика (n=2). Восемь участников не упоминали никакой стратегии. Воздержание (n=4) и более хороший самоконтроль (n=2) также были отмечены как эффективная, хотя и неспецифическая, стратегия снижения риска передозировки.

- d) Менеджмент передозировки: Около половины участников (41,4%) сообщили об отсутствии доверия или неуверенности в своей способности оказывать помощь в ситуации передозировки. Они выразили заинтересованность в получении информации о профилактике передозировки (76,3%) или в прохождении часового тренинга о том, как реагировать на передозировки опиоидов (67,2%). Менее половины выборки (44,1%) слышали о налоксоне, несмотря на его доступность по рецепту в российских аптеках и его применение в больницах и некоторых подразделениях СМП.
- 3) Навыки потребителей наркотиков:
- a) Менеджмент передозировки
- i) На основе Санкт-Петербургского исследования Йель-Бехтерев: В 8,9% случаях передозировки в присутствии других людей усилия по реанимации не предпринимались. Наиболее часто упоминаемая процедура реанимации - физическая стимуляция (36,5%), такая как похлопывание, тщательный осмотр, применение холодной воды или льда. Искусственное дыхание отмечалось в 29% случаев, а менее эффективная деятельность по реанимации (например, инъекции соли или молока) имела место в 6,3% случаев.
- ii) На основе российского исследования (Царев и Саранг 2003): искусственное дыхание - примерно в половине случаев, физическая стимуляция - примерно в 30%, иногда инъекции соленой или чистой кипяченой воды .
- b) Препятствия на пути эффективного менеджмента:
- i) Отсутствие знаний о налоксоне: меньше половины участников исследования передозировок в Санкт-Петербурге когда-либо слышали о налоксоне, и никто из них не имел подготовки или подробной информации о его применении.
- ii) Отсутствие знаний о реанимации пострадавших от передозировок: почти половина участников исследования передозировок в Санкт-Петербурге (41,4%) сообщили об отсутствии уверенности или неуверенности в своей способности оказывать помощь в случае передозировки.
- iii) Слишком высока уверенность в способности пострадавшего к самостоятельной реанимации, когда пора вызывать скорую помощь: 80% лиц, которые не вызывали скорую, сообщили об этой причине.
- iv) Страх, что СМП вызовет милицию: около 15% в обоих исследованиях.
- v) Страх бесполезности и негативного отношения СМП. Например, участники российского исследования говорили:
- (1) Екатеринбург: «Скорая помощь либо отказывается выезжать, либо приезжает слишком поздно».
- (2) Екатеринбург: «Если вы вызовете скорую помощь, она придет через 30-40 минут. Я знаю много людей, которые умерли в ожидании скорой помощи».
- (3) Липецк: «Врачи ненавидят нас»
- (4) Ярославль: «Когда скорая помощь приезжает, они вынимают все деньги из кармана пострадавшего».
- (5) Саратов: «Когда они приезжают, у них нет шприцев или лекарства. Они злятся, потому что они приехали на вызов каких-то «нарков». Они вызывают милицию, и милиция нас арестовывает ».
- *** Исследователь отмечает, что в то время как эти жалобы могут быть правдоподобными, его опыт свидетельствует о том, что в 2006 году машины скорой помощи в Санкт-Петербурге прибывали за 20 минут, не сообщали о передозировке в милицию, проводили реанимацию всем, к кому они выезжали, никакого насилия не отмечалось.

РАЗДЕЛ Г: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

- 1) Стратегии: передозировка не включена ни в одну известную национальную или региональную стратегию.
- 2) Агентства с потенциальным вовлечением: Нет информации о конкретных агентствах или лицах, заинтересованных в развитии деятельности в области передозировки.
- 3) Правоохранительные органы
 - a) Реестр потребителей наркотиков: Все, кто бесплатно получает лечение от наркозависимости, и некоторые из тех, кого в состоянии наркотического опьянения задерживает милиция, подлежат постановке на учет. Регистрация означает потерю некоторых гражданских прав, таких как получение водительских прав или российского гражданства, и уязвимость перед милицией. Официально данные реестра потребителей наркотиков не подлежат передаче милиции, однако часто эти данные передаются. Система регистрации заставляет потребителей наркотиков быть более подозрительными к государственным службам (таким, как скорая помощь), и может вынудить свидетелей передозировки не вызывать СМП.
 - b) Здравоохранение:
 - i) Опрос 2007 года, в котором участвовали 988 потребителей инъекционных наркотиков 10 регионах России, выявил, что 52,5% респондентов опасаются, что службы лечения наркомании передают диагноз наркотической зависимости в милицию. (Олейник Сергей. Наркологическая служба глазами пациентов. Для Всероссийской сети снижения вреда. Москва-Пенза, 2007).
 - ii) В Набережных Челнах и некоторых других регионах России агенты здравоохранения информируют милицию о передозировках, однако сообщается, что это не относится к Санкт-Петербургу и к наркологическим службам с «плохой репутацией» постановки на учет. (Левинсон, Л., Торбан, М. (2008) Регистрация в наркологии: Согласно закону или согласно инструкции? Правила регистрации наркопотребителей в Российской Федерации. Москва, 2008 (в печати).
 - c) Аресты: в 1 из 60 случаев передозировки в Санкт-Петербурге (исследование передозировки в Санкт-Петербурге Йель - Бехтерев, 2006-2007) произошел арест по неизвестным причинам.
 - d) Сотрудники правоохранительных органов не участвуют в реанимационных усилиях.
- 4) Законы
 - a) Сбор данных: передозировка включена в отчеты диспансеров в качестве одной из основных причин смерти.
 - b) Налоксон: Законов, поддерживающих распространение налоксона, не существует.
 - c) Защита свидетелей: Законов по защите свидетелей от преследования в случае передозировки не существует.

РУМЫНИЯ

Автор исследования: Валентин Сименов (Румынская сеть снижения вреда)
31 июля 2008 г.

РАЗДЕЛ А: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Источник информации о передозировках наркотическими веществами:
 - a) Национальное антинаркотическое агентство (National Anti-Drug Agency /"NAA", Управляющее подразделение Румынии по наркотикам и наркотической зависимости (Direction Romanian Office for Drugs and Drug Addiction); <http://www.ana.gov.ro/eng/attribution.htm>) занимается сбором информации по связанным с наркотиками вопросам со всех министерств. Ежегодно NAA публикует годовой отчет, посвященный национальной ситуации с наркотиками, в том числе передозировкам.
 - i) Данная информация является крайне неполной.
 - ii) В Бухаресте сбор информации происходит, в основном, через больницы, национальный институт судебной медицины «Мина Минович» и службу скорой помощи.
 - iii) Важная информация по передозировкам за пределами Бухареста недоступна, при этом случаи передозировки могут регистрироваться как случаи комы, причины которых неизвестны, или как случаи передозировки медицинскими препаратами.
 - iv) Больницы скорой медицинской помощи всех округов столицы способны оказывать токсикологическую помощь, самыми частыми случаями передозировки наркотическими веществами являются случаи острой алкогольной интоксикации.
 - b) Перспективы:
 - i) Министерство здравоохранения разработало систему национального сбора данных, которая в настоящее время не учитывает данных о передозировках.
 - ii) В 2006 году в ходе процесса по укреплению потенциала трех институтов судебной медицины (в г. Бухаресте, г. Яссы и г. Тимишоара) в рамках программы Фаре (RO 2004/016-772.03.11) были улучшены системы токсикологического анализа по выявлению употребленных наркотических веществ.
 - iii) Сбор данных по передозировкам наркотическими веществами способны осуществлять организации снижения вреда, а также организации, предоставляющие другие услуги в сфере наркотиков.
 - c) Сложности, препятствующие качественному сбору данных: за пределами Бухареста процесс выявления факта злоупотребления наркотическими веществами в пунктах скорой помощи осложнен по ряду причин:
 - i) Недостаточное внимание к проблеме передозировок, которые считаются редким явлением
 - ii) Недостаток опыта в распознавании случая передозировки наркотиками
 - iii) Недостаток токсикологического оборудования
- 2) Распространенность употребления наркотических веществ (численность населения на 2007 год равнялась 22 276 056 человек):
 - a) 1.7% людей в возрасте 15-64 лет имели опыт употребления каннабиса, менее 1% употребляли другие запрещенные наркотические вещества в 2004 году (согласно характеристикам страны Европейского центра мониторинга потребления наркотиков / EMCDDA)

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- b) Количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 2007 году составляло 13 694 – 34 318 человек (согласно характеристикам страны Европейского центра мониторинга потребления наркотиков / EMCDDA)
 - c) Наблюдается рост употребления наркотических веществ, особенно среди подростков (по данным сети Drug Law and Health Policy Network за 2002 г.)
- 3) Основные причины смертности среди:
- a) Потребителей наркотиков: в отчете NAA таких данных нет
 - b) Пациентов, проходящих лечение от наркомании: сообщения об отдельных случаях смерти от передозировки, однако в данных Национального института судебной медицины информации о смертях, связанных с употреблением наркотиков, среди находящихся на лечении от наркомании пациентов нет.
 - c) Людей, живущих с ВИЧ (М. Болз (Bals M), 2008 г.):
 - i) В статистику Национальной комиссии по СПИДу не включены данные о причинах смерти
 - ii) К концу 2007 года количество смертей среди 15 085 человек, живущих с ВИЧ/СПИДом, составило 4 982 за год
 - iii) Самой распространенной оппортунистической инфекцией и причиной смерти считается туберкулез легких
 - iv) Считается, что недооцененное количество случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа среди ПИН составляет, самое большее, 16 и 11 случаев соответственно
 - d) Заключенных (по данным газеты Adevarul, 10/07/2007):
 - i) С 2003 г. по 2007 г. в популярной прессе сообщалось о 473 случаях смерти среди заключенных, 31 случае самоубийства.
 - ii) В 2006 году причинами 14% случаев смерти были медицинские проблемы (инсульт, туберкулез, желудочно-кишечные болезни, новообразование)
 - iii) Сообщалось о 2 случаях смерти от передозировки в тюрьме
 - (1) От употребления кокаина (прочитано 31 июля 2008 г.: http://www.ziare.com/FIUL_LUI_TAMANGO_A_MURIT_IN_PUSCARIE-75609.html)
 - (2) От употребления средства для ингаляций (прочитано 31 июля 2008 г.: http://www.stirilocale.ro/timis/Supradoza_la_inchisoare_IDN148398.html)
- 4) Данные о смертельных случаях при передозировке:
- a) Официальные данные являются крайне скудными и не включают в себя сведений о неопределенном количестве смертельных случаев при передозировке
 - b) Клинический госпиталь неотложной помощи Бухареста (Emergency Clinic Hospital Bucharest) зафиксировал в 2006 г. 11 связанных с наркотиками случаев смерти [Raport national privind situatia drogurilor in Romania 2007 (cu date din 2006)]
 - c) 35 из 2 083 аутопсий, проведенных национальным институтом судебной медицины «Мина Минович» в 2006 г., показали, что причина смерти, возможно, была связана с наркотиками, на что указывали медицинские, полицейские отчеты или отчеты прокуратуры, где зафиксированы, в том числе, видимые следы от инъекций, наличие рядом с телом приспособлений для употребления наркотиков, а также другие обстоятельства, свидетельствующие об употреблении наркотических веществ.
 - i) Было доказано, что причина 21 смерти была связана с наркотиками: в 18 случаях было обнаружено присутствие в организме психоактивных веществ, а в 3 случаях токсикологический анализ дал отрицательный результат по причине ограниченного количества инструментов для проведения анализа, процесса разложения тела в течение большого

Черновой вариант отчета \\ Draft version

промежутка времени или продолжительного оказания помощи в госпитале. На основании наличия критериев включения в категорию связанных с наркотиками смертей, а также отсутствия критериев исключения из этой категории упомянутые случаи были классифицированы как «острое заболевание, непосредственно связанное с употреблением наркотиков».

- ii) Эти данные говорят об увеличении количества связанных с наркотиками смертей по сравнению с 12 подтвержденными случаями в 2001 г., однако НАА полагает, что это увеличение связано с появлением в 2006 г. нового лабораторного оборудования.
- iii) Доступными являются лишь данные по Бухаресту, поскольку на остальной территории страны недостает лабораторного оборудования.

Связанные с наркотиками случаи смерти в Бухаресте по полу и году

Пол	Год						Всего
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Мужской	10	3	6	6	5	20	50
Женский	2	0	1	1	1	1	6
Всего	12	3	7	7	6	21	56

Источник: национальный институт судебной медицины «Мина Минович» (INML), Бухарест

Связанные с наркотиками случаи смерти по возрасту и полу, 2006 г.

Пол	Возраст						Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
Мужской	2	10	5	1	1	1	20
Женский	0	1	0	0	0	0	1
Всего	2	11	5	1	1	1	21

Источник: НАА 2007 г.

Связанные с наркотиками случаи смерти в Клиническом госпитале неотложной помощи по токсикологической причине смерти, 2006 г.

Вещество	Количество	% от общего числа
Метадон	4	36.4
Барбитураты	1	9.1
Бензодиазепины	1	9.1
Снотворные и седативные вещества	1	9.1
Другие вещества	4	36.9
Всего	11	100

Источник: Клинический госпиталь неотложной помощи Floreasca, Случаи смерти от передозировки, установленные экспертом по токсикологии, 2006 г.

Обнаруженные вещества	Количество	Обнаруженные опиаты	Количество
Опиоиды	20	Героин	4
МДМА	1	Трамал/Трамадол	1
Бензодиазепины	7	Меконин	2
Карбамазепин	7	Морфин	3
Кокаин	1	Кодеин	4

Черновой вариант отчета \\ Draft version

Барбитураты	2	Метадон	6
Другие вещества	3	Всего	20

Источник: национальный институт судебной медицины «Мина Минович» (INML), Бухарест

- d) Дальнейшие детали случаев смерти от передозировки (НАА, 2006 г.):
- i) Наркотические вещества при передозировках:
 - (1) Наличие опиатов было обнаружено в 20 случаях.
 - (2) В некоторых случаях токсикологический анализ выявил наличие смеси психоактивных веществ; смерть могла быть вызвана синергическим эффектом наркотических веществ при относительно небольшой концентрации каждого из них.
 - (3) Проводится токсикологический анализ совокупности биологических продуктов (крови, органов, волос, желчи и пр.), что снижает возможность обнаружения небольшого количества наркотических веществ.
 - (4) Указание метадона в качестве причины смерти может быть вызвано положительным результатом токсикологического анализа и/или определением в клинику по лечению метадоном (по крайней мере, в 1 случае) при таких обстоятельствах, когда результаты анализа на другие вещества у умерших были также положительными.
 - (5) В 5 случаях было обнаружено инъекционное оборудование (шприцы, емкости для варки, биоксалат калия, фольга, ложки, героиновые шарики). Токсикологический анализ этих предметов показал наличие в разных комбинациях следов героина (в 3 случаях), кодеина (в 2), меконина (в 3) и морфина (в 2). В одном случае был обнаружен только диазепам.
 - ii) Способы употребления: внутривенный - в 18 случаях, оральный или назальный - в 1 случае, неизвестный - в 1 случае.
 - iii) Демография:
 - (1) Место: дома – 7 случаев, в госпитале – 7 случаев, по одному случаю на улице, лестнице, во дворе, магазине, лифте, подвале и гостиничном номере.
 - (2) Серологический анализ, проведенный в 6 случаях, выявил 5 случаев ВГС, 1 случай ВИЧ, 1 случай сифилиса и 2 случая без положительных реакций.

Черновой вариант отчета \\ Draft version

Связанные с наркотиками случаи смерти по причинам смерти, полу и возрасту, 2006 г.

Причина смерти	Мужчины						Женщины	
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	20-24	25-29
Кокаин	1							
Героин		4					1	
Бензодиазепины		2	2					
Другие синтетические наркотики		1						
Психодислептические наркотики		2		1				
Метадон		2	1		1	1		
Дефект межжелудочковой перегородки / токсикомания			1					
Другое			1					
Всего	1	11	5	1	1	1	1	

Источник: Орган здравоохранения Будапешта (Public Health Authority Bucharest), 2006 г.

5) Общие данные по передозировкам наркотическими веществами:

а) Машины скорой помощи привозят пациентов с передозировкой:

i) В ближайший госпиталь

ii) Большинство пациентов направляются в пункт токсикологии Клинического госпиталя неотложной помощи Floreasca.

iii) Некоторых пациентов доставляют в пункты оказания неотложной помощи друга или такси.

Случаи интоксикации наркотическими веществами, Служба скорой помощи Бухареста, 2005 г.

Возрастные группы	Отказ от наркотиков		Передозировка		Интоксикация наркотиками	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0-10	0	0	0	0	0	0
11-20	70	24	13	5	9	1
21-30	220	49	32	10	40	7
31-40	45	8	11	0	7	1
41-50	16	1	2	1	0	0
51-60	8	1	1	0	0	0
> 60	2	1	0	1	0	0
Всего (категории)	445 (361 + 84)		76 (59 + 17)		65 (56 + 9)	
Всего мужчин	476					
Всего женщин	110					
Общее количество случаев	586					

Источник: Plan de servicii comunitare FIC – ARAS 2006 г.

Черновой вариант отчета \\ Draft version

Случаи интоксикации наркотическими веществами, Служба скорой помощи Бухареста, 2006 г.

Год: 2006 Возрастные группы	Отказ от наркотиков		Передозировка		Интоксикация наркотиками	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0-10	0	0	1	1	0	0
11-20	68	51	36	6	9	8
21-30	276	88	100	14	28	1
31-40	61	13	14	0	5	2
41-50	14	4	2	1	1	1
51-60	8	2	1	0	1	0
> 60	1	0	0	2	0	0
Всего (категории)	586 (428+158)		178 (154+24)		56 (44+12)	
Всего мужчин	626					
Всего женщин	194					
Общее количество случаев	820					

Источник: Plan de servicii comunitare FIC – ARAS 2007 г.

b) Отдел интенсивной терапии в Клиническом госпитале неотложной помощи получил в 2006 г. 106 пациентов с передозировкой (Национальный отчет о ситуации с наркотиками в Румынии, Национальное антинаркотическое агентство, 2007 г.).

i) 3 пациента были зарегистрированы дважды

ii) 4 случая оказались с летальным исходом

iii) 4 пациента были иностранцами

iv) Были записаны следующие синдромы:

(1) Синдром зависимости от героина / опиатов: 79 случаев среди мужчин (32.5%); 16 – среди женщин (27.6%)

(2) Острая интоксикация героином / опиатами: 37 случаев среди мужчин (15.2%); 11 – среди женщин (19.0%)

(3) Синдром отмены героина / опиатов: 7 случаев среди мужчин (2.9%); 2 – среди женщин (3.3%)

(4) Сердечная / легочная недостаточность / острая дыхательная недостаточность: 12 случаев среди мужчин (5.0%); 3 – среди женщин (5.1%)

(5) Острая интоксикация кокаином: 1 случай среди женщин (1.8%)

Случаи передозировки среди пациентов Клинического госпиталя неотложной помощи в Бухаресте по полу и возрасту, 2005-2006 г.г.

Возрастная группа	2005		2006	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
< 15	0	0	0	2
15-19	6	2	3	5
20-24	17	9	27	6
25-29	24	1	33	4
30-34	9	1	11	0
35-39	6	1	7	0

Черновой вариант отчета \\ Draft version

40-44	1	0	1	0
45-49	1	0	2	1
Неизвестный возраст	1	0	1	2
Всего	65	14	85	20

Источник: Клинический госпиталь неотложной помощи Бухареста

Связанные с наркотиками случаи, требующие срочной медицинской помощи, среди пациентов Клинического госпиталя неотложной помощи в Бухаресте по месту оказания неотложной помощи, 2005-2006 г.г.

Место оказания помощи	2005	2006
Госпиталь	19	18
Скорая помощь	1	21
Такси / улица	9	14
Друзья / родственники	16	30
Тюрьма	3	5
При полицейском аресте	0	3
На рабочем месте	0	1
Дома	2	2
В других ситуациях	0	2
Место не известно	28	13
Всего	79	109

Источник: Клинический госпиталь неотложной помощи Бухареста

Несмертельные случаи при оказании скорой помощи – диагнозы спустя 72 часа после госпитализации, 2006 г.

Диагнозы спустя 72 часа	Количество случаев	%
Кома (I-IV)	28	9.3
Синдром зависимости от героина / опиатов	95	31.5
Острая интоксикация героином / опиатами	48	15.9
Синдром отмены героина / опиатов	9	3.0
Сердечная / легочная недостаточность / острая дыхательная недостаточность	15	5.0
Острая интоксикация алкоголем	13	4.3
Острая интоксикация множественными медицинскими препаратами	47	15.6
Острая интоксикация медицинскими препаратами	1	0.3
Острая интоксикация кокаином	1	0.3
Депрессия (невропатические симптомы в анамнезе)	3	1.0
Попытка самоубийства	7	2.3
Состояние спутанного сознания	19	6.3
Реактивная депрессия	2	0.7
Расстройства личности	2	0.7
Беременность / аборт	1	0.3
ВСГ	9	3.0

Черновой вариант отчета \\ Draft version

ВГВ	1	0.3
Всего	301	100

Источник: Клинический госпиталь неотложной помощи Бухареста

Положительная реакция на выбранные наркотические средства в случаях передозировки пациентов Клинического госпиталя неотложной помощи Бухареста, 2006 г.

Наркотическое средство	Количество положительных результатов	% положительных результатов
Героин	9	8.4
Метадон	21	19.6
Другие опиаты	26	24.3
Кокаин	1	0.9
Барбитураты	14	13.1
Бензодиазепины	35	32.7
Другие снотворные и седативные вещества	11	10.3
Другие галлюциногены	1	0.9
Другие вещества	98	91.6
Отрицательный результат	22	20.6
Вещество не определено / потерянные данные	4	3.7
Всего!	242	

Источник: Клинический госпиталь неотложной помощи, Бухарест

- с) Исследования среди потребителей наркотиков: исследования не проводились. Согласно отдельным данным, предоставляемым потребителями наркотиков в «дроп-ин» центрах ARAS, среди потребителей бытуют различные мифы о необходимых при передозировке действиях; зачастую, пытаюсь оживить пострадавшего от передозировки человека, потребители наркотиков делают ему инъекции соленой воды и биоксалата калия.
- б) Дальнейшие детали случаев передозировки (на основании опыта ARAS):
 - а) Наркотические вещества при передозировках:
 - i) Опиаты: уличный героин и медицинские опиоиды (например, морфин, трамал / трамадол, кодеин, меконин)
 - ii) Наркотические средства амфетаминового ряда: в Румынии официального подтверждения нет, но фармацевты и потребители наркотиков говорят, что подростками и молодежью используется Регенон (основанное на амфетамине средство для потери веса).
 - iii) Кокаин: в 2006 г. был зарегистрирован один случай передозировки кокаином. Кокаин стоит очень дорого (100 евро за грамм) и используется в основном состоятельными людьми.
 - iv) Алкоголь: в Румынии в сфере связанных с наркотиками услуг самым развитым направлением является лечение зависимости от наиболее распространенных наркотических веществ и алкоголя.
 - б) Способы употребления: инъекционное употребление является основным способом при передозировках героина, хотя есть случаи и орального употребления, приведшие к передозировкам.
 - с) Демография передозировок (Служба скорой помощи Бухареста):
 - i) Возраст: средний возраст пациентов с передозировкой в 2006 г.

- составлял 21-30 лет.
- ii) Пол: в 2006 г. 76.34% случаев приходилось на долю мужчин.
 - iii) Место: самым распространенным местом случаев передозировки был дом, хотя были также зарегистрированы случаи передозировки на улице, лестницах, во дворах, магазинах, лифтах, подвалах и гостиничных номерах (по данным национального института судебной медицины «Мина Минович»). По данным опроса заключенных, случаи передозировки в тюрьме происходят по причине абстинентного синдрома, а не качества или концентрации вещества.
 - iv) Время: Официальных данных, касающихся наступления случаев передозировки во время или вскоре после прохождения лечения от наркомании или отбывания тюремного наказания, нет, хотя согласно неофициальным данным были случаи передозировки во время лечения от наркомании.

РАЗДЕЛ В: УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Услуги неотложной помощи и госпитальные услуги
 - a) Доступность услуг:
 - i) В городах неотложная помощь и мониторинг осуществляются машинами скорой помощи. В деревнях эти услуги предоставляются службой неотложной помощи (общественной службой) или службой SMURD (частной службой неотложной помощи национального масштаба).
 - ii) Служба неотложной помощи в Бухаресте имеет в распоряжении 151 машину. Команда неотложной помощи состоит из водителя, ассистентов и врачей (специалистов по оказанию неотложной помощи и врачей общей практики)
 - iii) В 2006 г. было поставлено новое оборудование для выявления наркотических веществ в образцах крови и мочи среди вновь прибывших в тюрьмы, а также для оказания неотложной помощи (согласно отчету о ситуации с наркотиками в Румынии, стр. 86, NAA 2007 г.).
 - b) Стоимость:
 - i) Услуги оплачиваются из средств Национальной палаты медицинского страхования Министерства здравоохранения.
 - ii) Стоимость одного выезда Службы неотложной помощи Бухареста в 2006 г при:
 - (1) Синдроме отмены: 30 евро
 - (2) Передозировке: 33 евро
 - (3) Интоксикации: 32 евро
 - c) Сложности, возникающие на пути у служб неотложной помощи (согласно экспертному мнению):
 - i) Страх перед полицией:
 - (1) Потребители наркотиков избегают обращаться в службы неотложной помощи, поскольку боятся привлечь внимание полиции. Некоторые потребители наркотиков признаются, что были случаи прихода полиции после звонка в скорую помощь, однако большинство потребителей просто слышали о подобных ситуациях и предпочитают не звонить в службу неотложной помощи.
 - (2) По словам менеджера Службы неотложной помощи Бухареста, иногда машины скорой помощи сопровождаются бригадами полиции, или врачи скорой помощи звонят в полицию в случае конфликта с потребителями наркотиков (особенно в случаях синдрома отмены). В

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- таких ситуациях безопасность команды скоро помощи считается более важной, чем конфиденциальность.
- (3) По словам врача пункта неотложной помощи Бухареста, иногда пациент с передозировкой покидает пункт сразу после того, как проснется, из-за боязни контакта с полицией.
- ii) Семья: Обращение к услугам неотложной помощи может привлечь внимание со стороны членов семьи, которые не знают о проблемах с наркотиками у своего родственника.
 - iii) Самостоятельная помощь: при передозировке наркотическими средствами часто применяются инъекции биоксалата калия и воды. В некоторых случаях пострадавшего бросают одного.
- 2) Налоксон
- a) Юридический статус: Ни один импортер фармацевтической продукции не подал заявку на регистрацию налоксона в качестве медицинского препарата. Правительство Румынии в лице Министерства образования может одобрить регистрацию этого препарата в случае, если сочтет налоксон необходимым для охраны здоровья населения.
 - b) Доступность: в аптеках налоксон не продается.
 - c) Применение:
 - i) Налоксон применяется Клиническим госпиталем неотложной помощи Бухареста в случаях передозировки, хотя этот препарат является полуправильным.
 - ii) Машины скорой помощи не снабжены налоксоном.
 - iii) Знания медицинского персонала о налоксоне ограничены.
- 3) Профилактические программы
- a) НПО:
 - i) Организации снижения вреда (ALIAS, ARAS, INTEGRATION) предоставляют информацию и обучают вопросам, связанным с наркотиками, включая передозировку, по запросу со стороны аутич-служб обмена шприцев или «дроп-ин» центров.
 - ii) Составляющие помощи при передозировках:
 - (1) Консультирование: риски при передозировках и мифы о них
 - (2) Не существует программ по обучению искусственному дыханию, распространению налоксона или осуществлению межведомственного сотрудничества для повышения качества неотложной помощи.
 - (3) Существуют отдельные сведения о наличии налоксона у потребителей наркотиков.
 - iii) Поддерживающая терапия агонистами: в стране действуют 8 центров по предоставлению поддерживающей терапии (6 центров в г. Бухаресте, 1 в г. Яссы и 1 в г. Орадя) (по данным РССВ за 2008 г.), способных вместить около 1000 пациентов. В тюрьме около Бухареста действует одна пилотная программа по лечению метадоном, также реализуются 2 программы по обмену шприцев.
 - iv) Пункты безопасного инъекционного употребления: не существуют
 - b) Сложности на пути реализации программ: вероятно, вызваны, в основном, недостатком в данных (согласно отчету о ситуации с наркотиками в Румынии, стр. 43, НАА, 2007 г.)
 - i) Скудные технические ресурсы для определения наличия наркотических веществ в условиях медицинских пунктов и учреждениях судебной медицины
 - ii) Трудности с лабораторным оборудованием служб
 - iii) Задержки в финансировании судебно-медицинской экспертизы
 - iv) Недостаток в человеческих ресурсах

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- v) Заработные платы медицинских экспертов очень низкие
- c) Успешные программы: новое оборудование по выявлению наркотических средств в организме для национального института судебной медицины «Мина Минович» в 2006 г.
- 4) Рекомендуемые приоритетные направления работы:
 - a) Регистрация налоксона
 - b) Совершенствование системы сбора данных
 - c) Обучение вопросам профилактики передозировок и профилактические программы
- 5) Дальнейшая работа:
 - a) НАА может организовать обучение своих сотрудников
 - b) Министерство здравоохранения может предоставить специализированный курс обучения вопросам профилактики передозировок для медицинского персонала

РАЗДЕЛ С: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДОЗИРОВОК

- 1) Знания поставщиков медицинских услуг и услуг по лечению наркомании
 - a) Основное обучение действиям при передозировке проводится в медицинских школах и университетах.
 - b) Сотрудники организаций, предоставляющих низкопороговые услуги, получают основные знания в области снижения вреда, но не обладают специальной информацией о передозировках (тренинговый курс РССВ включает в себя тему передозировок как составляющую программ снижения вреда)
 - c) Уровень знаний о передозировках не оценивался
- 2) Знания потребителей наркотиков: потребители наркотиков ассоциируют тюрьму с пониженной толерантностью и повышенным риском передозировки. Другие данные не доступны.
- 3) Навыки потребителей наркотиков:
 - a) При передозировке потребители наркотиков делают пострадавшему инъекцию биоксалата калия с водой и стараются поддерживать его в состоянии бодрости путем физической стимуляции.
 - b) Сложности на пути эффективных действий при передозировках: потребители наркотиков, наблюдающие передозировку, не звонят в службу скорой помощи. Они стараются самостоятельно помочь пострадавшему или отвозят его на такси или своей машине к дверям госпиталя.

РАЗДЕЛ D: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

- 1) Стратегия:
 - a) Передозировка упоминается один раз в Плане работ Национальной антинаркотической стратегии на 2005-2012 г.г., в контексте профилактики связанных с наркотиками случаев смерти.
 - b) Политика Европейского союза (ЕС):
 - i) План действий ЕС по борьбе с наркотиками (The EU Drugs Action Plan) (2005-2008) содержит ряд специальных задач, направленных на снижение количества связанных с наркотиками смертей и повышение доступности услуг по снижению вреда, которые могут способствовать профилактике и снижению распространенности передозировок и смертности от них. Одним из 42 предложенных индикаторов для оценки

реализации Плана действий является ответственность стран-участниц ЕС в снижении связанной с наркотиками смертности в виде наличия «на всех уровнях особой цели и применения специально разработанных программ, таких как пропаганда аутрич-работы, например, работы уличных пунктов, силами хорошо обученных специалистов здравоохранения».

- ii) 18 июня 2003 г. Совет ЕС принял Рекомендации по профилактике и снижению вреда для здоровья, связанного с зависимостью от наркотиков. Согласно документу, странам-участницам необходимо обеспечить доступ к различным услугам, направленным на снижение риска для существенного сокращения количества связанных с наркотиками смертей. Среди упоминаемых в документе подходов, в частности, предлагаются следующие:
 - (1) равное обучение вопросам профилактики передозировок и действиям при них («Страны-участницы ... должны содействовать, когда это целесообразно, осуществлению обучения равных консультантов и волонтеров аутрич-работе, включая меры по снижению связанной с наркотиками смертности, оказанию первой помощи и оперативному привлечению служб неотложной помощи»)
 - (2) обучение принципам неотложной помощи при передозировках («Странам-участницам необходимо обеспечить, чтобы службы скорой помощи были обучены и оснащены для оказания помощи при передозировках»)
 - iii) Острая необходимость в решении проблемы передозировок отметил глава EMCDDA: «[М]ы неправильно действуем в отношении профилактики передозировок в Европе. Нам удалось добиться реального успеха в сфере снижения темпов распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков. Теперь нам необходимо предпринять такие же эффективные меры для снижения связанной с наркотиками смертности. Для этого необходимы инновационный подход, решимость, видение и, в конце концов, готовность политиков инвестировать в программы по снижению количества случаев передозировки» (EMCDDA 2007 г.)
- 2) Агентства с потенциальным участием:
- i) NAA несет ответственность за разработку, осуществление и мониторинг наркополитики.
 - ii) Министерство здравоохранения (через областной отдел здравоохранения) ответственно за сбор информации и реализацию политики в области здравоохранения.
- 3) Сбор информации и услуги
- a) Регистрация потребителей наркотиков:
 - i) Национальная база данных была разработана NAA и включает в себя подробную информацию о том, какими услугами пользуются потребители наркотиков, с целью мониторинга осуществляемого ухода; регистрация осуществляется в соответствии с протоколами и определениями EMCDDA.
 - b) Здравоохранение:
 - i) По неподтвержденным данным службы скорой помощи сообщают полиции о случаях передозировки, синдромах отмены и других связанных с наркотиками случаях.
 - ii) Отсутствие желания у врачей регистрировать случаи передозировки может быть вызвано социальными или юридическими причинами.
 - iii) Потребители наркотиков утверждают, что сотрудники полиции запрашивают информацию о пациентах, проходящих лечение в рамках программ по детоксификации или поддерживающей терапии. Ходят слухи, что полиция использует период восстановления после

Черновой вариант отчета \\ Draft version

передозировки для получения информации о торговцах наркотиками и связанных с наркотиками преступлениях.

- iv) Сведений о случаях ареста при передозировке найдено не было.
 - v) Сотрудники правоохранительных органов не принимают участие в оказании помощи людям в состоянии передозировки.
- 4) Законы
- a) Сбор данных: регулируется посредством приказа со стороны Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения
 - b) Налоксон: не зарегистрирован
 - c) Защита свидетелей:
 - i) Закон 143/2000 диктует, что любой свидетель связанного с наркотиками инцидента (такого, как случай передозировки) обязан сообщить о нем в полицию. Этот же закон говорит о том, что потребители наркотиков имеют право на помощь со стороны наркологических, медицинских и социальных служб.
 - ii) Закон 522/2004 устанавливает рамки медицинских программ, связанных с наркотическими веществами

ТАДЖИКИСТАН

Исследователь: Марам Азизмамадов, директор НГО «Волонтер»

30 июля 2008

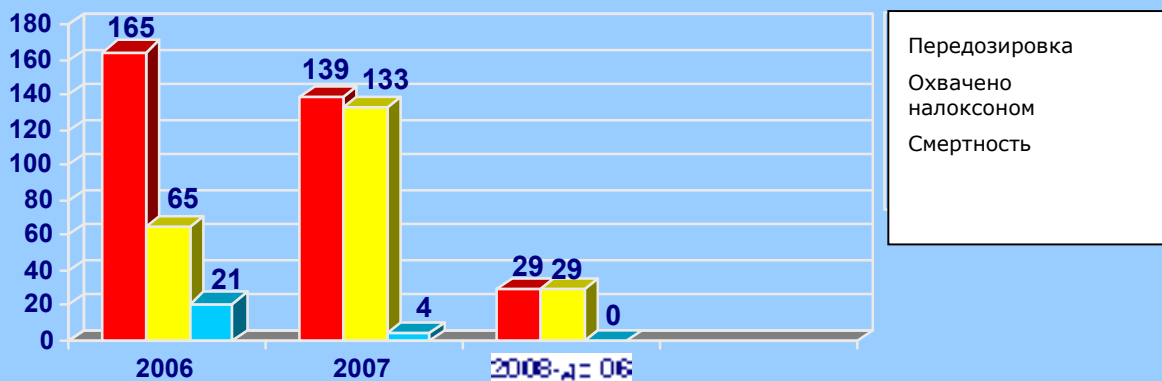
РАЗДЕЛ А: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Источники данных о передозировке наркотиков:
 - a) Национальной базы данных не существует.
 - b) Базы данных ведут отдельные больницы и службы скорой медицинской помощи (СМП).
 - c) Данные службы СМП и отделений неотложной помощи города Хорога являются надежными, но неполными.
 - d) Возможности сбора данных в будущем:
 - i) Альтернативные средства сбора данных, которые без особого успеха обсуждались в рамках встречи с НГО «Волонтер», за исключением плана использовать уникальный идентификационный код в государственных больницах для повышения конфиденциальности данных пациентов и потребителей наркотиков.
 - e) Препятствия для получения данных: проблемы со здоровьем, связанные с употреблением наркотиков и другими стигматизируемыми обстоятельствами, не являются приоритетом.
- 2) Распространенность наркопотребления (население 7 076 598 в июле 2007):
 - a) Зарегистрированных потребителей наркотиков:
 - i) 7 841 зарегистрированных потребителей наркотиков, 82.7% являются потребителями героина (интервью в наркологическом диспансере, июнь 2007 года)
 - ii) Считается, что в регионах с более высоким уровнем мероприятий по снижению вреда регистрация потребителей наркотиков менее активна (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)
 - b) Оценочное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН):
 - i) 52 598 (от 43 316 до 61 880) или 1.53 / 100,000 населения (от 1.26 до 1.79) (Основные характеристики страны, Европейский центр по мониторингу наркотиков и наркозависимости EMCDDA)
 - ii) 15 000 ПИН, 23.5% которых ВИЧ-позитивны (Управление ООН по наркотикам и преступности UNODC 2007)
- 3) Ведущие причины смерти среди:
 - a) Потребителей наркотиков: передозировка и заболевания печени (согласно экспертному мнению)
 - b) Пациенты программ лечения наркозависимости: нет доступных данных
 - c) Люди, живущие с ВИЧ: нет доступных данных
 - d) Заключение: туберкулез (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)
- 4) Передозировки со смертельным исходом:
 - a) Хорог (данные служб СМП или больниц Хорога)
 - i) СМП оказывала помощь в 21 случае передозировки с летальным исходом в 2006 году и в 4 случаях в 2007 году

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- ii) Больницы оказывали помощь в 4 случаях передозировки с летальным исходом в 2006 году и в 1 случае в 2007 году
- iii) Хотя в 2008 году смертей от передозировки не было зарегистрировано, в июле произошло 2 передозировки со смертельным исходом с участием трудового мигранта и предположительно самоубийство после освобождения из неправомерного предварительного заключения.
- b) Душанбе (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)
 - i) Всего в 2005 году по оценкам произошло 170 передозировок с 27 смертельными исходами
 - ii) СМП в 2005 году оказывала помощь в 52 случаях передозировок, 7 из которых имели смертельный исход
 - iii) Республиканский наркологический центр в 2005 году зарегистрировал 28 потребителей наркотиков с передозировкой
 - iv) Токсикологическое отделение в 2005 году зарегистрировало 55 случаев передозировки с 5 смертельными исходами
 - v) НГО в 2005 году сообщали о 35 случаях передозировки у ПИН с 15 смертельными исходами

Количество наркотических отравлений, зарегистрированных службой СМП города Хорога с 2006 года по июнь 2008 года





5) Общая передозировка:

- i) НГО «Волонтер» начала закупки и распределение налоксона в СМП, больницах и среди потребителей наркотиков.
- ii) СМП Хорога оказала помощь в 21 165 случаях передозировок в 2006 году и в 139 случаях в 2007 году; увеличилась доля получивших налоксон (65 в 2006 году и 133 в 2007 году) при существенном сокращении уровня смертности.
- iii) Больница Хорога оказала помощь в 38 случаях передозировки в 2006 году и в 54 случаях в 2007 году; увеличилась доля получивших налоксон (23 в 2006 году и 51 в 2007 году) при существенном сокращении уровня смертности.

6) Дополнительные сведения о передозировках

а) Наркотики, участвующие в передозировках:

- i) в передозировке наркотиков доминируют героин, героин, смешанный с димедролом, алкоголь и героин
- ii) 79,2% потребителей наркотиков используют героин, это основное изменение с 1996 года, при этом лишь 9,8% употребляют опиум (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)

б) Способ введения: инъекция, часто совместное использование инъекционного оборудования

с) Демография передозировки:

i) Факторы риска

- (1) Потребители наркотиков из-за преследований полиции часто делают закупки у различных мелких торговцев, что скорее всего приводит к увеличению риска передозировки из-за различной чистоты и содержания действующего вещества
- (2) Передозировки часто происходят после лечения наркозависимости, причем по данным «РАН» Душанбе ежегодно около половины передозировок со смертельным исходом происходит сразу после

Черновой вариант отчета \\ Draft version

лечения (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)

- ii) 2006:
 - (1) Распределение по времени: 13 из 27 передозировок со смертельным исходом происходят сразу же после лечения наркозависимости
 - (a) 10 (в возрасте 35-58 лет) в течение 1 дня после завершения детоксикации в наркологическом диспансере
 - (b) 2 (возраст 23 и 41) после немедицинского лечения в НГО «Волонтер»
 - (2) Местонахождение:
 - (a) 23 из 27 смертельных передозировок происходят на улице или в месте инъекций (а именно местах употребления наркотиков), 4 дома
 - (b) в 65 из 88 случаев передозировок помощь была оказана на улице, в 23 случаях в больнице
- iii) 2007:
 - (1) Распределение по времени: из 4 смертельных передозировок 1 произошла после детоксикации, 2 после рецидива, 1 рассматривалась как самоубийство
 - (2) Местонахождение:
 - (a) 4 из 5 передозировок со смертельным исходом произошли на улице, 1 дома
 - (b) в 133 из 184 случаев передозировок помощь была оказана на улице, в 51 случае в больнице
- iv) 2008:
 - (1) Распределение по времени: хотя передозировок со смертельным исходом не зарегистрировано, в июле 2008 года было 2 смертельных случая
 - (2) Местонахождение:
 - (a) 2 смертельных случая в июле, 1 произошел на работе и 1 дома
 - (b) в 26 из 38 случаев передозировок помощь была оказана на улице, в 3 - в программе обмена шприцев, и в 9 случаях - в больнице

РАЗДЕЛ Б: УСЛУГИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) Услуги СМП и больниц
 - a) Доступность услуг:
 - i) Из-за тяжелых географических условий в Горно-Бадахшанской автономной области (78% региона представляет собой горный район) иногда службам СМП сложно достигать клиентов.
 - ii) В городе Хорог деятельность НГО «Волонтер» снизила препятствия для обслуживания СМП.
 - b) Стоимость: Услуги СМП и местной больницы финансируются за счет местных ресурсов. Налоксон приобретается НГО «Волонтер» при финансовой поддержке Института «Открытое общество» и распространяется в больницах, СМП и среди потребителей наркотиков.
 - c) Препятствия для получения услуг:
 - i) 80% территории страны занимают горы, сложный рельеф
 - ii) Инфраструктура была разрушена в результате гражданской войны, нищеты и стихийных бедствий

- 2) Налоксон
- a) Правовой статус: не зарегистрирован в качестве лекарственного препарата
 - b) Доступность: НГО «Волонтер» делает закупки налоксона украинского производства через фармацевтическую сеть в Душанбе и Хороге с разрешения областного департамента фармацевтических препаратов. Он не доступен для потребительских закупок, поскольку не зарегистрирован.
 - c) Продажи: В соответствии с грантовым соглашением НГО «Волонтер» за 1 год было куплено 2000 ампул налоксона по цене в 1,7 долларов США за ампулу.
 - d) Применение:
 - i) НГО «Волонтер» распределяет закупленный налоксон -
 - (1) – в службы скорой медицинской помощи в Хороге и 2 районах области, которые граничат с Афганистаном и имеют большую концентрацию ПИН.
 - (2) – в наркологические и аварийно-спасательные службы в Хороге и Душанбе в рамках договора с организациями-партнерами
 - (3) – НГО «Волонтер» в Хороге и 2 НГО в Душанбе
 - ii) Никаких сообщений от провайдеров о применении слишком высокой дозы не поступало, хотя пациенты часто выражают недовольство после того, как их приводят в чувство, утверждая, что они просто были под кайфом, и им стыдно за то, что они попали в чрезвычайную ситуацию.
- 3) Профилактические программы
- a) НГО
 - i) «Волонтер» - это самый крупный в стране проект по профилактике передозировки
 - (1) Сайты: Хорог, Рушанский и Шурганский районы Горно-Бадахшанской области, город Душанбе
 - (2) Цели: профилактика ВИЧ/СПИДа и профилактика передозировок
 - (3) Компоненты профилактики передозировок:
 - (a) Обучение и распространение налоксона:
 - (i) В СМП и больницы
 - (ii) Среди потребителей наркотиков
 - (iii) Обучение тренеров в партнерских НГО
 - (iv) Тренинг по искусственному дыханию: не отмечено
 - ii) «РАН» проводит проект по передозировкам в Душанбе, в том числе тренинги, хотя еще не ясно, получают ли потребители наркотиков налоксон (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)
 - iii) «Мавроид» в Кулябе (Согдийская область) недавно получил финансирование Института «Открытое общество» для начала программы, направленной на передозировки в тюрьмах, где 70% заключенных отбывают наказание за преступления, связанные с наркотиками. (отчет по оценке потребностей для проекта по передозировке наркотиков в Таджикистане. Ассоциация снижения вреда в Таджикистане; филиал Института «Открытое общество - Фонд Содействия» в Таджикистане. Душанбе, Таджикистан. 2006)
 - b) Поддерживающая терапия агонистами: незаконна
 - c) Помещения для более безопасных инъекций: недоступны
 - d) Препятствия: Отсутствие систематического сбора данных о передозировках для оценки потребностей или быстрого реагирования
 - e) Успехи:

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- i) Применение налоксона в СМП и больницах сопровождается снижением уровня смертности от передозировок.
 - ii) Повышение интереса целевых групп: 783 из 3928 клиентов НГО «Волонтер» обращаются с просьбой предоставить информацию, чтобы получить знания о передозировке.
- 4) Рекомендуемые приоритеты:
- a) Неструктурированные опросы или фокус-группа для обеспечения базовой оценки потребностей.
 - b) Регистрация налоксона для того, чтобы он стал доступен в аптеках
 - c) Развитие и расширение проекта НГО «Волонтер» в других регионах (в настоящее время еще в одном регионе инициирован пилотный проект)
 - d) Организация национальных тренингов по профилактике передозировки среди полицейских, СМП и сотрудников НГО
 - e) Совершенствование национальной системы СМП для помощи при передозировках
- 5) Дальнейшая работа:
- a) НГО «Волонтер» планирует расширить аутрич поддержку клиентов по психологическому консультированию и консультированию о зависимостях, которая является приоритетом программы профилактики передозировок за счет грантов и в сотрудничестве с Институтом «Открытое общество» и «СПИД Фондом Восток-Запад».
 - b) Другие организации:
 - i) НГО «СПИН Плюс» в Душанбе представлена сообществом потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ
 - ii) НГО «НУР» в Шургане подготовлена для проведения тренингов по передозировке

РАЗДЕЛ В: ЗНАНИЯ И НАВЫКИ

- 1) Знания организаторов медицинских услуг и лечения от наркозависимости: данных не предоставлено
- 2) Знания потребителей наркотиков: данных не предоставлено
- 3) Навыки потребителей наркотиков: данных не предоставлено

РАЗДЕЛ Г: МЕСТНАЯ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

- 1) Стратегии:
 - a. Указ № 485 Республики Таджикистан, подписанный министром здравоохранения в августе 2006 года для улучшения предоставляемых наркологических услуг, отметил необходимость создания на национальном уровне показателей для отслеживания передозировки, применения налоксона для медицинского лечения передозировки, а также проектов профилактики передозировки.
 - b. Программы по ВИЧ/СПИДу для Республики Таджикистан на 2007 - 2010 годы (7 августа 2006 года) по имеющимся данным рассматривают вопросы передозировки наркотиков.
- 2) Агентства с потенциальным вовлечением: никто не отметил
- 3) Правоохранительные органы:
 - a) Регистрация: Реестр потребителей наркотиков законодательно закреплен и, по всей вероятности, ограничивает доступ потребителей наркотиков к помощи.

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- b) Здравоохранение: не предоставлено данных в отношении отчетности по передозировкам для полиции
 - c) Аресты: данных не предоставлено
 - d) Участие правоохранительных органов в реанимационных усилиях: данных не предоставлено
- 4) Законы: Законов, поддерживающих профилактику передозировок, не существует.

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ИССЛЕДОВАНИИ ПО СТРАНАМ

Kyrgyzstan

- 1) International Narcotics Control Board Report, 2001. (www.state.gov/g/inl/rls/nrcrpt/2000/index.cfm?docid=892)
- 2) European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Country Profiles: Kyrgyzstan. 2008. (<http://profiles.emcdda.europa.eu/html.cfm/index19780EN.html> accessed 1 March 2008).
- 3) Project report, Ranar, 16 February 2008
- 4) BBC World Service. Deadly TB strain sweeps Kyrgyz prisons. 24 March 2008 (accessed 28 August 2008 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7307398.stm>)
- 5) Emergency Medical Services, Bishkek, unpublished data
- 6) Emilis Subata & Raminta Stuikyte / CEEHRN Central and Eastern European Harm Reduction Network. "Substitution Drug Treatment in Central and Eastern Europe and Central Asia Regulation and Practices" 2007.
- 7) Cook, C. & Kanaef, N (2008) Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics. International Harm Reduction Association.
- 8) KR Healthcare Ministry Order "Addendum to the order of KR Healthcare Ministry dated November 23, 2001 # 406 "Approved list of medications for use in medical practice" dated June 28, 2002 # 268, the medication Naloxone (Polish manufacture, company Ziekh Polfa) is included into addendum of medications and medical products approved for use in Kyrgyz Republic. The information on dosage, packaging and form of Naloxone in 1 ml ampoules is in the above order of KR Healthcare Ministry.
- 9) KR Government Decree "On approving the list of life saving medications of Kyrgyz Republic" # 759 dated October 31, 2006 Naloxone is on the list of life saving medications of Kyrgyz Republic. The pharmacological group, the medication form and unit dosage is in the above KR Government Decree.
- 10) Selected interviews:
 - a. Tatina Samudinova Emergency Medical Services, Bishkek, 25 July 2008
 - b. Djanyl Djusupova, Head of Pharmacopeia Committee of the Kyrgyz department of drug provision and medical equipment at the Ministry of Health, 25 July 2008
 - c. Republican Narcology Director Ruslan Tokubaev, 24 July 2008

Latvia

- 1) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Country overview: Latvia (accessed 8/13/08 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lv>)
- 2) "Spread of addictive substances use and its consequences in Latvia," Public Health Agency, Ministry of Health. 15th ed. 2007.
- 3) Cook, C. & Kanaef, N (2008) Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics. International Harm Reduction Association.
- 4) Prevalence of HIV an other infections and risk behaviour among injecting drugusers and their main sexual partners in Latvia, Lithuania, and Estonia, 2007-2008. Conducted by collaborative research team including Public Health Agency in Latvia, Department of Public Health and National Institute for Health

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- Development in Estonia, and Ministry of Health in Lithuania. 2008 Draft report. Unpublished.
- 5) "HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report 2000." European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS. 2001. N0 64. www.eurohiv.org
 - 6) Latvia Public Health Authority (PHA) , unpublished data, July 2008
 - 7) Latvian Prison Administration Medical Department, unpublished data, August 2008
 - 8) Clinical university, hospital "Gaiļezers", Toxicology Centre of Latvia, unpublished data, July 2008
 - 9) First Aid Medical Station of Riga Region, unpublished data, July 2008
 - 10) Hospital of Ventspils, unpublished data, July 2008
 - 11) State Agency for Narcology and the Center for AIDS Prophylactics. "Tendencies and habits of drug use in Latvia." 2006.
 - 12) Public Health Agency. "Tendencies and habits of drug abuse in Latvia: analysis of the results of the chapter of 2007 of drug users cohort study." Riga: 2007.
 - 13) A Parkinsonian syndrome in methcathinone users and the role of manganese. *New England Journal of Medicine*; March 6, 2008
 - 14) IMS Health data base, unpublished data, July 2008
 - 15) Council of the European Union. European Union Drugs Strategy (2005-2012). Document No 15074/04. Official Journal of the European Union. 2005/C 168/01
 - 16) Council of the European Union. European Union Drug Action Plan (2005-2008). 8652/05. Official Journal of the European Union. 2005/C 168/0)
 - 17) Council of the European Union Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Official Journal of the European Union. 2003/488/EC
 - 18) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007a) Annual report 2007 on the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007
 - 19) EMCDDA (2007b) Europe risks failing to meet targets to reduce drug-related deaths. *Drugnet Europe* No60 (October-December 2007).
 - 20) Trimbos Institute (2006). Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003. Synthesis report for the European Commission. Contract nr. SI2.397049
 - 21) Training guidelines (for medical personnel – none available for low-threshold programming):
 - a. Approved guidelines of medical technology for narcotic (and other substance) intoxication (data base is available www.vsmmtva.gov.lv , see ATTACHMENT 13).
 - b. Guidelines for treatment of narcological (addiction) patients (Latv. Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas) developed by State Narcology Centre.
 - c. Overdose and its consequences (for medical personnel) (Narkotisko vielu pārdozēšana un tās sekas *Latv.*), Med. prof., toxicologist, Viesturs Liguts (Attached)
 - d. Overdose and its consequences (for non-medical personnel, LTC personnel training) (Narkotisko vielu pārdozēšana un tās sekas *Latv.*), Med. prof., toxicologist, Viesturs Liguts
 - e. Toxicology handbook, Dr.Med.Prof. Viesturs Liguts, (contamination, first aid and treatment), (*language - Latvian*).

Черновой вариант отчета \\ Draft version

- f. Guidelines for treatment of narcological (addiction) patients (Latv.Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas); State Narcology Centre
- g. Narcology for general practitioners (Latv.-Narkoloģija vispārējās prakses ārstiem), Dr.Med.Gundars Osis, 2006

22)Interviews

- a. Dr.Med.Prof. Viesturs Liguts, Riga Stradina University, professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, Head of Contamination Centre, Latvia Toxicology centre. July 2008.
- b. Agita Seja, NGO "DIA+LOGS" (harm reduction and HIV prevention, LTC and mobile syringe exchange unit). July 2008.
- c. Inga Bulmistre, specialist of HIV prevention consultation focal point, Public Health Agency. July 2008.
- d. Mārcis Trapencieris, analyst, Public Health Agency, Latvia. July 2008.
- e. Dr. Ilze Maksima, analyst, Public Health Agency, Latvia. July 2008.
- f. Gunta Grīsele, Deputy Head of Epidemiological Safety, Ministry of Health, Latvia. July 2008.
- g. Regīna Fedosejeva, Head of Medical Department, Latvian Prison Administration. July 2008.
- h. Anda Karnīte, Public Health Specialist, AIDS and STI Prevention Centre, Public Health Agency. July 2008.
- i. Iveta Skripste, Methodological expert, AIDS and STI Prevention Centre, Public Health Agency. July 2008.
- j. Dr. Ievina Alka, Deputy Doctor, First Medical Aid Station of Riga region. July 2008.

Romania

- 1) National Report on Drug Situation in Romania, National Anti-drug Agency, 2007 (<http://www.ana.gov.ro/eng/attribution.htm>)
- 2) Bucharest Community Service Plan in Drug Addiction Field, Foundation for Community Care Services, Bucharest, 2007
- 3) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Country overview: Romania accessed 8/13/08. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro>
- 4) Bals M. "Evolution of the HIV/AIDS phenomenon in Romania 1985-2007," Presentation. National Infectious Diseases Institute, Bucharest, Romania. 2008. Romanian: http://www.cnlas.ro/download/DATE_ROMANIA_31_dec2007.pdf (accessed 19 August 2008); English: http://www.cnlas.ro/download/ROMANIA_31_dec2007_english.pdf (accessed 19 August 2008)
- 5) Adevarul (daily newspaper), 10/07/2007, accessed 25 July 2008
- 6) Ziare, report on cocaine overdose in prison. 22 March 2007 (accessed 28 August 2008 http://www.ziare.com/FIUL_LUI_TAMANGO_A_MURIT_IN_PUSCARIE-75609.html)
- 7) StiriLocale report on inhalant overdose in prison. 11 June 2007 (accessed 28 August 2008 http://www.stirilocale.ro/timis/Supradoza_la_inchisoare_IDN148398.html)
- 8) Emergency Clinic Hospital Floreasca Bucharest 2006 data: Report national privind

- situatia drogurilor in Romania 2007 (cu date din 2006)
- 9) INML Mina Minovici Bucharest, unpublished data, 2007.
 - 10) Public Health Authority Bucharest, unpublished data, 2006/2007.
 - 11) Plan de servicii comunitare FIC – ARAS, unpublished data, 2006
 - 12) Rapid assessment of the drug users population in Bucharest, National Anti-drug Agency, Bucharest 2008 (unpublished)
 - 13) NGO Ranar unpublished data and experience, July 2008.
 - 14) Opioid Substitution Therapy.
(<http://www.ihra.net/uploads/downloads/Projects/GlobalStateofHR/GSHREurasia.pdf> accessed 21 August 2008)
 - 15) Council of the European Union. European Union Drugs Strategy (2005-2012). Document No 15074/04. Official Journal of the European Union. 2005/C 168/01
 - 16) Council of the European Union. European Union Drug Action Plan (2005-2008). 8652/05. Official Journal of the European Union. 2005/C 168/0)
 - 17) Council of the European Union Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Official Journal of the European Union. 2003/488/EC
 - 18) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007a) Annual report 2007 on the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007
 - 19) EMCDDA (2007b) Europe risks failing to meet targets to reduce drug-related deaths. Drugnet Europe No60 (October-December 2007).
 - 20) Trimbos Institute (2006). Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003. Synthesis report for the European Commission. Contract nr. SI2.397049
 - 21) Romanian Law no 143 / 2000 on fighting against illicit drug use and drug trafficking; Law no 522 / 2004 – completing law no 143/2000
 - 22) Interviews
 - a. Dr. Lucian Suditu, Direction Romanian Office for Drugs and Toxicomania, National Anti-drug Agency, July 2008
 - b. Dr. Eugen Hriscu, Romanian Alliance to Fight Alcoholism and Addiction, July 2008
 - c. Dr. Livia Pomana – National Forensic Institute Mina Minovici, Chief of Toxicology Laboratory, July 2008
 - d. Inspector Gabriel Constantin, Police Section no 12, Bucharest, July 2008
 - e. Mihai Tanasescu, project coordinator, Romanian Association Against AIDS, ARENA - Opiate Substitution Center, July 2008
 - f. Liana Velica, Romanian Association Against AIDS, July 2008
 - g. Andrei Potorac, Integration Association, July 2008
 - h. Catalina Iliuta, UNODC, July 2008
 - i. The National Prison Administration data request, July 2008
 - j. The Forensic Institute Dr. Mina Minovici Bucharest, July 2008

Russia

- 1) Koshkina EA, "Mortality associated with drug use", presentation at "Use of epidemiological methods for drug users mortality researches", Petrozavodsk, Russia, 2008.
- 2) Sergeev, B, Karpets A, Sarang A, Tikhonov M. Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation. Journal of Urban Health. 2003; 80(2): 212-9.
- 3) Russian Federation (2006) Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS.
- 4) Demoscope Weekly, 2007. (accessed 28 August 2008; <http://demoscope.ru/weekly/2007/0275/barom03.php>)
- 5) Federal AIDS Center of the Russian Federation, unpublished data produced 1 November 2007
- 6) "Addiction Medicine in Saint-Petersburg in 2000-2005." Newsletter.
- 7) Prihodi newsletter 2007 (accessed 28 August 2008 <http://abort.prihodi.net/2007/12/25/99047/>)
- 8) Naberezhnye Chelny Project Report, unpublished data 2008.
- 9) Yale-Bekhterev Saint-Petersburg Overdose Study, 2006-2007, not published.
- 10) Grau LE, Green TC, Blinnikova K, Torban M, Krupitsky E, Ilyuk R, Kozlov AP, Heimer R. Opioid overdose risk among drug users in St. Petersburg, Russia. Unpublished.
- 11) Green TC, Grau LE, Blinnikova KN, Torban M, Krupitsky E, Ilyuk R, Kozlov A, Heimer R. Social and structural aspects of the overdose risk environment in St Petersburg, Russia." Unpublished.
- 12) Personal communication with Yury Ivanov, narcologist and head of Tverskaya Iniciativa, 21 August 2008
- 13) Oleynik, Sergey. Narcology Service in Russia from the Perspective of Patients. For Russian Harm Reduction Network. Moscow-Penza, 2007.
- 14) Levinson, L, Torban, M (2008) Narcology Register: According to A Law or According to Instruction? Regulation of register of drug users in the Russian Federation). Moscow, 2008 (in print).

Tajikistan

- 1) Needs assessment report for the project on drug overdose in Tajikistan.
- 2) Association of Harm Reduction in Tajikistan; Tajik Branch of Open Society
- 3) Institute - Assistance Foundation. Dushanbe, Tajikistan. 2006
- 4) European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Country Profiles: Tajikistan. 2008. (<http://profiles.emcdda.europa.eu/html.cfm/index19783EN.html> accessed 28 August 2008).
- 5) United Nations Office on Drugs and Crime Regional Office for Central Asia (2007) Compendium on Drug Related Statistics 1996-2007.
- 6) Aceijas C., S.R. Friedman, H.L.F. Cooper, L. Wiessing, G.V. Stimson, and M. Hickman 2006. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. Sexually Transmitted Infections 82 (suppl_3): iii10 - iii17.
- 7) Emergency Medical Services Khorog City, unpublished data, 2008
- 8) Khorog Oblast Hospital, unpublished data, 2008
- 9) Interviews:
 - a. Narcological Dispensary representative, June 2007
 - b. NGO Volonter clients, July 2008

СПИСОК РЕСУРСОВ ПЕРЕДОЗИРОВКИ

эпидемиология

знания и навыки

услуги

местная и национальная политика

прочие полезные материалы

ссылки

Данный список ресурсов был составлен с целью повышения осведомленности среди специалистов в сфере снижения вреда из стран Центральной и Восточной Европы и Средней Азии о проблеме передозировок, а также об используемых подходах и инструментах для ее решения.

Мы благодарны нашим членам и группе экспертов, работающих над проектом ECCB "Региональный обзор программ по передозировкам", которые помогли нам собрать и отобрать материалы. Мы также благодарны Французскому Министерству Здравоохранения, Молодежи, Спорта и Сектора Добровольцев за финансовую поддержку этого проекта через Европейское отделение Всемирной Организации Здравоохранения.

Пожалуйста, за дополнительной информацией о материалах и тренинговых возможностях, а также в целях предоставления откликов и дополнительных ресурсов обращайтесь к нам по электронной почте: info@harm-reduction.org.

эпидемиология передозировок

Передозировка - ведущая причина смертности среди ПИН и ЛЖВ в Центральной и Восточной Европе и Средней Азии: рекомендации и обзор ситуации в Латвии, Кыргызстане, Румынии, России и Таджикистане

Коффин Филлип, Евразийская сеть снижения вреда (ECCB), Вильнюс, Август 2008

«Из-за широкого распространения употребления наркотиков и его роли в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе, передозировка считается основной причиной смертности потребителей нелегальных наркотиков, так же как и людей, живущих с ВИЧ. Тем не менее, даже при условии хорошей инфраструктуры сложно получить достоверные данные по передозировкам, и при этом существуют специфичные для данного региона барьеры, мешающие получить подобную информацию».

Этот отчет, создан для Евразийской сети снижения вреда при финансовой поддержке Французского министерства здравоохранения, молодежи, спорта и сектора добровольцев через Европейское отделение Всемирной Организации Здравоохранения. В отчете обобщается нынешняя ситуация в сфере передозировок в Центральной и Восточной Европе и Средней Азии, включая эпидемиологию, услуги, знания и политику. Также представлены рекомендации для улучшения данной ситуации.

[на английском][на русском][обзор][пресс-релиз]

**Передозировка в Центральной и Восточной Европе и бывших странах СССР.
Отчет по исследованию**

Филипп Коффин и Агнес Строда, Нью-Йорк - 2001 (Текст сокращен и отредактирован IHRD в июне 2002 г.) Перевод: «СПИД Фонд Восток-Запад»

Данное исследование было проведено по заказу Международной программы развития снижения вреда (International Harm Reduction Development — IHRD) Института «Открытое общество» с целью исследовать возможности профилактики передозировки в рамках программ, финансируемых IHRD из Центральной и Восточной Европы, а также из бывших республик СССР. В исследовании приняли участие более 70 человек из 13 стран региона. Результаты проведенного исследования показали, что инициативы по профилактике передозировок, способствуют легализации принципов снижения вреда, предупреждению летальных исходов и увеличению социальной значимости жизни потребителей наркотиков.

[на русском][на английском]

Социальные и структурные аспекты среды риска передозировок в г. Санкт-Петербург, Россия

(Social and structural aspects of the overdose risk environment in St. Petersburg, Russia // Traci C. Green, Laretta E. Grau, Ksenia N. Blinnikova, Mikhail Torban, Evgeny Krupitsky, Ruslan Ilyuk, Andrei Kozlov, Robert Heimer. DRAFT COPY)

Данное исследование раскрывает социальные и структурные аспекты, влияющие на риск смертельных исходов при передозировках, и оценивает уровень реализации профилактических программ в г. Санкт-Петербурге. Было проведено 21 интервью с потребителями наркотиков, предоставляющим лечение персоналом, токсикологами, представителями полиции и работниками скорой помощи. Авторы исследования делают выводы о том, что местные социальные и структурные элементы влияют на наличие риска передозировок. Для снижения смертности от передозировок в г. Санкт-Петербурге необходимы программы по профилактике передозировок и ответным мерам на уровне сообщества и на структурном уровне.

[на английском][Опросник по изучению передозировок в С.-Петербурге]

Отчет по оценке нужд проекта по передозировкам наркотиками в Таджикистане

(Need Assessment report for the project on drug overdosing in Tajikistan // Association

Черновой вариант отчета \\ Draft version

of Harm Reduction in Tajikistan, Tajik Branch of Open Society Institute – Assistance Foundation. Dushanbe – 2006)

Данный отчет рассматривает динамику употребления наркотиков в Таджикистане, доступность национальных статистических данных о случаях осложнений/смертей от передозировки, наличие образовательных программ по профилактике передозировок и программ вмешательства в данной сфере, доступность и предоставление скорой помощи, а также применение налоксона в случаях передозировки наркотическими средствами. Выводы и рекомендации данного отчета могут оказаться полезными для создания и укрепления программ по профилактике передозировок, особенно в Таджикистане.

[[на английском](#)]

Ежегодный отчет 2007: ситуация по проблеме наркотиков в Европе

(Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe // European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities - 2007. ISBN 978-92-9168-288-1)

Данный отчет Европейского центра мониторинга за наркотиками и наркозависимостью (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) является ежегодным обзором феномена наркотиков в Европе. Это важный источник информации для политиков, специалистов и практиков в сфере наркотиков, а также для всех, кто интересуется последними сведениями о наркотиках в Европе. Публикуемый каждую осень, отчет содержит неконфиденциальную информацию, подкрепленную рядом статистических данных.

[[на английском и других языках ЕС](#)]

[[Также просмотрите брифинг EMCDDA о передозировках среди молодежи, 2004 \(на английском и других языках ЕС\)](#)]

Информированность о проблеме передозировки опиатами: отчет по исследованию

Борис Сергеев, Ph.D, Аня Саранг, Михаил Тихонов

Это отчет о результатах исследования по теме «Осведомленность о проблеме передозировки», проведенного российскими проектами снижения вреда и проектом тренингов по снижению вреда организации «СПИД Фонд Восток-Запад». Исследование проводилось в марте – июне 2001 года

[[на русском](#)]

Передозировки наркотиками в пункте безопасного употребления наркотиков

(Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility // Thomas Kerr, Mark W. Tyndall, Calvin Lai, Julio S.G. Montaner, Evan Wood. Research paper: International Journal of Drug Policy, 2006)

Эта научно-исследовательская работа описывает частоту и особенности случаев передозировки в пункте безопасного употребления инъекционных наркотиков в г. Ванкувере, Канада, а также ответные действия его персонала. Согласно результатам исследования такие пункты играют важную роль в профилактике передозировок среди ПИН, что говорит о необходимости дальнейшего исследования их влияния на заболеваемость и смертность, связанных с передозировкой. «В пункте было много случаев передозировки, и примечательно, что ни один из них не был смертельным», - говорится в отчете.

[на английском]

Передозировка героином с летальным исходом: обзор публикаций

Шэйн Дарк и Дебора Задор. Fatal heroin "overdose": A review.

Перевод: «СПИД Фонд Восток-Запад»

Данная работа представляет собой аналитический обзор публикаций и исследований по проблеме передозировки героином с летальным исходом. В работе рассматриваются наиболее традиционные обстоятельства, сопутствующие передозировкам, причины передозировок и особенности их протекания, а также возможные стратегии снижения смертности, обусловленной употреблением героина.

[на английском][на русском]

Пилотное исследование профилактики передозировок: снижение вреда спасает жизни

Drug Policy News (www.drugpolicy.org), 5 декабря 2002

Перевод: «СПИД Фонд Восток-Запад»

Это краткая статья о результатах пилотного исследования в Сан-Франциско, в котором участвовали 24 потребителя героина. Участников эксперимента, проходившего с мая 2001 г. по февраль 2002 г., обучали распознавать симптомы передозировки, применять Налоксон, производить сердечно-легочное восстановление, а также преодолевать психологический барьер, когда жизненно необходимо набрать «911» (номер скорой помощи). Результаты исследования оказались «более чем обнадеживающими»: в восемнадцати случаях передозировок, при которых находились участники программы, никто не умер. Исследование выявило и другие положительные результаты.

[на русском]

знания и навыки

Профилактика и ответные меры на проблему передозировки: руководство для потребителей наркотиков и персонала по снижению вреда в Восточной Европе и Центральной Азии

(Overdose Prevention and Response: A guide for people who use drugs and harm reduction staff in Eastern Europe and Central Asia // Curtis M., Guterman L. Open Society Institute, 2008)

Это руководство было разработано для создания и реализации программ по профилактике передозировок и реагированию на случаи передозировок в Российской Федерации и других странах Восточной Европы и Центральной Азии. Данное руководство включает в себя практическую информацию о передозировках и распространенных факторах риска, информацию о стратегиях профилактики, распознавания симптомов и эффективного реагирования на случаи передозировок. Руководство также содержит примеры обучающего курса по теме передозировок и сборник советов от опытных тренеров по вопросам передозировок и снижения вреда.

[на английском]

Контроль за наркотической передозировкой посредством распространения налоксона по методу «равный-равному»: Обзор обоснований

Шульга Л. Международный Альянс по вопросам ВИЧ/СПИД в Украине, 2008

В данной статье приводится обзор существующей литературы, посвященной контролю над наркотическими передозировками в рамках программ снижения вреда через распространение налоксона по методу "равный-равному". Этот метод доказал свою эффективность в профилактике смертельных случаев при передозировке среди потребителей опиатов, особенно, когда медицинская помощь недоступна. В статье также рассматриваются юридические аспекты распространения налоксона на Украине и даются рекомендации по разработке программ, основанных на подходе «равный-равному».

[на русском][на английском]

Выдача налоксона на дом для сокращения смертей от передозировок героином. Обзор

(Take-home naloxone to reduce heroin death. Review // Catherine T. Baca & Kenneth J. Grant. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) and Family and Community Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico)

Черновой вариант отчета \\ Draft version

В обзоре обобщена соответствующая медицинская литература, относящаяся к выдаче Налоксона на дом, что имеет место во многих странах мира. Особое внимание уделено рассмотрению обоснования этой интервенции в литературе по аддиктологии и скорой помощи.

[на английском]

Тверь. Профилактика передозировок среди ПИН. Обучение и предоставление налоксона

Юрий Иванов, в рамках проекта « Развитие и укрепление ресурсов сообщества потребителей наркотиков. Доступность медицинской помощи, соблюдение гражданских прав и свобод потребителей наркотиков в Твери».

Презентация о профилактике передозировок в рамках проекта « Развитие и укрепление ресурсов сообщества потребителей наркотиков. Доступность медицинской помощи, соблюдение гражданских прав и свобод потребителей наркотиков в Твери».

[на русском]

Get the SKOOP: Навыки и умения в области профилактики передозировки

Презентация. Шэрон Стэнклифф, Коалиция Снижения Вреда

В данной презентации приводятся эпидемиологические данные по передозировкам в США, обсуждаются причины и меры по предотвращению смертельных передозировок. В презентации также разбирается американская модель профилактики передозировок.

[на русском и английском][другие материалы Коалиции снижения вреда]

Основной курс обучения профилактике передозировки опиатами

(Opioid Overdose Prevention Core Curriculum, сайт Департамента здравоохранения Нью-Йорка)

Это источник основных знаний по профилактике передозировок для тренеров, а также сборник советов по проведению тренингов.

[на английском][другие материалы на сайте Департамента здравоохранения Нью-Йорка]

Брошюра «Передозировка наркотиками»

Всероссийская сеть снижения вреда, 2006 г.

Это брошюра по профилактике дозировок, разработанная Всероссийской сетью снижения вреда. Материал может быть полезным для разработки компаний в данной сфере.

[на русском]

Профилактика передозировки

(Preventing overdose // Andrew Preston, Paul Hardacre, Neil Hunt, Jon Derricott. Exchange Campaigns - Department of Health, 2001)

Данное руководство было написано в качестве дополнения к ряду материалов, разработанных в рамках кампании по снижению числа смертельных случаев при передозировках опиатами. В него входит информация о причинах и факторах риска передозировок, а также о том, какие действия в случае передозировки являются правильными, а какие опасными. В руководстве описаны десять ключевых стратегий по снижению числа смертельных случаев при передозировках, приводится список полезных контактов, список литературы для дополнительного чтения, а также список материалов, выпущенных в поддержку кампании по профилактике передозировок. Документ был отредактирован с учетом австралийского контекста, однако может оказаться полезным для создания кампании по профилактике передозировок в регионе ЦВЕ/ЦА.

[на английском][другие материалы от «Exchange Campaigns»]

Предупреждение передозировки и управление

Презентация. Амстердам – 2006

В презентации представлена информация по эпидемиологии передозировок в Центральной и Восточной Европе, и в России, в частности; базовая информация по передозировкам и помощи при них; информация о начале программ по передозировкам на примере программы г. Нью-Йорка.

[на русском]

Передозировка опиатами: часть первая - причины

(Overdosing on opiates: Part I – Causes // David Best, Lan-Ho Man, Deborah Zador, Shane Darke, Sheila Bird, John Strang, Mike Ashton. Drug & Alcohol Findings: Issue 4, 2000)

В этом документе обсуждаются причины и распространенность передозировок с

целью разработки профилактических программ. Документ представляет из себя обзор литературы с акцентом на Великобританию.

[на английском]

услуги

Наращивание компетенции по профилактике передозировок

(Building capacity in overdose prevention // Presentation by Sharon Stancliff, MD, Caroline Rath, PA-C. Harm Reduction Coalition, New York, USA – 2008)

В данной презентации приводятся ключевые аргументы и называются основные препятствия на пути предоставления услуг по профилактике передозировок в пунктах обмена/раздачи шприцев, приютах для бездомных, больницах, клиниках, в ходе программ по предоставлению лечения наркомании и профилактике ВИЧ, в тюрьмах/колониях и среди людей, отбывавших наказание в местах лишения свободы. В презентации также представлена информация о предоставлении услуг по профилактике передозировок в г. Нью-Йорке в США.

[на английском] [другие материалы Коалиции снижения вреда]

«Обычно это не только героин». Решение проблемы передозировки среди южноавстралийских потребителей героина посредством осуществления межсекторного сотрудничества

Кэтрин МакГрегор, Катрина Холл, Роберт Али, Пол Кристи, Роберт Брэйтвэйт, Шэйн Дарк. Резюме отчета, 1999 г. Перевод: «СПИД Фонд Восток-Запад»

В документе представлены ключевые идеи исследования деятельности проекта по профилактике передозировки героином в Южной Австралии, который начался в 1994 году. Проект действует по принципу «равный обучает равного», в ходе его реализации были выработаны лозунги и обучающие материалы, которые оказались эффективным средством передачи идей по охране здоровья в сообществе потребителей инъекционных наркотиков.

[на русском] [на английском]

Также посмотрите:

НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ – обратная связь по проекту профилактики передозировок

[на русском]

Информация о проекте «Профилактика передозировок среди потребителей

инъекционных наркотиков в г.Самара»

[на русском]

местная и национальная политика

Рапорт: Поправки к уставу по инструкциям и процедурам

(Policy Report: Amendments to the Regulations and Procedures Manual // Vancouver Police Department Planning and Research Section. Board Report # 0648, June 2006)

Этот рапорт представляет собой рекомендации для полиции по тому, как вести себя в ситуациях смертельных и несмертельных передозировок запрещенными наркотиками. Рекомендации основаны на исследовании, проведенном в Австралии, и рассматривают передозировку наркотическими средствами как состояние, требующие срочной медицинской помощи. Основной причиной вызова полиции в случае несмертельной передозировки является необходимость в оказании помощи по спасению жизни и принятии мер обеспечения общественной безопасности. Число смертельных случаев при передозировках может снизиться в случае, если полиция перестанет предъявлять обвинения в потреблении наркотиков в таких ситуациях.

[на английском]

Доступность налоксона — это еще один шанс

Дэн Бигг. Коалиция снижения вреда, Nr.9, осень 1999.

Перевод: "СПИД Фонд Восток-Запад"

Это статья Дэн Бигга (Dan Bigg) — директора Чикагского реабилитационного альянса – о необходимости обеспечения доступности налоксона без рецепта и повсеместного распространения информации о правильном его использовании.

[на русском][на английском]

Снижения уровня смертности от передозировок наркотиками: отчет Консультативного совета по злоупотреблению наркотиками

(Reducing drug related deaths: A Report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs. London: The Stationery Office - 2000. ISBN 0113412398)

Особое внимание данного документа уделено профилактике преждевременных смертей от передозировок контролируруемыми и незаконными наркотиками, а также при смешивании незаконных наркотиков и алкоголя. В документе представлены аргументы и рекомендации для разработки новых интегрированных инициатив в сфере профилактики передозировок в Великобритании.

[на английском]

прочие полезные материалы

(на английском)

День осведомленности о передозировках: плакат, Армия спасения - 2008

Слайд: Причины смерти среди ЛЖВИЧ в России: ни только СПИД, даже совсем не СПИД

Подготовная анкета, Нью-Йорк

Анкета по медицинской истории налоксона, Нью-Йорк

Анкета оценки до и после тренинга, Нью-Йорк

Анкета по оценке эффективности тренинга

Объявление о тренинге по профилактике передозировок, Коалиция снижения вреда

Объявление о тренинге "Ваш клиент синее?!", Коалиция снижения вреда

MBIDOZIMI (OVERDOZA): NDIHMA E PARË, Aksion Plus, Tiranë - 2005 [на албанском]

ССЫЛКИ

(на английском)

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/campaigns/overdose/overdose_intro.html

Инструментарий «Exchange Supplies» для снижения вреда от передозировок

<http://www.anypositivechange.org/res.html>

Чикагский реабилитационный альянс (Chicago Recovery Alliance)

<http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=51>

Коалиция снижения вреда (Harm Reduction Coalition)

<http://nomadoverdoseproject.googlepages.com/nomadhomepage>

Проект по профилактике передозировок N.O.M.A.D (Not One More Anonymous Death)

http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/harm_reduction/opioidprevention/index.htm

Государственный департамент здравоохранения Нью-Йорка, СПИД институт

<http://www.drug-overdose.com/>

Черновой вариант отчета \\ Draft version

Информация о передозировках

http://www.nta.nhs.uk/areas/drug_related_deaths/trends.aspx

Национальная агентство лечения зависимости: Тенденции смертей в связи с наркотиками в Англии

<http://killpeople.com/breathe/index.html>

Breathe (игра по теме передозировок)

Ссылки на материалы и прочее доступны на www.harm-reduction.org

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) – это региональная сеть, чья деятельность направлена на поддержку, развитие и распространение подходов снижения вреда в области наркотиков, ВИЧ, общественного здоровья и социальной изоляции, следуя принципам гуманизма, толерантности, партнерства и уважения прав и свобод человека.

В сеть входят представители как общественного, так и частного сектора, в том числе правительственные и неправительственные организации, специалисты в области наркозависимости и ВИЧ-инфекции, организации снижения вреда, исследователи, активисты и самоорганизации представителей сообществ (особенно люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и потребители наркотиков), а также сторонники и эксперты, работающие за пределами региона. Управление деятельностью сети осуществляется непосредственно ее членами, а также через их представителей, избранных в Руководящий комитет. Административная работа осуществляется Секретариатом в Вильнюсе (Литва).

Основной целью сети является совершенствование политики в отношении ВИЧ/СПИДа и наркотиков, посредством информационной поддержки, обмена опытом, укрепления потенциала как членов сети, так и других организаций, работающих в области снижения вреда, связанного с наркотиками, в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. Члены сети и их союзники ищут оптимальные пути снижения вреда, связанного с наркотиками, в том числе инфицирования ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями, передающимися через кровь, путем содействия смягчению репрессивной и дискриминационной политики в отношении потребителей наркотиков и других уязвимых групп населения. ЕССВ стремится сотрудничать с региональными и национальными сторонниками и политиками, чтобы способствовать разработке более разумной, эффективной и гуманной политики в области ВИЧ/СПИДа и наркотиков, основывающейся на доказательной базе.

Почтовый адрес:	Вильнюс, 01133, Литва Ул. Siauliu 5/1-21
Тел.	+370 5 269 1600
Факс:	+370 5 269 1601
Электронный адрес:	info@harm-reduction.org
Интернет:	www.harm-reduction.org

