

Жанна Атаянц, Алишер Латыпов, Даша Очерет

# Передозировка:

обзор ситуации и ответные меры  
в 12 странах Восточной Европы  
и Центральной Азии



2011



## Об организации

**Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ)** – это региональная сеть, миссия которой заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

ЕССВ основана в 1997 году и в настоящее время объединяет более 340 человек и организаций из 29 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Среди членов сети – представители организаций, работающих в области снижения вреда, сообщества потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ, наркологических служб, ВИЧ-сервисных организаций, государственных учреждений, исследователи и эксперты. Определяет деятельность сети Руководящий комитет; секретариат сети находится в Вильнюсе (Литва).

Почтовый адрес: г. Вильнюс, Литва, 03228, ул. Швитригайлос, дом 11В

Телефон: +370 5 269 1600

Факс: +370 5 269 1601

Эл. адрес: [info@harm-reduction.org](mailto:info@harm-reduction.org)

Веб-сайт: [www.harm-reduction.org](http://www.harm-reduction.org)

© Евразийская сеть снижения вреда, 2011. При цитировании ссылка на источник обязательна. Для использования полной версии публикации необходимо разрешение ЕССВ.

ISBN 978-609-8010-15-2

**Авторы**

Жанна Атаянц (Janna Ataiants)

Алишер Латыпов (Alisher Latypov)

Даша Очерет (Dasha Ocheret)

**Редактура текста**

Нази Арутюнян

**Дизайн и верстка**

Дональдас Андзюлис (Donaldas Andziulis), «Ex Arte», Литва

**Доноры**

Данный материал опубликован при финансовой поддержке Международной программы снижения вреда Фондов «Открытое общество». Мнения авторов, выраженные в публикации, не обязательно отражают официальную политику/позицию донора.

**Рекомендуемый формат для цитирования**

Атаянц, Ж., Латыпов, А. и Очерет, Д. (2011). *Передозировка: Обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии*. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда.

Публикация доступна по адресу: [www.harm-reduction.org](http://www.harm-reduction.org)

## Список сокращений

ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГФ (или Глобальный фонд)	– Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕС	– Европейский союз
ЕССВ	– Евразийская сеть снижения вреда
КАДАП	– Программа предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP)
МКБ	– Международная классификация болезней
НИИ	– Научно-исследовательский институт
НП	– некоммерческое партнерство
НПО	– неправительственная организация
ООН	– Организация Объединенных Наций
ПИН	– потребители инъекционных наркотиков
ПИШ	– программы игл и шприцев
СНГ	– Содружество Независимых Государств
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита (человека)
УНП ООН	– Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	– Объединенная программа ООН по СПИДу (UNAIDS)
CARHAP	– Центральноазиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу (Central Asia Regional HIV/AIDS Programme)
EMCDDA	– Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction)
PSI	– Фонд «Центр социального развития и информации» (Population Services International)
SCAD	– Программа «Контроль за наркотиками на Южном Кавказе» (Southern Caucasus anti-drug programme)
ПРООН	– Программа ООН по развитию (UNDP)

## Выражение признательности

Авторы отчета выражают глубокую признательность группе экспертов из стран Центральной и Восточной Европы, Центральной Азии, а также США за помощь в сборе фактического материала и советы при подготовке данного исследования. Мы бы хотели лично поблагодарить Лейлу Иманову, Зульфию Мустафаеву, Руфата Насибова и Эхтирама Пашаева (**Азербайджанская Республика**), Олега Айзберга, Анну Веницкую, Евгения Голубицкого, Людмилу Трухан, Александра Цехановича и Анну Чернышеву (**Республика Беларусь**), Кетеван Бидзинашвили, Джану Джавахишвили, Нино Джанашиа, Ирму Киртадзе, Константина Лабарткаву, Давида Отиашвили, Дали Ушаридзе, Зорю Цурцумия, Марину Чохели и Алекса Шошикелашвили (**Грузия**), Салтанат Егеубаеву и Шолпан Примбетову (**Республика Казахстан**), Жылдыз Бакирову, Сергея Бессонова, Александра Зеличенко и Айбека Мукамбетова (**Кыргызская Республика**), Юргу Пошкевичюте, Сигне Ротберга и Эрнеста Ясайтиса (**Литва**), Ольгу Вакарчук, Лилиану Герман, Отилию Скутельничук и Аллу Яцко (**Республика Молдова**), Аскара Ахмедова, Елену Борзунову, Оксану Доброскок, Валентину Журавлеву, Андрея Карпеца, Сергея Кореня, Льва Левинсона, Любовь Нечаеву, Леонида Петрова, Аню Саранг и Сергея Царева (**Россия**), Юроса Вичиника, Божану Костик и Елену Янкович (**Сербия**), Марию Голованевскую, Аззи Моменхалибаф, Роксан Сосьер и Марину Смелянскую (**США**), Нигору Абиджанову, Марам Азизмамадова, Аллоудина Бойматова и Пулода Джамолова (**Республика Таджикистан**), Владимира Безногих, Леонида Власенко, Анатолия Волика, Марию Каминскую, Наталию Киценко, Олену Кучерук, Андрея Мандебуру, Павла Скала, Андрея Толопило и Людмилу Шульга (**Украина**), Аве Талу (**Эстония**).

Мы искренне благодарим Международную программу снижения вреда Фондов «Открытое общество» за предоставленную финансовую поддержку.

# Содержание

Об организации.....	2
Список сокращений .....	4
Выражение признательности.....	5
Резюме.....	8
Цели .....	9
Методология.....	9
Вступление.....	10
Эпидемиологическая справка.....	12
Результаты.....	13
Масштаб и регистрация передозировок.....	13
Политика стран в отношении передозировок .....	21
Ответные меры со стороны НПО .....	24
Рекомендации.....	27
Библиография .....	33
Источники на русском языке.....	33
Источники на английском языке.....	34
Приложения .....	36
Таблица 1. Инъекционное употребление наркотиков и распространение ВИЧ-инфекции в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии .....	36
Таблица 2. Источники официальной статистики по передозировкам.....	40
Таблица 3. Регистрация передозировок.....	41
Таблица 4. Распространенность передозировок.....	47

Таблица 5. Актуализация проблемы снижения смертности от передозировок на общенациональном уровне.....	53
Таблица 6. Статус налоксона.....	55
Таблица 7. Наличие налоксона в медицинских учреждениях и аптеках .....	58
Таблица 8. Фирма–изготовитель, форма выпуска, стоимость налоксона.....	60
Таблица 9. Профилактика передозировок в Азербайджане, Беларуси, Литве, Молдове, Сербии, Эстонии.....	62
Таблица 10. Наркосцена и наркотик передозировки в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине.....	63
Таблица 11. Программы профилактики передозировок в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине: начало работы программ, доноры, количество программ и клиентов.....	65
Таблица 12. Программы профилактики передозировок в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине: количество клиентов, выданных ампул, спасенных жизней .....	67
Таблица 13. Модели распространения налоксона в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине.....	69
Таблица 14. Эффективность программ профилактики передозировок.....	72
График 1. Сравнение статуса и доступности налоксона в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии .....	74
Приказ Правительства Москвы от 11 сентября 2006 г. № 347.....	75

## Резюме

Исследование было проведено с марта по июль 2011 года по инициативе Евразийской сети снижения вреда. Цель исследования – изучить в 12 странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии масштаб распространенности передозировок наркотиками и специфику предпринимаемых ответных мер. Исследование проводилось посредством опроса, в котором приняли участие 63 местных и региональных эксперта, и аналитического обзора существующей литературы.

### **Результаты и выводы:**

- Полученная нами информация свидетельствует о значительных расхождениях между официальной статистикой и реальной распространенностью передозировок с летальным и нелетальным исходами (согласно данным опроса среди потребителей наркотиков, сотрудников программ снижения вреда, а также по неофициальной оценке медицинского персонала). Официальная статистика по передозировкам, как правило, является фрагментированной и существенно заниженной. Более того, доступ к этой статистике чрезвычайно затруднен. Важный фактор, оказывающий непосредственное воздействие на ее качество, – принятая в исследуемых странах наркополитика. И это закономерно: в условиях репрессивного законодательства статистика будет неполной и искажающей реальную картину распространенности передозировок. Как следствие, ни государственные структуры, ни НПО не обладают объективной картиной распространенности передозировок и смертности от наркотиков, что, в свою очередь, создает серьезные препятствия для адекватных мер реагирования и ведет к недооценке программ профилактики передозировок, реализуемых НПО.
- Для национального здравоохранения большинства фокусных стран снижение смертности от передозировок не является приоритетным вопросом. Несмотря на дешевизну и высокую эффективность налоксона в предотвращении смертности от опиоидных передозировок, препарат в недостаточной мере применяется в системе медицинской помощи, в том числе неотложной медицинской помощи. Только в восьми странах налоксон включен в национальные списки жизненно важных лекарственных средств, хотя ВОЗ внесла этот препарат в «Модельный список основных лекарственных средств» более 25 лет назад. Нам представляется, что меры контроля в отношении налоксона являются неоправданно жесткими. Таким образом, складывается ситуация, когда при передозировке наркотиками медики не имеют доступа к этому эффективному antidоту, а потребители наркотиков и/или их близкие также не могут оказать помощь, потому что лишены возможности приобрести налоксон заранее в аптеках.
- Во всех странах исследования НПО готовы или начать, или расширить доступ к налоксону через адвокационные и сервисные проекты, но в шести из них нет соответствующего финансирования. Даже в тех странах, где такие проекты реализуются, неоправданно жесткие меры контроля в отношении налоксона не позволяют полномасштабно распространять его в сообществе потребителей наркотиков. В большинстве проектов не налоксон «доносят» до потребителей через аутрич-работников, а сами потребители вынуждены приходить за препаратом в стационарные ПИШ или медицинские учреждения. Вместе с тем, несмотря на пробелы и препоны в законодательстве, регулирующем оборот налоксона, во всех шести странах все проекты профилактики передозировок смогли выбрать легальную схему предоставления препарата и оказали позитивное воздействие на ситуацию с передозировками по ряду параметров, самым важным из которых является спасение человеческой жизни. В четырех странах, по которым имеется информация, за годы реализации проектов были спасены как минимум 2439 человек. В одном только 2010 году в трех странах удалось спасти 1204 человека.

## Цели

Данное исследование было проведено в 12 странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии по инициативе Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ). Цель исследования – изучить масштаб распространенности передозировок наркотиками и специфику ответных мер. Одна из важных задач исследования состояла в определении круга экспертов по профилактике передозировок и систематизации базы данных для разработки долговременной стратегии по адвокации доступа к услугам профилактики передозировок, в том числе – доступа к налоксону.

Мы надеемся, что проведенная нами работа и ее результаты станут очередной «точкой отсчета» в развитии ситуации с передозировками в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.

## Методология

Исследование проводилось в два этапа: 1) сбор данных и первичный анализ; 2) валидизация данных и их коррекция с учетом комментариев экспертной группы ЕССВ по передозировкам и сотрудников местных НПО. География исследования – 12 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии: Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Россия, Сербия, Таджикистан, Украина, Эстония. Критерием отбора стран было наличие либо действующих программ профилактики передозировок, либо заинтересованность в инициировании таких программ со стороны ведущих организаций, работающих в области снижения вреда и в СПИД-сервисе.

Исследование включало проведение опроса среди экспертов и анализ тематических материалов – как изданных, так и неопубликованных (в числе которых ответы на официальные запросы, программные и грантовые отчеты, презентации). В опросе приняли участие 63 местных и региональных эксперта из 12 фокусных стран и США. Опросы проводились по электронной почте, скайпу и телефону. Большую часть экспертов представляли сотрудники неправительственных организаций, работающих в области снижения вреда и в СПИД-сервисе. В отдельных странах были также опрошены специалисты по наркозависимости, правозащитники, судмедэксперты, сотрудники донорских организаций, представители государственных агентств по общественному здравоохранению, представители служб по контролю над наркотиками, сотрудники центров по мониторингу за наркоситуацией. Информационная база исследования была ограничена общедоступными материалами на русском и английском языках.

В связи с недостатком материалов о передозировках в странах региона и труднодоступностью официальной статистики предоставляемые из разных источников данные скорее дополняли друг друга, чем давали возможность валидизировать результаты. Целенаправленный сбор комментариев экспертов не входил в задачу исследования, однако именно эти комментарии придали глубину и смысл полученной информации.

# Вступление

По вопросам, связанным с передозировками, существует обширная литература в США, Австралии и странах Западной Европы. В странах Восточной Европы и Центральной Азии подобной литературы совсем немного. Нам известно о трех серьезных публикациях, основанных на результатах обзорных исследований: статье Ф. Коффин и А. Строда «Передозировка в Центральной и Восточной Европе и бывших странах СССР» (исследование проводилось в 13 странах региона) (Коффин и Строда, 2001), «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» (Коффин, 2008), а также статье Дж. Редмонда и К. Спунер «Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: Proximal and distal causes and implications for policy» (Redmond & Spooner, 2009). Помимо этого, некоторые материалы на данную тему содержатся в совместном отчете УНП ООН и Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу за 2010 год (Управление ООН по наркотикам и преступности, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010), брошюре ЕССВ «Молодежь и инъекционное употребление наркотиков в странах Центральной и Восточной Европы» (ЕССВ, 2009), обзоре Ф. Коффина, С. Шерман и М. Кертиса «Underestimated and overlooked: A global review of drug overdose and overdose prevention» (Coffin, Sherman, & Curtis, 2010), а также в публикации ЕССВ «Значимость передозировок при ВИЧ» (ЕССВ, 2010). При обсуждении и анализе перечисленных публикаций первостепенную важность для нас имело то, какие проблемы на уровне региона выделяют авторы, и каковы их рекомендации. Особый интерес представляло сравнение ситуации по передозировкам, описанной в отчете Ф. Коффина (и А. Строда) за 2001 год, с ситуациями, представленными этим же автором в более поздних работах: с 2008-го по 2010 год. Как оказалось, к 2008–2010 годам проблемные тенденции остались примерно те же, и передозировка по-прежнему оценивалась как одна из главных угроз здоровью и жизни потребителей наркотиков. Благодаря проведенным в 2008–2010 годах в ряде стран (например, в России) эпидемиологическим и социологическим исследованиям, связанным с передозировками, этот тезис получил дополнительные подтверждения (см., например, Sergeev, Karpets, Sarang, & Tikhonov, 2003; Kozlov et al., 2006; Grau et al., 2009). Как и ранее, в странах региона нет целенаправленной политики предотвращения передозировок, и в этом – причина отсутствия объективной статистики, излишне регулируемого статуса налоксона, недостаточного доступа к препарату сотрудников экстренной медицинской помощи, отказов большей части потребителей наркотиков обращаться за медицинской помощью (из-за боязни вмешательства правоохранительных органов).

Однако произошли и некоторые позитивные изменения. По сравнению с ситуацией 2001 года самым важным из них стало появление в некоторых странах пилотных налоксоновых программ (одна из основных рекомендаций отчета 2001 года). Кроме того, со стороны неправительственных организаций произошло

переосмысление значения профилактики передозировок в контексте ВИЧ-инфекции. Если в отчете 2001 года профилактика передозировок рассматривалась НПО как «конкурирующее» направление для ВИЧ-сервиса и адвокации, то, судя по публикациям 2008–2010 годов, НПО и доноры пришли к осознанию необходимости интеграции профилактики передозировок в более широкую работу по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Отдельного внимания заслуживает исследование Дж. Редмонда и К. Спунер (Redmond & Spooner, 2009), направленное на выяснение возможной взаимосвязи между ростом смертности молодежи от алкоголя и нелегальных наркотиков в странах СНГ, доступностью/дешевизной запрещенных веществ и такими факторами, как влияние и авторитет семьи или местной общины. Авторы пришли к следующему выводу: несмотря на то, что доступность/дешевизна (например, опиатов), несомненно, оказывает воздействие на масштаб употребления наркотиков, одним этим фактором нельзя объяснить разницу между более высоким уровнем смертности от наркотиков в «индустриальных» обществах СНГ (страны Восточной Европы и Казахстан) и более низким – в «традиционных» обществах остальных стран Центральной Азии и Закавказья. Уровень смертности молодежи от легальных и нелегальных наркотиков оказывается ниже в странах с более высоким уровнем групповой солидарности, где молодежь в большей мере полагается на семью.

Обобщая сказанное, следует отметить, что небольшое количество обзорных исследований по странам региона, которые, к тому же, сфокусированы на разных группах и разных аспектах проблемы, и отсутствие сравнительных качественных исследований в этой области (за исключением работы Дж. Редмонда и К. Спунер) не позволяют получить объективную картину или проследить динамику изменений по ряду актуальных параметров. Тем не менее, данные этих обзорных исследований послужили для нас важным источником информации, а проведенный исследователями анализ подтвердил необходимость структурирования нашей работы, исходя из трех компонентов: статистики передозировок, политики в отношении передозировок и ответных мер со стороны НПО.

# Эпидемиологическая справка

В странах Восточной Европы и Центральной Азии в среднем насчитывается 3 724 000 потребителей инъекционных наркотиков (Mathers et al., 2008). Согласно «Всемирному докладу о наркотиках» УНП ООН, с конца 1990-х до 2008 года в странах Европы и Азии основным проблемным наркотиком были опиаты: за это десятилетие спрос на лечение зависимости от опиатов в структуре всего лечения наркозависимости составил: в Европе – порядка 55%, в Азии – более 60% (УНП ООН, 2010). Восточная Европа имеет одну из самых больших в мире популяций потребителей инъекционных наркотиков, большинство из которых употребляют опиаты (УНП ООН, 2010).

Доминирование опиатов связано и с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции и смертности, обусловленным инъекционным употреблением наркотиков. По данным ЮНЭЙДС, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии зафиксирован самый высокий рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в мире: с 2000-го по 2009 год произошло почти трехкратное увеличение количества людей, живущих с ВИЧ, на фоне того, что эпидемия по-прежнему сконцентрирована среди ПИН, секс-работников и их сексуальных партнеров. Около миллиона потребителей наркотиков являются ВИЧ-положительными (UNAIDS, 2010).

В странах Европы основной причиной предотвращаемой смертности от употребления нелегальных наркотиков является передозировка. В большинстве летальных исходов, вызванных употреблением наркотиков, токсикологический анализ показал наличие героина (EMCDDA, 2010). Соответствующие данные по региону Восточной Европы и Центральной Азии отсутствуют.

В Таблице 1 по каждой из 12 стран исследования представлены основные эпидемиологические данные по инъекционному употреблению наркотиков и эпидемии ВИЧ-инфекции.

# Результаты

## Масштаб и регистрация передозировок

*«Вся беда в том, что не только в Азербайджане, но и во многих странах Европы и Азии, а также в России не проводят исследований на предмет выявления передозировок с летальным исходом. Однако по фактам, которыми мы располагаем, можно сказать, что приблизительно каждый четвертый потребитель инъекционных наркотиков умирает от передозировки».*

Представитель НПО, Азербайджан

В данном разделе мы рассмотрим систему регистрации передозировок в фокусных странах исследования, официальную статистику по смертности и оценочные данные по распространенности передозировок, а также обсудим ряд наиболее проблемных вопросов.

**Источники официальной статистики по передозировкам.** Отправной точкой в поиске официальной статистики по передозировкам стал для нас сайт Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)), где опубликованы данные по смертности, связанной с наркотиками,<sup>1</sup> по всем странам – членам ЕС и кандидатам в членство в ЕС, а также по некоторым соседним с ними странам. Эта статистика была доступна по 2007–2008 годы для девяти из 12 стран настоящего исследования (исключая Россию, Азербайджан и Таджикистан) ([www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews)).

<sup>1</sup> Индикатор EMCDDA «смертность, связанная с наркотиками» включает два взаимодополняющих компонента: 1) «смертельные исходы, вызванные употреблением наркотиков». Он содержит статистику отравлений и передозировок и базируется на данных, собранных через общие и специальные реестры смертельных исходов, а также через ведомственную статистику по смертности, которую ведут медико-правовые институты; 2) «смертность среди потребителей наркотиков». Он основан на данных когортных исследований, проведенных среди потребителей наркотиков, как правило, лечившихся от наркозависимости. Данный компонент содержит статистику общей и специфической смертности среди потребителей наркотиков: как непосредственно связанной с употреблением наркотиков (передозировки), так и не связанной с употреблением (например, от инфекционных заболеваний, насильственных действий и травм, в результате суицида, употребления алкоголя, из-за психических расстройств и т.д.). Описание данного индикатора EMCDDA см.: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_67050\\_EN EMCDDA-DRD-overview.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67050_EN EMCDDA-DRD-overview.pdf)

Затем, благодаря экспертам, появились дополнительные источники информации, и по большинству стран региона – более современные данные.

Еще одним значимым информационным источником стал сайт Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP), финансируемой Европейским союзом (<http://cadap.eu/en>). Следует отметить, что обзоры по странам Центральной Азии, представленные на сайте EMCDDA, были также подготовлены в рамках CADAP. Используя страновые отчеты по наркоситуации, опубликованные на сайте CADAP, мы получили статистику по смертельным передозировкам в Таджикистане и Казахстане.

Отдельно стоит сказать о России и Азербайджане, которые не вошли в список стран, охватываемых этими двумя ресурсами. Наиболее полные данные по ситуации в России представлены в несколько устаревшей (2006 год), но широко цитируемой работе о смертельных случаях передозировки, основанной на официальной медицинской статистике (Кошкина, 2008). Более «свежая» информация относится к 2009 году, но при этом касается лишь отдельных аспектов смертности от передозировок: 1) ее соотношения с общей смертностью людей, живущих с ВИЧ (Специализированная научно-исследовательская лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2010), и 2) смертности среди зарегистрированных потребителей наркотиков (то есть состоящих на учете в наркологических диспансерах) (Форма федерального статистического наблюдения № 37 «Сведения о контингентах больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией», утверждена Приказом Росстата от 13.08.2009 № 171).

**«Статистику по передозировкам нам получить не удалось. Официально. Мы пытались получить через НИИ скорой помощи и через наркологию».**

Оксана Доброскок, благотворительный фонд  
«Гуманитарное действие», Россия

По Азербайджану единственным источником официальных данных был отчет программы «Контроль за наркотиками на Южном Кавказе» (SCAD) за 2004 год, финансируемой Европейским союзом (Asgıyan, Javakhishvili, & Naibova, 2004). Более современные данные были получены в результате неофициальной оценки сотрудниками СПИД-центра количества смертей, вызванных передозировками, среди людей, живущих с ВИЧ, за первые три месяца 2011 года (в официальных документах были указаны другие причины смерти) (см. Таблицу 4). Следует отметить, что недавно изданный ежегодный отчет по наркоситуации в Азербайджане за 2010 год не содержал каких-либо сведений по смертельным и несмертельным случаям передозировки среди потребителей наркотиков (National Drug Prevention Office, 2011).

Помимо веб-сайтов и печатных публикаций были задействованы и некоторые другие, заслуживающие внимания информационные каналы – например, официальные запросы. Согласно законодательству, во многих (если не во всех) странах представители государственных органов обязаны предоставлять информацию по запросам граждан. Именно таким образом нами были получены статистические данные по Сербии и Грузии. В Кыргызстане официальный запрос был оформлен несколько ранее НПО «Атика» для собственного адвокационного проекта.

О проблемах с получением статистических данных в открытых источниках говорили многие эксперты НПО. Как правило, официальные данные по передозировкам не включают в национальные статистические отчеты, не публикуют на сайтах профильных министерств, научно-исследовательских институтов (или их объединяют с другими данными). Например, на сайте российского Национального научного центра наркологии можно найти много полезной статистической информации об употреблении наркотиков и алкоголя ([www.nncn.ru/2\\_195.html](http://www.nncn.ru/2_195.html)), но не по передозировкам. В Азербайджане национальная статистическая отчетность, представленная в открытом доступе, объединяет смертность от всех отравлений, травм

и внешних факторов (The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan: Demographic indicators. 5.1. Number of deaths by main classes of causes: [www.azstat.org/statinfo/demographic/en/035.shtml#s1](http://www.azstat.org/statinfo/demographic/en/035.shtml#s1)). В Беларуси, в открытом источнике по страновой статистике смертности, отдельно выделяются смертельные случаи отравления алкоголем и смертность, связанная с хроническим алкоголизмом, но не от передозировки наркотиками (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2009). Часть респондентов отметила, что в их стране статистику по передозировкам можно получить, используя только неформальные каналы, другими словами, «по знакомству».

Таблица 2 содержит перечень источников официальных данных по передозировкам с комментариями по ограничениям, накладываемым той или иной системой.

**Регистрация передозировок.** Несмотря на убежденность некоторых респондентов в том, что в их городе или стране никто не занимается статистикой передозировок, мы пришли к противоположному выводу: случаи передозировок везде регистрируются, но эта информация не афишируется, особенно если ее передают (скорее всего, неофициально) из медицинских учреждений в правоохранительные органы. Во всех странах, охваченных нашим исследованием, данные по передозировкам (в том числе с летальным исходом) собираются, по крайней мере на уровне города, хотя бы одним ведомством.

Самой главной проблемой регистрации передозировок является отсутствие системного подхода и возможности сопоставить данные. Только в двух фокусных странах – Литве и Эстонии – информация оформляется по утвержденному протоколу EMCDDA.<sup>2</sup> В остальных странах система регистрации передозировок имеет фрагментарный характер и либо ограничена ведомственной статистикой (например, сведения, предоставленные «скорой помощью»; сведения из учреждений судмедэкспертизы, патологоанатомических отделений больниц), либо целевой группой (например, только по зарегистрированным ПИН или только по тем смертельным случаям, которые оказались «подозрительными» судмедэксперту).

Более того, в странах региона не существует единой терминологии, используемой при описании летального исхода при передозировке: смерть «от употребления наркотиков», «вызванная наркотиками», «от острого отравления наркотическими веществами», а также «в результате преднамеренного отравления с целью наркотического опьянения».

Отсутствие единой внутристрановой системы по сбору данных по передозировкам приводит к попыткам обобщения данного рода информации на местном уровне. Примером может служить приказ № 347 Правительства Москвы от 11 сентября 2006 г. «О предоставлении информации о лицах, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества с целью опьянения и одурманивания, поступивших на лечение в ЛПУ Департамента здравоохранения, и о фактах выявления наркотических средств и психоактивных веществ в биологических средах у граждан, находящихся в учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» (см. Приложение).

**«...Как и по многим другим параметрам, статистика здравоохранения в Сербии не выделяет передозировки среди других отравлений /.../. Они [органы государственной власти] и понятия не имеют о реальных цифрах, поскольку до сегодняшнего дня все, что касалось передозировок, регистрировалось как отравления – безотносительно к тому, что стало причиной: передозировка наркотиками или загрязненный воздух».**

Представитель НПО, Сербия

<sup>2</sup> Информация о «Стандартном протоколе EMCDDA» для сбора данных и графической отчетности по индикатору «смерти, связанные с наркотиками» (версия 3.2), опубликована на сайте EMCDDA: [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html)

Ограниченность временных ресурсов и доступа экспертов к информации не позволила собрать исчерпывающие сведения по нормативной базе, связанной с регистрацией передозировок, однако почти во всех фокусных странах удалось установить ведомства, которые или официально ведут статистику по передозировкам, или «вероятнее всего» этим занимаются (Таблица 3).

**Распространенность смертельных передозировок.** По всем фокусным странам были собраны данные официальной статистики по смертельным случаям передозировки за один или несколько лет в период с 1999-го до 2010 года (Таблица 4).

Несомненно, эти цифры имеют большое значение для последующих адвокационных действий, но в настоящий момент они главным образом свидетельствуют о заниженности и фрагментированности официальной статистики. К такому выводу пришли все опрошенные эксперты НПО, а также представители государственных структур, специализирующихся на сборе информации по передозировкам. Например, в «Обзоре наркоситуации» за 2010 год, подготовленном Агентством по контролю за наркотиками (АКН) при Президенте Республики Таджикистан, сказано: «Данные сведения не отображают реальную ситуацию, связанную со смертностью, в связи с несовершенством системы регистрации летальных исходов от передозировки наркотиками» (АКН, 2011).

Наблюдается некоторая закономерность в представлении официальной статистики разных фокусных стран. На наш взгляд, это является свидетельством того, что система регистрации случаев передозировки с летальным исходом может иметь значительные изъяны, независимо от уровня экономического развития страны, и в основе этого лежит существующая репрессивная наркополитика. По всей видимости, в той же мере, в какой число зарегистрированных ПИН не отражает оценочного числа (последнее, как правило, в 2–10 раз больше), реальное количество смертей от передозировок может в десятки раз отличаться от данных официальной отчетности. В Таблице 1 и Таблице 4 собраны официальные и оценочные данные по распространенности инъекционного употребления наркотиков, распространенности передозировок и смертности от передозировок. Причем, как показывает Таблица 4, заниженность статистики по передозировкам является своего рода межрегиональной тенденцией, развивающейся на протяжении нескольких лет и не характеризующей конкретную ситуацию лишь в той или иной стране в отдельно взятом году.

Необъективность данных официальной статистики была подтверждена результатами мониторинга передозировок, который проводился силами НПО на уровне города или района, а также неофициальными оценками медицинского персонала. Так, например, по информации, полученной от НПО «Новый путь» (Грузия), только в одной клинике Тбилиси каждый день принимают до 5–6 человек с передозировкой, но официальное количество смертей от передозировок по стране за 2010 год составило всего 15 случаев (данные Бюро судебно-медицинской экспертизы Грузии, полученные по официальному запросу Института прав человека в 2011 году). В Таджикистане в 2010 году «количество зарегистрированных смертельных случаев от передозировки наркотическими средствами составило 16 человек» (АКН, 2011), и в то же время аутопсии в стране проводятся крайне редко.

На несоответствие данных официальной статистики реальной ситуации с передозировками также указывают данные опросов, проведенных среди потребителей наркотиков. В Таблице 4 собраны данные опросов по восьми странам, свидетельствующие, что значительный процент ПИН – от 11% (исследование в Украине) до 100% (продолжающееся исследование в Казахстане) – пережили, по крайней мере, одну передозировку в своей жизни.

**При смерти от передозировок обычно пишут: «остановка сердца», «отёк легких, мозга». В год Республиканский наркодиспансер имеет только 7-8 зарегистрированных случаев, и, конечно, эта ситуация не соответствует реальности.**

Алла Яцко, Союз организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ и снижения вреда, Молдова

Результаты этих опросов свидетельствуют не только о широкой распространенности передозировок среди ПИН в разных странах, но и косвенно указывают на значительное количество неправильно диагностированных смертельных случаев. Например, согласно результатам одного из последних исследований поведенческих рисков, связанных с распространением ВИЧ-инфекции среди ПИН в Центральной Азии, за последний год около четверти из 1454 опрошенных в трех странах (Таджикистане, Кыргызстане и Казахстане) были свидетелями смертельного исхода от передозировки (опрос проводился в марте 2010 года) (PSI, 2010).

**«Медики устанавливают причину смерти чисто символически. Врач приходит, издали смотрит на тело, спрашивает у близких, чем вызвана смерть, и на основе их ответа оформляет свидетельство о смерти».**

Алекс Шошкелашвили,  
Институт прав человека, Грузия

Тем не менее необходимо с осторожностью подходить к валидации официальной статистики передозировок через данные опросов потребителей наркотиков, и, прежде всего, в тех случаях, когда предметом исследования являются несмертельные передозировки. Проблема заключается в том, что смысл понятия «передозировка» в медицинской отчетности<sup>3</sup> и в социологических опросах не всегда совпадает. Так, например, одно из медицинских определений передозировки, подготовленное на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), трактует передозировку как «медицинский термин, описывающий случай нелегального приема наркотического препарата в дозах больше обычно применяемых, сопровождающийся следующими клиническими критериями острой интоксикации в конечной фазе: нарушением функций важных внутренних органов, остановкой сердечно-сосудистой деятельности, нарушением дыхания, потерей сознания, вплоть до смерти» (Бакирова, 2010).

Следует отметить, что потребители наркотиков в понятие «передозировка» могут вкладывать несколько иной смысл (хотя и близкий): потерю сознания, факт вызова «скорой помощи», ухудшение самочувствия, совокупность этих и других признаков и т.д. Обычно респондентов просят односложно ответить на вопрос о собственном опыте переживания передозировки или опыте в качестве ее свидетеля, но вряд ли можно получить корректные результаты опроса без уточнения содержания этого понятия. Не совсем корректными представляются и возможные результаты сравнения полученных подобных образом данных с официальной статистикой по передозировкам с нелетальными исходами и данными аналогичных исследований в других городах и странах.

**Причины расхождения данных официальной статистики с реальными данными.** Чтобы понять, почему занижаются официальные данные по передозировкам, мы провели опрос среди экспертов из пяти фокусных стран: Грузии, Кыргызстана, России, Таджикистана и Украины. Несмотря на то, что эти страны расположены в разных субрегионах (Восточная Европа, Закавказье, Центральная Азия), причины оказались схожими.

Самую сильную мотивацию скрыть смерть от передозировки имеет ближайший круг пострадавшего. Свидетели передозировки часто не вызывают «скорую помощь», опасаясь неприятностей в связи с возможным расследованием полиции по факту незаконного употребления наркотиков. Согласно официальной или «не официальной, но обязательной к исполнению» инструкции в устной форме, «скорая

<sup>3</sup> В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), на основании которой происходит страновой учет заболеваемости, травм и причин смерти, отсутствует такое понятие, как «передозировка». Есть раздел «Отравления наркотическими средствами и психодислептиками (галлюциногенами)» (код T40) с выделением отравлений по виду наркотических веществ, а также диагноз «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов: Острая интоксикация» (код F11.0). Вместе с тем понятие «передозировка» фигурирует в ведомственной статистике. Например, в России наркологическая служба проводит учет диагнозов «передозировка» по форме статистического наблюдения № 37, данные для которой собираются не по МКБ.

помощь» обязана информировать полицию обо всех случаях передозировки (о существовании подобной инструкции говорили эксперты из Грузии, Украины и России). Обращения к медикам за помощью не происходят также из-за страха наркологического учета. Так, по данным исследования в Кыргызстане, проведенном в 2009 году, только 21% из 227 потребителей наркотиков вызывали «скорую помощь» в случае передозировки; 1/3 респондентов объяснила свой отказ от профессиональной медицинской помощи страхом перед последующим визитом полиции или постановкой на наркологический учет (Бакирова, 2010). Согласно исследованию 2008 года в России, которое охватывало 313 ПИН из трех городов, по вызову о передозировке «скорая помощь» приезжала в 92% случаев, но в каждом пятом случае врачи приезжали вместе с сотрудниками правоохранительных органов (Карпец, Белецкий, Утяшева, Нечаева, Царев, 2011). По информации, полученной от НПО из Одессы, в ходе неформального общения врач «скорой помощи» сообщил, что за год из 100 тысяч вызовов по городу только 8–9 бывают по передозировкам: «Люди боятся вызывать “скорую”».

Кроме того, семьи потерпевших опасаются стигматизации со стороны общества: огласки и осуждения, вплоть до разрыва социальных связей с соседями, друзьями и знакомыми (особенно это характерно для стран Закавказья и Центральной Азии). Поэтому родственники погибшего от передозировки предпринимают любые меры, включая взятки врачам и сотрудникам правоохранительных органов, чтобы скрыть истинную причину смерти. В начале 2000-х годов в некоторых странах коррупция была названа одной из основных причин отсутствия объективной картины смертности от наркотиков (Gamkrelidze et al., 2005). В странах, где преобладающей религией является ислам, к причинам искажения статистики добавляется и социально-религиозный фактор: по исламской традиции умершего необходимо предать земле как можно скорее, и вскрытие запрещено.

С другой стороны, выяснилось, что зачастую органы внутренних дел и врачи тоже не очень сильно заинтересованы в объективной статистике по передозировкам. С точки зрения правоохранительных органов, регистрация случая передозировки означает, как уже говорилось выше, необходимость проведения расследования: выявление источника сбыта наркотика, принятие мер по пресечению его дальнейшего оборота и т.д. Однако в большинстве случаев это ни к чему не приводит и только ухудшает принятые показатели работы правоохранительных органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (такая ситуация характерна, по крайней мере, для Украины и Грузии).

Недостовверная статистика может иметь не только субъективные, но и объективные причины. Так, например, при поступлении пострадавшего в бессознательном состоянии в больницу врачи затрудняются в диагностировании передозировки, так как существует ряд сходных по клинической

**«Никакой такой статистики не собирается. Семья просит, чтобы врачи писали “сердечный приступ”, “инсульт”, “остановка дыхания”. Потому что у нас в прямом смысле – социальные сети, люди и семьи знают друг друга. Если узнают, что у тебя в семье кто-то умер от передозировки, от тебя все отвернутся».**

Представитель НПО,  
Таджикистан

**«Потребители наркотиков в нашем обществе подвергаются сильной стигматизации. В результате такой политики мы получаем официальные данные о том, что проблема смертности от употребления наркотиков является будто бы незначительной. Однако, наблюдая за реальной ситуацией, мы видим, что проблема передозировок однозначно существует, просто нужно понять, какие законы маскируют реальную картину смертельных передозировок в стране».**

Алекс Шошикелашвили,  
Институт прав человека, Грузия

картине состояний (см., например: Сулейменов и соавторы, 2009). Если смерть от передозировки случилась дома, а не в лечебном заведении, врачи часто определяют причину смерти со слов родственников, которые не хотят в дальнейшем связываться с полицией. Если лечение острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, не входит в систему обязательного медицинского страхования, то в случае смерти в лечебном учреждении вряд ли она будет указана в качестве официальной причины (такая ситуация свойственна по крайней мере для России) (Федюшин, 2007). В некоторых странах Центральной Азии более системному выявлению летальных случаев передозировки наркотиками мешает недостаточное финансирование химико-токсикологической экспертизы.

В странах Восточноевропейского и Центральноазиатского регионов отмечено низкое качество общей статистики смертности. В недавнем исследовании, опубликованном в бюллетене ВОЗ (Bhalla, Harrison, Shahrzad, Fingerhut, on behalf of the Global Burden of Disease Injury Expert Group, 2010) было выявлено, что из 83 стран только 20 предоставляют объективную статистику по смертности для базы данных ВОЗ. В остальных 63 странах при регистрации причин смерти используются неспецифические коды, что также свидетельствует о ненадежности данных. Примечательно, что в список стран с ненадежными системами регистрации вошли пять из 12 стран настоящего исследования: Беларусь, Казахстан, Россия, Таджикистан и Украина.

Таким образом, мы имеем ситуацию, когда большая часть случаев смерти от передозировки регистрируется как вызванная другими причинами. Согласно информации, полученной от экспертов из фокусных стран, чаще всего летальные исходы от передозировок «маскируются» как «острая сердечная недостаточность», «органическая недостаточность» (сердца, печени и пр.), «анафилактический шок», «асфиксия», «остановка сердца», «токсический шок неопределенного действия», «кома неясного генеза», а также «смерть по неустановленной причине». Создается замкнутый круг, который не позволяет увидеть объективную картину по передозировкам ни государству, ни НПО.

**Выводы.** Оценка серьезности и глубины проблем, связанных с передозировками, крайне осложняется затрудненным доступом к официальной статистике (особенно в 2009–2010 годах), низким качеством официальной статистики по смертности, фрагментированностью и заниженностью данных официальной статистики о случаях передозировок, а также отсутствием на национальном уровне единой системы сбора данных по передозировкам. Важным фактором, влияющим на низкое качество официальной статистики по передозировкам в странах Восточной Европы и Центральной Азии, является существующая наркополитика: в условиях репрессивного законодательства подобного рода статистика будет неполной и искажен-



*Медицинские карточки пациентов,  
снятых с наркологического учета  
по причине их смерти*

ной. В результате государство не получает объективной картины по распространенности передозировок и смертности от передозировок, что, в свою очередь, приводит к таким последствиям: 1) отсутствию адекватного реагирования на увеличение смертности от передозировок; 2) недооценке значимости программ профилактики передозировок со стороны государственных учреждений и НПО; 3) отсутствию возможности для НПО, оказывающих услуги по профилактике передозировок, отслеживать воздействие профилактических программ или корректировать интервенции на основе официальных данных.<sup>4</sup>

Временным выходом из такой ситуации (до проведения кардинальной реформы наркополитики) может быть внедрение дополнительной системы мониторинга распространенности передозировок, основанной на данных программ снижения вреда. Такая система не обязательно должна быть всеохватывающей, но обязательно – последовательной и точной, дополняющей и восполняющей функции государственных систем сбора данных по смертности, связанной с употреблением наркотиков.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> В ходе проведенного нами опроса представители одной из грузинских НПО заявили, что использовать официальную статистику вообще не имеет смысла: у организации есть свои, альтернативные источники отслеживания передозировок, а для корректировки мер в отношении передозировок гораздо важнее иметь адекватные данные по развитию рынка наркотиков и специфике современной «наркосцены».

<sup>5</sup> Так, в Таджикистане НПО «Волонтер» в рамках проекта оснащения налоксоном медицинских учреждений экстренной помощи создала собственные формы регистрации передозировки, которые заполняются медицинскими учреждениями, участвующими в проекте, затем данные сводят воедино и анализируют.

## Политика стран в отношении передозировок

*«К сожалению, законодательная база распространения налоксона до сих пор находится на очень низком уровне. Что, по нашему мнению, является проявлением полного безразличия к нуждам и потребностям потребителей наркотиков».*

Марам Азизмамадов, НПО «Волонтер», Таджикистан

Исследуя особенности наркополитики в фокусных странах, нами была собрана информация по следующим темам: 1) актуализация снижения смертности от передозировок на общенациональном уровне; 2) статус налоксона; 3) наличие налоксона в медицинских учреждениях и аптеках; 4) стоимость, изготовитель и форма выпуска налоксона, продаваемого в аптеках.

### **Актуализация проблемы снижения смертности от передозировок на общенациональном уровне.**

В ходе исследования мы пытались выяснить, включена ли задача снижения смертности от наркотиков или передозировок в государственные антинаркотические стратегии или в национальные программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, а также имеются ли такие индикаторы в планах действий по реализации этих программ. В результате полученных данных по 10 странам оказалось, что только две страны Европейского союза – Литва и Эстония – включили задачу снижения смертности от наркотиков в национальные антинаркотические стратегии, в соответствии с аналогичным индикатором Плана действий ЕС по наркотикам на 2009–2012 годы (Commission of the European Communities, 2008) (Таблица 5). Несмотря на высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, а также доминирование инъекционного употребления наркотиков как основной движущей силы при распространении ВИЧ-инфекции в большинстве фокусных стран, ни одна из них не обозначила потребность в снижении смертности от передозировок среди людей, живущих с ВИЧ, в официальных стратегиях по борьбе с ВИЧ/СПИДом (Таблица 5).

Между тем в мае 2011 года Комитетом ООН по экономическим, социальным и культурным правам – одним из ведущих агентств ООН в области прав человека – было указано на необходимость поддержки программ профилактики передозировок в контексте сохранения права на здоровье. В «Заключительных рекомендациях по Российской Федерации», подготовленных Комитетом, профилактика передозировок была названа в числе «международно признанных мер профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков», в связи с чем Комитет призвал к правовой и иной поддержке программ профилактики передозировок, вклуче с программами обмена шприцев и опиоидной заместительной терапии» (Организация Объединенных Наций, Экономический и социальный совет, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, 2011).

**Статус налоксона.** Налоксон – высокоэффективный антидот при передозировках, вызванных опиоидами, – был включен в Модельный список основных лекарственных средств ВОЗ в 1983 году (см. <http://apps.who.int/emlib/MedicineDisplay.aspx?Language=EN&MedIDName=221%40naloxone>). В большинстве фокусных стран налоксон зарегистрирован (в 10 из 11, по которым имеется информация); практически во всех странах он является рецептурным препаратом, в восьми из 10 стран налоксон входит в национальные списки жизненно важных лекарств (Таблица 6). Опрос экспертов показал, что отсутствие регистрации налоксона или его невключение в список жизненно важных лекарств не является препятствием к использованию препарата медицинскими учреждениями. Так, в Кыргызстане налоксон не зарегистрирован,

но применяется в медицинских учреждениях как «препарат, входящий в список жизненно важных лекарств, не имеющий регистрации» (подробнее – см. примечание по Кыргызстану к Таблице 6).

Однако рецептурный статус налоксона делает невозможным его открытое распространение среди ПИН аутрич-работниками, и это снижает эффективность усилий по предотвращению смертности от передозировки. Рецептурный статус налоксона и связанные с этим трудности также снижают мотивацию его распространения у программ снижения вреда. Например, по данным Международного альянса по ВИЧ/СПИДу, в Украине, где с октября 2009 года программы снижения вреда обязаны предоставлять услуги профилактики передозировок, но не обязаны предоставлять налоксон, выдают препарат только две трети программ (электронная коммуникация с Л. Шульга, 2011).

**Наличие налоксона в медицинских учреждениях и аптеках.** Исследование показало, что налоксон используется в системе медицинской помощи фокусных стран. Во всех странах исследования налоксон используется в общих и/или специализированных клиниках и применяется бригадами «скорой помощи»; в семи из 12 стран налоксон продается в аптеках (Таблица 7).

Но все это происходит на фоне серьезных ограничений и недочетов, связанных с «формальным» наличием налоксона в системе медицинской помощи. В большинстве фокусных стран налоксон используют в реанимационных и токсикологических отделениях больниц, в меньшем числе стран – в наркологических клиниках, совсем редко или почти не применяют – в противотуберкулезных диспансерах и стационарах для ВИЧ-положительных людей, то есть в тех лечебных заведениях, где с большой долей вероятности можно встретить пациентов, употребляющих инъекционные наркотики. Литва является единственной страной, где по закону все медицинские учреждения экстренной помощи должны быть снабжены налоксоном.

Наличие налоксона в бригадах «скорой помощи» во многих странах часто является номинальным. Например, в Украине налоксон используется, но, как правило, только реанимационными (не линейными) бригадами «скорой помощи». По неофициальным данным из Одессы, городской станцией «скорой помощи» в течение года были получены всего четыре ампулы налоксона. В Таджикистане налоксон на станции «скорой помощи» появился только благодаря пилотным проектам профилактики передозировок, инициированным НПО. В Кыргызстане наблюдались перебои с поставками налоксона на станцию «скорой помощи» из-за недостаточности государственного финансирования: в 2009 году, по данным НПО «Атика», налоксона не было больше полугода.

В семи из 12 стран исследования налоксон можно купить в аптеках, но это не означает, что он доступен для потребителей наркотиков или их близких. Как правило, налоксон продают только в больших городах, всего в нескольких аптеках, и для

**«Моя твердая позиция – налоксон должен быть в наркологии обязательно. Во-первых, иногда пациенты поступают в наркотической интоксикации средней и тяжелой степени, и второе – врачи обязаны говорить о возможности наступления передозировки. Мы не отталкиваем пациентов, которые продолжают употреблять наркотики, полагая, что через такие проекты их можно в дальнейшем подвести к лечению и реабилитации».**

Сергей Царев,  
врач-нарколог, Россия

**«Заходили в аптеки. Налоксона в аптеках, по сути, нет. На “скорой” тоже не всегда, и были случаи, когда за него врачи “скорой” просили заплатить родственников, причем сумму раз в 20 большую, чем стоит ампула».**

Оксана Доброскок, благотворительный фонд  
«Гуманитарное действие», Россия

его покупки необходим рецепт (хотя на практике в некоторых аптеках препарат можно приобрести и без рецепта).

По оценке Фонда «Центр социального развития и информации» (PSI), оказывающего поддержку программам профилактики передозировок в Санкт-Петербурге и Екатеринбурге, налоксон продается только в 10% аптек (электронная коммуникация с А. Ахмедовым, 2011). В Украине налоксон продают немногие аптеки, так как для его продажи необходима лицензия. В Азербайджане налоксон продают в нескольких столичных аптеках. В Беларуси и Кыргызстане – только в двух аптеках на всю страну, а в Эстонии – лишь в одной аптеке города Таллинна.

Сравнение стран по статусу и доступности налоксона в системе медицинской помощи отражено в Графике 1.

**Стоимость, изготовитель и форма выпуска налоксона.** Исследование показало, что налоксон, продаваемый в аптеках фокусных стран или закупаемый для пилотных проектов профилактики передозировок, производится, за исключением Эстонии, двумя фармацевтическими компаниями: Харьковским государственным фармацевтическим предприятием «Здоровье народу» и Варшавским фармацевтическим заводом «Польфа». Медицинские учреждения Эстонии используют налоксон, выпускаемый группой скандинавских фармацевтических компаний «Vitaflo Scandinavia AB». Все эти производители выпускают налоксон в ампулах (1 мл), концентрации 0,4 мг на 1 мл, в упаковке из 10 ампул. Цены по странам различаются почти в 200 раз: от 25 американских центов за ампулу в Украине до 50 долларов США за ампулу в Эстонии (Таблица 8), но в любом случае, за исключением Эстонии и Молдовы (в Молдове ампула налоксона стоит около 4 долларов США), цена на препарат сопоставима с ценами на обычные лекарственные средства.

**Выводы.** В большинстве стран данного исследования профилактика передозировок не является приоритетом национального здравоохранения. Несмотря на дешевизну и высокую эффективность налоксона в предотвращении смертности от передозировок опиоидами, препарат в недостаточной мере используется в системе медицинской помощи, в том числе неотложной помощи. Меры контроля в отношении налоксона являются неоправданно жесткими: он является рецептурным препаратом, который к тому же не так просто найти в аптеках, что, в свою очередь, не позволяет потребителям наркотиков и/или их близким заранее приобрести препарат на случай передозировки и снижает мотивацию НПО в инициировании программ распространения. Не во всех странах налоксон включен в национальные списки жизненно важных лекарств, хотя в Модельном списке основных лекарственных средств ВОЗ он находится с 1983 года.

Все перечисленные факты позволяют нам сделать вывод, что применяемые в исследуемых странах меры в отношении профилактики передозировок не адекватны масштабу и серьезности проблемы, которая еще более усугубляется во многих случаях невозможностью для потребителей наркотиков заранее приобрести в аптеке налоксон и обезопасить себя от последствий опиоидной передозировки.

## Ответные меры со стороны НПО

**«Почему стали заниматься профилактикой передозировок? Вопрос абсолютно реальный – вопрос жизни и смерти. Но на это никто не обращает внимания».**

Андрей Мандебур, врач-нарколог, Украина

В своем недавнем Консенсусном заявлении Референтная группа ООН по ВИЧ-инфекции и инъекционному употреблению наркотиков рекомендовала расширять и тщательно оценивать внедрение программ распространения налоксона в сообществе потребителей наркотиков (The Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, 2010). Предлагая свои рекомендации по снижению смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди людей, только что освободившихся из мест лишения свободы, Европейское региональное бюро ВОЗ также отметило, что на уровне мест лишения свободы «[п]оследние фактические данные указывают на то, что необходимо подумать о возможности обучения навыкам первой помощи самих наркозависимых, людей из их социального окружения, родственников и лиц, оказывающих им социальную поддержку, включая обучение использованию в экстренных случаях налоксона» (ВОЗ, 2011).

В данном разделе мы представим отдельные результаты работы программ профилактики передозировок, которые в большинстве случаев, несмотря на неадекватные меры реагирования со стороны государственных структур, реализуют НПО. Исследование выявило, что такие программы есть в шести фокусных странах (50%): Грузии, Кыргызстане, Казахстане, России, Таджикистане и Украине.

### **Почему в шести других странах не проводятся программы профилактики передозировок?**

Перед данным исследованием не было задачи детально изучить причины отсутствия программ профилактики передозировок. Однако результаты экспресс-опроса свидетельствуют, как минимум, о двух основных причинах: дефицит финансирования программ снижения вреда (трудности с удержанием персонала и нехватка средств на самые базовые услуги: предоставление стерильных игл и шприцев и т.д.), а также статус налоксона как рецептурного

препарата, который не может свободно продаваться в аптеках. Тем не менее, во всех шести странах, где нет программ профилактики передозировок, – Азербайджане, Беларуси, Литве, Молдове, Сербии и Эстонии – осуществляются отдельные инициативы в этом направлении (Таблица 9).

**Базовая информация по программам профилактики передозировок.** В трех странах, где реализуются программы профилактики передозировок (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан), основным наркотиком употребления является героин. В Украине и Грузии из-за дефицита и дороговизны героина структура употребления отличается: преобладают кустарные наркотики, изготовленные из легальных аптечных препаратов. В России, в зависимости от специфики населенного пункта, основным наркотиком может быть

**«За небольшим исключением, большинство центров снижения вреда озабочены тем, чтобы иметь в достаточном количестве чистые шприцы и "выжить", сохранив хотя бы одного-двух сотрудников на неполный рабочий день. Профилактика передозировок – это где-то далеко в будущем».**

Юргита Пошкевичюте,  
коалиция «Я могу жить», Литва

как героин, так и кустарные препараты. Передозировки чаще всего происходят из-за изменения качества наркотика, одновременного употребления героина и алкоголя, седативных препаратов и стимуляторов, а также из-за снижения толерантности к опиатам (Таблица 10).

На апрель 2011 года в шести странах работали 89 программ профилактики передозировок, реализуемых государственными и неправительственными организациями. Большинство программ начали свою работу только два года назад – то есть в 2009 году. Самая «старейшая» программа обучения по оказанию первой помощи при передозировке и по выдаче налоксона работает при НПО Грузии «Новый путь» – с 2004 года. Наибольшее количество программ, которые выдают потребителям наркотиков налоксон (57), действуют в Украине (Таблица 11).

Все программы финансируются международными донорами: Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Украина, Грузия, Таджикистан), Фондами «Открытое общество» (Россия, Таджикистан), Управлением ООН по наркотикам и преступности (Кыргызстан) и Национальным институтом психического здоровья США (Казахстан) (Таблица 11).

За все время работы программами были охвачены 14 154 человека и предоставлено 43 013 ампул налоксона. На уровне стран охват незначительный: от 0,1–0,2% от оценочного числа ПИН в Украине до 7,5% – в Кыргызстане (Таблица 12).

**Модели выдачи налоксона.** В обычный набор услуг программ профилактики передозировок входят: обучение (распознавание передозировки, анализ мифов, связанных с передозировкой, первая доврачебная помощь, применение налоксона) и выдача налоксона.

В связи с тем, что почти во всех странах исследования налоксон относится к рецептурным препаратам (который не всегда есть в аптеках), программы профилактики разрабатывают собственные схемы его выдачи, но с учетом всех тонкостей законодательства. В Таблице 13 описаны три такие модели: 1) выдача налоксона непосредственно через программы снижения вреда; 2) выдача через специализированные медицинские службы; 3) оснащение налоксоном служб экстренной медицинской помощи.

Нас интересовали все звенья цепочки, по которой налоксон распространяется через НПО: как его закупают, где он хранится, на каких условиях выдается. Наиболее простой оказалась схема, когда выдачу налоксона проводит специализированное медицинское учреждение или он предоставляется службам экстренной помощи. Более сложной является схема, когда проект осуществляется НПО, не связанной с медицинскими структурами и распространяющей налоксон или на пунктах обмена шприцев, или посредством аутрич-работников. Подобный проект, как правило, требует партнерской работы с организациями, имеющими лицензию на закупку и хранение медицинских препаратов. Также выяснилось, что, независимо от схемы предоставления налоксона, практически во всех проектах профилактики передозировок, реализуемых программами снижения вреда, аутрич-работники всегда имеют при себе несколько ампул налоксона для использования в экстренных случаях.

**«Мы боялись, что у людей, которые попадают в программу заместительной терапии, могут быть срывы и передозировки. Мы купили целлофановые пакетики за 3 копейки, у нас были шприцы для обмена, а в интернете за 10 секунд нашли инструкцию по применению налоксона. Шприц и инструкцию вложили в пакет вместе с ампулой налоксона. Стали объяснять клиентам программы заместительной терапии, в чем состоят риски, и раздавать пакеты. Это спасло уже несколько человек».**

Андрей Мандебура,  
врач-нарколог

**Результаты и эффективность.** В связи с тем, что программы профилактики передозировок в фокусных странах исследования начали работать сравнительно недавно, там еще не проводились широкомасштабные оценочные исследования их эффективности на страновом и региональном уровнях. Обычно сами программы проводят мониторинг по двум индикаторам: количеству отпущенных ампул налоксона и количеству клиентов, получивших услуги по профилактике передозировок (причем «содержание» услуги может быть разным: в некоторых программах это только предоставление налоксона, в других – помимо налоксона еще и обучение или предоставление информационных материалов). К сожалению, крайне редко программы проводят мониторинг по количеству спасенных жизней в результате предоставления налоксона. И уж совсем редкой инициативой со стороны организаций является мониторинг показателей влияния: повышения качества жизни потребителей наркотиков и их семей; пользы от программы профилактики передозировок для общества, включая экономию государственных средств.

Индикаторы эффективности программ профилактики передозировок в фокусных странах, которые в настоящее время отслеживают пилотные программы, суммированы в Таблице 14. По позитивным последствиям их можно разделить на четыре категории: 1) в отношении потребителей наркотиков и их семей – снижение частоты передозировок и смертности от передозировок, улучшение навыков по оказанию первой помощи при передозировках; 2) в отношении общества – экономическая эффективность программ; 3) в отношении медицинских работников – включение компонента профилактики передозировок в обучающую программу для медицинского персонала, большая готовность наркологов выписывать налоксон, повышение толерантности медиков к ПИН; 4) в отношении программ снижения вреда – улучшение их «имиджа» и повышение доверия к деятельности, расширение охвата программ.

Наиболее впечатляющим является показатель предотвращения смертельных передозировок. В четырех странах за годы работы программ профилактики передозировок благодаря применению налоксона минимум 2439 человек были возвращены к жизни. В 2010 году в трех исследуемых странах были сохранены по крайней мере 1204 жизни (Таблица 12).

**Выводы.** Во всех фокусных странах НПО готовы к началу реализации программ распространения налоксона или – если такие программы уже существуют – деятельности по расширению доступа к налоксону через адвокационные и сервисные проекты. К сожалению, на сегодняшний день в шести странах для этого нет финансирования. Но даже в странах, где проводятся программы профилактики передозировок, неоправданно жесткие меры контроля в отношении налоксона препятствуют его полномасштабному распространению в сообществе. В большинстве программ налоксон «доносится» до потребителей посредством аутрич-работников, а сами потребители вынуждены обращаться в ПИИШ или медицинские учреждения. Если программа заключается в оснащении налоксоном медицинских служб экстренной помощи, то потребители оказываются лишенными возможности получить препарат заранее.

Тем не менее, учитывая существующие законодательные и административные препоны, которые приходится преодолевать программам профилактики передозировок, следует отметить, что все они продемонстрировали новаторство и гибкость в выборе схемы предоставления налоксона и позитивные последствия, самым важным из которых является спасение человеческой жизни.

**«Не было такого случая, чтобы потребители наркотиков сообщали нам о безрезультатном применении налоксона. Исходя из этого, можно предположить, что при каждом случае применения препарата была спасена человеческая жизнь».**

Нино Джанашия,  
Ассоциация молодых психологов  
и врачей «Ксенон», Грузия

# Рекомендации

Данные рекомендации составлены на основе результатов настоящего исследования, а также с учетом выводов и рекомендаций предыдущих исследований по передозировкам в регионе Восточной Европы и Центральной Азии и в других странах.

Исследования и практика показали, что позитивное воздействие на проблему передозировок связано со следующими вмешательствами:

- целенаправленная государственная политика по предотвращению смертности от передозировок;
- повышение качества медицинской помощи при передозировках;
- обучение навыкам доврачебной помощи потребителей наркотиков и их близких и распространение налоксона в сообществе.

**Конкретные рекомендации состоят в необходимости:**

- 1. Включить решение проблемы профилактики смертности, вызванной передозировками наркотиков, в число приоритетных задач государственной антинаркотической политики и выделить государственное финансирование на данный вид деятельности.**

Согласно результатам исследования, в странах региона смертность от передозировок является своего рода «невидимой» проблемой. Как следствие, профилактика передозировок не входит в приоритеты общественного здравоохранения, а работа в этом направлении не предполагает отдельного государственного финансирования. Пилотные программы НПО по профилактике передозировок поддерживаются исключительно международными донорами.

**Рекомендации для людей, ответственных за принятие политических решений:**

- Включить проблему снижения смертности от передозировок в государственные антинаркотические программы и программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией вкуче с разработкой конкретных индикаторов и выделением соответствующего финансирования.
- Выделить государственное финансирование на приобретение налоксона в количестве, необходимом для оснащения всех медицинских служб экстренной помощи, общих и специализированных стационаров.
- Обеспечить адекватное государственное финансирование для химико-токсикологических и судебно-медицинских экспертиз.
- Включить лечение острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, в перечень услуг обязательного медицинского страхования.
- Предоставить государственную поддержку НПО на проведение программ профилактики передозировок.

**2. Реформировать законодательную систему и правоприменительную практику, которые в настоящий момент только усугубляют проблему передозировок.**

Политика дискриминации и репрессий по отношению к потребителям наркотиков в значительной мере усугубляется малодоступностью медицинской помощи при передозировках и смертностью от передозировок. В связи с тем, что во многих странах на «скорую помощь» возложена обязанность информировать правоохранительные органы о случаях передозировки, свидетели передозировки, которыми часто оказываются люди, употреблявшие наркотики совместно с пострадавшим, не сразу решаются на вызов «скорой помощи» или вообще отказываются от такого вызова. В случае несмертельной передозировки вмешательство правоохранительных органов грозит уголовной или административной ответственностью за употребление наркотиков и постановкой на наркологический учет – как самого пострадавшего, так и наркопотребителей – свидетелей передозировки. В случае смертельной передозировки полиция обязана провести расследование по факту незаконного оборота наркотика, повлекшего тяжкие последствия для здоровья, выявить источники приобретения или сбыта такого наркотика, принять меры по пресечению дальнейшего его оборота, что может закончиться арестом и судебным разбирательством – для свидетелей передозировки и множественными негативными последствиями – для близкого окружения погибшего.

Более того, в служебные обязанности сотрудников правоохранительных органов, как правило, не входит оказание первой, доврачебной помощи пострадавшему от передозировки, хотя такая практика также могла бы снизить количество передозировок с летальным исходом.

**Рекомендации для служб по контролю над наркотиками и правоохранительных органов:**

- Не подвергать преследованию в уголовном и административном порядке людей, пострадавших от передозировки, и наркопотребителей – свидетелей передозировки, вызвавших службу экстренной помощи.
- Отменить ведомственные инструкции, обязывающие сотрудников служб экстренной помощи передавать сведения о вызовах, связанных с передозировками, в правоохранительные органы.

- Отменить практику совместного приезда на вызов, связанный с передозировкой, врачей экстренной помощи и сотрудников правоохранительных органов.
- Совместно со службами здравоохранения, отменить практику недобровольной постановки на наркологический учет людей, пострадавших от передозировки.
- Включить оказание доврачебной помощи при передозировке в служебные обязанности сотрудников правоохранительных органов и организовать для них соответствующее обучение.

### 3. Улучшить качество статистики по передозировкам и сделать ее более доступной.

Официальные и оценочные данные по уровню смертности от передозировок могут различаться в сотни раз. Этому способствует низкое качество не только специфической статистики по смертности от передозировок, но и общей статистики по смертности, которая ведется в странах региона. Отсутствие данных о передозировках в открытых источниках и трудности с получением подобного рода информации еще больше «заслоняют» важность проблемы передозировок от общества.

#### Рекомендации для служб здравоохранения:

- Внедрить единую систему страновой отчетности по передозировкам с летальным исходом, взяв за основу существующие европейские протоколы.
- Внедрить систему мониторинга передозировок в рамках программ снижения вреда.
- Создать систему верификации и обобщения данных по передозировкам, представленных в различных ведомственных источниках и имеющихся у программ снижения вреда.
- Сделать статистику по передозировкам общедоступной посредством публикаций на веб-сайтах статистических агентств, учреждений системы здравоохранения и служб по борьбе с наркотиками.

### 4. Улучшить качество медицинской помощи при передозировках и сделать ее более доступной.

В регионе Восточной Европы и Центральной Азии отмечается низкое качество медицинской помощи при передозировках и ее малодоступность. С одной стороны, этому способствуют недостаточная оснащенность наркологом стационаров и даже служб экстренной помощи и отсутствие соответствующей подготовки у медицинского персонала. С другой стороны, такой ситуации способствуют патерналистские и даже дискриминационные установки медицинских работников и персонала аптек в отношении потребителей наркотиков. Последнее выражается, например, в задержке или даже в игнорировании вызова бригадой «скорой помощи» в случае передозировки наркотиками, или в отказе сотрудников аптек продать шприцы потребителям наркотиков.

Дополнительный риск создают протоколы по медицинскому вмешательству при передозировке и протоколы проведения детоксикации, принятые в некоторых странах региона. Пациентов, поступивших с передозировкой в токсикологические отделения, подвергают обязательной детоксикации, пациентам наркологических клиник предлагают добровольно пройти курс детоксикации, но и в том, и в другом случае процедура детоксикации основана на приеме сильнодействующих седативных средств. Если по

завершению лечения пациент начинает вновь употреблять опиаты, то вследствие снижения толерантности к обычной дозе и в связи с комбинированием опиатов и седативных средств у него резко возрастает риск передозировки.

**Рекомендации для служб здравоохранения:**

- **Оснастить необходимым количеством налоксона все службы экстренной помощи и лечебные стационары.**
- **Включить компонент лечения острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, в программу обучения медицинских университетов и колледжей, а также в программу повышения квалификации сотрудников «скорой помощи», многопрофильных больниц, токсикологических отделений и центров лечения отравлений, наркологических диспансеров и стационаров, СПИД-центров, противотуберкулезных и инфекционных больниц.**
- **Проводить обучение врачей и персонала аптек по вопросам снижения стигмы в отношении активных потребителей наркотиков.**
- **Изменить требование по прохождению обязательной детоксикации для пациентов, госпитализированных по причине передозировки.**

## 5. Усилить роль медицинских учреждений в профилактике передозировок.

Исследования и практика показывают, что медицинские учреждения, которые чаще остальных имеют дело с активными потребителями наркотиков – особенно наркологические диспансеры и стационары, СПИД-центры, противотуберкулезные и инфекционные больницы, – не информируют пациентов о рисках передозировки и методах оказания первой помощи.

Вместе с тем результаты ряда обзорных исследований свидетельствуют, что программы опиоидной заместительной терапии обладают высоким потенциалом в снижении смертности от передозировок опиатами, особенно среди тех, кто принимает терапию на протяжении длительного времени. Однако в связи с «пилотным» статусом или полным отсутствием программ заместительной терапии в странах региона данное вмешательство по предотвращению летальных передозировок используется в крайне незначительной мере.

**Рекомендации для служб здравоохранения:**

- **Включить в стандарты наркологической помощи предоставление налоксона или рецепта на него пациентам и их близким, а также консультирование по рискам рецидива и профилактике передозировок.**
- **Включить информирование о рисках передозировки и методах первой помощи в консультирование пациентов СПИД-центров, противотуберкулезных и инфекционных больниц.**
- **Максимально расширить охват программ опиоидной заместительной терапии. Внедрить опиоидную заместительную терапию в странах, где этот метод лечения недоступен.**

## 6. Расширять программы по обучению методам доврачебной помощи и распространению налоксона среди потребителей наркотиков и их близких.

Высокую эффективность продемонстрировали пилотные программы профилактики передозировок, реализуемые НПО в регионе и в других странах. Согласно результатам исследования, несмотря на то, что подобные программы не могут в одночасье исправить все изъяны государственной системы оказания помощи при острой интоксикации наркотическими средствами, их работа существенно снижала риск передозировки. Более того, обучение методам доврачебной помощи при передозировках и распространение налоксона среди сообщества легко интегрируются в обычные услуги снижения вреда и не требуют значительных финансовых затрат.

Необходимо учитывать, что особенно высокий риск передозировки имеют потребители наркотиков, до этого продолжительное время находившиеся в абстиненции, например, люди, вернувшиеся из мест лишения свободы, прошедшие детоксикацию или лечение в реабилитационном центре.

Характерной особенностью употребления наркотиков в странах Восточной Европы и Центральной Азии является инъекционное употребление героина, смешивание различных наркотических средств, их употребление наряду с аптечными препаратами и алкоголем (в связи с колебанием качества героина), а также частый переход на кустарные наркотики (в связи с отсутствием героина или его высокой ценой). Последние две тенденции особенно распространены в странах Восточной Европы.

Важно учитывать и тот факт, что для потребителей наркотиков Восточной Европы и Центральной Азии, в отличие от других регионов, не так актуальна проблема бездомности: многие из них живут в семьях, чаще всего – с родителями. Как следствие, здесь распространены практики употребления наркотиков на дому, где и происходит значительная доля передозировок.

### Рекомендации для программ снижения вреда:

- Документировать и распространять опыт лучших пилотных программ профилактики передозировок в регионе.
- Мобилизовать финансирование и предоставить техническую поддержку для внедрения профилактики передозировок в стандартный набор услуг, предоставляемый программами снижения вреда в регионе.
- Вовлекать в обучение людей из ближайшего окружения потребителей наркотиков: их родителей, супругов, партнеров, друзей.
- Продвигать стратегии снижения риска при передозировке, включая информирование о рисках смешивания наркотических препаратов, преимуществах перехода с инъекционного потребления наркотиков на неинъекционное, а также о новых кустарных препаратах и рисках, связанных с их употреблением.
- Проводить обязательное консультирование по профилактике передозировок для людей, готовящихся к освобождению из пенитенциарных учреждений.
- Проводить тренинги, консультирование и распространять налоксон среди сотрудников и клиентов реабилитационных центров, а также среди пациентов, проходящих детоксикацию, и членов их семей.

## 7. Улучшить доступ к налоксону.

Несмотря на то что налоксон – высокоэффективный антидот при опиатных передозировках – находится в «Списке жизненно важных лекарств» ВОЗ, его доступность остается крайне низкой: или он вообще отсутствует в аптеках, или, если продается, то совсем в немногих и только по рецепту.

### Рекомендации для служб здравоохранения:

- Включить налоксон в национальные списки жизненно важных лекарственных средств. Выделить финансирование на закупку и оснащение препаратом медицинских заведений и аптек.
- Обеспечить широкий доступ к налоксону через аптечную сеть.
- Включить налоксон в «Список средств для доврачебной помощи» и обеспечить доступ к формам налоксона, отпускаемым без рецепта врача.
- Внедрить правовые нормы, обеспечивающие возможность распространения налоксона среди потребителей в рамках аутрич-работы, по принципу «равный-равному».

# Библиография

## Источники на русском языке

АКН. (2011). *Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2010 год*. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

Бакирова Ж.К. (2010). *Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами*. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской республики.

ВОЗ. (2011). *Профилактика смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест заключения*. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. Доступно на: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/145580/E93993R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/145580/E93993R.pdf)

ЕССВ. (2009). *Молодежь и инъекционное употребление наркотиков в странах Центральной и Восточной Европы*. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда. Доступно на: [http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/youth\\_idus\\_2008.pdf](http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/youth_idus_2008.pdf)

ЕССВ. (2010). *Значимость передозировок при ВИЧ*. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда. Доступно на: [www.harm-reduction.org/ru/images/stories/library/od\\_hiv\\_ru.pdf](http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/library/od_hiv_ru.pdf)

Карпец, А., Белецкий, Л., Утяшева, Л., Нечаева Л., Царев, С. (2011). *Модель профилактики и оказания комплексной помощи при передозировках психоактивными веществами, на основе опыта реализации проекта «Обеспечение устойчивости профилактики передозировок опиатами в Российской Федерации» в 2008–2011 гг.* Москва: Некоммерческое партнерство «Эсверо».

Коффин, Ф. (2008). *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*. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда. Доступно на: [www.harm-reduction.org/images/stories/library/od\\_report\\_2008\\_ru.pdf](http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/od_report_2008_ru.pdf)

Коффин, Ф., Строда, А. (2001). *Передозировка в Центральной и Восточной Европе и бывших странах СССР. Отчет по исследованию*. По заказу Программы международного развития снижения вреда Института «Открытое общество» (IHRD), Нью-Йорк, январь – май 2001 (текст сокращен и отредактирован IHRD в июне 2002 года). В Саранг, А., Сергеев, Б., Тихонов, М. (2004). *Передозировки опиатами: Причины и профилактика. Сборник статей* (стр. 33-80). Москва: «СПИД Фонд Восток–Запад». Доступно на: [http://www.aidslex.org/site\\_documents/DR-0131R.pdf](http://www.aidslex.org/site_documents/DR-0131R.pdf)

Министерство здравоохранения Республики Беларусь. (2009). *Официальный статистический сборник Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2009 год*. Доступно на: <http://minzdrav.gov.by/med/article/statsod.php?prg=13>

Сулейменов, Ж., Алтынбеков, С., Дуйсенбекова, А., Джолдылгулов, Г., Гафарова, Н., Прищепа, Г., Шерубаева, В., Бигдан, Л., Жуматаева, Г. (ред. колл.) (2009). Республика Казахстан. Наркоситуация в 2008 году. Астана: проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков» Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КАДАП). Доступно на: [http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report\\_2008\\_Kaz-n\\_Rus..pdf](http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report_2008_Kaz-n_Rus..pdf)

Организация Объединенных Наций, Экономический и социальный совет, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. (2011). Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьями 16 и 17 Пакта. Российская Федерация. Заключительные рекомендации Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. 46-я сессия. Женева, 20 мая 2011.

Специализированная научно-исследовательская лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. (2010). *Спрака: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2009 году*. Доступно на: [http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15\\_04\\_2010/HIV\\_AIDS\\_center.pdf](http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/HIV_AIDS_center.pdf)

УНП ООН. (2010). *Всемирный доклад о наркотиках за 2010 год*. Нью-Йорк: Управление ООН по наркотикам и преступности. Доступно на: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/World\\_Drug\\_Report\\_2010\\_rus\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_rus_web.pdf)

Управление ООН по наркотикам и преступности, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. (2010). *Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ*. Доступно на: [www.unodc.org/centralasia/en/publications.html](http://www.unodc.org/centralasia/en/publications.html)

Федюшин, А.В. (2007). Анализ применения действующего законодательства в сфере учета случаев смертельных отравлений наркотическими средствами. *Наркоконтроль*, 2(4), 27-30.

## Источники на английском языке

Asriyan, N., Javakhishvili, J., & Naibova, A. (2004). *Drug situation in South Caucasus, 2004: Annual report*. Retrieved August 24, 2011, from <http://www.undp.am/docs/publications/2004publications/drugreporteng.pdf>

Bhalla, K., Harrison, J., Shahraz, S., & Fingerhut, L., on behalf of the Global Burden of Disease Injury Expert Group (2010). Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 831-838C.

Coffin, P., Sherman, S., & Curtis, M. (2010). Underestimated and overlooked: A global review of drug overdose and overdose prevention. In C. Cook (Ed.), *Global state of harm reduction 2010: Key issues for broadening the response* (pp. 113-119). London, UK: International Harm Reduction Association.

Commission of the European Communities. (2008). *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on an EU Drugs Action Plan for 2009-2012*. Brussels. Retrieved August 24, 2011, from [http://ec.europa.eu/justice/policies/drugs/docs/com\\_2008\\_567\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/drugs/docs/com_2008_567_en.pdf)

EMCDDA. (2010). *Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union. Retrieved August 24, 2011, from [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_120104\\_EN EMCDDA\\_AR2010\\_EN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_EN EMCDDA_AR2010_EN.pdf)

Gamkrelidze A., Javakhishvili, J., Kariauli, D., Lejav, G., Stvilia, K., Todadze, K., & Tsintsadze, M. (2005). *Drug situation in Georgia, 2004: Annual report*. Retrieved August 24, 2011, from <http://altgeorgia.ge/cms/en/wp-content/uploads/2009/12/Drug-situation-in-Georgia-2004.pdf>

Grau, L., Green, T., Torban, M., Blinnikova, K., Krupitsky, E., Ilyuk, R., Kozlov, A., & Heimer, R. (2009). Psychosocial and contextual correlates of opioid overdose risk among drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduction Journal*, 6:17 doi:10.1186/1477-7517-6-17.

Kozlov, A., Shaboltas, A., Toussova, O., Verevchkin, S., Masse, B., Perdue, T., Beauchamp, G., Sheldon, W., Miller, W., Heimer, R., Ryder, R., & Hoffman, I. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20(6), 901-906.

Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372(9651), 1733-1745.

National Drug Prevention Office. (2011). *National annual report on drug situation in Azerbaijan, 2010*. Baku: Public Union "National Drug Prevention Office."

PSI. (2010). *HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs*. Round one. Retrieved August 24, 2011, from [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2010-centralasia\\_trac\\_idu\\_hiv\\_tb.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf)

Redmond, G. & Spooner, C. (2009). Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: Proximal and distal causes and implications for policy. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 38-47.

Sergeev, B., Karpets A., Sarang, A., & Tikhonov M. (2003). Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation. *Journal of Urban Health*, 80(2), 212-219.

The Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use. (2010). *Consensus statement of the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use 2010*. Retrieved March 1, 2011, from [www.idurefgroup.com](http://www.idurefgroup.com)

UNAIDS. (2010). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. (NLM classification: WC 503.4). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved August 24, 2011, from [www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf)

# Приложения

ТАБЛИЦА 1.

## Инъекционное употребление наркотиков и распространение ВИЧ-инфекции в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии

Страна	Число ПИН <sup>6</sup>		Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков	Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН
	Оценка	Регистрация		
Азербайджан	229 500–407 500 (2008)	18 164 (2009)	62,6% (кумулятивные случаи на 1 января 2010 года)	10,3% (2008)
Беларусь	69 200–83 400 (2008)	7446 (2009)	52,7 % (кумулятивные случаи на 2009 год)	13,7% в столице (2009)
Грузия	40 000 проблемных потребителей (2010)	Нет данных	60% (кумулятивные случаи на 2009 год)	2,2%, данные только относительно мужчин (2008)
Казахстан	124 400 (2009)	37 513 (2009)	66,7% (кумулятивные случаи на 1 сентября 2010 года)	2,9% (2009)
Кыргызстан	25 000 (2006)	6573 (2008)	65,5% (кумулятивные случаи на 1 ноября 2010 года, только в отношении граждан Кыргызстана)	14,3% (2009)
Литва	5458 проблемных потребителей (2007)	5567 (2009)	72,4% (кумулятивные случаи на 1 января 2010 года)	8,0% в столице (2008)

<sup>6</sup> В данной колонке после оценочного и зарегистрированного числа ПИН в скобках указан год, когда были получены/опубликованы соответствующие данные.

<b>Молдова</b>	26 000 (2010)	8664 (2010)	50% (кумулятивные случаи к концу 2009 года)	16,4% (2009)
<b>Россия</b>	1 335 500– 2 372 500 (2008)	386 279 (2009)	78% (кумулятивные случаи на 2009 год)	2,6–61,1% (2009)
<b>Сербия</b>	18 000 (2008)	Нет данных	38% (кумулятивные случаи на 2009 год)	3,7% в столице (2008)
<b>Таджикистан</b>	25 000 (2009)	4578 (2010)	56,1% (кумулятивные случаи на декабрь 2010 года)	17,3% (2009)
<b>Украина</b>	230 500–361 000 (2008)	80 168 потребителей наркотиков (на 1 января 2009 года)	36% (новые случаи в 2009 году)	22,9% (2009)
<b>Эстония</b>	13 886 (2004, расчет по населению 15–64 лет)	Нет данных	48% (новые случаи в 2009 году)	48% в столице (2007)

**Источники к Таблице 1:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

**Оценочное число ПИН** – нижняя и верхняя границы оценки представлены согласно данным Странового отчета по Азербайджанской Республике, подготовленного Референтной группой ООН по ВИЧ-инфекции и инъекционному употреблению наркотиков; [www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Austria\\_compiled.pdf/\\$file/Azerbaijan\\_compiled.pdf](http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Austria_compiled.pdf/$file/Azerbaijan_compiled.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** - Страновой отчет о ходе работы для ССГАООН: Азербайджанская Республика (январь 2008 г. – декабрь 2009 г.); [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/azerbaijan\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/azerbaijan_2010_country_progress_report_ru.pdf)

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – там же.

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

**БЕЛАРУСЬ**

**Оценочное число ПИН** – Виницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич В.В. Оценка численности инъекционных потребителей наркотиков в Республике Беларусь / «Вопросы организации и информатизации здравоохранения», 2008, № 4, с. 46–49.

**Зарегистрированное число ПИН** – Виницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич В.В. Некоторые эпидемиологические параметры наркологической ситуации в Беларуси / «Вопросы организации и информатизации здравоохранения», 2010, № 4, с. 20–24.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Национальный отчет о выполнении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Республика Беларусь (январь 2008 г. – декабрь 2009 г.); [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/belarus\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/belarus_2010_country_progress_report_ru.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

**ГРУЗИЯ**

**Оценочное число проблемных потребителей наркотиков** – Sirbiladze, T. (2010). *Estimating the prevalence of injecting drug use in Georgia. Consensus report*. Tbilisi: Public Union Bemoni.

**Зарегистрированное число ПИН** – электронная коммуникация с Отиашвили Д. (2011).

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Republic of Georgia: Country progress report. Reporting period: 2008–2009 calendar years; [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/georgia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/georgia_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

**КАЗАХСТАН**

**Оценочное число ПИН** – Национальный доклад о ходе работы для ССГАООН: Республика Казахстан (январь 2008 г. – декабрь 2009 г.); [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/kazakhstan\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/kazakhstan_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – Гафарова, Н.В., Мусабекова, Ж.К., Применко, Т.С. (2010). *Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2009 год»*. Павлодар: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании; Ережелов, Н.Б., Гафарова, Н.В., Айтбаева, С.Б., Кисина, М.Ш., Крафт, О.М., Кудерина, Л.Т., Куниязова, Г.Б. (2010). *Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2008 – 2009 годы (Статистический сборник)*. Павлодар: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Кульжанова Д.Р. Эпидситуация по ВИЧ/СПИД за август 2010 года, за 8 месяцев 2010 г. и по состоянию на 1 сентября 2010 г.

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – Солиев А. Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Таджикистане, Казахстане, Кыргызстане, 2006–2009 годы // Презентация на региональной конференции «Эпидемия ВИЧ-инфекции в Центральной Азии: совершенствование эпидемиологического надзора», 18–19 мая 2010 г., Алмата; [www.rcaids.kz/files/00001506.pdf](http://www.rcaids.kz/files/00001506.pdf)

## КЫРГЫЗСТАН

**Оценочное число ПИН** – Страновой многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (2010). Выполнение Декларации ССГА ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Страновой отчет (январь 2008 г. – декабрь 2009 г.); [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/kyrgyzstan\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/kyrgyzstan_2010_country_progress_report_ru.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – там же.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Страновой многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве Кыргызской Республики. Ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 1 ноября 2010 г.

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – Солиев А. (2010). Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Таджикистане, Казахстане, Кыргызстане, 2006–2009 годы // Презентация на региональной конференции «Эпидемия ВИЧ-инфекции в Центральной Азии: совершенствование эпидемиологического надзора», 18–19 мая 2010 года. – Алмата; 2010; [www.rcaids.kz/files/00001506.pdf](http://www.rcaids.kz/files/00001506.pdf)

## ЛИТВА

**Оценочное число ПИН** – The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. (2010). 2010 National report (2009 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point, Lithuania. Vilnius: The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Retrieved July 1, 2011, from [http://old.nkd.lt/files/informacine\\_medzega/1-NKD\\_medziaga/1-metiniai\\_pranesimai/Lithuania\\_National\\_report\\_to\\_the EMCDDA\\_2010.pdf](http://old.nkd.lt/files/informacine_medzega/1-NKD_medziaga/1-metiniai_pranesimai/Lithuania_National_report_to_the EMCDDA_2010.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – там же, с. 39–40 (Таблица 5-4).

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Lithuania: National report on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Reporting period: January 2008 – December 2009. Vilnius, 2010; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/lithuania\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/lithuania_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

## МОЛДОВА

**Оценочное число ПИН** – Country Coordination Mechanism of National HIV/AIDS/STI Prophylaxis and Control and TB Control and Prophylaxis Programmes, The Republic of Moldova. The Global Fund Round 10 country application. Effective response to HIV with focus on most at risk population groups in the Republic of Moldova.

**Зарегистрированное число ПИН** – Национальная стратегия по борьбе с наркотиками на 2011–2018 годы, утвержденная Постановлением Правительства Республики Молдова № 1208 от 27 декабря 2010 года; <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337243&lang=2>

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Country Coordination Mechanism of National HIV/AIDS/STI Prophylaxis and Control and TB Control and Prophylaxis Programmes, The Republic of Moldova. The Global Fund Round 10 country application. Effective response to HIV with focus on most at risk population groups in the Republic of Moldova.

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в столице** – Republic of Moldova: UNGASS report (2008–2009). Chisinau, 2010; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/moldova\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/moldova_2010_country_progress_report_en.pdf)

## РОССИЯ

**Оценочное число ПИН** – нижняя и верхняя границы оценки представлены согласно данным Странового отчета по Российской Федерации, подготовленного Референтной группой ООН по ВИЧ-инфекции и инъекционному употреблению наркотиков, с. 4; [www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/No+Attachment/\\$file/Russian+Federation\\_compiled.pdf](http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/No+Attachment/$file/Russian+Federation_compiled.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ФГУ «Национальный научный центр наркологии» Росздрава (2010). Показатели общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1999–2009 годах. – М., 2010; <http://nncn.ru/datadepot/000195.pdf>

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Голиусов А.Т., Дементьева Л.А., Ладная Н.Н., Туманова М.С., Монисов А.А., Семенченко М.В., Годлевский Д.В., Пшеничная В.А. (2010). Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (январь 2008 года – декабрь

2009 года). – М., 2010; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/russia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/russia_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

#### СЕРБИЯ

**Оценочное число ПИН** – National AIDS Commission, Ministry of Health, Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”. (2010). Republic of Serbia. [UNGASS report.] Reporting period: January 2008 –December 2009; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/serbia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/serbia_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – нет данных.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – National AIDS Commission, Ministry of Health, Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”. (2010). Republic of Serbia. [UNGASS report.] Reporting period: January 2008 –December 2009; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/serbia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/serbia_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

#### ТАДЖИКИСТАН

**Оценочное число ПИН** – Таджикистан: Национальный отчет о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 2010 (январь 2008 г. – декабрь 2009 г.); [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/tajikistan\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/tajikistan_2010_country_progress_report_en.pdf)

APMG. (2009). Report on project: ‘Support to national AIDS response to scale up HIV prevention and care services in Tajikistan.’ AIDS Projects Management Group: For UNDP Tajikistan.

**Зарегистрированное число ПИН** – АКН. (2011). *Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2010 год*. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – United Nations Joint HIV Advocacy Project. (2010). Annual report – 2010 (in brief). Dushanbe. Retrieved July 26, 2011, from [http://www.untj.org/files/library/UNJAP\\_Annual\\_Report\\_2010\\_brief.pdf](http://www.untj.org/files/library/UNJAP_Annual_Report_2010_brief.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – Солиев А. (2010). Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Таджикистане, Казахстане, Кыргызстане, 2006–2009 годы. // Презентация на региональной конференции «Эпидемия ВИЧ-инфекции в Центральной Азии: совершенствование эпидемиологического надзора». 18–19 мая 2010 года. – Алмата, 2010; [www.rcaids.kz/files/00001506.pdf](http://www.rcaids.kz/files/00001506.pdf)

#### УКРАИНА

**Оценочное число ПИН** – нижняя и верхняя границы оценки представлены согласно данным Странового отчета по Украине, подготовленного Референтной группой ООН по ВИЧ-инфекции и инъекционному употреблению наркотиков, с. 4; [www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Tuvalu\\_compiled.pdf/\\$file/Ukraine\\_compiled.pdf](http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Tuvalu_compiled.pdf/$file/Ukraine_compiled.pdf)

**Зарегистрированное число ПИН** – EMCDDA Ukraine country overview; [www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ua#pdu](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ua#pdu)

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Ukraine national report on monitoring progress towards the UNGASS Declaration of commitment on HIV/AIDS. Reporting period: January 2008–December 2009; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/ukraine\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/ukraine_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

#### ЭСТОНИЯ

**Оценочное число ПИН** – Country overview: Estonia, EMCDDA; [www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ee#pdu](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ee#pdu)

**Зарегистрированное число ПИН** – нет данных.

**Доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков** – Estonia: UNGASS narrative report 2010; [www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/estonia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/estonia_2010_country_progress_report_en.pdf)

**Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН** – там же.

ТАБЛИЦА 2.

**Источники официальной статистики по передозировкам<sup>7</sup>**

Источник статистики	Какие данные можно получить	Ограничения	Страны
Судебно-медицинская экспертиза	Смертельные случаи от острого отравления наркотиками.	Токсикологические экспертизы могут проводиться выборочно. В некоторых странах судмедэкспертиза не регистрирует смертельные случаи, которые произошли в лечебных учреждениях.	Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Таджикистан.
Токсикологические или реанимационные отделения больниц, токсикологические центры, центры лечения отравлений	Смертельные и несмертельные случаи острого отравления наркотиками.	Данные только по лечебным учреждениям. Токсикологические экспертизы могут проводиться выборочно.	Азербайджан (?) <sup>8</sup> , Беларусь, Грузия (?), Россия, Сербия (?), Украина.
«Скорая помощь»	Смертельные и несмертельные случаи острого отравления наркотиками, зарегистрированные после выезда бригады «скорой помощи».	Ограничено вызовами «скорой помощи».	Грузия (?), Казахстан, Кыргызстан, Россия, Украина.
Наркологический учет	Снятие с учета по причине смерти от передозировки.	Данные только по зарегистрированным потребителям наркотиков.	Беларусь, Казахстан, Россия, Таджикистан.
Национальный реестр смертности или официальная отчетность по смертности	Смертельные случаи, связанные с наркотиками.	Смерть от передозировки (отравления наркотиками) иногда не выделяют в отдельную категорию.	Литва, Молдова, Россия, Сербия, Украина, Эстония.
Диспансерный учет ВИЧ-положительных людей	Смертность людей, живущих с ВИЧ, от передозировки.	Выборка ограничена зарегистрированными ЛЖВ.	Россия, Украина.
Статистическая служба правоохранительных органов	Факты незаконного употребления (или оборота) наркотиков, повлекшие за собой тяжкие последствия для здоровья.	Выборка ограничена данными, полученными от медицинских учреждений.	Азербайджан (?), Казахстан, Грузия (?), Россия (?).

<sup>7</sup> Таблица была составлена на основе имеющихся данных по каждой фокусной стране, представленных в Таблице 3.

<sup>8</sup> Вопросительный знак в скобках указан, если речь идет о предположительном источнике по данной стране.

ТАБЛИЦА 3.

**Регистрация передозировок**

Страна	Схема регистрации	Нормативная база
Азербайджан	<p>Неизвестно о наличии централизованной системы регистрации передозировок. Предположительно, данные собираются МВД и Бюро судебно-медицинской экспертизы при Министерстве юстиции.</p> <p>Токсикологические отделения больниц ведут статистику отравлений по кодам.</p> <p>Если пациент с передозировкой поступает в токсикологическое или реанимационное отделение больницы, медицинский персонал обязан сообщить об этом в правоохранительные органы.</p>	Нет данных.
Беларусь	<p>Наркологический учет является источником данных о смерти зарегистрированных потребителей наркотиков. Регистрация смерти производится по классификации МКБ-10; причину смерти устанавливают лечащий врач, врач, присутствовавший в момент смерти, патологоанатомы, судмедэксперты.</p> <p>Сведения по отравлениям от наркотиков предоставляются больницами в Республиканский токсикологический центр г. Минска.</p>	Учет отравлений регулируется Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.11.2010 года № 1226 «Об утверждении форм ведомственной отчетности на 2011 год», приложение 16 «Сведения об отравлениях лекарственными средствами, биологически активными веществами и токсическом действии веществ, преимущественно немедицинского назначения».
Грузия	<p>Официально только одно учреждение – Бюро судебно-медицинской экспертизы при Министерстве юстиции – ведет страновую статистику по случаям передозировки с летальным исходом. Национальная статистическая служба, Министерство здравоохранения и МВД не подтвердили наличия у себя баз данных по передозировкам. По неофициальным данным экспертов НПО, больницы и «скорая помощь» сообщают о случаях передозировки и применения налоксона в Центр контроля заболеваемости Минздрава и в МВД (хотя с 2011 года врачи не обязаны информировать полицию). Факт смерти подтверждает представитель полиции на основании заключения врача «скорой помощи», врача больницы или результатов судебно-медицинской экспертизы.</p>	Нет данных.

Страна	Схема регистрации	Нормативная база
<b>Казахстан</b>	Судебно-медицинская экспертиза регистрирует смертельные случаи, связанные с отравлениями или передозировками нелегальными психоактивными веществами. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры собирает данные по смертельным исходам в результате передозировки или токсического действия наркотических и психотропных веществ и прекурсоров среди учтенных наркопотребителей. Учет несмертельных и смертельных случаев передозировки ведется городскими станциями «скорой помощи», а также, по всей видимости, токсикологическими и реанимационными отделениями больниц.	Согласно национальному законодательству, любая смерть, связанная с отравлением или передозировкой от любого вещества, подлежит судебно-медицинской экспертизе. Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 764 от 28 декабря 2007 года утверждены Протоколы диагностики и лечения заболеваний, среди которых и Протокол по применению налоксона.
<b>Кыргыз-стан</b>	Республиканское отделение судмедэкспертизы регистрирует смертельные передозировки по стране. Помимо этого, данные (по Бишкеку) о смертельных и несмертельных случаях можно получить через городскую станцию «скорой помощи». В документах наркологического учета передозировка не выделяется в качестве причины смерти потребителей наркотиков.	Нет данных.
<b>Литва</b>	Статистику смерти от передозировки можно получить через Национальный реестр смертности; регистрация передозировок ведется в соответствии с протоколом ЕМ-CDDA о смертях, связанных с наркотиками, «выборка В».	Регистрация смертности регулируется Законом «О порядке констатации смерти человека и опасных для жизни состояний».
<b>Молдова</b>	Центр судебной медицины проводит токсикологическую экспертизу на наличие в крови нелегальных наркотических веществ для выборочной категории людей, умерших вне стен лечебного заведения. Решение о проведении теста на наркотики принимается по требованию прокурора при «подозрительных» обстоятельствах или инициативе самого судмедэксперта (тогда как исследование на определение алкоголя в крови проводится во всех случаях, представленных к судебно-медицинской экспертизе). Результаты токсикологических экспертиз приходят через 3–4 месяца, и этим, как правило, объясняется неверная формулировка причины смерти. В «Общем реестре смертности» хранятся данные медицинских сертификатов с причинами смерти, на основании которых можно определить количество смертей от употребления наркотиков.	Токсикологическая экспертиза осуществляется в соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа», утвержденными Министерством здравоохранения Молдовы 24 февраля 1999 года.

Страна	Схема регистрации	Нормативная база
Россия	<p>1. Регистрация смерти от наркотиков осуществляется патологоанатомическими отделениями больниц (если смерть наступила в лечебном заведении) и бюро судебно-медицинской экспертизы (смерть без очевидных причин вне лечебного заведения). Смерть от наркотиков также указывается в медицинском свидетельстве о смерти (форма № 106/у-98). Выделение данной причины смерти осуществляется с 1 января 2006 года. Медицинские свидетельства о смерти регистрируются в органах ЗАГС, откуда информация поступает в Росстат. Бюро судмедэкспертизы составляют свои отчеты по форме № 42, которые направляются из регионов в Российский центр судмедэкспертизы и затем – в Минздравсоцразвития и Росстат.</p> <p>2. Регистрация острых отравлений наркотиками (смертельных и несмертельных) проводится на основании «Экстренного извещения об острых случаях химической этиологии» по форме № 58-1/у. Извещение заполняется работниками «скорой помощи», лечебно-профилактических и амбулаторно-поликлинических учреждений, а также судмедэкспертами и затем передается в центры Госсанэпиднадзора субъектов РФ и Токсикологический центр Министерства здравоохранения и социального развития.</p> <p>3. Смертность зарегистрированных потребителей наркотиков от передозировок выделяется отдельной строкой в форме федерального государственного статистического наблюдения № 37. Сведения предоставляются наркологическими стационарами и диспансерами, психоневрологическими диспансерами, реабилитационными центрами, больницами и поликлиниками, имеющими в своем составе наркологические отделения (кабинеты). Итоговые данные предоставляются в Министерство здравоохранения и социального развития.</p> <p>4. Данные о смертности людей, живущих с ВИЧ, от передозировок предоставляются Научно-исследовательской лабораторией по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом).</p>	<p>Форма №106/у-98 (медицинское свидетельство о смерти); утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ № 241 от 7 августа 1998 года.</p> <p>В письме № 3540-ВС от 27 июля 2005 года «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией», направленном в лечебные учреждения, Министерство здравоохранения РФ просит обязать патологоанатомов и судмедэкспертов при вскрытии обращать внимание в том числе на признаки хронической интоксикации наркотиками и проводить необходимые токсикологические исследования.</p> <p>«Отчет бюро судебно-медицинской экспертизы» по форме № 42; утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ № 385 от 22 октября 2001 года.</p> <p>Согласно Постановлению Госкомстата РФ № 49 от 26 июня 1999 года, данные о работе судмедэкспертизы направляются в Министерство здравоохранения РФ и в Росстат.</p> <p>«Экстренное извещение об острых случаях химической этиологии» по форме № 58-1/у; утверждено Приказом Министерства здравоохранения РФ № 460 от 29 декабря 2000 года.</p> <p>Учет острых отравлений также регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ № 9 от 8 января 2002 года «О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации». Согласно Приложению № 6 настоящего Приказа, все передозировки попадают в раздел формы «VIII. Распределение отравлений по виду», в строку «Преднамеренные отравления: с целью наркотического опьянения».</p> <p>Форма федерального государственного статистического наблюдения № 37 «Сведения о контингентах больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией»; утверждена Приказом Росстата № 171 от 13 августа 2009 года.</p>

Страна	Схема регистрации	Нормативная база
<b>Сербия</b>	<p>Статистику смертности от нелегальных наркотиков можно получить через Республиканский статистический офис, куда направляются данные обо всех смертельных случаях по стране. Факт смерти от употребления наркотиков выявляется, если в случае смерти по «неестественным причинам» судья требует вскрытия и проведения токсикологической экспертизы. Статистику несмертельных передозировок можно, видимо, получить в Национальном центре контроля за отравлениями Военной медицинской академии, где проходят лечение около 90% пострадавших от острых отравлений.</p>	<p>Нет данных.</p>
<b>Таджикистан</b>	<p>Имеется очень ограниченная информация о регистрации передозировок. Бюро Республиканской судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения регистрирует смертельные случаи, связанные с наркотиками. Статистику о передозировках также ведут некоторые другие медицинские учреждения – например, токсикологические и наркологические центры.</p>	<p>Приказ Министерства здравоохранения № 485 от 7 августа 2006 года «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан» утвердил схему мониторинга наркологической ситуации, согласно которой сведения о количестве смертельных и несмертельных случаев передозировок должны собираться на уровне регионов и страны ежемесячно, а сведения о количестве смертей от злоупотребления наркотиками и другими ПАВ – с периодичностью один раз в три месяца.</p>
<b>Украина</b>	<p>Государственный комитет статистики предоставляет данные о количестве умерших от употребления наркотиков и отдельно – о количестве смертей вследствие отравлений психоактивными веществами. Отдельно Департамент по борьбе с незаконным оборотом наркотиков МВД и Министерство здравоохранения публикуют данные по количеству смертей от наркотиков, не выделяя в отдельную строку передозировки и другие причины.</p> <p>Данные по несмертельным передозировкам отсутствуют.</p> <p>На местах случаи передозировок фиксируют бригады «скорой помощи», наркологические и психиатрические диспансеры, а также, видимо, токсикологические отделения больниц. Эта информация передается в местный статистический отдел лечебного учреждения, затем – в Управление здравоохранения города или области, откуда, по всей видимости, – в Министерство здравоохранения и Государственный комитет статистики.</p> <p>Предположительно, ведется учет смертности от передозировки инъекционными наркотиками среди людей, живущих с ВИЧ.</p>	<p>Приказом Министерства здравоохранения № 545 от 8 августа 2006 года «Об упорядочивании ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» утверждена инструкция о заполнении и выдачи свидетельства о смерти. Основная причина смерти фиксируется по МКБ-10.</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения № 503 от 29 августа 2008 года утвердил методические рекомендации «Кодировка заболеваемости и смертности в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и родственных проблем здравоохранения 10-го пересмотра». В совместном приказе Министерства здравоохранения и Государственного комитета статистики № 640/663 от 24 декабря 2004 года, который утверждает статистические формы, пункт 28 указывает на смерть из-за передозировки инъекционными наркотиками, как один из критериев для исключения людей, живущих с ВИЧ, с диспансерного учета.</p>

Страна	Схема регистрации	Нормативная база
Эстония	<p>Данные по смертельным случаям, которые произошли в результате острых отравлений наркотиками, содержатся в Реестре причин смертности, который ведет Национальный институт развития здравоохранения. В Реестре собраны данные всех случаев по стране и в представительствах Эстонии за границей. Выборка осуществляется в соответствии с протоколом EMCDDA («выборка В»). Данные передаются в Эстонский центр мониторинга оборота наркотиков и наркомании.</p> <p>Смертность по видам наркотиков анализируется Эстонским институтом судебных экспертиз.</p> <p>В перечне смертельных исходов среди ВИЧ-положительных людей передозировка не выделяется в качестве отдельной причины.</p> <p>Статистику оказания первой помощи при передозировках ведут службы экстренной помощи.</p>	<p>Национальное руководство регулирует деятельность по оказанию услуг экстренной помощи потребителям наркотиков в случаях передозировки, в том числе связанной с предоставлением налоксона.</p>

**Источники к Таблице 3<sup>9</sup>:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Управление ООН по наркотикам и преступности, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. (2010). Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ; [www.unodc.org/centralasia/en/publications.html](http://www.unodc.org/centralasia/en/publications.html)

Электронная коммуникация с Насибовым Р., Пашаевым Э. (2011).

[www.xeber.net/printthread.php?tid=260304](http://www.xeber.net/printthread.php?tid=260304) – сообщение от 16 декабря 2010 года «В Азербайджане от передозировки наркотических средств скончались два товарища».

<http://azerbaijan.russiaregionpress.ru/archives/3293> – сообщение от 13 мая 2009 года «В Агсуинском районе Азербайджана от передозировки наркотиков скончался человек».

**БЕЛАРУСЬ**

EMCDDA Country Overview: Belarus. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/by#drd>

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 ноября 2010 года № 1226 «Об утверждении форм ведомственной отчетности на 2011 год»; [http://minzdrav.gov.by/med/ibp/ibp\\_list.php?&prg=5&lst\\_p=4](http://minzdrav.gov.by/med/ibp/ibp_list.php?&prg=5&lst_p=4)

**ГРУЗИЯ**

Ответы профильных государственных учреждений Грузии на официальные запросы Института прав человека.

Электронная коммуникация с Шошикелашвили А., Ушаридзе Д., Джанашиа Н., Бирдзинашвили К. (2011).

**КАЗАХСТАН**

EMCDDA Country Overview: Kazakhstan. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/kz#drd>

Сулейменов, Ж., Алтынбеков, С., Дуйсенбекова, А., Джолдыгулов, Г., Гафарова, Н., Прищепа, Г., Шерубаева, В., Бигдан, Л., Жуматаева, Г. (ред. колл.) (2009). Республика Казахстан. Наркоситуация в 2008 году. Астана: проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков» Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КАДАП). Доступно на: [http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report\\_2008\\_Kaz-n\\_Rus..pdf](http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report_2008_Kaz-n_Rus..pdf)

**КЫРГЫЗСТАН**

Электронная коммуникация с Бессоновым С. (2011).

<sup>9</sup> Обзор схемы регистрации передозировок был проведен на основе анализа источников статистических данных по передозировкам (Таблица 4). В список вошли дополнительные источники.

#### **ЛИТВА**

EMCDDA Country Overview: Lithuania. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lt>  
The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. (2010). 2010 National report (2009 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point, Lithuania. Vilnius: The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Retrieved July 1, 2011, from [http://old.nkd.lt/files/informacine\\_medzega/1-NKD\\_medziaga/1-metiniai\\_pranesimai/Lithuania\\_National\\_report\\_to\\_the\\_EMCDDA\\_2010.pdf](http://old.nkd.lt/files/informacine_medzega/1-NKD_medziaga/1-metiniai_pranesimai/Lithuania_National_report_to_the_EMCDDA_2010.pdf)

Закон о порядке констатации смерти человека и опасных для жизни состояний (Law on the Establishment of Death of a Human Being, and on Critical Conditions). Retrieved July 1, 2011, from [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=327103](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=327103)

#### **МОЛДОВА**

Scutelnicuș, O., Condrat, I., Plamadeala, D., Cocirta, A., Slobozian, V., Susanu, A. et al. (2009). *Drug Situation in the Republic of Moldova in 2008*. Chisinau: National Drug Observatory.

Электронная коммуникация с Вакарчук О. (2011).

#### **РОССИЯ**

Федюшин, А.В. (2007). Анализ применения действующего законодательства в сфере учета случаев смертельных отравлений наркотическими средствами. *Наркоконтроль*, 2(4), 27-30.

Электронная коммуникация с Петровым Л., Коренем С., Царевым С. (2011).

#### **СЕРБИЯ**

EMCDDA Country Overview: Serbia. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/rs>

#### **ТАДЖИКИСТАН**

Нидоев, С., Норов, А., Одинаев, М., Мирсалимова, Н., Садуллоев, Д., Нурляминова, З. (ред. колл.). (2009). *Наркоситуация в Республике Таджикистан в 2008 году*. Душанбе: Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков ДАМОС-2» Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP – 4). Доступно на: [www.cadap.eu/sites/default/files/AR%202008%20for%20Tajikistan.pdf](http://www.cadap.eu/sites/default/files/AR%202008%20for%20Tajikistan.pdf)

АКН. (2011). *Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2010 год*. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

#### **УКРАИНА**

EMCDDA Country Overview: Ukraine. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ua>

Электронная коммуникация с Толопило А., Скала П., Киценко Н., Каминской М. (2011).

#### **ЭСТОНИЯ**

EMCDDA Country Overview: Estonia. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ee>

Электронная коммуникация с Талу А. (2011).

ТАБЛИЦА 4.

**Распространенность передозировок**

Страна	Официальные данные по смертности		Оценочные данные по распространенности передозировок и смертности / источник информации
	Количество людей /год	Специфика данных / источник информации	
<b>Азербайджан</b>	47 чел. / 2004 год	Смертельные случаи в результате отравлений различными наркотиками, психотропными веществами или их производными.	<p>Опросы 55 ПИН в столице и трех регионах, проведенные НПО, работающими в области профилактики ВИЧ-инфекции, показали, что каждый четвертый потребитель испытывал передозировку когда-либо в жизни.</p> <p>По неофициальным данным сотрудника Бакинского СПИД-центра, за первые три месяца 2011 года от передозировки умерли 22 человека из числа ЛЖВ.</p>
<b>Беларусь</b>	6 чел. /2004 год 13 чел. / 2005 год 13 чел. / 2006 год 9 чел. /2007 год 11 чел. / 2008 год	«Смерти от передозировок и отравлений как причина снятия с наркологического учета»	<p>По оценке заведующего отделением наркологии Республиканского центра психического здоровья, около 120 человек ежегодно умирают от передозировки наркотиками (данные на 2009 год).</p> <p>По неофициальным данным судмедэкспертизы, до 2011 года ежегодно регистрировалось 60–70 смертей от передозировок.</p>
<b>Грузия</b>	40 чел. / 2008 год 21 чел. / 2009 год 15 чел. / 2010 год	Смертельные случаи передозировок, данные по стране – Бюро судебно-медицинской экспертизы; ответ на официальный запрос Института прав человека.	<p>По данным исследования 2004 года, в котором сравнивались базы данных Департамента статистики и Института наркологии, в 2003 году по крайней мере 120 наркопотребителей умерли вследствие передозировки и других причин (Gamkrelidze et al., 2004).</p> <p>Опросы трех программ снижения вреда по интервенции «Внедрение силами равных» проведенные в 2010 году в двух городах, показали, что от 23 до 51% ПИН испытывали передозировку хотя бы один раз в жизни.</p>
	39 чел. /2007 год 28 чел. / 2008 год 19 чел. / 2009 год	Смертельные случаи от передозировок, данные по Тбилиси, Бюро судмедэкспертизы (Javakhishvili et al, 2011).	

Страна	Официальные данные по смертности		Оценочные данные по распространённости передозировок и смертности / источник информации
	Количество людей /год	Специфика данных / источник информации	
Казахстан	468 чел. / 2008 год	Смертельные случаи от отравления наркотическими веществами – Бюро судмедэкспертизы.	<p>По данным продолжающегося опроса среди 350 участников проекта «Ренессанс» в Алматы, 100% ПИН испытывали передозировку хотя бы один раз в жизни.</p> <p>По результатам исследования PSI (2010), проведенного в марте 2010 года в странах Центральной Азии и связанного с анализом поведенческих рисков передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН, из 503 опрошенных в Казахстане, в течение последнего года 24,1% пережили передозировку, 48,5% были свидетелями передозировки, 25,5% –свидетелями смертельной передозировки.</p>
	127 чел. / 2008	Смертельные случаи от передозировок среди учтенных наркопотребителей – Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан.	
Кыргыз-стан	148 чел. / 2007 год 145 чел. / 2008 год 130 чел. / 2009 год	Смертельные случаи от отравлений наркотиками – Бюро судебно-медицинской экспертизы Республики Кыргызстан (Сравнительный анализ исследованных трупов).	<p>Данные опроса 227 ПИН в Бишкеке показали, что передозировку пережили хотя бы один раз в жизни более 40% опрошенных (Бакирова, 2010).</p> <p>По результатам исследования PSI, проведенного в марте 2010 года в странах Центральной Азии и связанного с анализом поведенческих рисков передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН, из 520 ПИН, опрошенных в Кыргызстане, в течение последнего года 23,7% пережили передозировку, 56% были свидетелями передозировки, 24,6% – свидетелями смертельной передозировки.</p>
	56 чел. /2008 год 41 чел. / 2009 год	Смертельные случаи от передозировок по г. Бишкеку – данные городской «скорой помощи» (официальный ответ на запрос общественного фонда «Аттика»).	
Литва	38 чел. / 2004 год 31 чел. /2005 год 62 чел. / 2006 год 72 чел. / 2007 год 60 чел. / 2008 год 68 чел. / 2009 год	Смертельные случаи, вызванные употреблением наркотических и психотропных веществ – Национальный реестр смертности.	Нет данных.

Страна	Официальные данные по смертности		Оценочные данные по распространённости передозировок и смертности / источник информации
	Количество людей /год	Специфика данных / источник информации	
Молдова	16 чел. / 2000 год 29 чел. /2001 год 24 чел. /2002 год 13 чел. /2003 год 12 чел. / 2004 год 10 чел. /2005 год 12 чел. / 2006 год 14 чел. / 2007 год 10 чел. / 2008 год, 11 чел. / 2009 год	Смертельные случаи, возможно связанные с употреблением наркотиков, – Центр судебной медицины.	Нет данных.
	14 чел. / 2000 год 22 чел. / 2001 год 15 чел. / 2002 год 5 чел. / 2003 год 7 чел. / 2004 год 6 чел. / 2005 год 7 чел. / 2006 год 6 чел. / 2007 год 10 чел. / 2008 год	Зарегистрированные случаи смерти от употребления наркотиков – Общий реестр смертности.	
Россия	Минимум 7500 чел. / 2006 год	«Смертность, связанная с употреблением наркотиков, по данным медицинской статистики» (Кошкина, 2008).	По данным нескольких исследований, проведенных в России с 2001 по 2008 год среди 3940 потребителей наркотиков, каждый четвертый респондент пережил одну или несколько передозировок в течение последнего года (Смирнова и Полонская, 2008).  Опрос 313 ПИН в трех городах в 2008 году выявил, что 74,7% ПИН имели опыт передозировки хотя бы один раз в жизни (Всероссийская сеть снижения вреда, 2009).
	19,9% / 2007 год 14,8% /2009 год	Доля передозировок среди причин смертности ЛЖВ, не связанных с развитием ВИЧ-инфекции (Специализированная научно-исследовательская лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД, 2009).	
	1189 чел. / 2009 год	Смерть от острого отравления наркотиками (передозировка) как причина снятия с наркологического учета – форма Федерального статистического наблюдения № 37 «Сведения о контингентах больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией», 2009.	

Страна	Официальные данные по смертности		Оценочные данные по распространённости передозировок и смертности / источник информации
	Количество людей /год	Специфика данных / источник информации	
Сербия	85 чел. / 2005 год 87 чел. / 2006 год 136 чел. / 2007 год 116 чел. / 2008 год 114 чел. / 2009 год	Смертельные случаи от употребления наркотиков среди населения 15–65 лет – Республиканский офис статистики (данные получены Ж. Атаянц, по официальному запросу).	Нет данных.
	53 чел. / 2007 год 62 чел. / 2008 год	Смертельные случаи, вызванные употреблением нелегальных наркотиков, подтвержденные токсикологическими экспертизами, – Национальный центр контроля над отравлениями.	
Таджикистан	53 чел. / 2001 год 40 чел. / 2002 год 7 чел. / 2003 год 23 чел. / 2004 год 46 чел. / 2005 год 135 чел. / 2006 год 85 чел. / 2007 год 68 чел. / 2008 год 42 чел. / 2009 год 16 чел. / 2010 год	Смертельные случаи, связанные с употреблением наркотиков – Бюро судебно-медицинской экспертизы.	<p>По данным опроса 43 ПИН в г. Хороге, проведенном НПО «Волонтер» в 2008 году, в течение последнего месяца пережили передозировку 56% респондентов.</p> <p>По данным опроса, проведенного НПО «Апейрон» в 2010–2011 годах в районе Фархор среди 100 ПИН, за последние 12 месяцев пережили передозировку 31% респондентов.</p> <p>По результатам исследования PSI, проведенного в марте 2010 года в странах Центральной Азии и связанного с анализом поведенческих рисков передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН, из 431 ПИН в Таджикистане 34,1% испытали передозировку в течение последнего года, 45% были свидетелями передозировки, 25,1% – свидетелями смертельной передозировки.</p>

Страна	Официальные данные по смертности		Оценочные данные по распространённости передозировок и смертности / источник информации
	Количество людей /год	Специфика данных / источник информации	
Украина	249 чел. / 2005 год 296 чел. / 2006 год 219 чел. / 2007 год 211 чел. / 2008 год	Смертельные случаи от употребления наркотиков, Государственный комитет статистики (по данным, полученным от Украинского мониторингового центра по наркотикам).	11–14% ПИН имели передозировку по результатам поведенческих исследований Международного альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине; 35% ПИН – по интервенции «Внедрение силами равных», реализуемой Альянсом; 52% ПИН испытали передозировку в течение всей жизни и 27% имели такой случай в течение последних шести месяцев по результатам анкетирования Альянса в мае 2010 г.  По оценкам экспертов, ежегодное количество смертельных случаев от наркотиков превышает 10 000 (страновой обзор EMCDDA по Украине).
	245 чел. / 2005 год 238 чел. / 2006 год 262 чел. / 2007 год 203 чел. / 2008 год	Смертельные случаи от отравления психоактивными веществами, Государственный комитет статистики (по данным, полученным от Украинского мониторингового центра по наркотикам).	
Эстония	22 чел. / 1999 год 31 чел. / 2000 год 45 чел. / 2001 год 86 чел. / 2002 год 36 чел. / 2003 год 98 чел. / 2004 год 57 чел. / 2005 год 68 чел. / 2006 год 67 чел. / 2008 год 133 чел. / 2009 год	Смертность от употребления наркотиков – Национальный реестр смертности.	Нет данных.

**Источники к Таблице 4:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Asriyan, N., Javakhishvili, J., & Naibova, A. (2004). *Drug situation in South Caucasus, 2004: Annual report*. Retrieved August 24, 2011, from <http://www.undp.am/docs/publications/2004publications/drugreporteng.pdf>

Электронная коммуникация с Пашаевым Э. (2011).

Электронная коммуникация с Мустафаевой З. (2011).

**БЕЛАРУСЬ**

Лелевич, В., Виницкая, А., Лелевич, С., Разводовский, Ю. (2011). *Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь*. Гродненский государственный медицинский университет, Центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением.

**ГРУЗИЯ**

Javakhishvili, J., Sturua, L., Otiashvili, D., Kirtadze, I., Zabransky, T. (2011). Overview of the Drug Situation in Georgia. *Adiktologie*, 11(1), 42–51.

Gamkrelidze A., Javakhishvili, J., Kariauli, D., Lejav, G., Stvilia, K., Todadze, K., & Tsintsadze, M. (2005). *Drug situation in Georgia, 2004: Annual report*. Retrieved August 24, 2011, from <http://altgeorgia.ge/cms/en/wp-content/uploads/2009/12/Drug-situation-in-Georgia-2004.pdf>

Д. Ушаридзе, Электронная коммуникация с Лабарткава К. и Джанашиа Н. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Сулейменов, Ж., Алтынбеков, С., Дуйсенбекова, А., Джолдыгулов, Г., Гафарова, Н., Прищепа, Г., Шерубаева, В., Бигдан, Л., Жуматаева, Г. (ред. колл.) (2009). Республика Казахстан. Наркоситуация в 2008 году. Астана: проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков» Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КАДАП). Доступно на: [http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report\\_2008\\_Kaz-n\\_Rus..pdf](http://www.cadap.eu/sites/default/files/Annual%20Report_2008_Kaz-n_Rus..pdf)

PSI. (2010). HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs. Round one. Retrieved August 24, 2011, from [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2010-centralasia\\_trac\\_idu\\_hiv\\_tb.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf)

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

#### КЫРГЫЗСТАН

Республиканское бюро судмедэкспертизы Республики Кыргызстан: Сравнительный анализ исследованных трупов в Республике за 2007, 2008 и 2009 годы.

Бакирова Ж.К. (2010). Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

PSI. (2010). HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs. Round one. Retrieved August 24, 2011, from [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2010-centralasia\\_trac\\_idu\\_hiv\\_tb.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf)

#### ЛИТВА

The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. (2010). 2010 National report (2009 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point, Lithuania. Vilnius: The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Retrieved July 1, 2011, from [http://old.nkd.lt/files/informacine\\_medzega/1-NKD\\_medziaga/1-metiniai\\_pranesimai/Lithuania\\_National\\_report\\_to\\_the EMCDDA\\_2010.pdf](http://old.nkd.lt/files/informacine_medzega/1-NKD_medziaga/1-metiniai_pranesimai/Lithuania_National_report_to_the EMCDDA_2010.pdf)

#### МОЛДОВА

Scutelniciuc, O., Condrat, I., Plamadeala, D., Cocirta, A., Slobozian, V., Susanu, A. et al. (2009). *Drug Situation in the Republic of Moldova in 2008*. Chisinau: National Drug Observatory.

Электронная коммуникация с Вакарчук О. (2011).

#### РОССИЯ

Кошкина Е.А. (2008). Смертность, связанная с употреблением наркотиков, по данным медицинской статистики // Презентация на научно-практическом семинаре «Эпидемиологические методы при изучении причин смертности потребителей наркотиков». – Петрозаводск, 3–4 июля 2008 года.

Специализированная научно-исследовательская лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. (2010). *Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2009 году*. Доступно на: [http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15\\_04\\_2010/HIV\\_AIDS\\_center.pdf](http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/HIV_AIDS_center.pdf)

Смирнова, Т. и Полонская, Я. (2008). Передозировка наркотиками. Бюллетень *Снижение вреда – Россия*, 3, 3–9.

Всероссийская сеть снижения вреда. (2009). Распространенность и обстоятельства передозировок инъекционными наркотиками // Отчет о проведенном исследовании.

Богданов С.И. Острые отравления опиоидами: эпидемиологические, социально-экономические и клинические аспекты // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук (2011); [www.nncn.ru/2\\_295.html](http://www.nncn.ru/2_295.html)

PSI. (2009). Russia (2009): Overdose prevention study of injecting drug users (IDUs) in St. Petersburg and Ekaterinburg, Russian Federation. Round one. Retrieved August 26, 2011, from [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2009-russia\\_trac\\_idu\\_od\\_tsr\\_0.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2009-russia_trac_idu_od_tsr_0.pdf)

#### СЕРБИЯ

EMCDDA Country Overview: Serbia. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/rs>

#### ТАДЖИКИСТАН

Латыпов, А., Нидоев, С., Рамазанов, С., Семикина, Е., Муравлева, О., Ширинбекова Н. и Джамалов П. (2006). *Наркоситуация в Республике Таджикистан в 2005 году. Ежегодный отчет*. Душанбе: Программа Развития ООН.

Нидоев, С., Норов, А., Одинаев, М., Мирсалимова, Н., Садуллоев, Д., Нурляминова, З. (ред. колл.). (2009). *Наркоситуация в Республике Таджикистан в 2008 году*. Душанбе: Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков ДАМОС–2» Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP – 4). Доступно на: [www.cadap.eu/sites/default/files/AR%202008%20for%20Tajikistan.pdf](http://www.cadap.eu/sites/default/files/AR%202008%20for%20Tajikistan.pdf)

АКН. (2011). *Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2010 год*. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы (неопубликованные данные).

PSI. (2010). HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs. Round one. Retrieved August 24, 2011, from [http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/2010-centralasia\\_trac\\_idu\\_hiv\\_tb.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf)

Электронная коммуникация с Азизмамадовым М. (2011).

НПО «Апейрон» (2011). Краткие результаты исследования оценки эффективности программ профилактики передозировок (неопубликованный отчет).

#### УКРАИНА

EMCDDA Country Overview: Ukraine. Retrieved July 1, 2011, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ua>

Электронная коммуникация с Шульга Л. (2011).

#### ЭСТОНИЯ

Talu, A., Abel-Ollo, K., Vals, K., Vorobjov, S., Denissov, G., Ahven, A. 2010 National report (based on data from 2009) to EMCDDA from the REITOX National Drug Information Centre. Estonia. New developments, trends and in-depth information on selected issues. National Institute for Health Development, Estonian Drug Monitoring Centre. [Unpublished].

ТАБЛИЦА 5.

**Актуализация проблемы снижения смертности от передозировок на общенациональном уровне**

Страна	Индикатор снижения смертности от передозировок или употребления наркотиков в национальных стратегиях, программах, планах действий	
	По борьбе с наркотиками	По противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа
Азербайджан	Нет.	Нет.
Беларусь	Нет.	Нет.
Грузия	Нет данных.	Нет данных.
Казахстан	Нет.	Нет.
Кыргызстан	Нет данных.	Нет данных.
Литва	Да. Индикаторы выполнения Национальной программы по контролю над наркотиками и профилактике наркомании, одобренной Парламентом Литвы 4 ноября 2010 года, включают: смерти, связанные с употреблением наркотиков, инфекционные заболевания, связанные с употреблением наркотиков, уровень медицинской помощи в связи с употреблением наркотиков, последствиями для здоровья от употребления наркотиков.	Нет.
Молдова	Нет.	Нет.
Россия	Нет.	Нет.
Сербия	Нет.	Нет.
Таджикистан	Нет.	Нет.
Украина	Нет.	Нет данных
Эстония	Да. Национальная стратегия по наркотикам включает задачу 50%-го снижения смертности, связанной с наркотиками, к 2012 году.	Нет, поскольку такой индикатор включен в Национальную стратегию в отношении наркотиков.

Источники и примечания к Таблице 5

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Электронная коммуникация с Мустафаевой З. (2011).

**БЕЛАРУСЬ**

Данные национального эксперта. (2011).

#### **КАЗАХСТАН**

Данные по Национальной программе по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006–2010 годы и Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006–2014 годы – на основании электронной коммуникации с Примбетовой Ш. (2011).

#### **ЛИТВА**

Данные по Национальной программе по контролю над наркотиками и профилактике наркомании (2010–2016) – электронная коммуникация с Ясайтисом Э. и Пошкевичюте Ю. (2011).

Данные по Национальной программе по профилактике и контролю ВИЧ/СПИДа на 2009–2014 годы – электронная коммуникация с Пошкевичюте Ю. (2011).

#### **МОЛДОВА**

Данные по Национальной стратегии по борьбе с наркотиками на 2011–2018 годы – <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337243&lang=2>

Данные по Национальной программе по профилактике и контролю ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011–2015 годы – <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337100&lang=2>

#### **РОССИЯ**

Данные по Плану мероприятий, связанных с реализацией Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, – [http://fskn.gov.ru/pages/main/info/official\\_information/9486/index.shtml](http://fskn.gov.ru/pages/main/info/official_information/9486/index.shtml)

Данные по Концепции профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 годы – <http://itpcru.org/mobilization/636.html>

#### **СЕРБИЯ**

Электронная коммуникация с Вичиник Ю. (2011).

#### **ТАДЖИКИСТАН**

Электронная коммуникация с Азизмамадовым М. (2011).

#### **УКРАИНА**

Данные по Плану мероприятий, связанных с выполнением Концепции реализации государственной политики в сфере противодействия распространению наркомании, борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на 2011–2015 годы, – <http://www.apteka.ua/article/63181>

Данные по стратегии, направленной на противодействие распространению ВИЧ-инфекции, отсутствуют.

#### **ЭСТОНИЯ**

Электронная коммуникация с Талу А. (2011).

ТАБЛИЦА 6.  
Статус налоксона

Страна	Зарегистрирован?	Рецептурный препарат?	Включен в «Список жизненно важных лекарств»?
Азербайджан	Да.	Да.	Нет данных.
Беларусь	Да.	Да, список «А».	Нет (2010).
Грузия	Да.	Да (на практике – продавался без рецепта).	Да (2007).
Казахстан	Да.	Да, список «Б».	Да.
Кыргызстан	Нет.	Да, список «А».	Да (2007).
Литва	Да.	Да.	Да.
Молдова	Да.	Да (не продается в аптеках).	Да (2009).
Россия	Да.	Да.	Да (2010).
Сербия	Нет данных.	Не продается в аптеках.	Нет (2010).
Таджикистан	Да.	Да (не продается в аптеках).	Да (2007).
Украина	Да.	Да, список «Б».	Да (2009).
Эстония	Да.	Да.	Нет данных.

**Источники и примечания к Таблице 6:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Налоксон зарегистрирован в Государственном реестре лекарственных средств ([www.pharma.az/docs/registr.xls](http://www.pharma.az/docs/registr.xls)); регистрационные номера: № 07-00275 (производство Польши) и № 09-01690 (производство Украины).

Согласно отчету Управления ООН по наркотикам и преступности и Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу (2010), «налоксон не является запрещенным лекарственным средством, но, как правило, государственные структуры не закупают этот препарат. Он доставляется в страну частными лицами. Использование налоксона в случаях наркотической передозировки не регламентируется какими-либо нормативно-правовыми документами» (*Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформистр*, стр. 196).

Статус налоксона как зарегистрированного и рецептурного препарата, подтвержден Л. Имановой и Р. Насибовым (электронная коммуникация, 2011).

**БЕЛАРУСЬ**

Налоксон включен в список «А» Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.06.2005, № 16 (ред. от 10.11.2009) «Об утверждении перечня лекарственных средств списка «А» и Правил хранения лекарственных средств списка «А». По информации национальных экспертов, включение в список «А» не связано с ограничениями по выписке и требует лишь хранения препарата на отдельной полке в аптеке.

Отсутствие налоксона в списке жизненно важных лекарств – см.: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.07.2007, № 65 (ред. от 27.09.2010) «Об утверждении перечня основных лекарственных средств» ([http://minzdrav.gov.by/med/docs/info\\_for/PostMZ\\_N128\\_2010.html](http://minzdrav.gov.by/med/docs/info_for/PostMZ_N128_2010.html)).

Остальные данные подтверждены национальными экспертами посредством электронной коммуникации.

**ГРУЗИЯ**

Регистрация налоксона – электронная коммуникация с Ушаридзе Д. (2011).

Статус рецептурного препарата – электронная коммуникация с Сосьер Р. (2011).

Включенность налоксона в «Список жизненно важных лекарств» – см.: The Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia, State Agency for Regulation of Medical Activity. (2007). Model list of essential drugs of Georgia (based on WHO recommendations). Retrieved July 15, 2011, from [www.who.int/hac/crises/geo/georgia\\_essential\\_druglist\\_2007.pdf](http://www.who.int/hac/crises/geo/georgia_essential_druglist_2007.pdf)

#### КАЗАХСТАН

Статус налоксона – электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

Согласно Ш. Примбетовой, использование налоксона регулируется Протоколом администрирования налоксона, который включен в Протоколы диагностики и лечения заболеваний в Республике Казахстан, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года, № 764.

#### КЫРГЫЗСТАН

Налоксон не зарегистрирован в Кыргызской Республике (см.: Бакирова Ж.К. (2010). *Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами*. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики). Там не менее, в соответствии со статьей 35 Закона Кыргызской Республики «О лекарственных средствах», препараты могут производиться, продаваться и применяться на территории Кыргызской Республики, если они зарегистрированы или внесены в «Список жизненно важных лекарств». На их ввоз и применение в медицинской практике на территории Кыргызской Республики должно быть выдано разрешение в следующих случаях: малая емкость фармацевтического рынка, отказ в регистрации заводами-производителями лекарственных средств на территории Республики, необходимость обеспечения доступности препарата для населения и лечебно-профилактических организаций. По Приказу № 34 от 31 января 2007 года Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об утверждении Списка жизненно важных лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики», налоксон был разрешен для обращения на территории государства, и этот его статус был затем продлен Постановлением Правительства от 20 марта 2009 года, № 187 (электронная коммуникация с Бессоновым С., 2011).

#### ЛИТВА

Данные по статусу налоксона, за исключением наличия в «Списке жизненно важных лекарств», – согласно данным неопубликованного отчета УНП ООН по странам Балтии: UNODC (2010). *Availability of naloxone in the Baltic States*. Information collected within UNODC project XEE/J20 – HIV prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. [Unpublished].

Налоксон находится в «Списке жизненно важных лекарств» с 2004 года : The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. (2010). 2010 National report (2009 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point, Lithuania. Vilnius: The Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania (стр. 56). Retrieved July 1, 2011, from [http://old.nkd.lt/files/informacine\\_medzega/1-NKD\\_medziaga/1-metiniai\\_pranesimai/Lithuania\\_National\\_report\\_to\\_the EMCDDA\\_2010.pdf](http://old.nkd.lt/files/informacine_medzega/1-NKD_medziaga/1-metiniai_pranesimai/Lithuania_National_report_to_the EMCDDA_2010.pdf)

Эти данные также подтверждены Э. Ясайтисом (электронная коммуникация).

#### МОЛДОВА

Информация по статусу налоксона, кроме факта его включения в «Список жизненно важных лекарств», подтверждена А. Яцко путем электронной коммуникации. (2011).

Включение налоксона в «Список жизненно важных лекарств» – см.: Ministry of Health of the Republic of Moldova, The 2009 List of Essential Medicines of Moldova, [http://www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/mda\\_2009.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/mda_2009.pdf) (на молд. языке).

#### РОССИЯ

Сведения о статусе налоксона, за исключением факта его включения в «Список жизненно важных лекарств» – согласно неопубликованному обзору Canadian HIV/AIDS Legal Network, commissioned by the Russian Harm Reduction Network. (2008). Legal status of naloxone in the legislation of the Russian Federation. [Unpublished].

В настоящее время налоксон не внесен в список «А» или «Б» лекарственных средств в связи с отменой данных списков Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 мая 2010 года, № 380.

О включении налоксона в «Список жизненно важных лекарств» – см. «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» 2010 года: [www.rg.ru/2010/01/13/perechenlek-dok.html](http://www.rg.ru/2010/01/13/perechenlek-dok.html)

#### СЕРБИЯ

Отсутствуют данные по статусу налоксона как зарегистрированного и контролируемого препарата.

О наличии в аптеках и статусе налоксона как рецептурного препарата – электронная коммуникация с Вичиник Ю. (2011), и телефонное интервью Ж. Атаянц с представителем аптеки «Белград» (2011).

Отсутствие в «Списке жизненно важных лекарств» – [www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/srb/en/index.html](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/srb/en/index.html)

#### ТАДЖИКИСТАН

Согласно отчету Управления ООН по наркотикам и преступности и Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу (2010), «препарат налоксон зарегистрирован в Таджикистане и используется в медицинских учреждениях для оказания помощи в случаях передозировки (применение налоксона регулируется Приказом Министерства здравоохранения «Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан», № 485, от 7 августа 2006 года). Однако препарат включен в список

контролируемых медицинских препаратов, то есть не может отпускаться ”на руки“ людям, употребляющим наркотики, что исключает возможность оказания им экстренной помощи со стороны равных консультантов» (*Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ*, стр. 343).

Применение налоксона для предотвращения случаев передозировки рекомендуется также «Методическими указаниями по реализации программ снижения вреда» Министерства здравоохранения Таджикистана от 2010 года (Ministry of Health, the Republic of Tajikistan. (2010). *Methodological guidelines for implementation of harm reduction programmes*. Dushanbe).

О включении налоксона в «Список жизненно важных лекарств» – см. «Список основных лекарственных средств и их синонимов» Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (Душанбе, 2007).

#### УКРАИНА

Налоксон зарегистрирован в Едином государственном реестре лекарственных средств: [www.drlz.kiev.ua/](http://www.drlz.kiev.ua/)

Налоксон включен в Национальный перечень основных лекарственных средств, утвержденный Кабинетом министров в 2009 году: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=333-2009-%EF>

По мнению Л. Шульга, «поскольку налоксон не входит в список препаратов, которые могут отпускаться без рецепта, он рассматривается как лекарство, требующее назначения врача» (согласно Приказу Министерства здравоохранения Украины, № 897, от 27 декабря 2006 года). Шульга, Л. (2008). Контроль передозировок наркотическими средствами путем распространения налоксона по методу «равный — равному»: Обзор опыта. В Л. Шульга, О. Матияш, М. Варбан, *Налоксон — средство контроля передозировок опиатами. Снижение вреда для ПИН, употребляющих стимуляторы. Находки. Практика. Опыт в ответе на эпидемию ВИЧ* (стр. 5–9). Киев: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». Доступно на: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/naloxon/pdf/naloxon.pdf>

#### ЭСТОНИЯ

Регистрация налоксона в Эстонии: [http://193.40.10.165/register/print.php?keel=eng&inim\\_vet=inim&lk=2&id=22290&lingid=0](http://193.40.10.165/register/print.php?keel=eng&inim_vet=inim&lk=2&id=22290&lingid=0)

Данные о рецептурном статусе препарата: Sarang, A. & Donoghoe, M., on behalf of the United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization Regional Office for Europe. (2008). HIV/AIDS Interventions for injecting drug users in Estonia: Evaluation and recommendations. Retrieved August 27, 2011, from [http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/Report\\_evaluation\\_IDU.pdf](http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/Report_evaluation_IDU.pdf)

Данные о включении в «Список жизненно важных лекарств» отсутствуют.

ТАБЛИЦА 7.

**Наличие налоксона в медицинских учреждениях и аптеках**

Страна	«Скорая помощь»	Больницы	Аптеки
Азербайджан	Да (но не везде).	Да (отделения токсикологии).	Да, но только по рецепту (в нескольких аптеках)
Беларусь	Да.	Да (приемные покои, отделения токсикологии и реанимации).	Да (но только по рецепту; на апрель 2011 года – только в двух аптеках Минска).
Грузия	Да.	Да (токсикологические и реанимационные отделения).	Нет (нет поставок «по причине недостаточного спроса»).
Казахстан	Да.	Да (приемные покои больниц и реанимационные отделения).	Нет.
Кыргызстан	Да.	Да (токсикологические отделения, Республиканский наркологический центр).	Да (но только в двух аптеках Бишкека, имеющих лицензию).
Литва	Да (бригады «скорой помощи» и мобильная неотложная помощь).	Да (все отделения неотложной помощи).	Да, только по рецепту.
Молдова	Да.	Да (в реанимации).	Нет.
Россия	Да (наркологические и токсикологические бригады «скорой помощи»).	Да (токсикологические и реанимационные отделения, некоторые наркологические и противотуберкулезные диспансеры).	Да, только по рецепту
Сербия	Да.	Да.	Нет.
Таджикистан	Да (но редко).	Да (реанимационные отделения, наркологические стационары – для лечения передозировок и детоксикации).	Нет.
Украина	Да (но редко: оснащены в основном реанимационные, не линейные бригады).	Да (реанимационные отделения, наркологические и психиатрические стационары).	Да (но по рецепту; редко бывает в наличии, так как нужна лицензия на продажу).
Эстония	Да (бригады «скорой помощи» и мобильная неотложная помощь).	Да (отделения неотложной помощи).	Да (но только в одной аптеке Таллина).

**Источники к Таблице 7:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Электронные коммуникации с Имановой Л., Насибовым Р., Пашаевым Э., Мустафаевой З. (2011).

**БЕЛАРУСЬ**

Данные национального эксперта. (2011).

**ГРУЗИЯ**

Электронная коммуникация с Ушаридзе Д. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

На основании информации, предоставленной Бессоновым С. (электронная коммуникация, 2011) и отчета: Бакирова Ж.К. (2010). *Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами*. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

**ЛИТВА**

Электронная коммуникация с Ясайтисом Э. (2011) и информация из неопубликованного отчета УНП ООН по странам Балтии: UNODC (2010). *Availability of naloxone in the Baltic States*. Information collected within UNODC project XEE/J20 – HIV prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. [Unpublished].

**МОЛДОВА**

Электронная коммуникация с Яцко А. (2011).

**РОССИЯ**

Электронная коммуникация с Ахмедовым А. и Царевым С. (2011).

**СЕРБИЯ**

Электронная коммуникация с Вичиник Ю. (2011).

**ТАДЖИКИСТАН**

Телефонное интервью с П. Джамоловым, электронная коммуникация с Азизмамадовым М. и Бойматовым А. (2011).

**УКРАИНА**

Электронная коммуникация с Власенко Л., Воликом А., Киценко Н. (2011).

**ЭСТОНИЯ**

По утверждению А. Талу (электронная коммуникация, 2011), налоксон используется в мобильных и стационарных службах «скорой помощи». Национальное руководство рекомендует применение налоксона в числе других методов оказания первой помощи при передозировке наркотиками. При этом Департамент экстренной помощи имеет право закупать и использовать налоксон без каких-либо ограничений, как средство первой помощи в ситуациях, сопряженных с риском для жизни.

ТАБЛИЦА 8.

**Фирма–изготовитель, форма выпуска, стоимость налоксона**

Страна	Изготовитель	Форма выпуска	Цена за 1 ампулу <sup>10</sup>	
			В местной валюте	В долларах США
Азербайджан	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу», Варшавский фармацевтический завод «Польфа».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	0,79 AZN	\$1,00
Беларусь	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	850 BYR	\$0,28
Грузия	Варшавский фармацевтический завод «Польфа».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	1,40 GEL	\$0,82
Казахстан	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	200 KZT	\$1,50
Кыргызстан	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	от 20 до 80 KGS	\$0,42- \$1,69
Литва	Варшавский фармацевтический завод «Польфа».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	3,06 LTL	\$1,25
Молдова	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	45 MDL	\$3,88
Россия	Варшавский фармацевтический завод «Польфа».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	14–25 RUR	\$0,50-\$0,88
Сербия	Нет данных.	Нет данных.	Нет данных.	Нет данных.
Таджикистан	Варшавский фармацевтический завод «Польфа».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	До 6 TJS	\$0,60 - \$1,4
Украина	Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу».	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	2 UAH	\$0,25
Эстония	Группа скандинавских фарм-компаний «Vitaflo Scandinavia AB» .	0,4 мг/мл; ампула 1 мл	Около 554 EEK	Около \$50

<sup>10</sup> Данные по аптечным ценам (кроме оговоренных случаев) в « Источниках и примечаниях к Таблице 8», когда приводится информация по расчетной или закупочной стоимости.

**Источники и примечания к Таблице 8:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Изготовитель и форма выпуска – по Государственному реестру лекарственных средств: [www.pharma.az/docs/registr.xls](http://www.pharma.az/docs/registr.xls)

Представлена расчетная стоимость ампулы налоксона согласно заявке Азербайджана на финансирование 10-го раунда Глобального фонда. По информации национальных экспертов, сотрудники аптек отказываются сообщать стоимость препарата без наличия рецепта.

**БЕЛАРУСЬ**

Согласно информации, представленной на сайте <http://169.med.by/>

**ГРУЗИЯ**

Электронная коммуникация с Ушаридзе Д. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011). Приводятся данные по закупочной стоимости для проекта «Ренессанс» (Алматы).

**КЫРГЫЗСТАН**

Электронная коммуникация с Бессоновым С. (2011).

**ЛИТВА**

Электронная коммуникация с Пошкевичюте Ю. (2011).

**МОЛДОВА**

Электронная коммуникация с Яцко А. (2011). Приводятся данные по закупочной стоимости налоксона для медицинских учреждений в Молдове.

**РОССИЯ**

Согласно информации, представленной на сайте [www.webapteka.ru](http://www.webapteka.ru)

**СЕРБИЯ**

Нет данных.

**ТАДЖИКИСТАН**

Электронная коммуникация с Бойматовым А. (2011). Приводятся данные по закупочной стоимости налоксона для проектов профилактики передозировок в Таджикистане, финансируемых из средств Глобального фонда.

**УКРАИНА**

Электронная коммуникация с Шульга Л. (2011).

**ЭСТОНИЯ**

Фирма-производитель и дозировка препарата – сайт компании «Vitaflo Scandinavia AB»: <http://www.vitaflo.net/eu/anesthesia-pain>

Цена за ампулу, используемую службами «скорой помощи» Эстонии, – Sarang, A. & Donoghoe, M., on behalf of the United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization Regional Office for Europe. (2008). HIV/AIDS Interventions for injecting drug users in Estonia: Evaluation and recommendations. Retrieved August 27, 2011, from [http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/Report\\_evaluation\\_IDU.pdf](http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/NSP/Report_evaluation_IDU.pdf)

ТАБЛИЦА 9.

**Профилактика передозировок в Азербайджане, Беларуси, Литве, Молдове, Сербии, Эстонии**

Страна	Инициативы
Азербайджан, Молдова	Азербайджан и Молдова включили профилактику передозировок и распространение налоксона в страновые заявки на финансирование 10-го раунда Глобального фонда. К сожалению, в финансировании им было отказано.  Программы снижения вреда Молдовы проводят неформальные тренинги по профилактике передозировок и оказанию первой помощи.
Беларусь	В 2010 году, в связи с участвовавшими случаями передозировки, НПО «Позитивное действие» провела первые три тренинга по профилактике передозировок. Эта практика будет продолжена и в 2011 году; в планах – разработка и распространение обучающего буклета.
Литва	Офис УНП ООН в странах Балтии подготовил информационный листок по профилактике передозировок и распространил его среди программ снижения вреда Литвы. Профилактика передозировок – одна из тем пилотного проекта «равный–равному».
Сербия	Программы снижения вреда проводят неформальные тренинги по оказанию первой помощи при передозировках.
Эстония	Во второй половине 2011 года правительство планирует начать пилотную программу по выдаче налоксона и обучению ПИН и их близких определению симптомов передозировки и оказанию первой помощи. Для проектов снижения вреда начнет действовать специальная тренинговая программа по налоксону и оказанию первой помощи при передозировке (из бюджета Национального плана действий по реализации стратегии в области наркотиков). Обсуждается возможность более широкого доступа к налоксону: в рамках существующего законодательства программы снижения вреда не вправе заниматься его распространением. Приветствуется техническая помощь по внедрению программ профилактики передозировок.

**Источники к Таблице 9:**

**АЗЕРБАЙДЖАН**

Электронная коммуникация с Имановой Л. (2011).

**МОЛДОВА**

Электронная коммуникация с Яцко А. (2011).

**БЕЛАРУСЬ**

Электронная коммуникация с Трухан Л. (2011).

**ЛИТВА**

Согласно данным неопубликованного отчета УНП ООН по странам Балтии: UNODC (2010). *Availability of naloxone in the Baltic States*. Information collected within UNODC project XEE/J20 – HIV prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. [Unpublished].

**СЕРБИЯ**

Электронная коммуникация с Вичиник Ю. (2011).

**ЭСТОНИЯ**

Электронная коммуникация с Талу А. (2011).

ТАБЛИЦА 10.

**Наркосцена и наркотик передозировки в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине**

Страна	Доминирующий наркотик	Наркотик передозировки
Грузия	За последнее время с наркосцены исчезли субutex, героин, «винт», коаксил. Проводится более жесткий контроль за аптечным отпуском таблеток «лирика». В данное время доминируют кустарные наркотики, среди которых – дезоморфин, изготавливаемый на основе аптечных препаратов.	Употребление доступного и высокотоксичного дезоморфина привело к быстрому увеличению случаев передозировки.
Казахстан	Доминирующий наркотик – героин.	Основные причины передозировки – низкое либо переменное качество героина и его смешивание с другими препаратами. По данным опроса среди ПИН, в 97,6% случаев передозировка связана с употреблением героина. В случаях смешивания героин употребляют с алкоголем (47%), димедролом (37%) и бензодиазепинами (16%).
Кыргызстан	Доминирующий наркотик – героин.	Согласно данным опроса, проведенного в Бишкеке в 2009 году среди 227 ПИН, в 52% причиной передозировки был героин, в 38% – сочетание опиатов и алкоголя или медицинских препаратов (реланиума, димедрола, феназепам и др.), в 10% – употребление «кустарных» опиатов.
Россия	Структура употребления в городах проведения пилотных проектов НПО «ЭСВЕРО»: дезоморфины – 50%, семена мака – 15%, героин – 15%, винт – 10%, мефедрон – 5%, другое – 5%. Низкое качество героина, его высокая цена, а порой просто отсутствие героина или семян мака в городе/районе подталкивает потребителей переходить на более доступные и дешевые препараты. В первой половине 2010 года обострилась ситуация с употреблением дезоморфинов, амфетаминов, «солей для ванн»/ «легальных порошков», тропикамида.	Основными причинами передозировки являются незнание качества наркотика или низкое качество героина, что приводит к совмещению героина с седативными препаратами и алкоголем. Если «снимаются» героином после употребления стимуляторов, передозировки происходят от ослабленности организма из-за употребления стимуляторов и снижения толерантности к опиатам.

Страна	Доминирующий наркотик	Наркотик передозировки
<b>Таджикистан</b>	По данным последнего дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2009 году среди 1657 ПИН Таджикистана, 98,4% из них использовали героин. Согласно исследованию АРМГ, проведенному в 2009 году среди 1690 ПИН Таджикистана, большинство из них также использовали героин; 90% сообщили, что не употребляют героин никаким другим путем, кроме инъекционного.	Основными причинами передозировки являются: инъекционное употребление дозы героина высокого качества при регулярном употреблении героина более низкого качества; смешивание разных наркотиков, а также наркотиков с депрессантами; незнание поставщика (или дилера) и качества реализуемого ими наркотика; снижение толерантности после ремиссии.
<b>Украина</b>	Главные наркотики – опиаты («химширка») и метамфетамин («винт»). Из-за высокой цены на героин приходится меньшая доля. Метамфетамины все больше вытесняют опиаты, особенно в молодежной среде, хотя доля «химширки» остается значительной.  Наблюдается тенденция к смешиванию наркотиков для усиления действия: «химширку» комбинируют с димедролом, соннатом, транквилизаторами, тропикамидом, алкоголем. Иногда для усиления действия «химширки» разные вещества добавляют к ней сами дилеры.	Основной причиной передозировок является одновременное употребление «химширки» с алкоголем, соннатом и другими препаратами.

**Источники к Таблице 10:**

**ГРУЗИЯ**

Телефонное интервью с Ушаридзе Д. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

Бакирова Ж.К. (2010). *Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами*. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской республики.

**РОССИЯ**

Электронная коммуникация с Нечаевой Л. (2011).

**ТАДЖИКИСТАН**

Туманов, Т., Асадулов К. и Чариев Н. (2010). Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Таджикистан за 2009 год. Душанбе.

АРМГ. (2009). Report on project: 'Support to national AIDS response to scale up HIV prevention and care services in Tajikistan.' AIDS Projects Management Group: For UNDP Tajikistan.

Электронные коммуникации с Азизмамадовым М. и Бойматовым А. (2011).

**УКРАИНА**

Электронная коммуникация с Власенко Л. (2011).

ТАБЛИЦА 11.

**Программы профилактики передозировок в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине: начало работы программ, доноры, количество программ и клиентов**

Страна	Начало работы программ	Донор(ы)	Количество программ	Количество клиентов	
				Всего	2010 год
Грузия	С 2004 года (большинство программ – с 2009 года)	2008–2010 годы – Фонд «Открытое общество – Грузия»; 2009 год – проект «Надежда» (гуманитарная помощь США) через Грузинскую сеть снижения вреда; с 2009 года – Глобальный фонд через Грузинскую сеть снижения вреда.	9 (8 городов, 6 НПО).	1939 чел. (данные четырех из шести НПО).	556 чел. (данные трех из шести НПО).
Казахстан	С 2009 года	Национальный институт психического здоровья (США) через Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии при Колумбийском университете.	1	350 чел.	200 чел.
Кыргызстан	С 2009 года	2009 год – SARHAP (Центральноазиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу, финансируемая правительством Великобритании); с 2010 по июнь 2011 года – УНП ООН. Планируется, что с июня 2011 года финансирование программ будет осуществляться в рамках 10-го раунда ГФ через ПРООН.	14 (включая одну программу в пенитенциарной системе).	1870 чел.	1370 чел.
Россия	С 2008 года	С 2008 года – Фонды «Открытое общество» через НП «ЭСВЕРО»; с 2009 года – также PSI.	6 (4 программы – НП «ЭСВЕРО» и 2 программы – PSI).	8566 чел.	4602 чел.
Таджикистан	С 2006 года (2-я программа – с 2009 года)	Глобальный фонд через основного реципиента и Фонд «Открытое общество – Таджикистан».	2	Около 1000 чел.	Нет данных.
Украина	С 2009 года	Глобальный фонд через Международный альянс по ВИЧ/СПИДу.	57	429 чел. (данные с октября 2009 года по сентябрь 2010 года).	429 чел. (данные с октября 2009 года по сентябрь 2010 года).

**Источники и примечания к Таблице 11:**

**ГРУЗИЯ**

Электронные коммуникации с Бирдинашвили К., Джанашиа Н., Лабарткава К., Киртадзе И., Ушаридзе Д., Цурцумия З. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

Электронная коммуникация с Бакировой Ж. (2011).

**РОССИЯ**

Электронные коммуникации с Нечаевой Л. и Ахмедовым А. (2011).

**ТАДЖИКИСТАН**

Абиджанова Н. Опыт внедрения проектов по профилактике передозировок в Таджикистане // Презентация. – Бишкек, 20 апреля 2011 года.

**УКРАИНА**

Электронная коммуникация с Шульга Л. (2011).

Учитывались только программы, предоставляющие налоксон (всего в Украине более 80 программ снижения вреда оказывают услуги по профилактике передозировок – включающие и не включающие предоставление налоксона).

ТАБЛИЦА 12.

**Программы профилактики передозировок в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине: количество клиентов, выданных ампул, спасенных жизней**

Страна	Количество клиентов		Количество предоставленных ампул		Количество людей, возвращенных к жизни		Оценочное число ПИН в стране <sup>11</sup>	Доля всех клиентов от оценочного числа ПИН
	всего	2010	Всего	2010	всего	2010		
<b>Грузия</b>	1939 (4 из 6-ти НПО )	556 (3 из 6-ти НПО)	3902 (все 6 НПО)	2005 (все 6 НПО)	709 (4 из 6-ти НПО)	362 (4 из 6-ти НПО)	40 000 (проблемных потребителей наркотиков)	4.8%
<b>Казахстан</b>	350	200	427	Нет данных	42	Нет данных	124 400	0.3%
<b>Кыргызстан</b>	1870	1370	3768	2630	Нет данных	Нет данных	25 000	7.5%
<b>Россия</b>	8566	4602	27 424	13 096	1058	765	1 335 500 – 2 372 500	0.4 – 0.6%
<b>Таджикистан</b>	Около 1000	Нет данных	2 250	Нет данных	630	77	25 000	4%
<b>Украина</b>	429 (окт. 2009 – сент. 2010)	429 (окт. 2009 – сент. 2010)	5242 (окт. 2009-сент. 2010)	5242 (окт. 2009-сент. 2010)	Нет данных	Нет данных	230 500 – 361 000	0.1 – 0.2%
<b>ВСЕГО (нижняя граница)</b>	14 154	7157 (пять стран)	43 013	22 973 (четыре страны)	2439 (четыре страны)	1204 (три страны)		2.9%

Источники к Таблице 12:

**ГРУЗИЯ**

Электронные коммуникации с Бирдинашвили К., Джанашиа Н., Лабарткава К., Киртадзе И., Ушаридзе Д., Цурцумия З. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

Электронная коммуникация с Бакировой Ж. (2011).

**РОССИЯ**

Электронные коммуникации с Нечаевой Л. и Ахмедовым А. (2011).

<sup>11</sup> Данные колонки «Оценочное количество ПИН» приводятся согласно Таблице 1.

**ТАДЖИКИСТАН**

Абиджанова Н. Опыт внедрения проектов по профилактике передозировок в Таджикистане // Презентация. – Бишкек, 20 апреля 2011 года.

Электронные коммуникации с Азизмамадовым М. и Бойматовым А. (2011).

**УКРАИНА**

Электронная коммуникация с Шульга Л. (2011).

ТАБЛИЦА 13.

**Модели распространения налоксона в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, России, Таджикистане, Украине**

1. ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА			
Место выдачи	Страна	Схема выдачи налоксона	Условие выдачи налоксона
Стационарные ПИШ, аутрич, медицинские учреждения, реабилитационные центры, квартиры потребителей наркотиков, автобус снижения вреда	Россия: Набережные Челны, Томск, Санкт-Петербург	Препарат приобретается через медицинские учреждения, имеющие право на фармакологическую деятельность, или через аптеки. Хранится частично в медицинском учреждении (чаще всего СПИД-центре), частично – на стационарном ПИШ. Выдается на стационарном ПИШ, через аутрич-работников и мобильный аутрич (автобус), в медицинских учреждениях, на дому у потребителей наркотиков.	Выдается «в обмен» на рецепт непосредственно потребителям наркотиков или их близким, прошедшим обучение или консультацию у нарколога.
Стационарный ПИШ	Россия: Элиста	Препарат приобретается СПИД-центром, где и хранится. Выдается сотрудниками ПИШ на базе СПИД-центра.	Выдается «в обмен» на рецепт непосредственно потребителям наркотиков или их близким.
Стационарные ПИШ	Украина (часть проектов)	Препарат приобретается проектами у компаний, которые занимаются продажей фармацевтических и медицинских средств. Хранится в офисе НПО. Выдается на стационарных ПИШ.	Выдается после обучения или консультации нарколога, «в обмен» на рецепт.
Стационарные ПИШ и ПИШ в пенитенциарной системе	Кыргызстан	Препарат приобретается Республиканским центром наркологии; большая его часть хранится в аптеке центра, по требованию выдается сотрудникам ПИШ и хранится у них в сейфах. В пенитенциарной системе препарат поступает в Управление медицинской службы, которое затем выдает его сотрудникам ПИШ.	В стационарных ПИШ препарат выдается по рецепту, в пенитенциарной системе – без рецепта.
Стационарные ПИШ, аутрич, «мини-группы» потребителей наркотиков	Грузия	Препарат приобретается проектами в аптеках, хранится в офисе НПО. Распространяется среди ПИИН через стационарные ПИШ, аутрич и мини-группы потребителей наркотиков.	Выдается после «мини-тренинга», без рецепта.

## 2. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЛУЖБЫ И АПТЕКИ

Место выдачи	Страна	Схема выдачи налоксона	Условие выдачи
<b>Наркологический диспансер</b>	Россия: Чапаевск	Препарат приобретается наркологическим диспансером, где также хранится и выдается.	Выдается потребителям наркотиков (преимущественно при наличии в прошлом безуспешных попыток лечения и реабилитации) или их близким после обучения или консультации нарколога, без рецепта.
	Украина: Сим-ферополь	Выдается налоксоновый набор (при возможности его закупок наркодиспансером) или выписывается рецепт.	Выдается или приобретается в аптеке по рецепту и после индивидуальной консультации нарколога.
<b>СПИД-центр</b>	Казахстан: Проект «Ренессанс», НПО Социальное бюро «Доверие»	Препарат приобретается через Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии при Колумбийском университете и передается в СПИД-центр, где хранится и выдается. Клиент получает направление (ваучер) на получение налоксона в СПИД- центре после обучения в проекте «Ренессанс» или в НПО Социальное бюро «Доверие», находящихся на территории СПИД-центра.	Налоксоновый пакет выдается по ваучеру и после консультации в СПИД-центре. Проектом «Ренессанс» – только участникам проекта, НПО Социальное бюро «Доверие» – всем ПИН.
<b>Реанимационные отделения районных больниц</b>	Таджикистан: НПО «Апейрон»	Препарат приобретается на средства, полученные от ГФ (по соглашению с правительством Таджикистана о поставке медикаментов и инструментария в рамках программы снижения вреда). Бесплатно передается НПО. Хранится в реанимационных отделениях больниц (по трехстороннему соглашению между НПО, реципиентом гранта ГФ и больницами). Направление на получение налоксона можно получить у социальных работников после прохождения небольшого тренинга в стационарном ПИШ.	Выдается по направлению от НПО «Апейрон».
<b>Аптеки</b>	Украина (часть проектов)	Приобретается через аптеку, где и хранится.	Выдается по рецепту, бесплатно.

<b>3. ОСНАЩЕНИЕ СЛУЖБ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ</b>			
<b>Место выдачи</b>	<b>Страна</b>	<b>Схема выдачи налоксона</b>	<b>Условие выдачи</b>
<b>Станции «скорой помощи», реанимационное отделение областной больницы</b>	Таджикистан: НПО «Волонтер»	Препарат приобретается Центральной аптекой (по договору с НПО), хранится на станции «скорой помощи» и в реанимационном отделении областной больницы. Применяется врачами.	Не выдается потребителям наркотиков.
<b>Станции «скорой помощи»</b>	Украина (часть проектов)	Приобретается НПО, передается станциям «скорой помощи», где и хранится. Применяется врачами.	Не выдается потребителям наркотиков.

**Источники к Таблице 13:**

**ГРУЗИЯ**

Электронные коммуникации с Ушаридзе Д., Цурцумия З. (2011).

**КАЗАХСТАН**

Электронная коммуникация с Примбетовой Ш. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

Электронная коммуникация с Бакировой Ж. (2011).

**РОССИЯ**

Электронные коммуникации с Журавлевой В., Нечаевой Л., Царевым С. (2011).

**ТАДЖИКИСТАН**

Электронные коммуникации с Азизмамадовым М., Бойматовым А. (2011).

**УКРАИНА**

Электронные коммуникации с Воликом А., Киценко Н., Мандебура А. (2011).

ТАБЛИЦА 14.

**Эффективность программ профилактики передозировок**

<b>ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ И ИХ СЕМЕЙ</b>	
<b>Индикатор</b>	<b>Пример</b>
<b>Снижение частоты передозировок и смертности от передозировок</b>	<p>Грузия, Зугдиди: на рабочей встрече с сотрудниками проекта «Ксенон» работники «скорой помощи» засвидетельствовали резкое уменьшение числа вызовов по поводу передозировок и смертельных исходов в связи с передозировками. Главной причиной они назвали раздачу налоксона проектом «Ксенон».</p> <p>Россия, Чапаевск: в результате реализации проекта число официально зарегистрированных смертельных случаев от передозировки в 2009 году снизилось по сравнению с 2008 годом вдвое (с 37 до 18), а в 2010 году был зарегистрирован только один смертельный случай от передозировки героином.</p> <p>Россия, Набережные Челны: в результате работы проекта, по данным наркологического диспансера, количество смертельных передозировок снизилось с 33 случаев в 2007 году до 4 случаев в 2008 году. Количество вызовов «скорой помощи» по причине передозировок сократилось с 251 вызова в 2008 году до 113 вызовов за 9 месяцев 2009 года.</p> <p>Таджикистан, Хорог: за пять лет работы проекта НПО «Волонтер» (с 2006 по 2010 год) официальное число случаев передозировки в Горно-Бадахшанской автономной области уменьшилось в 40 раз (с 245 в 2006 году до шести в 2010 году); официальное число случаев смертельной передозировки уменьшилось в 13,5 раза: с 27 в 2006 году до двух в 2010 году.</p> <p>Таджикистан, Хатлонская область: за один год работы НПО «Апейрон» (2009–2010 годы) в трех районах области общее количество передозировок снизилось в четыре раза, количество смертельных передозировок – в семь раз. Только за первые два месяца 2011 года были спасены четыре жизни.</p>
<b>Улучшение навыков оказания первой помощи при передозировке</b>	<p>Кыргызстан, Бишкек: опрос участников первого пилотного проекта в Кыргызстане в 2009 году показал увеличение доли тех, кто вводил налоксон при передозировке (с 1% при первом анкетировании до 19% при повторном), и снижение доли вводивших солевой раствор внутривенно (с 30% при первом анкетировании до 5% при повторном).</p>
<b>Повышение спроса на налоксон</b>	<p>Россия, Чапаевск и Томск: по мере реализации проекта возросла повторная обращаемость за налоксоном.</p> <p>Таджикистан, Хатлонская область: за три года внедрения программы профилактики передозировок налоксон стал очень популярным среди ПИН и созависимых (родственников, членов семьи и других).</p>
<b>ДЛЯ ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ</b>	
<b>Индикатор</b>	<b>Пример</b>
<b>Экономическая эффективность</b>	<p>Россия, Чапаевск: экономический эффект от предотвращения среднего количества смертей от передозировок опиатами в течение года в 9,8 раза превышает затраты на реализацию проекта по их предотвращению, подтверждая тем самым экономическую целесообразность финансирования подобных проектов.</p>

<b>ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</b>	
<b>Индикатор</b>	<b>Пример</b>
<b>Включение компонента профилактики передозировок в обучающую программу для медицинского персонала</b>	Россия, Томск: обучающие мероприятия по профилактике передозировок для медицинских специалистов города одобрены Областным департаментом здравоохранения и внесены в план обучения. Украина, Симферополь: раздел «Снижение вреда», который содержит компонент по профилактике передозировок, включен в обучающую программу для медицинских работников среднего звена.
<b>Большая готовность наркологов выписывать налоксон</b>	Россия, НП «ЭСВЕРО»: в связи с дефицитом налоксона, в 2010 году, к концу работы российских проектов доверенные наркологи проекта начали самостоятельно выписывать налоксон своим пациентам, перенесшим передозировку.
<b>Более толерантное отношение медиков к людям, употребляющим наркотики</b>	Россия, Чапаевск и Элиста: одним из результатов обучения сотрудников «скорой помощи» использованию налоксона стало их более толерантное отношение к людям, употребляющим наркотики.
<b>ДЛЯ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА</b>	
<b>Индикатор</b>	<b>Пример</b>
<b>Повышение положительного имиджа и доверия к программам снижения вреда, увеличение клиентов программ снижения вреда</b>	Россия, НП «ЭСВЕРО»: возросло доверие к программам снижения вреда, реализующим проекты профилактики передозировок, как со стороны ПИН, так и со стороны региональных властей, медицинских учреждений. Увеличивается количество новых клиентов в программах снижения вреда. В Томске проект был положительно оценен медицинскими работниками и СМИ, в Чапаевске ФСКН признал необходимость и важность реализации проекта. В Элисте информация о проекте была представлена министром здравоохранения Республики Калмыкия на заседании Антинаркотической комиссии.

**Источники к Таблице 14:**

**ГРУЗИЯ**

Электронная коммуникация с Джанашиа Н. (2011).

**КЫРГЫЗСТАН**

Бакирова Ж.К. (2010). *Снижение смертности активных потребителей наркотиков от передозировок опиоидами*. Бишкек: Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской республики.

**РОССИЯ**

Данные НП «ЭСВЕРО» по результатам работы проектов профилактики передозировок в четырех городах: Набережных Челнах, Томске, Чапаевске, Элисте.

Царев С. (2011). Экономическая эффективность программ профилактики смертей от передозировок опиатами, на примере проекта, реализуемого в городе Чапаевске Самарской области.

Борзунова Е. (2011). Проект «Профилактика передозировок среди потребителей инъекционных наркотиков в Томске и Томской области»

**ТАДЖИКИСТАН**

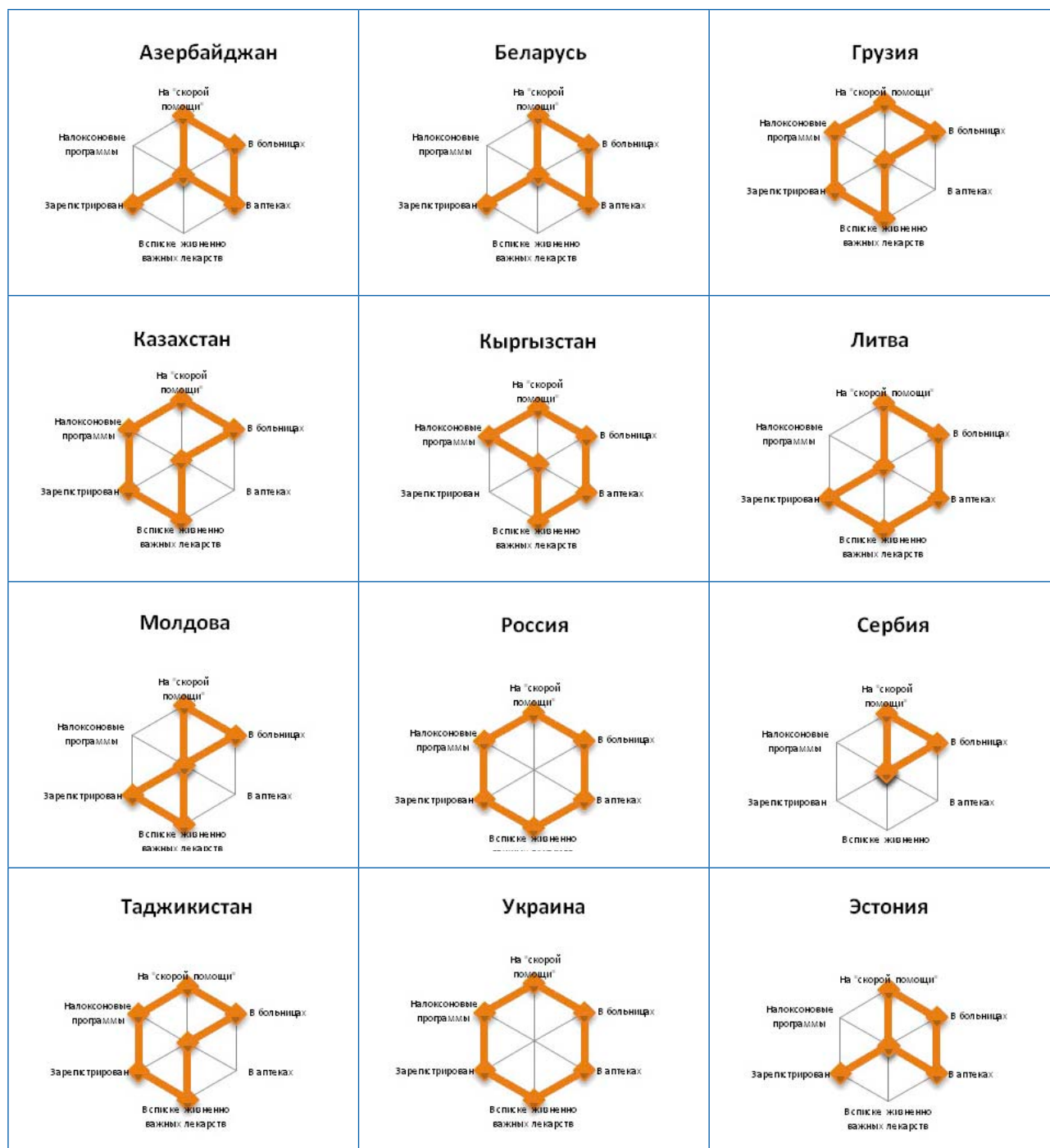
Электронные коммуникации с Азизмамадовым М., Бойматовым А. (2011).

**УКРАИНА**

Телефонное интервью с Мандебура А. (2011).

ГРАФИК 1.

**Сравнение статуса и доступности налоксона в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии**



ПРИКАЗ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ ОТ 11 СЕНТЯБРЯ 2006 Г. № 347

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

РУКОВОДИТЕЛЬ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ

ПРИКАЗ

от 11 сентября 2006 года, № 347

О ПРЕДСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О ЛИЦАХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА С ЦЕЛЬЮ  
ОПЬЯНЕНИЯ И ОДУРМАНИВАНИЯ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В ЛПУ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, И О ФАКТАХ ВЫЯВЛЕНИЯ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ У ГРАЖДАН, НАХОДЯЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

В соответствии с поручением Межведомственного совета по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в г. Москве от 12 января 2006 года, протокол № 1, соглашением Департамента здравоохранения города Москвы и Управления ФСКН по г. Москве и в целях создания единой системы мониторинга наркологической ситуации в г. Москве приказываю:

1. Начальникам управлений здравоохранения административных округов, главным врачам лечебно-профилактических учреждений городского подчинения обеспечить представление в Московский НПЦ наркологии Департамента здравоохранения (109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, тел./факс: 178-35-05) до 5 числа каждого месяца:

1.1. Копий учетной формы 58-1/у «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии» на лиц, обратившихся за медицинской помощью в ЛПУ, употребивших наркотические средства и психотропные вещества с целью опьянения и одурманивания.

1.2. Выписок из карт стационарного больного в случае установления наркологического заболевания (в том числе если это заболевание является сопутствующим).

1.3. В случае необходимости диагностики факта употребления наркотических средств и психотропных веществ в лечебно-профилактических учреждениях организовать отбор проб и их направление на химико-токсикологическое исследование в наркологическую клиническую больницу № 17 (ул. Болотниковская, д. 16).

2. Главному врачу Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Плаунову Н.Ф. обеспечить представление в Московский НПЦ наркологии Департамента здравоохранения (109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, тел./факс: 178-35-05) до 5 числа каждого месяца:

2.1. Копий учетной формы 58-1/у «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии» на лиц, обратившихся за медицинской помощью, употребивших наркотические средства и психотропные вещества с целью опьянения и одурманивания, не госпитализированных в ЛПУ.

2.2. Информации о случаях отравления наркотическими средствами и психотропными веществами граждан, госпитализированных в ЛПУ (приложение № 1).

3. Начальнику Бюро судмедэкспертизы Жарову В.В. обеспечить представление в Московский НПЦ наркологии Департамента здравоохранения (109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, тел./факс: 178-

35-05) до 5 числа каждого месяца информации о случаях отравления наркотическими средствами и психотропными веществами граждан со смертельным исходом (приложение № 2).

4. Заместителю главного психиатра и нарколога Департамента здравоохранения по наркологии, директору МНПЦ наркологии Брюну Е.А., заведующему организационно-методическим отделом по наркологии Михайловой В.А. до 15 числа каждого месяца:

4.1. Представлять в Управление организации медицинской помощи аналитический отчет:

4.1.1. Обо всех фактах установления диагноза «интоксикация наркотическими средствами и психотропными веществами» у лиц, обратившихся за медицинской помощью в ЛПУ, употребивших наркотические вещества и психотропные средства с целью опьянения и одурманивания, «синдрома зависимости от наркотических средств и других психоактивных веществ», установленных в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения.

4.1.2. О всех фактах обнаружения наркотических средств и психотропных веществ в биологических средах у граждан (в т.ч. умерших), поступивших в учреждения Департамента здравоохранения.

4.1.3. Обеспечить своевременную передачу вышеуказанной информации (форма 058-1/у, выписка из карты стационарного больного) в наркологические диспансеры по месту жительства для оказания профилактической или медицинской наркологической помощи данному контингенту больных.

5. Директору НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Хубутя М.Ш., главным врачам городской клинической больницы № 33 им. А.А. Остроумова Колобову С.В. и наркологической клинической больницы № 17 Шуляку Ю.А.:

5.1. По согласованию с главным токсикологом Остапенко Ю.Н. в срок до 01.10.2006 подготовить предложения по переоснащению химико-токсикологических лабораторий вверенных ЛПУ с учетом фактически выполняемых работ.

5.2. В срок до 01.10.2006 представить в Управление организации медицинской помощи Департамента здравоохранения заявки на приобретение реактивов и расходных материалов для химико-токсикологических лабораторий.

6. Начальнику Управления организации медицинской помощи Департамента здравоохранения Гайнулину Ш.М. совместно с ГУП Гормедтехника рассмотреть представленные заявки и подготовить предложения о необходимом объеме дополнительного финансирования.

7. Заместителю руководителя Департамента Соболеву В.А. обеспечить закупку реактивов и расходных материалов для химико-токсикологических лабораторий НКБ № 17, НИИ им. Н.В. Склифосовского и ГКБ № 33 имени проф. А.А. Остроумова в пределах выделяемого финансирования.

8. Главному токсикологу Остапенко Ю.Н., главному психиатру и наркологу Козыреву В.Н., директору МНПЦ наркологии Брюну Е.А. обеспечить методическое руководство за деятельностью химико-токсикологических лабораторий Департамента здравоохранения.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения Полякова С.В.

Руководитель Департамента  
А.П. Сельцовский

Приложение № 1  
к приказу руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
от 11 сентября 2006 г. № 347

ФОРМА  
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТАХ ОТРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН  
НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ  
СТАНЦИЕЙ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ИМ. А.С. ПУЧКОВА

№ п/п	Ф.И.О.	Возраст	Диагноз	Адрес вызова, контактный телефон	Госпитализация в ЛПУ

Первый заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
С.В. Поляков

Приложение № 2  
к приказу руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
от 11 сентября 2006 г. № 347

ФОРМА  
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ БЮРО СУДМЕДЭКСПЕРТИЗЫ О СЛУЧАЯХ  
СМЕРТИ ГРАЖДАН В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ  
СРЕДСТВАМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

№ п/п	Ф.И.О.	Возраст	Диагноз	Домашний адрес	Место работы или учебы

Первый заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
С.В. Поляков