

Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.*

ИНФЕКЦИИ И СЛУЧАИ СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Одно из самых серьезных последствий для здоровья употребления нелегальных наркотиков, и особенно инъекционного введения наркотиков, — это передача (заражение) ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями, в особенности гепатитами С и В. Взаимосвязь между инъекционным введением наркотиков и передачей инфекции четко установлена. Сокращение инъекционного потребления наркотиков и обмена инъекционными приспособлениями, следовательно, стали основной целью вмешательств в области общественного здоровья в данной сфере. Исследования также указывают на связь между употреблением наркотиков и сексуальной активностью с большим риском; это говорит о растущей важности объединения вмешательств, направленных на борьбу с употреблением наркотиков, и общественных стратегий здравоохранения, цель которых — сексуальное здоровье.

ВИЧ и СПИД

Последние тенденции, согласно отчетам о новых случаях ВИЧ

В настоящее время большинство стран сообщают о низких уровнях впервые установленного диагноза ВИЧ, который можно было бы приписать инъекционному введению наркотиков. Страны, которые последовательно поддерживали низкие уровни ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов (*Injection Drug Users* — IDUs), дают возможность изучить, какие факторы могут приниматься в расчет при этом; это вопрос, поставленный в текущем плане ЕС по борьбе с наркотиками, и центральный предмет координированного исследования EMCDDA. Однако следует избегать самоуспокоенности; ни Испания, ни Италия (при том, что обе страны пережили эпидемию ВИЧ среди IDUs) не дают национальных отчетов о случаях ВИЧ, что негативно влияет на ценность этих данных для описания общей картины в ЕС. Более того, данные из некоторых стран порождают озабоченность тем, что ВИЧ-инфекция может распространяться по меньшей мере среди некоторых популяций IDUs.

Во Франции, где случаи ВИЧ регистрировались только с 2003 г., был рост частоты случаев ВИЧ среди IDUs (хотя он начинался с низкого уровня) от оценки в 2,3 случая на 1 млн населения в 2003 г. до 2,9 случая в 2004 г. Хотя это в общих чертах согласуется с доступными данными исследования, следует помнить о том, что новые системы отчетности зачастую вначале нестабильны. В Португалии кажущееся снижение впервые установлен-

ных диагнозов ВИЧ среди IDUs, зарегистрированное ранее, подвергается сомнению из-за данных за 2004 г., которые обнаруживают, что частота ВИЧ-инфекции — 98,5 случаев на 1 млн населения, это самый высокий показатель в ЕС. В Великобритании частота случаев ВИЧ среди IDUs медленно снижалась, но теперь стабилизировалась на уровне менее 2,5 случаев на 1 млн населения в год. В Ирландии частота случаев росла в конце 90-х годов, вплоть до пика 18,3 случая на 1 млн населения в год, снизилась до 9,8 на 1 млн населения в 2001 г. и впоследствии возросла до 17,8 случая на 2 млн в 2004 г.

Вспышки ВИЧ, связанные с инъекционным введением наркотиков, наблюдались недавно в Эстонии и Латвии в 2001 г. и в 2002 г. — в Литве. С тех пор уровни заболеваемости сильно снизились; снижения уровней впервые зарегистрированных случаев в отчетах следует ожидать после начальной эпидемической фазы, поскольку устанавливается эндемический уровень инфекции.

Распространенность наличия ВИЧ в сыворотке крови у обследованных инъекционных потребителей наркотиков

Данные о распространенности ВИЧ в сыворотке крови IDUs (процент зараженных в выборках IDUs) — важное дополнение к отчетам о случаях ВИЧ. Повторные исследования распространенности ВИЧ в сыворотке крови и повседневный мониторинг данных диагностических тестов могут подтвердить выводы, сделанные на основе данных отчета о случаях и предоставить более детальную информацию о конкретных регионах и населенных пунктах. Однако данные о распространенности поступают из множества источников и, в некоторых случаях, их трудно сравнивать; таким образом, их интерпретация требует осторожности.

Недавние подъемы частоты ВИЧ в некоторых странах большей частью подтверждены доступными данными о распространенности ВИЧ в сыворотке крови, хотя последнее могло бы внушить мысль о том, что есть и другие страны, где необходима повышенная бдительность.

В балтийских регионах доступные данные о распространенности ВИЧ в сыворотке крови указывают на то, что передача ВИЧ среди IDUs, возможно, все еще не поддается контролю. В Эстонии недавнее исследование говорит о росте распространенности ВИЧ у IDUs в одном регионе (Таллин: от 41% от выборки из 964 чел. в 2001 г. до 54% из 350 чел. в 2005 г.), и исключительно высоком уровне в другом (Кохтла-Ярве: 90 из 100 чел.).

В Латвии две различные по времени серии данных о распространенности ВИЧ в сыворотке крови среди IDUs показали продолжающийся рост вплоть до 2003 г., в то время как третья серия говорит о снижении с момента

* По материалам сайта <http://www.emcdda.europa.eu>
Окончание. Начало см. Наркология. — 2007. — №№7—11.

пики в 2001 г. В Литве данные за 2003 г. говорят о повышении частоты ВИЧ среди обследованных IDUs, находящихся на лечении в связи с употреблением наркотиков, участвующих в схемах обмена иглами и находящихся в больницах, от 1,0—1,7% в период 1997—2002 гг. до 2,4% (27/1112) в 2003 г.

В странах, где исторически были высокие уровни распространенности ВИЧ-инфекции среди IDUs (Испания, Франция, Италия, Польша и Португалия), отмечаются новые признаки продолжающейся передачи ВИЧ на национальном уровне, или в конкретных регионах, или среди специфических подгрупп IDUs. Относительно этих стран важно отметить, что высокая фоновая распространенность, являющаяся результатом крупномасштабных эпидемий, которые наблюдались в 80-х и 90-х годах, повышает вероятность того, что рискованное поведение будет приводить к инфекции.

В Испании и Италии сведения из отчетов о случаях недоступны. Данные обычных диагностических тестов трудно интерпретировать, поскольку на них могут оказывать влияние различные предубеждения при отборе; тем не менее, они являются причиной озабоченности в этих странах. В Испании распространенность ВИЧ среди молодых IDUs (моложе 25 лет), обследованных во время лечения от наркомании, была стабильной вплоть до 2002 г., свыше 12%, среди новых IDUs (определяемых как вводящие наркотики путем инъекций менее 2 лет) она возросла от 15 до 21% в 2000—2001 гг., свидетельствуя о высокой частоте случаев вплоть до 2002 г. В Италии тенденции распространенности среди IDUs сильно различаются в разных регионах и некоторые регионы все еще отличаются выраженными и недавними подъемами заболеваемости (Больцано, Лигурия, Молизе, Тоскана и Умбрия).

В Польше локальные исследования свидетельствуют, что распространение ВИЧ продолжалось по меньшей мере до недавнего времени, если исходить из высоких уровней распространенности среди молодых IDUs (15% в 2002 г. в одном регионе, 4—11% в двух других регионах в 2004 г.). В исследовании 2002 г. сообщалось о четырех случаях ВИЧ (9%) среди 45 новых инъекционных наркоманов в выборке; однако в исследовании 2004 г. не было случаев ВИЧ среди 20 новых инъекционных наркоманов в выборке.

Наконец, в некоторых странах, которые никогда не переживали крупномасштабных эпидемий среди IDUs, некоторые последние данные о распространенности свидетельствуют, что бдительность оправдана. Речь идет о Люксембурге, Австрии и Великобритании, хотя всплески заболеваемости остаются ограниченными и не подтверждены данными отчетности о случаях заболевания ВИЧ.

Страны с низкой распространенностью ВИЧ

Распространенность ВИЧ среди обследованных IDUs продолжает варьировать в широких пределах в разных странах ЕС. В некоторых из них распространенность ВИЧ среди IDUs недавно возросла или была высокой в течение многих лет. И, наоборот, в некоторых странах распространенность ВИЧ среди IDUs оставалась очень низкой в течение 2003—2004 гг. — около 1% или менее (Чехия, Греция, Венгрия, Мальта, Словения — расчеты произведены по данным национальных выборок, Словакия, Болгария,

Румыния, Турция и Норвегия — расчеты произведены по данным субнациональных выборок). В некоторых из этих стран (например, в Венгрии) распространенность и ВИЧ, и вируса гепатита С (HCV) одна из самых низких в Европе, что наводит на мысль о низких уровнях инъекционного введения наркотиков, хотя где-то (например, в Румынии) очевиден факт, что распространенность гепатита С растет.

Половые различия в распространенности ВИЧ среди обследованных IDUs

Доступные данные за 2003—2004 гг. о распространенности ВИЧ в сыворотке крови обнаруживают различия между обследованными мужчинами и женщинами, употребляющими наркотики путем инъекций. Объединенные данные по Бельгии, Эстонии (2005 г.), Испании (2002 г.), Франции, Италии, Люксембургу, Австрии, Польше и Португалии дали общую выборку из 124 337 мужчин и 20 640 женщин, обследованных в основном в центрах лечения наркомании или в других местах, где предоставляются услуги наркозависимым. Общая распространенность была 13,6% среди мужчин и 21,5% среди женщин. Есть заметные различия между странами; так, соотношение «женщины/мужчины» выше всего в Эстонии, Испании, Италии, Люксембурге и Португалии, тогда как в Бельгии проявляется противоположная тенденция: распространенность ВИЧ выше среди мужчин.

Доля случаев СПИДа и доступность HAART

Поскольку антиретровирусное лечение высокой активности (*Highly Active Antiretroviral Treatment* — HAART), доступное с 1996 г., эффективно предотвращает прогрессирование ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа, данные о долях больных СПИДом стали менее значимы как индикатор передачи ВИЧ. Однако они все еще указывают на общую отягощенность симптоматическими заболеваниями и представляют собой важный индикатор охвата IDUs лечением методами HAART. По оценкам ВОЗ, охват терапией HAART пациентов, нуждающихся в лечении, был высок в западноевропейских странах (свыше 70%) в 2003 г., но более ограничен в самых восточных европейских странах, включая Эстонию, Литву и Латвию. Последние данные об охвате больных методами HAART свидетельствуют, что ситуация заметно улучшилась: все страны ЕС и кандидаты в ЕС теперь достигают как минимум 75%-ного охвата. Конкретные данные относительно доступности методов HAART среди IDUs, однако, недоступны, и остается выяснить, отразится ли увеличенный охват на редукции процента случаев СПИДа среди IDUs в Эстонии и Латвии.

В четырех странах Западной Европы, в наибольшей степени пораженных СПИДом (Испания, Франция, Италия и Португалия), доля больных снизилась: около 1996 г. в случае первых трех стран и с 1999 г. в Португалии. Португалия остается страной с самой высокой долей больных СПИДом в связи с IDU: 31 случай на 1 млн населения в 2004 г. Тем не менее, в Латвии доля больных сопоставима: 30 случаев на 1 млн.

Данные EuroHIV вплоть до 2004 г. свидетельствуют, что доля больных СПИДом, связанным с IDU, растет и в Эстонии.

Гепатиты С и В

Гепатит С

Распространенность среди IDUs наличия антител против вируса гепатита С (HCV) в целом чрезвычайно высока, хотя наблюдаются большие различия как в пределах одной страны, так и между странами. Об уровнях распространенности свыше 60% среди обследованных в 2003–2004 гг. выборов IDUs сообщают из Бельгии, Дании, Германии, Греции, Испании, Ирландии, Италии, Польши, Португалии, Великобритании, Румынии и Норвегии, тогда как уровни распространенности менее 40% были обнаружены в выборках из Бельгии, Чехии, Греции, Кипра, Венгрии, Мальты, Австрии, Словении, Финляндии и Великобритании.

Данные о распространенности наличия антител к HCV среди молодых IDUs (до 25 лет) доступны по 14 странам, хотя в некоторых случаях размеры выборок малы. Наблюдается широкий разброс в результатах: одни и те же страны сообщают и высокие, и низкие показатели по разным выборкам. Самые высокие уровни распространенности среди молодых IDUs в 2003–2004 гг. (выше 40%) были обнаружены в выборках из Бельгии, Греции, Австрии, Польши, Португалии, Словакии и Великобритании, а самые низкие уровни (менее 20%) — в выборках из Бельгии, Греции, Кипра, Венгрии, Мальты, Австрии, Словении, Финляндии, Великобритании и Турции. Если рассматривать только исследования, посвященные молодым IDUs в национальном масштабе, самые высокие уровни распространенности (свыше 60%) обнаружены в Португалии, а самые низкие (менее 40%) — на Кипре, в Венгрии, на Мальте, в Австрии и Словении. При том, что использованные процедуры формирования выборок могут привести к смещению в сторону «более хронической» группы, высокая распространенность наличия антител HCV, обнаруженная в национальной выборке в Португалии (67% среди 108 IDUs в возрасте до 25 лет) все еще вызывает беспокойство и может указывать на продолжающееся поведение высокого риска среди молодых IDUs.

Данные о распространенности наличия антител к HCV среди «новичков», вводящих наркотики внутривенно (менее 2 лет), скудны и неполны из-за малого размера выборки, но они могут дать замещающий индикатор недавних уровней распространенности скорее, чем данные о молодых людях, вводящих наркотики путем инъекций. Вся доступная информация за 2003–2004 гг. показывает, что самый высокий уровень распространенности среди новых инъекционных наркоманов (свыше 40%) был обнаружен в выборках из Греции, Польши, Великобритании и Турции, а самый низкий уровень (менее 20%) — в выборках из Бельгии, Чехии, Греции, Кипра и Словении. Низкие уровни распространенности были обнаружены в маленьких национальных выборках новых инъекционных наркоманов Кипра (только у двоих из 23 инъекционных наркоманов тест выявил позитивный результат по антителам к HCV, это 9%-ный уровень) и Словении (у двоих из 32 подвергнутых тесту наркоманов, т.е. 6%, оказался позитивный результат).

Гепатит В

Распространенность маркеров вируса гепатита В (HBV) также сильно варьирует как в пределах одной страны, так и между странами. Наиболее полные данные име-

ются по анти-HBc, который указывает на историю инфекции. В 2003–2004 гг. об уровнях распространенности свыше 60% в выборках IDUs сообщали из Италии и Польши, в то время как выборки с уровнями распространенности менее 20% были зарегистрированы в Бельгии, Ирландии, Австрии, Португалии, Словении, Словакии, Великобритании и на Кипре. Данные оповещений о гепатите В за период 1992–2004 гг. по тем странам, где эти данные были доступны, являют собою многообразную картину. В Северном регионе подавляющее большинство зарегистрированных острых случаев гепатита В наблюдается среди IDUs и вспышки гепатита В совпадали с подъемами инъекционного введения наркотиков в некоторых странах. Например, данные по Норвегии говорят о сильном росте процента (доли) зараженных гепатитом В среди IDUs между 1992 и 1998 гг. с последующим снижением. В Финляндии число оповещений о случаях гепатита В среди IDUs резко упало в последние годы, возможно, в результате появления программ вакцинации и развития системы обмена игл и шприцев.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Эффективное вмешательство

Некоторые из общественных здравоохранительных вмешательств оказались полезными для уменьшения распространения инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков, и наблюдается растущий консенсус относительно того, что всесторонний подход к предоставлению услуг в этой сфере наиболее эффективен. Исторически прения главным образом концентрировались на профилактике ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов, но потребность в эффективных мерах сдерживания распространения гепатита признается все в большей степени, равно как и необходимость предотвращения распространения инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков, не применяющих инъекции.

Следует отметить, что доказательства эффективности наиболее сильны в отношении профилактики ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов. Немалый объем доступных доказательств показывает, что вмешательства могут считаться эффективными и что доступ к лечению всех видов обеспечивает защиту от инфицирования (Farrell et al., 2005; ВОЗ, 2005). Начиная с середины 90-х годов реакция Европы на эту проблему характеризовалась развитием предоставляемых услуг по лечению наркотической зависимости, и все это в целом представляется одним из элементов, которые составили относительно оптимистичную картину, которую мы видим сейчас в Европе с точки зрения эпидемического распространения ВИЧ среди тех, кто практикует инъекции.

Лечение — это только часть всеобъемлющего подхода к профилактике ВИЧ. Другие элементы включают в себя ряд информационных, образовательных и коммуникативных техник, консультирование и тестирование на инфекционные заболевания на добровольной основе, вакцинацию и распределение стерильных приспособлений для инъекций и другие виды профилактики. Эти меры, так же как и распространение медицинских терапевтических услуг в «низкопороговых» службах или даже порою на улице, могут помочь упрочить или улучшить контакты с

активными потребителями наркотиков и их сексуальными партнерами, когда речь идет о риске и профилактике последствий употребления наркотиков для здоровья.

Общая приверженность всестороннему подходу не означает, что все эти элементы услуг в равной степени развиты или поддерживаются на национальном уровне. Тем не менее, некоторый консенсус, похоже, формируется. В опросе, проведенном в рамках программы распространения или обмена стерильных игл и шприцев (*Needle and Syringe Programmes* — NSP), трое из четырех респондентов охарактеризовали программы замены игл и шприцев в сочетании с консультированием и советами как приоритет в национальной политике, направленной на предотвращение распространения инфекционных заболеваний среди инъекционных наркоманов.

То, что столь многие страны сейчас открыто признают роль снабжения чистым инъекционным материалом как часть стратегии предотвращения ВИЧ, иллюстрирует тот факт, что эта форма предоставления помощи стала основной в Европе и больше не считается спорным вопросом в большинстве стран. Это не означает, что мы утверждаем, будто существует единообразное согласие относительно преимуществ помощи такого рода. Греция и Швеция, например, не считают это политическим приоритетом, хотя в целом в разных странах ЕС формируется относительно однородная картина с точки зрения возможности вмешательства в данной области, причем все страны, кроме Кипра, сообщают о существовании программ NSP.

Виды программ NSP в европейских странах

Хотя в большинстве европейских стран теперь распространяются стерильные приспособления для инъекций, вид снабжения шприцами и рейтинг этой службы различны в разных странах. Наиболее распространенная модель — это оказание услуг в определенном месте, обычно в рамках специализированной службы, занимающейся проблемами наркотизации, но часто этот вид помощи дополнен мобильными службами, которые пытаются установить контакт с потребителями наркотиков в общественных местах. Обмен или автоматы для раздачи шприцев дополняют доступные службы NSP в восьми странах, хотя помощь, как нам представляется, ограничена единичными регионами, и только Германия и Франция сообщают о расширении масштабов деятельности (около 200 и 250 автоматов раздачи соответственно). Испания — единственная страна ЕС, где обмен игл и шприцев в стенах тюрем остается доступным и регулярным; в 2003 г. снабжение шприцами было налажено в 27 тюрьмах. Еще одна страна ЕС сообщает о работе в этом направлении — Германия, где предоставление подобных услуг пока ограничено всего лишь одной тюрьмой.

Схемы обмена шприцев на базе аптек также помогают расширить географию охвата снабжением, кроме того, продажа стерильных шприцев в аптеках также увеличивает их доступность. Продажа шприцев без рецепта разрешена во всех странах ЕС, кроме Швеции, хотя некоторые фармацевты делают это вынужденно, а некоторые даже стали бы отговаривать потребителей наркотиков от посещения их аптек. Официально организованные сети обмена или раздачи шприцев на базе аптек существуют в девяти европейских странах (Бельгии, Дании, Германии,

Испании, Франции, Нидерландах, Португалии, Словении и Великобритании), хотя участие аптек в этих проектах значительно варьирует: от почти половины аптек (45%) в Португалии до менее 1% в Бельгии. В Северной Ирландии обмен игл и шприцев в настоящее время организован исключительно через аптеки.

Приобретение шприцев в аптеках может быть главным поводом для контактов со здравоохранительной службой для некоторых инъекционных наркоманов, и потенциальные возможности использования этой точки соприкосновения как канала связи, несомненно, существуют. Мотивация фармацевтических служб к предоставлению услуг потребителям наркотиков могла бы способствовать развитию этого потенциала аптек, но на сегодняшний день, насколько известно, только Франция, Португалия и Великобритания вкладывают значительные средства в это направление.

Распространение стерильных шприцев в Европе: достаточно ли оно?

Хотя почти все страны—члены ЕС сообщают о работе программ по обеспечению иглами и шприцами, влияние вмешательств этого рода зависит от снабжения, адекватного потребностям IDUs.

Недавние оценки числа инъекционных наркоманов и числа шприцев, распределенных через NSPs, доступны по девяти европейским странам. Из этих данных можно вывести приблизительную оценку числа шприцев, предоставленных за год одному наркоману. Если исходить из последних доступных данных, уровни охвата программами NSPs значительно варьируют, причем соотношение числа шприцев, выданных за год, к расчетной численности IDUs варьирует от 2—3 в Греции, в среднем 60—90 в Чехии, Латвии, Австрии и Португалии до приблизительно 110 в Финляндии, 210 на Мальте и более 250 в Люксембурге и Норвегии. Следует добавить, что шприцы также без ограничений продаются в аптеках, а данные из Чехии и Финляндии позволяют оценить в целом доступность шприцев. Сумма данных о раздаче и продажах показывает, что за год потребители наркотиков, использующие инъекционный способ, получают в среднем 125 шприцев в Чехии и 140 шприцев в Финляндии.

Известно много факторов, влияющих на частоту инъекций у употребляющих наркотики; сюда входят паттерны употребления, уровень зависимости и вид употребляемого наркотика. В недавнем исследовании, где изучалась взаимосвязь между распространенностью ВИЧ и охватом распространением шприцев, говорилось о том, что поведенческие факторы, например частота инъекций и личное многократное использование шприцев, сильно влияют на уровень распределения шприцев, необходимый для существенного снижения распространенности ВИЧ (Vickerman et al., 2006).

Измерение охвата снабжением шприцами — важная составляющая оценки возможных эффектов распределения шприцев в профилактике заболеваний и для оценки неудовлетворенных нужд. Тем не менее, важно принимать во внимание доступность шприцев в аптечной торговле (цены, плотность аптечной сети), а также поведенческие паттерны инъекционных наркоманов и средовые факторы при интерпретации этих данных. Этот вопрос обсуждается подробнее в статистическом бюллетене за 2006 г.

УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННЫЙ С НАРКОТИКАМИ

Смертность среди проблемных потребителей наркотиков

Большая часть информации о смертности среди проблемных потребителей наркотиков в Европе относится к потребителям опиоидов. Смертность, связанная с другими формами потребления наркотиков, не столь хорошо известна, но остается важным вопросом общественного здоровья.

В совместном исследовании, начатом в рамках проекта EMCDDA, изучалась смертность среди потребителей опиоидов, принятых на лечение в некоторых европейских населенных пунктах (Амстердам, Барселона, Дублин, Лиссабон, Лондон, Рим и Вена). В исследовании была обнаружена очень высокая смертность среди потребителей опиоидов по сравнению с их ровесниками: в 6–20 раз выше среди мужчин и в 10–50 раз — среди женщин. Было подсчитано, что в шести из перечисленных населенных пунктов (Амстердаме, Барселоне, Дублине, Лондоне, Риме и Вене) 10–23% общей смертности среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет можно приписать последствиям употребления опиоидов, главным образом передозировкам, СПИДу и внешним причинам (несчастным случаям, суицидам). Примерно треть этих связанных с наркотиками смертей наступила из-за передозировок, хотя в городах с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов этот показатель был выше и, вероятно, будет расти по мере повышения доступности и охвата HAART.

Когортное исследование смертности, проведенное в Чехии, обнаружило, что смертность потребителей психостимуляторов была в 4–6 раз выше (стандартизованный коэффициент смертности — *standardised mortality ratio*, SMR), чем в общей популяции, в то время как смертность потребителей опиоидов — в 9–12 раз выше. Когортное исследование во Франции с обследованием лиц, арестованных в связи с употреблением героина, кокаина или крэка, выявило, что мужская смертность была в 5 раз выше, а женская — в 9,5 раз выше, чем в общей популяции, однако имелась тенденция к ее снижению. С возрастом повышается смертность потребителей опиоидов вследствие хронических заболеваний (цирроз, рака, заболеваний органов дыхания, эндокардита, СПИДа), эти показатели добавляются к уровню смертности, обусловленной внешними причинами (помимо передозировки), такими, как суицид и насилие. Условия жизни потребителей наркотиков (например, бездомность, психические расстройства, физическое насилие, скудное питание) также могут существенно сказываться на высокой смертности в этой группе.

Следует добавить, что СПИД, связанный с внутривенным введением наркотиков, стал причиной 1528 смертей в 2002 г. (отчет EuroHIV, 2005 г.). Этот показатель относится к западным и центральным областям ВОЗ Европы, включающим в себя страны, не входящие в ЕС, и к общему числу смертей в Эстонии, Латвии и Литве (странах восточного региона), причем это число, вероятно, занижено. Другие причины смертей, связанных с наркотиками, такие, как заболевания (например, гепатит), насилие и несчастные случаи, оценить труднее, но, возможно, ими обусловлено немалое число смертей. По оценкам, 10–20% смертей мо-

лодых взрослых людей в европейских городах можно расценить как следствие употребления опиоидов. К этому показателю следует добавить смертность, связанную с другими формами употребления наркотиков, хотя это трудно оценить количественно.

Случаи смерти, связанные с наркотиками

Связанная с наркотиками смерть — сложное понятие. В некоторых отчетах оно относится только к смертям, вызванным непосредственно действием психоактивных веществ, в то время как в других случаях оно включает в себя также случаи смерти, при которых употребление наркотиков играло косвенную роль (ДТП, насилие, инфекционные заболевания). В недавнем отчете, где анализировались виды вреда, вызываемого нелегальным употреблением наркотиков в Великобритании, было подсчитано, что связанная с наркотиками смерть — это главный вред, вызванный употреблением наркотиков (MacDonald et al., 2005).

В данном отчете и в протоколе EMCDDA термин *случаи смерти, связанные с наркотиками* относится к случаям смерти, вызванным непосредственно потреблением одного или нескольких наркотиков и, как правило, наблюдающимся вскоре после приема вещества (веществ). Другие термины, используемые для описания таких смертей (по общепринятому определению группы национальных экспертов EMCDDA): *передозировка; отравление; смерть, спровоцированная наркотиком и острая наркотическая смерть*. В настоящее время большинство национальных определений случаев смерти такое же, как и в EMCDDA, или очень похожее, хотя некоторые страны все еще включают сюда случаи смерти, вызванные психоактивными лекарствами или не связанные с передозировкой, обычно как ограниченную долю.

С 1990 по 2003 г. страны ЕС сообщали ежегодно о числе смертей в пределах от 6500 до 9000 и выше, прибавляя их более чем к 113 тыс. смертей за этот период. Эти показатели можно рассматривать как минимальную оценку, обусловленную возможным занижением их во многих странах.

Уровни смертности в популяции, обусловленные смертью, связанной с наркотиками, варьировали в широких пределах в различных европейских странах: от 0,2 до 50 и более смертей на 1 млн населения (в среднем 13). В большинстве стран этот показатель колеблется в интервале 7–30 смертей на 1 млн населения; при этом уровни свыше 25 были обнаружены в Дании, Эстонии, Люксембурге, Финляндии, Великобритании и Норвегии. Среди мужчин в возрасте 15–39 лет уровни смертности обычно в 3 раза выше (в среднем 40 смертей на 1 млн чел.), причем 7 стран представили показатели свыше 80 смертей на 1 млн чел. Случаи смерти, связанные с наркотиками, составили 3% всех смертей среди европейцев в возрасте 15–39 лет в 2003–2004 гг., и более 7% в Дании, Греции, Люксембурге, Мальте, Австрии, Великобритании и Норвегии. Эти данные должны рассматриваться как минимальные оценки, и следует также принять во внимание, что, несмотря на улучшения, все еще сохраняются весомые различия в качестве составления отчетов в разных странах, такие, что прямые сопоставления следует делать с осторожностью.

Случаи смерти от опиоидов

Опиоиды фигурируют в большинстве случаев, о которых сообщается в отчетах ЕС: случаев «острых смертей, связанных с наркотиками», обусловленных нелегальными веществами, хотя часто также идентифицируются другие вещества в ходе токсикологического исследования, в особенности алкоголь, бензодиазепины и, в некоторых странах, кокаин. В Европе большинство случаев опиоидных смертей связано с героином, но и другие опиоиды играют определенную роль.

Передозировка опиоидов — одна из ведущих причин смерти среди молодежи в Европе, особенно среди мужчин в городских районах. В настоящее время передозировка — это также основная причина смерти среди потребителей опиоидов во всем ЕС, в особенности в странах с низкой распространенностью ВИЧ среди инъекционных наркоманов.

Большинство потребителей наркотиков, допускающих передозировку, составляют мужчины (поскольку большинство случаев, о которых сообщается в EMCDDA, связано с передозировкой опиоидов, общие характеристики «острой смерти, связанной с наркотиками», используются для описания смертельных случаев в связи с опиоидами), составляющие 65—100% случаев, и в большинстве стран их доля колеблется между 75 и 90%; при этом наиболее высокая доля женщин отмечается в Чехии, Польше и Финляндии, а самая низкая — в Греции, Италии и на Кипре. Эти находки должны интерпретироваться в контексте различных для мужчин и женщин уровней потребления опиоидов и уровней инъекционного потребления опиоидов.

Большинство жертв передозировки умирает в возрасте от 20 до 40 лет; средний возраст в большинстве стран приходится на середину третьего десятилетия жизни (но варьирует от 20 до 44 лет). Средний возраст жертв передозировки наиболее низок в Эстонии, Словении, Болгарии и Румынии, а наиболее высок в Чехии, Нидерландах, Польше и Финляндии. Очень мало сообщений о смертях от передозировки молодежи, не достигшей 15 лет (17 из 7516 случаев, составляющих общее число смертей), если исходить из самых последних доступных данных по каждой стране, хотя данные о «наркотической смерти» в этой возрастной группе могут быть занижены. Данные EMCDDA включают в себя мало смертей среди людей старше 65 лет, и только из семи стран сообщают, что более 5% случаев приходится на эту возрастную группу.

В некоторых новых странах—членах ЕС и странах—кандидатах средний возраст на момент смерти сравнительно низок (Эстония, Кипр, Латвия, Словакия, Болгария и Румыния) и велика доля случаев передозировки в возрасте до 25 лет, что может сигнализировать о наличии более молодой популяции потребителей героина в этих странах. Высокие показатели усредненного возраста в Чехии связаны с включением в отчетность многих смертей, обусловленных психоактивными лекарствами.

Во многих странах—членах ЕС возраст жертв передозировки растет, наводя на мысль о снижении числа новичков, пробующих героин, среди молодежи. Эта тенденция является общей в странах—членах ЕС-15 и наблюдается с начала 90-х годов, хотя в Швеции и Великобритании она менее заметна. В новых странах—членах ЕС эта тенденция менее отчетлива, и во многих случаях даже наблюдалось снижение среднего возраста.

Случаи смерти из-за метадона

Из некоторых стран сообщали о роли метадона в существенном числе смертельных случаев, связанных с наркотиками, по отчетам «Reitox» за 2005 г. Используемая терминология варьирует в различных странах и, в некоторых случаях трудно определить, какую роль метадон сыграл в наступившей смерти.

Из Дании сообщали, что метадон был причиной отравления (сам по себе или в комбинации с другими веществами) в 44% смертельных случаев (95 из 214 в 2004 г.) — доля, сходная с таковой в 2003 г., но наблюдается явный рост по сравнению с 1997 г.; из Германии сообщали, что 345 случаев были приписаны действию «замещающих веществ» (46 — одному веществу и 299 — в сочетании с другими наркотиками в 2004 г.); при этом отмечалось явное снижение с 2002 г.; а Великобритания сообщила о 216 случаях с «упоминанием» о метадоне (Англия и Уэльс, 2003 г.), также с явным снижением начиная с 2002 г. Из Испании сообщили, что там было мало случаев передозировок с обнаружением изолированного метадона (2%), но он часто присутствовал в комбинации с другими наркотиками при смертельных случаях, вызванных опиоидами (42%) и при «кокаиновых» смертях (20%). Другие страны не предоставили отчета о смертях, вызванных метадонем, или же показатели в отчетах были очень невелики. Неясно, какие факторы стоят за этими различиями и имеют ли место заниженные показатели в отчетах некоторых стран о случаях смерти (продолжающиеся исследования EMCDDA имеют целью улучшить качество информации, предоставляемой о веществах, «замешанных» в связанных с наркотиками случаях смерти, включая замещающие вещества).

Хотя исследования показывают, что заместительное лечение уменьшает риск смертельной передозировки, важно отслеживать число смертей, связанных с метадонем, и обстоятельства, сопутствовавшие смерти (источник вещества, было ли оно принято в комбинации с другими веществами, на каком этапе лечебного процесса находился больной, когда случилось отравление); это часть мониторинга гарантии качества заместительных программ.

Смертельные случаи, связанные с бупренорфином и фентанилом

Случаи смерти, обусловленные бупренорфиновым отравлением, представляются редкими — факт, который приписывают фармакологическим характеристикам этого препарата (агонист—антагонист).

В государственных отчетах за 2005 г. только Франция и Финляндия зарегистрировали смертельные случаи, связанные с этим веществом. В Финляндии бупренорфин был обнаружен при 73 смертельных случаях, связанных с наркотиками в 2004 г. (столько же, что и в 2003 г.), и, как правило, сочетался с бензодиазепинами, седативными средствами или алкоголем. Эти высокие показатели совпадают с «подъемами» лечения бупренорфином в Финляндии, хотя число подвергшихся лечению намного меньше, чем 70—85 тыс. чел. (по оценкам), получающих бупренорфин во Франции. Поэтому интересно, что из Франции в 2004 г. сообщили только о четырех случаях передозировки бупренорфина (по сравнению с восемью случаями в 2003 г.). Даже с учетом возможной недооценки числа отравлений во Франции, масштаб различий пора-

зители. Кроме Франции и Финляндии еще 3 страны сообщили о единичных случаях смерти, связанных с бупренорфином (только 2—3 случая в каждой стране), но без доказательств, что это вещество было основной причиной смерти. В предыдущие годы о случаях смерти, обусловленных фентанилом, сообщали из стран Балтийского бассейна, но в государственных отчетах за 2005 г. таких сведений не было.

Тенденции относительно «острых смертей, связанных с наркотиками»

Национальные тенденции в отношении случаев смерти, связанных с наркотиками, могут способствовать изучению развития паттернов проблемного употребления наркотиков в каждой стране, таких явлений, как героиновые эпидемии и рискованное поведение (например, инъекции наркотиков), различия предоставляемой медицинской помощи и даже доступности героина. Они могут также, конечно, отражать успех политики медицинских служб неотложной помощи в профилактике смертельных передозировок.

Данные, доступные по странам ЕС, обнаруживают некоторые общие тенденции относительно смертельных случаев, связанных с наркотиками. Среди стран—членов ЕС был очевиден резкий подъем в течение 80-х и в начале 90-х годов, возможно, сопутствующий распространению употребления героина и инъекционного введения наркотиков. Число «наркотических» смертей продолжало расти между 1990 и 2000 гг., хотя менее резко. За год общее число смертельных случаев, связанных с наркотиками, в тех странах—членах ЕС, которые предоставили информацию, возросло на 14% — с 8054 чел. в 1995 г. до 9392 чел. в 2000 г.

С 2000 г. из многих стран ЕС сообщали о снижении числа смертельных случаев, связанных с наркотиками; возможно, это было вызвано увеличением доступности лечения и инициативами по снижению вреда, хотя спады распространенности употребления наркотиков тоже могут играть важную роль. На европейском уровне случаи «наркотической» смерти снизились на 6% в 2001 г., на 13% — в 2002 г. и на 7% — в 2003 г. Невзирая на эти улучшения, было еще почти 7000 сообщений о смертельных случаях, связанных с наркотиками, в 2003 г. (данные по Бельгии, Испании и Ирландии отсутствуют). Тем не менее, среди стран, приславших данные в 2004 г. (19 стран), наблюдалось небольшое снижение в 3%. Хотя предположения насчет 2004 г. следует делать с осторожностью: 13 из 19 стран, предоставивших информацию, зарегистрировали снижение в той или иной степени.

Наблюдается заметное расхождение между тенденциями в старых и новых странах—членах ЕС; оно касается числа смертей среди людей моложе 25 лет. В странах—членах ЕС-15 продолжается устойчивое снижение с 1996 г., наводящее на мысль о снижении числа молодых потребителей опиоидов инъекционным способом, в то время как в новых странах—членах ЕС наблюдался резкий подъем вплоть до 2000—2002 гг., с явным снижением, начинающимся только в 2003 г.

Наблюдаются также различия в зависимости от пола. Число смертей среди мужчин росло прогрессивно с 1990 по 2000 гг., за чем последовало явное снижение (достигшее 30% к 2003 г.), тогда как число сообщений о случаях смерти среди женщин оставалось примерно стабиль-

ным между 1990 и 2000 гг. и колебалось от 1700 до 2000 случаев в год, и с тех пор упало только на 15%. Это может быть обусловлено несколькими факторами, включая различную эффективность вмешательств или различия в факторах риска между полами.

В странах с длинными сериями данных можно распознать различные паттерны случаев смерти, связанных с наркотиками. В некоторых странах они достигали наивысших уровней в начале 90-х годов и впоследствии снизились, например в Германии, где случаи смерти, связанные с наркотиками, достигли наивысших показателей в 1991—1992 гг., в Испании (1991 г.), Франции (1994 г.) и Италии (1991 г.). В других странах, например в Греции, Ирландии, Португалии, Финляндии, Швеции и Норвегии, случаи «наркотической» смерти достигли своего пика позже, между 1998 и 2001 гг., и опять-таки впоследствии снизились. В других странах паттерн был менее четким или же показатели были стабильными. Хотя интерпретировать эти данные следует с осторожностью из-за относительно низкого числа смертей, связанных с наркотиками, в некоторых странах, эти паттерны можно связать с тенденциями, применимыми к инъекционному употреблению героина.

Случаи смерти, связанные с экстази и амфетаминами

О случаях смерти, связанных с экстази, начали сообщать в Европе в 90-е годы, поскольку наркотик стал популярным. Случаи смерти от экстази вызывают значительную озабоченность, поскольку часто бывают неожиданными среди социально интегрированной молодежи.

Информация о случаях смерти от экстази ограничена, но данные из отчетов государственных фокус-центров «Reitox» за 2005 г. свидетельствуют, что случаи смерти, где фигурирует экстази, остаются относительно редкими в сравнении со случаями смерти от опиоидов, хотя в некоторых странах этим числом нельзя пренебречь. В Европе в целом были упоминания о 77 смертях, что следует рассматривать как минимальную оценку (в зависимости от страны показатели относятся к 2003 или к 2004 гг., по экстази и кокаину). О них сообщали из Дании (2 случая), из Германии (20), Франции (4), Венгрии (3) и Великобритании (48 случаев с «упоминаниями» — 33 в Англии и Уэльсе), где, вероятно, механизм составления отчетов отлажен лучше, чем в других странах. В Испании экстази присутствовал в 2,5% наркотических отравлений.

Вопрос о риске употребления экстази поднимался часто. С учетом предела допустимой ошибки в оценках распространенности (на основе опросов) и трудностей при составлении отчетов о случаях «наркотических» смертей, определяли отношение числа смертельных исходов к числу потребителей за год (критерием в популяционных опросах служит употребление в течение последних 12 месяцев). По этим данным может быть произведен расчет, который дает в итоге показатели, составляющие в двух странах 5—8 и 2—5 случаев на 100 тыс. потребителей.

О случаях смерти от амфетаминов также сообщают нечасто, хотя в Чехии 16 смертей в 2004 г. были приписаны воздействию первитина (метамфетамина), что почти вдвое больше показателя за 2003 г., это коррелирует с ростом числа проблемных потребителей первитина (по оценкам) и обращений за медицинской помощью.

Смертельные случаи, связанные с кокаином

Растет озабоченность в отношении риска для здоровья, вызываемого потреблением кокаина, после «подъемов» рекреационного употребления, наблюдавшихся в некоторых странах среди молодежи, среди лиц, лечащихся по поводу наркоманического пристрастия и среди маргинализированных популяций.

Употребление кокаина часто встречается среди потребителей опиоидов, и это обычный факт — обнаружить кокаин при токсикологических анализах в случаях опиоидных передозировок, равно как и другие вещества, такие, как алкоголь и бензодиазепины. Распространено употребление кокаина с алкоголем — сочетание, способное привести к усилению токсичности.

Современная статистика, доступная в Европе, ограничена, и вариации критериев, используемых для идентификации случаев, связанных с кокаином, означают, что эти данные нельзя сравнивать; кроме того, некоторые случаи смерти, связанные с кокаином, могут остаться нераспознанными или не войти в отчеты, что приводит в результате к занижению показателей в отчетах. Имеющиеся данные, указывают на то, что во многих случаях смерти, где был «замешан» кокаин, «замешаны» также и опиоиды.

Если рассматривать страны, предоставившие данные, то более 400 «кокаиновых» смертей были идентифицированы в национальных отчетах за 2005 г.; это минимальная оценка. В большинстве таких случаев кокаин, похоже, сыграл причинную роль, хотя это не всегда абсолютно ясно из отчетов. Не упомянули о наличии или отсутствии случаев смерти от кокаина 9 стран. На кокаин приходится до 20% сообщений об «острых случаях смерти от наркотиков», что составляет от 10 до 20% таких смертей в Германии, Испании, Франции, Нидерландах и Великобритании. О случаях смерти, в которых кокаин сыграл роль причинного фактора (сам по себе или в сочетании с другими наркотиками), сообщали из Германии (166 случаев), Испании (53), Франции (14), Нидерландов (20) и Великобритании (142 и 113 в Англии и Уэльсе). Другие 9 стран сообщали о 0—2 случаях. Кроме того, кокаин, как правило, обнаруживается при токсикологических анализах в случаях передозировок опиоидов в некоторых странах.

Из-за ограниченности доступных данных трудно идентифицировать тенденции с определенностью, но, похоже, во всех странах существует растущая тенденция к

увеличению числа случаев, например в Германии, Испании, Франции, Нидерландах и Великобритании, хотя в Нидерландах рост приостановился в последние 2 года.

Кокаин может быть провоцирующим фактором в случаях смертей, обусловленных сердечно-сосудистыми проблемами (аритмиями, инфарктами миокарда, инсультами), в особенности на фоне предрасположенности или наличия других факторов риска (таких, как табак, гипертензия, ангиомы) или в пожилом возрасте. Многие из этих случаев могут оказаться не замеченными в настоящее время из-за недостаточной осведомленности. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Меры противодействия

Налаживание контакта с не проходившими лечения популяциями потребителей наркотиков и установление связей для общения — предварительное условие для просвещения о возможном риске и путях его снижения, а также для обеспечения опосредованного доступа к службам поддержки, включая лечение.

Исследование обстоятельств передозировок подтвердило необходимость разработки новых мер вмешательства с целью влияния на ситуации высокого риска или на индивидуумов, склонных к высокому риску. Такими мерами можно было добиться значительного снижения числа смертей, приписываемых непосредственным эффектам приема наркотиков. Итоговые оценки роли различных видов вмешательств в сокращении числа острых случаев смерти из-за передозировки наркотиков были приведены на брифинге, посвященном политике EMCDDA (EMCDDA, 2004d).

Поскольку большинство смертей от передозировки в Европе связано с героином, рост доли потребителей героина, находящихся на лечении, может рассматриваться как мера профилактики передозировок. Несколько факторов могут влиять на изменения тенденции в смертности от передозировок, что уже наблюдается в некоторых странах — членах ЕС. К этим факторам относятся:

- снижение распространенности употребления нелегальных наркотиков;
- снижение доли употребления их инъекционным путем;
- возрастающая эффективность профилактических мероприятий;
- повышение доступности для наркоманов лечения с последующей реабилитацией; возможность снижения риска путем влияния на поведение, связанное с риском.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОНИТОРИНГА ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ И ПОЛИНАРКОМАНИИ

Пристрастие к наркотикам, наркотическая зависимость, злоупотребление наркотиками, вредное для здоровья употребление, проблемное употребление — множество понятий, связанных с индикатором проблемного употребления наркотиков EMCDDA, и каждое из них несет в себе свои собственные нюансы в медицинском или социальном аспекте. Индикатор проблемного употребления наркотиков (PDU) EMCDDA отслеживает "инъекционное употребление наркотиков или продолжительное/регулярное употребление героина, кокаина

и/или амфетаминов". В определение включено, в соответствии с договоренностью, употребление других опиоидов, таких, как метадон.

Это определение PDU — чисто поведенческое, основанное на паттернах потребления наркотиков, и оно не определяет проблем явно в каком-либо смысле. Тем не менее, оно связано с различными понятиями о пристрастии пониманием того, что некто, ведущий себя таким образом, с большой вероятностью подпадает под более общее понятие *проблемный потребитель*. Важно заметить,

что индикатор PDU оценивает только подгруппу тех людей, о которых можно подумать, что у них имеются "наркотические" проблемы в некоторой форме. Тем не менее, подход этот ценен. Его достоинства как поведенчески определенного понятия следующие:

- он позволил мониторингу развиваться, не будучи связанным с определениями пристрастия, зависимости, вреда и проблемы самих по себе;
- его относительно легко можно операционализировать в научных исследованиях;
- он группирует вместе различные виды наркотиков и способы их приема как альтернативы, не проводя специфической дифференциации между ними.

В историческом плане индикатор для мониторинга EMCDDA был дитя своего времени — в течение 80-х годов и, в значительной степени, 90-х годов употребление героина и инъекционное употребление наркотиков рассматривались как ключевые компоненты наркотической проблемы, которая требовала оценки. Более того, эти формы употребления наркотиков не могли быть определены с уверенностью с помощью техник опроса. Добавление амфетаминов сделало определение пригодным для некоторых северных стран, где инъекционное употребление амфетамина играло важную роль; и, хотя кокаин был включен в список, на практике он редко был значимым компонентом при каких-либо оценках. Хотя индикатор PDU все еще дает нам полезный практически выход на важный элемент наркотической проблемы, становится все более и более ясно, что он нуждается в дальнейшем усовершенствовании, чтобы соответствовать требованиям мониторинга сегодняшней более гетерогенной европейской ситуации с наркотиками. Все яснее мы видим более сложную картину в отношении хронических наркотических проблем в Европе. Чтобы сохранить ее релевантность по отношению к меняющемуся миру нелегальных наркотиков, задача мониторинга — продвинуться вперед и соответствовать требованиям охвата более широкого спектра наркотиков и в более тонких деталях, чем это делается по сей день.

Расширение ЕС охватило большое разнообразие видов социального поведения, и нелегальное употребление наркотиков не стало исключением. События в "наркотической" культуре, рост употребления синтетических наркотиков и нелегально используемых медикаментов, сдвиг в сторону роста употребления кокаина и общая высокая распространенность употребления каннабиса — все это нужно осознать при осмыслении того, что составляет потребности тех, чьи проблемы связаны с употреблением наркотиков. Хотя потребители героина все еще явно преобладают среди обращающихся в службы лечения наркомании, картина меняется в отношении тех людей, которые поступают на лечение в первый раз; среди них растут проблемы, связанные с каннабисом и психостимуляторами.

Это меняющееся положение вещей должно осознаваться, несмотря на широко распространившееся обеспечение лечением людей с проблемами, связанными с опиоидами, и на возросший объем отчетов терапевтических служб. Опиоидное заместительное лечение, включая людей в рамки долгосрочной и непрерывной медицинской помощи, подчеркивает роль опиоидов в современном бремени, отягощающем терапевтические службы, если

сравнивать опиоидных наркоманов с новичками, поступающими на лечение. Тем не менее, во многих странах оказывается, что те, за счет кого развивается наркотическая проблема сегодня в Европе, по крайней мере, если брать за основу те вещества, которые они употребляют, более разнородны, чем это было ранее.

Индикатор PDU и подсчет скрытых популяций потребителей наркотиков

Современный подход к PDU показал себя исключительно ценным в получении более точных оценок значимой для нас группы потребителей наркотиков, которые представляют собой основных клиентов служб лечения наркомании в Европе. Этот подход послужил для стимуляции разработки ряда методов и статистических процедур, предназначенных для оценки полного размера этой в значительной степени скрытой популяции.

Во всех этих подходах измерение базируется на идее, что процент проблемных потребителей наркотиков "административно заметен", поскольку они находятся в контакте с рядом служб — терапевтических, правовых, неотложной помощи и социальных, — и исходя из этого "заметного" меньшинства можно оценить размеры популяции, если процент известен. Эти виды косвенных статистических методов дополняет работа по опросам популяции, которая из-за ряда методологических и практических причин менее подходит для оценки распространенности употребления наркотиков, если последние характеризуется низкими цифрами, боязнью стигматизации и в значительной степени скрыта.

Что касается современного воплощения в жизнь индикатора PDU в ЕС, страны приспособили это определение, чтобы покрыть практические нужды своей локальной ситуации, и поэтому положение вещей неоднородно: 9 стран в основном следуют определению EMCDDA так, как оно сформулировано, 11 стран оценивают только число опиоидных (или героиновых) наркоманов, а оставшиеся 4 страны не исключают проблемы потребителей каннабиса, хотя последние вообще составляют лишь очень небольшую долю их оценок (критерии для включения в статистику потребителей каннабиса довольно строги с точки зрения подсчета только зависимых лиц или потребляющих каннабис очень интенсивно).

Более широко распространенное употребление кокаина, крэк-кокаина и психостимуляторов вообще, вместе с "перекрывающимися" наркотические проблемы проблемами, связанными с алкоголем и выписываемыми по рецепту медикаментами, означает, что даже в пределах последовательного воплощения в жизнь индикатора, оценки сейчас охватывали бы возросшее многообразие групп, принимающих наркотики, если сравнивать с прошлым, при вероятности более разнообразных последствий и проблем. В дополнение к мониторингу общего масштаба проблемного употребления наркотиков, следовательно, есть необходимость отслеживать по отдельности различные виды поведения, которые входят в индикатор PDU, т.е. инъекционное введение наркотиков, и каждый вид наркотиков в рамках определения PDU. Это может быть особенно важно в свете фактов, сообщаемых из некоторых стран, о растущем потреблении кокаина и о паттернах употребления амфетамина, а также это может позво-

лить детальное отслеживание тенденций употребления опиоидов. Если сообщать обо всех этих видах поведения только в сумме, то здесь явно возникает возможность маскировки важных событий и утраченный шанс лучшего осмысления тенденций.

Выше в этом отчете впервые сообщалась отдельная оценка потребления героина и инъекционного употребления наркотиков в Европе. Дополнительно мы отмечаем рост доступности лечения для лиц с опиоидными проблемами, приводя оценку: более полумиллиона пациентов получают опиоидное заместительное лечение в Европе. Это говорит о том, что доля потребителей героина и инъекционных наркоманов, имеющих или имевших контакт с лечебными службами, может быть довольно значительной во многих странах. EMCDDA в настоящее время изучает со своими национальными специальными группами, какую дополнительную ценность может дать объединение информации о потребности в лечении, о доступности лечения и оценок употребления героина и инъекционного употребления наркотиков.

По ту сторону индикатора PDU

Следующий шаг в развитии нашей способности лучше осмысливать европейскую проблему наркотиков — изучать степень, до которой интенсивное употребление наркотиков может быть объединено при осуществлении мониторинга, за пределами PDU- мониторинга. Степень, до которой интенсивное употребление наркотиков, какие бы определения ему ни давались, связано с зависимостью и уровнями и типами проблем, требует дальнейшего уточнения; например, Кандел и Дэвис (Kandel & Davis, 1992) определили, что в США около трети ежедневных потребителей каннабиса можно рассматривать как зависимых. Путь вперед в этой области требует формализации понятий *частота, интенсивность употребления каннабиса и других нелегальных наркотиков* как конкретной цели мониторинга. Частое или интенсивное употребление может быть определено в данных опросов, чтобы дополнить его оценку косвенными статистическими методами. В настоящее время данные опросов предоставляют практически полезный выход на различные паттерны употребления каннабиса, но это в значительной степени ограниченные мерила поведения и частоты употребления. Данные опросов, вероятно, важны, если мы собираемся разрабатывать надежные оценки числа потребителей наркотиков, таких, как каннабис; потребителей, которые могут быть описаны как зависимые или приносящие вред себе или другим, по крайней мере, судя по самоотчету.

Этот стремление к определению частоты употребления могло бы помочь при разработке исследовательских инструментов для оценки уровня проблем и зависимости, связанных с различными уровнями и паттернами потребления каннабиса. Несколько европейских стран работают над созданием методологических инструментов для определения как интенсивного употребления, так и уровней зависимости и проблем, и EMCDDA поощряет сотрудничество в этой области.

Сложность идентификации интенсивного употребления как индикатора лиц, которые, вероятно, в наибольшей степени подвергаются риску стать зависимыми или

испытывать проблемы, в том, что мнение о том, что является конституирующим для интенсивного употребления, до некоторой степени специфично для каждого наркотика. Хотя проблемное употребление опиоидов в сильной степени характеризуется ежедневными паттернами употребления, в отношении психостимуляторов это зачастую не так. Для этих наркотиков часто более характерно потребление "запойми", эскалация приема наркотика в течение коротких периодов и затем спад, при этом потребители часто переключаются на другие наркотики или алкоголь, чтобы смягчить неблагоприятные последствия воздержания. И фармакологические, и контекстуальные факторы могут быть важны, влияя на паттерны интенсивного употребления наркотиков, но ясно, что поведенческие мерила интенсивного употребления необходимо сделать более чувствительными к различным паттернам употребления наркотиков, связанным с различными видами наркотиков.

Проблема отчетов о полинаркоманическом потреблении наркотиков

По убедительным практическим и методологическим причинам в большинстве сообщений об употреблении наркотиков каждое вещество описывается в отдельности. Это обеспечивает концептуальную ясность, необходимую для того, чтобы сделать сообщения, основанные на поведенческих измерениях, доступными, но при этом игнорируется тот факт, что отдельные наркоманы часто потребляли или потребляют ряд как нелегальных, так и разрешенных законом веществ, и эти потребители могут также испытывать проблемы более чем с одним наркотиком. Они могут замещать один вид наркотика другим, могут менять со временем предпочитаемый наркотик или потреблять их так, чтобы они взаимно дополняли друг друга. Такого рода сложность чрезвычайно "озадачивает" систему мониторинга, даже если анализ ограничен простыми поведенческими мерилami потребления наркотиков в различные временные периоды. Если понятия проблемного и зависимого потребления включены в мониторинг, эти сложности нарастают еще более и на европейском уровне существует очень мало надежных данных, позволяющих осуществить компетентный анализ. Тем не менее, возможно, что в некоторых странах имеется достаточно большая популяция хронических проблемных потребителей наркотиков, которых трудно классифицировать по основному веществу и которые могут испытывать проблемы из-за своего употребления как разрешенных, так и нелегальных веществ. Обращение к этой проблеме требует лучшего осмысления паттернов полинаркоманического употребления наркотиков и применения этих знаний для улучшения отчетности на национальном и европейском уровнях.

Полинаркоманическое замещение одного наркотика другим

В рамках общей концепции *множественного употребления наркотиков* следует обсудить некоторые специфические значения этого термина. На одном "полюсе" мы видим употребление нескольких веществ интенсивным и

хаотическим образом, одновременно или последовательно, во многих случаях каждый из наркотиков замещается другим в зависимости от его доступности. Например, это случай проблемных потребителей, которые принимают различные опиоиды, равно как и лекарственные средства, кокаин, амфетамины и алкоголь.

Этот паттерн употребления, как представляется, существует у некоторых хронических потребителей, возможно, среди маргинализированных групп, возможно, — среди лиц с психическими заболеваниями. Во многих регистрационных системах Европы эти случаи были бы приписаны к злоупотреблению опиоидами.

Как таковые, эти индивидуумы будут подпадать под определение и мониторинг проблемных потребителей наркотиков. Однако здесь остается еще один вопрос: достаточно ли это интенсивное, хаотическое, полинаркоманическое потребление наркотиков для объекта в действительности? Неспецифическое пристрастие к наркотикам, следовательно, требует прицельных эпидемиологических мероприятий и лечения, поддержки или снижения вреда в особенно затруднительной ситуации. При этих обстоятельствах любой мониторинг компонентов проблемного потребления наркотиков необходимо должен включать в себя полинаркоманическое потребление наркотиков как один из этих отдельно определенных компонентов.

Сочетания наркотиков

Есть другая группа потребителей, которые принимают несколько веществ систематически и одновременно, ожидая эффектов фармакологической комбинации, например так называемый спидболл (*speedball*) — одновременный прием героина и кокаина путем инъекции.

Второй наркотик по функциональным или фармакологическим причинам не ограничивается одновременным приемом, но может также приниматься последовательно (вслед за первым) как замещающее вещество или как дополнительный наркотик. Например, бензодиазепин может использоваться для смягчения симптомов отнятия, когда опиоиды недоступны. В других случаях второй наркотик может использоваться ради его компенсирующего фармакологического эффекта: это случай, когда наркотический эффект опиоидов модифицируется приемом кокаина или когда вызывающий тревогу эффект кокаина или амфетаминов смягчается приемом опиоидов или других депрессантов.

Риск, возросший вследствие полинаркоманического употребления

Потенцирующий эффект, оказываемый одним наркотиком на другой, порою значителен, и, исходя из этого, легальные наркотики и медикаменты, такие, как алкоголь, никотин и антидепрессанты, должны рассматриваться во взаимосвязи с подлежащими контролю психоактивными веществами. Уровень риска будет зависеть от дозировки обоих веществ. Существует обеспокоенность относительно нескольких фармакологических сочетаний: алкоголь и кокаин увеличивают токсичность в отношении сердца и сосудов; алкоголь или наркотики-депрессанты, когда их принимают с опиоидами, приводят к увеличению риска передозировки; а опиоиды или кокаин,

принятые вместе с экстази или амфетаминами, также приводят к дополнительной острой токсичности.

Ограниченность доступных данных относительно полинаркоманического употребления

Отсутствие доступных данных ограничивает составление отчетов по многим аспектам полинаркоманического употребления наркотиков. Данные доступны из токсикологических отчетов о передозировках наркотиков и из самоотчетов тех людей, которые посещают терапевтические службы. Хотя эти источники позволяют в некоторой степени вникнуть в суть полинаркоманического употребления наркотиков, доступная информация часто ограничена и репрезентативность данных должна подвергаться сомнению. Результаты опроса показывают, что есть значительная доля индивидуумов, потребляющих более двух наркотиков за один и тот же временной период. Однако данные опросов часто приводят к недостаточным сведениям в отчетах по некоторым формам употребления наркотиков, и, даже если есть данные, нужно потрудиться, чтобы разработать сопоставимые стандарты отчетов. Пример того, в какой степени доступны данные из опросов популяции о полинаркоманическом употреблении наркотиков, можно увидеть в недавнем специальном отчете EMCDDA (2005b). Если взять пример данных по Испании, то показано, что употребление одного наркотика с тенденцией к повышению доз, по сравнению с этой тенденцией в общей популяции, приводит к употреблению другого наркотика и что эта тенденция варьирует в соответствии с первоначальным рассматриваемым наркотиком. Например, среди потребителей героина употребление кокаина относительно широко распространено, но употребление других наркотиков не столь бесспорно для кокаиновых наркоманов.

Разработка операционального определения полинаркоманического употребления наркотиков

Следует обсудить, какие временные периоды выбраны для оценки и составления отчета по полинаркоманическому употреблению наркотиков. Уровни распространенности употребления наркотиков за всю жизнь вообще вряд ли пригодны или релевантны проблемам общественного здоровья по сравнению с мерилами более недавнего употребления.

Полинаркоманическое употребление наркотиков могло бы быть не без пользы определено операционально как частое употребление более чем одного вещества за минимальный определенный временной период, например один месяц. Этим не проводится различие между различными типами употребления, описанными выше, но это дает общую картину того, что должно являться группой высокого риска. Исключение в виде "отбрасывания" "употребления в течение всей жизни" при характеристике полинаркоманического поведения происходит тогда, когда мы имеем дело с очень молодыми людьми — школьниками или студентами, — в этом случае множественное употребление наркотиков в течение всей жизни может, скорее, отражать актуальное употребление. Факты, например, из опросов ESPAD, говорят о том, что более девизантные/с низкой распространенностью употребления паттерны потребления наркотиков среди студентов (экс-

тази, амфетамин, галлюциногены, кокаин, героин) образуют кластер из немногих индивидуумов.

Совершенствование методов мониторинга проблем, связанных с наркотиками в Европе

Достижение более полного осмысления природы и масштаба европейской наркотической проблемы — это одна из ключевых задач EMCDDA. Употребление наркотиков, однако, — это сложный вопрос, охватывающий ряд видов поведения, которые различным образом связаны с несколькими важными проблемами общественного здоровья и социальными проблемами. Паттерны употребления наркотиков варьируют от экспериментального, эпизодического и случайного употребления до регулярного, интенсивного и неконтролируемого. Потребителей наркотиков можно классифицировать, согласно клиническим определениям, на имеющих наркотические проблемы или на зависимых; и, на языке научного исследования, обе эти категории могут быть преобразованы в континуумы. Сложности усугубляются еще тем, что потребители наркотиков часто принимают множество веществ и со временем меняют свои паттерны потребления. Нет такого единственного инструмента формирования отчетов, который мог бы адекватно охватить это сложное множество. На практике, цель мультииндикаторного подхода, принятого EMCDDA, — пролить свет на различные аспекты феномена наркотиков.

Индикатор PDU, концентрируясь на специфическом наборе видов поведения, дает ценную возможность взгля-

нуть на некоторые из наиболее пагубных и дорогостоящих форм употребления наркотиков. Это важный компонент осмысления европейской наркотической проблемы в целом. Тем не менее, сейчас существует отчетливая потребность дополнить общие оценки PDU-индикатора конкретными для каждого вещества компонентными оценками с целью обратить внимание на все более и более гетерогенную наркотическую проблему Европы.

Принимая как данность, что многие источники доступных данных основываются на поведенческих отчетах о потреблении наркотиков, понятие *частого, или интенсивного, употребления* нуждается в усовершенствовании на этой основе. Это расширит перспективу для мониторинга наркотических проблем за пределы, которые сейчас заложены в PDU-индикаторе. Размещение PDU-информации наряду с этой более развернутой информацией будет также представлять собою шаг вперед в усилиях EMCDDA усовершенствовать общее понимание как масштаба, так и природы наркотических проблем в Европе. Одновременно работа нуждается в прогрессе в отношении развития стандартов формирования отчетов, которые делают возможной реконструкцию паттернов полинаркоманического употребления наркотиков, чтобы описать их лучше на уровне Европы. Первые шаги в этом направлении включают в себя разработку более совершенной концептуальной структуры для рассмотрения различных типов множественного потребления наркотиков (полинаркомании), включая принятие соответствующих временных структур и идентификацию соответствующих источников данных.