

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

КОКАИН И КРЭК-КОКАИН

Распространенность и паттерны употребления кокаина

На основе недавних национальных опросов населения установлено, что около 10 млн европейцев пробовали кокаин по меньшей мере один раз в жизни (распространенность употребления в течение всей жизни), что составляет более 3% от общего числа взрослых. Национальные данные по употреблению кокаина варьируют от 0,5 до 6%, при этом самые высокие показатели в этом ряду — в Италии (4,6%), Испании (5,9%) и Великобритании (6,1%). По оценкам, около 3,5 млн взрослых принимали кокаин за последний год — это 1% от общего числа взрослых. Национальные показатели в большинстве стран варьируют от 0,3 до 1%, хотя уровни распространенности наиболее высоки в Испании (2,7%) и Великобритании (2%).

Как и в случае с другими нелегальными наркотиками, употребление кокаина сосредоточено среди молодых взрослых. Распространенность употребления в течение жизни наивысшая среди молодежи и взрослых в возрасте 15—34 года, хотя употребление в течение последнего года слегка выше среди 15—24-летних. Кокаин представляется наркотиком, преимущественно потребляемым в возрасте 20—30 лет, но не среди совсем молодых людей, в сравнении с употреблением каннабиса. Распространенность употребления в течение жизни среди 15—34-летних варьирует от 1 до 10%, при этом самые высокие уровни снова обнаружены в Испании (8,9%) и Великобритании (10,5%). Употребление за последний год варьирует от 0,2 до 4,8%, при этом показатели по Дании, Ирландии, Италии и Нидерландам составляют около 2%, а по Испании и Великобритании свыше 4%. Данные из школьных опросов показывают довольно низкую распространенность употребления кокаина в течение жизни, от 0 на Кипре, в Финляндии и Швеции до 6% в Испании; распространенность употребления крэк-кокаина в течение жизни еще ниже — от 0 до 3% (Hibell et al., 2004).

Потребление кокаина выше среди молодых мужчин в возрасте 15—34 лет: согласно опросам в Дании, Германии, Испании, Италии, Нидерландах, Великобритании и Норвегии, опыт употребления кокаина в течение жизни был от 5 до 14%. Употребление в течение последнего года было ниже, но 4 страны сообщили о данных выше 3%, при этом Испания и Великобритания сообщают о 6—7%, что говорит о том, что в этих странах примерно 1 из 15 молодых мужчин принимал кокаин недавно. Это соотношение существенно выше в городских регионах.

Среди общей популяции употребление кокаина представляется случайным, происходящим в основном в уик-энды и в развлекательных заведениях (бары и дискотеки), где оно может достигать высоких уровней.

Исследования, проведенные среди молодежи в танцевальных и музыкальных заведениях в различных странах обнаруживают гораздо более высокую распространенность употребления кокаина, чем в общих популяциях: распространенность употребления в течение жизни варьирует от 10 до 75%. Например, Британский обзор преступности 2004—2005 гг. дает оценку распространенности употребления наркотиков "класса А" среди людей, посещающих дискотеки или ночные клубы, которая, по меньшей мере вдвое выше, чем уровень распространенности среди тех, кто не посещал этих мероприятий (Chivite-Matthews et al., 2005). В среднем около трети всех взрослых европейцев, когда-либо пробовавших кокаин, принимали его за последние 12 мес.; для сравнения, только 13% сообщают, что они принимали кокаин за последние 30 дней. Например, 2—4% мужчин в возрасте 15—24 года в Испании, Италии, Великобритании и Болгарии сообщают, что они принимали кокаин в последние 30 дней. Таким образом, по грубым расчетам, уровень современного потребления кокаина в Европе составляет около 1,5 млн взрослых в возрасте 15—64 года (80% в возрасте 15—34 года).

Паттерны употребления кокаина различны в разных группах потребителей. В европейском исследовании во многих крупных городах было обнаружено, что социально интегрированные потребители кокаина в основном употребляли его ингаляционным путем (95%), в то время как небольшая прослойка потребителей вводила кокаин с помощью инъекций. Высоко распространено сочетание употребления каннабиса и алкоголя (Prinzleve et al., 2004). Среди пациентов в учреждениях для лечения зависимостей или в социально маргинализированных группах инъекции были частыми, а употребление крэка было обычным в Гамбурге, Лондоне и Париже и в меньшей степени — в Барселоне и Дублине. Употребление крэка среди общего европейского населения представляется низким. Например, распространенность употребления крэка в течение жизни, согласно отчетам, составляла 0,5% в Испании (2003) и 0,8% в Великобритании (Chivite-Matthews et al., 2005). В трех странах распространенность употребления крэка в течение жизни изучалась с помощью опросов в клубных заведениях, и было обнаружено, что она даже ниже, чем употребление героина (Чехия — 2%, Великобритания — 13% и Франция — 21%). Тем не менее, употребление крэка среди маргинализированных групп или потребителей опиоидов — повод для беспокойства в некоторых городах. Например, среди целевой группы 94 женщин — уличных проституток в Амстердаме оценка распространенности употребления крэк-кокаина в течение жизни была чрезвычайно высокой — 91% (Korf, 2005, приведено в голландском национальном отчете).

* По материалам сайта <http://www.emcdda.europa.eu>
Продолжение. Начало см. Наркология. — 2007. — №№7—10.

Для сравнения, в соответствии с национальным опросом в Соединенных Штатах в 2004 г. по употреблению наркотиков и здоровью 14,2% взрослых (определяемых как 12-летние и старше) сообщали, что пробовали кокаин в течение жизни, что контрастирует со средним европейским показателем 3%. Показатель потребления за последний год составил 2,4%, в сравнении со средним европейским показателем 1%, хотя в некоторых странах ЕС, например в Испании (2,7%) и Великобритании (2%), приводимые в отчетах цифры — того же порядка, что и в Соединенных Штатах (источник: SAMHSA, Служба прикладных исследований, национальный опрос 2004 г. по употреблению наркотиков и здоровью (www.oas.samhsa.gov). Заметим, что возрастные рамки для "всех взрослых" в американском опросе (12 лет и старше) шире, чем возрастной стандарт для европейских опросов (15—64 года). Сравнительно более высокие показатели употребления за всю жизнь в Соединенных Штатах могут быть отчасти связаны с более ранним распространением употребления кокаина в этой стране.

Среди молодых взрослых (в возрасте 16—34 года) данные по США составили 14,6% (пробы за всю жизнь), 5,1% (за последний год) и 1,7% (за последний месяц), тогда как средние показатели в ЕС для 15—34-летних были, соответственно, около 5% (за жизнь), 2% (за последний год) и 1% (за последний месяц).

Тенденции в употреблении кокаина

Несколько последних лет раздаются предупреждения о возможности роста потребления кокаина в Европе, основанные на данных из разнообразных источников (например, индикаторы рынка, обращения за лечением, смерти). Хотя доступная информация о кокаиновых тенденциях среди населения совершенствуется по мере того, как все больше стран проводят повторные опросы, данные все еще ограничены. В случае кокаина существуют дополнительные трудности — низкие уровни распространенности и возможные упущения в отчетах об употреблении.

Частота недавнего употребления кокаина (за последний год) заметно возросла во второй половине 1990-х годов среди молодых взрослых в Великобритании, вплоть до 2000 г., и в Испании, вплоть до 2001 г., с несомненной стабилизацией в последние годы. В Германии умеренный подъем наблюдался в 1990-е годы, но показатели остались стабильными и в последние годы, на уровнях, явно более низких, чем в Испании и Великобритании.

Умеренный рост случаев потребления за последний год наблюдался в Дании (вплоть до 2000 г.), Италии, Венгрии, Нидерландах (вплоть до 2001 г.) и Норвегии. Эту тенденцию следует интерпретировать с осторожностью, поскольку она основана только на двух опросах в каждой стране.

После опиоидов и каннабиса о кокаине наиболее часто сообщается как о наркотике, служащем причиной обращения за лечением; случаи с кокаином составляют около 8% всех обращений за лечением в странах ЕС в 2004 г. Общие цифры отражают широкий разброс между странами: в большинстве стран число обращений за лечением, связанных с употреблением кокаина, совсем низкое, но в Нидерландах (37%) и, как сложилось исторически, в Испании (26% в 2002 г.) доля всех клиентов, обращающихся с про-

сьбой о лечении из-за употребления кокаина, гораздо выше. Согласно самым последним доступным данным, группа стран сообщает о том, что кокаиновые клиенты среди всех находящихся на лечении составляют от 5 до 10% (Дания, Германия, Франция, Ирландия, Италия, Кипр, Мальта, Великобритания и Турция), тогда как в остальных странах соотношения значительно ниже. В нескольких странах, если сравнить с общим числом клиентов, наблюдаются высокие проценты новых клиентов, нуждающихся в лечении из-за первичного употребления кокаина, и сообщается об общем показателе около 12% обращений за лечением, связанных с кокаином, от всех вновь обратившихся. О кокаине также сообщается как о вторичном наркотике примерно у 12% новых клиентов.

Тенденции к росту числа клиентов, ищущих лечение из-за употребления кокаина, о которых сообщалось в предыдущие годы, продолжают; с 1999 по 2004 гг. анализ, с учетом непредставленных данных, наводит на мысль, что доля новых клиентов, нуждающихся в лечении из-за употребления кокаина, выросла примерно от 10 до 20% за этот период.

В целом, большинство обращений за лечением из-за кокаина в Европе не относится к крэк-кокаину: около 80% новых амбулаторных кокаиновых клиентов сообщают, что употребляют кокаин гидрохлорид (кокаин в порошке), при этом менее 20% используют крэк-кокаин. Тем не менее, потребители крэк-кокаина могут порождать особые требования к лечебным службам, поскольку они склонны к более маргинализованному социальному профилю, чем потребители кокаина в порошке. Европейское исследование типов потребления кокаина (порошок и крэк-кокаин) обнаружило связь между потреблением крэка и социальными и психическими проблемами; однако в исследовании также сообщалось, что сам по себе крэк-кокаин еще не объясняет социальных проблем или проблем психического здоровья (Haasen et al., 2005). Недавнее исследование 585 кокаиновых и крэк-клиентов в Шотландии выявило, что потребители крэка с большей вероятностью имеют более длительную историю проблемного употребления наркотиков и в большей мере вовлечены в криминальную деятельность (Neale and Robertson, 2004).

Рассмотрение профиля кокаиновых клиентов в амбулаторных учреждениях позволяет заключить, что новые клиенты, принимающие кокаин как свой первичный наркотик, обычно старше, чем другие потребители наркотиков: 70% из них находятся в возрастной группе 20—34 года, меньшую группу составляют лица 35—39 лет (13%).

Кокаин часто используется в сочетании с другим нелегальным или легальным дополнительным наркотиком, часто с каннабисом (31,6%), опиоидами (28,6%) или алкоголем (17,4%). Местные исследования среди наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, говорят о том, что в некоторых областях сочетание героина и кокаина в одном шприце может стать более популярным (порой наркоманы называют такое сочетание "спидболл", "speedballing"). Среди клиентов, сообщающих о первичном употреблении опиоидов, 31% в Италии, 42% в Нидерландах и 44% в Великобритании сообщают о присоединении употребления кокаина. Среди первичных потребителей кокаина 28% в Италии и 38% в Великобритании сообщают о вторичном употреблении опиоидов.

Лечение кокаиновой зависимости

Для обоснования эффективности фармакологического лечения кокаиновой или другой зависимости от психостимуляторов недостаточно фактов. Однако в своем всестороннем обзоре использования фармакотерапии для потребителей психостимуляторов Shearer and Gowing (2004 г.) заключают, что замещающая терапия, которая успешно помогает в случае опиоидной и никотиновой зависимости и обладает потенциалом привлекать и удерживать потребителей наркотиков на лечении, еще не была адекватно проверена на потребителях стимуляторов**. Обзор литературы по терапевтическому реагированию и эффективности лечения кокаинистов, включая терапевтическое реагирование на психические расстройства среди потребителей крэк-кокаина, был недавно опубликован EMCDDA (www.emcdda.europa.eu).

В некоторых странах, включая Соединенные Штаты и Великобританию, в настоящее время вкладываются существенные средства в развитие иммунотерапии, в частности разработки антител, которые могут перехватывать кокаин в крови, прежде чем он достигнет центральной нервной системы.

Иммунотерапия для кокаиновых наркоманов

В противоположность героиновой наркомании, которую можно корректировать агонистами (метадон) или антагонистами (налтрексон), в настоящее время нет доступного медицинского лечения для кокаиновой наркомании. Причины этого кроются в механизме, благодаря которому кокаин оказывает свое влияние на мозговые нейромедиаторы дофамин и серотонин. Тогда как героин связывается с мозговыми опиоидными рецепторами и, следовательно, копирует действие собственных эндорфинов мозга, кокаин тормозит процесс обратного захвата дофамина (и, конечно же, серотонина) из нейронного синапса, как только они оказали свой эффект, приводя к накоплению медиатора, и таким образом пролонгируя и усиливая его эффект.

Это не обязательно означает, что невозможно разработать медицинское лечение для кокаиновой наркомании, однако это будет труднее сделать, для чего могут привлекаться различные концепции из используемых при разработке лечения героиновой зависимости.

Одна из вызывающих интерес исследовательских работ — это использование иммунотерапии, т.е. разработка вакцины, которая могла бы эффективно "нейтрализовать" действие кокаина, предотвращая поступление наркотика в мозг. Базовая концепция подверглась ограниченному тестированию. Вакцина, разработанная в Великобритании, проверялась на небольшом числе кокаиновых наркоманов (всего 18) в течение 14 недель. Было обнаружено, что некоторые из вакцинированной группы кокаиновых наркоманов были способны воздерживаться от наркотика в течение 3 мес. без нежелательных побочных эффектов. Дополнительно через 6 мес. и те, кто вернулся к кокаину, и те, кто продолжал воздерживаться, подтвердили, что ощущения эйфории были не настолько

сильными, как до вакцинации. В результате этих находок вакцина, известная как конъюгат "наркотик — белок" TA-CD, проходит вторую фазу клинических испытаний. Альтернативный иммунотерапевтический подход предусматривает разработку моноклональных антител к кокаину, но это пока прошло только доклиническое тестирование.

Потенциальная польза кокаиновой вакцины TA-CD породила этические опасения относительно употребления этой вакцины: кто будет получать ее, кто будет принимать решение и на основе каких критериев, и т.д.

Сочетание нескольких специфических психосоциальных вмешательств в настоящее время рассматривается как наиболее многообещающая альтернатива лечения для потребителей кокаина и других психостимуляторов. Сочетание подхода, направленного на упрочение общины (CRA) с управлением непредсказуемыми событиями показало возможность сократить потребление кокаина за короткое время (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

CRA — это интенсивный метод лечения, который охватывает семью, друзей и других членов социального окружения клиента в течение всего курса лечения и состоит в тренинге клиентов для установления социальных контактов, для улучшения их "образа Я", для поиска работы и приносящих удовлетворение видов деятельности в свободное время с целью установить другой стиль жизни (Roozen et al., 2004). В сочетании с управлением непредсказуемыми событиями — метод, который влияет на поведение клиента, предлагая значимые стимулы, например подарки, поручительства для полиции или привилегии за свободные от кокаина пробы мочи — положительное влияние на употребление наркотиков и психосоциальное функционирование достигается в течение фазы лечения и последующего наблюдения у кокаинзависимых амбулаторных пациентов. Новые подходы к высокопроблематичным группам потребителей героина, принимающих еще кокаин или крэк-кокаин, концентрируются на снижении вреда как основной цели лечения. Для этого применяют поведенческие виды терапии, в частности управление непредсказуемыми событиями, в сочетании с метадоновой поддержкой или лечением, сопровождаемым приемом героина (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

Подходы, направленные на снижение вреда

В Европе развитие подходов снижения вреда, направленных на употребление кокаина, было ограниченным. Теперь ситуация должна начать меняться, поскольку возросшее осознание как распространенности употребления кокаина, так и проблем, связанных с этим, стимулирует реагирование, обращенное к потребностям принимающих кокаин. Ценность подходов к профилактике и снижению вреда для уменьшения риска, связанного с употреблением кокаина, остается в значительной степени неисследованной. Потребители кокаина могут получить пользу от вмешательств, которые обращаются к таким вопросам, как возросшая токсичность сочетаний кокаина и алкоголя, потенциальная связь употребления кокаина с сердечно-сосудистыми проблемами или рискованное поведение, которое может быть причиной ВИЧ-инфицирования или сделать их жертвами несчастного случая или преступления с насилием. Поскольку употребление кока-

** Редакция журнала «Наркология» по вопросам применения заместительной терапии больных с различными видами зависимости придерживается официальной позиции федеральных органов управления здравоохранением Российской Федерации.

ина может распространяться быстро, краткие вмешательства, которые могут поставить потребителей перед фактом, что они могут вскоре начать испытывать негативные последствия из-за их наркотизации, также достойны рассмотрения.

В результате серьезных проблем со здоровьем и социальных проблем, связанных с употреблением крэка-кокаина, накоплен обширный опыт разработки служб по снижению вреда для этой группы в ряде городов Европы. Хотя в целом база фактов остается относительно слабой, некоторые исследования говорят о том, что можно добиться ощутимой пользы. Например, одно исследование новаторской программы лечения вне учреждений в Роттердаме (Henskens, 2004, приводится в голландском национальном отчете) идентифицирует факторы, оказавшиеся важными для лечения группы клиентов, зачастую с трудом идущих на контакт с традиционными антинаркотическими службами.

Компульсивные паттерны употребления крэка и кокаина могут быть связаны с ростом рискованных поступков

в отношении сексуального здоровья, поэтому некоторые низкопороговые программы специально занимаются употребляющими крэк проститутками: они информируются о безопасном сексе и употреблении наркотиков им раздаются презервативы и лубриканты.

Более спорным представляется подход, принятый в некоторых городах Европы и основанный на концепции безопасного употребления наркотиков путем вдыхания. Помещения для вдыхания наркотиков под наблюдением открыты в некоторых голландских, немецких и швейцарских городах (EMCDDA, 2004c). Хотя наблюдение за гигиеной потребления является главной целью таких служб, они могут также использоваться для информации о других альтернативах помощи. Например, мониторинг одной службы во Фракфурте, Германия, показал, что в течение 6-месячного оценочного периода в 2004 г. было проведено наблюдение более чем за 1400 приемами наркотиков и при этом документировано 332 беседы по установлению контакта, 40 сессий консультирования и 99 направлений в другие антинаркотические службы.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ОПИОИДОВ И ИНЪЕКЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Оценки распространенности проблемного употребления опиоидов

Данные, приведенные в этом разделе, получены с использованием EMCDDA-индикатора проблемного употребления наркотиков (problem drug use, PDU), который включает в себя оценку «употребление наркотиков с помощью инъекций, или длительное/регулярное употребление героина, кокаина и/или амфетаминов». Исторически оценки проблемного употребления наркотиков главным образом отражали потребление героина, хотя в нескольких странах, как это обсуждалось в нашем отчете, потребители амфетамина также представляли существенную группу. При интерпретации оценок проблемного потребления опиоидов следует учитывать, что паттерны употребления становятся более многообразными. Например, прогрессирует значимость проблемы полинаркомании в большинстве стран, тогда как некоторые страны, где исторически преобладали опиоидные проблемы, теперь сообщают об увеличении показателей употребления других наркотиков. Большинство потребителей героина теперь отдает предпочтение стимуляторам и другим наркотикам помимо опиоидов.

Невзирая на общую тенденцию к разнообразию употребляемых наркотиков, во многих странах оценки проблемного употребления наркотиков основаны исключительно на данных по употреблению героина или других опиоидов как основного вещества. В некоторых странах распространенность неопиоидных проблем трудно поддается оценке. Оценка числа проблемных потребителей опиоидов требует усложненных методов анализа, чтобы получить данные о распространенности из доступных источников. Кроме того, в силу географической локализации экстраполяция национальных оценок не всегда бывает достоверной.

Полученные оценки распространенности проблемного употребления опиоидов сильно различаются в разных странах, однако, если в пределах одной страны применя-

лись различные методы оценки, сопоставимость результатов значительно улучшалась. О более высоких показателях проблемного употребления опиоидов сообщают из Ирландии, Италии, Люксембурга, Мальты и Австрии (5–8 случаев на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет), а о более низких — Чехия, Германия, Греция, Кипр, Латвия и Нидерланды (менее 4 случаев на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет). Некоторые из самых низких подтвержденных документально показателей, доступных в настоящее время, относятся к новым странам ЕС, но на Мальте распространенность выше (5,4–6,2 случая на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет). Исходя из ограниченных данных, можно оценить общую распространенность в ЕС проблемного употребления опиоидов как 2–8 случаев на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет.

Локальные и региональные оценки (в особенности касающиеся проблемного употребления опиоидов) недоступны; но, тем не менее, доступные данные о проблемном употреблении наркотиков (включая психостимуляторы и др.) свидетельствуют, что существуют значительные вариации распространенности употребления по городам и регионам. О самых высоких оценках локальной распространенности за 2000–2004 гг. сообщают из Ирландии, Португалии, Словакии и Великобритании; эти показатели достигают 15–25 чел. на 1000 чел. населения. Географическая вариабельность, как и следовало ожидать, также отмечалась на локальном уровне; например распространенность употребления в различных районах Лондона варьирует от 6 до 25 случаев на 1000 чел. Широкий разброс уровней локальной распространенности усложняет обобщение данных.

Потребители наркотиков в тюрьмах

Информация об употреблении наркотиков среди заключенных неоднородна. Многие данные, доступные в Европе, не репрезентативны для национальной системы тюрем. В результате значительных различий по объемам выборки заключенных, терминологических различий

между характеристиками исследованных популяций сопоставимость данных ограничена, как и экстраполяция результатов и анализ тенденций.

Данные 1999–2004 гг., предоставленные большинством европейских стран (Бельгия, Чехия, Дания, Германия, Греция, Франция, Италия, Ирландия, Латвия, Литва, Венгрия, Мальта, Нидерланды, Австрия, Португалия, Словения, Словакия, Финляндия, Швеция, Великобритания, Болгария и Норвегия), показывают, что по сравнению с общей популяцией доля потребителей наркотиков среди заключенных значительно выше.

Доля заключенных, сообщающих, что они когда-либо принимали какой-либо нелегальный наркотик, варьирует в различных тюрьмах и центрах предварительного заключения, но средние доли разнятся от трети или менее в Венгрии и Болгарии до двух третей или более в Нидерландах, Великобритании и Норвегии. Причем большинство стран сообщает о распространенности опыта употребления когда-либо в жизни какого-либо наркотика, достигающей почти 50% (Бельгия, Греция, Латвия, Португалия, Финляндия). Каннабис остается наиболее часто употребляемым нелегальным наркотиком, при этом распространенность опыта его употребления у заключенных варьирует от 4 до 86% по сравнению с кокаином (3–57%), амфетаминами (2–59%) и героином (4–60%).

О регулярном употреблении наркотиков или зависимости от них, имевших место до тюремного заключения, сообщают 8–73% заключенных. Распространенность опыта инъекционного употребления наркотиков, хотя бы единичного, среди лиц, находящихся в заключении, составляет 7–38%.

Хотя большинство потребителей наркотиков снижает или прекращает наркотизацию после заключения в тюрьму, некоторые арестанты все же продолжают, а то и начинают употреблять наркотики, находясь в тюрьме. Согласно доступным результатам исследований, 8–51% заключенных употребляли наркотики, 10–42% — регулярно употребляли наркотики, а 1–15% — употребляли наркотики инъекционным способом, находясь в тюрьме. Это порождает вопросы, касающиеся потенциального распространения инфекционных заболеваний, особенно в отношении доступности стерильных инъекционных принадлежностей и практики их обмена для заключенных.

Повторные опросы в Чехии (1996–2002 гг.), Дании (1995–2002 гг.), Литве (2003–2004 гг.), Венгрии (1997–2004 гг.), Словении (2003–2004 гг.) и Швеции (1997–2004 гг.) выявляют рост распространенности употребления наркотиков лицами, находящимися в тюремном заключении, тогда как Франция (1997–2003 гг.) сообщает о значительном снижении доли инъекционных наркоманов среди заключенных.

Временные тенденции проблемного употребления опиоидов

Недостаточность достоверных и непротиворечивых данных усложняет оценку тенденций в динамике проблемного употребления опиоидов. По доступным данным, в разных странах ЕС распространенность проблемного употребления опиоидов весьма различна, и тенденции не согласуются. Сообщения из некоторых стран, подкрепленные другими показателями-индикаторами, под-

тверждают, что проблемное употребление опиоидов продолжало расти во второй половине 90-х годов, но, кажется, стабилизировалось или несколько снизилось в последние годы. Повторные оценки проблемного употребления опиоидов за период 2000–2004 гг. доступны по семи странам (Чехия, Германия, Греция, Испания, Ирландия, Италия, Австрия): 4 страны (Чехия, Германия, Греция, Испания) зарегистрировали спад проблемного употребления опиоидов, в то время как одна страна (Австрия) сообщила о подъеме уровня потребления. Однако это трудно интерпретировать, поскольку система сбора данных изменилась за этот период. По данным, полученным от пациентов, впервые поступающих на лечение в связи с потреблением наркотиков, можно предположить, что доля проблемных потребителей опиоидов может медленно снижаться, следовательно, в ближайшем будущем возможен спад распространенности.

Употребление наркотиков инъекционным путем

Инъекционные потребители наркотиков (injecting drug users, IDUs) подвержены очень высокому риску таких нежелательных последствий, как серьезные инфекционные заболевания или передозировки. Поэтому важно отдельно рассмотреть инъекционное введение наркотиков.

Несмотря на их значение для общественного здоровья, оценки инъекционного употребления наркотиков на национальном или субнациональном уровне предоставляют лишь немногие страны. В этом разделе оценки IDU не классифицированы по основному употребляемому наркотику ввиду скудости имеющихся данных, хотя тенденции изменения доли IDUs среди лечившихся потребителей инъекционного героина, конечно же, специфичны.

Наиболее доступные оценки инъекционного введения наркотиков получены исходя либо из уровней смертельных передозировок, либо из данных по инфекционным заболеваниям (ВИЧ). Доступные оценки значительно различаются между странами: с 2000 г. оценки на национальном уровне большей частью колебались в пределах 1–6 случаев на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет; при этом некоторые показатели еще до 2000 г. были более высокими. С 2000 г. о наиболее высоких показателях национальной распространенности инъекционного употребления наркотиков среди стран, сведения по которым доступны, сообщали из Люксембурга и Австрии, при этом уровень распространенности составлял около шести случаев на 1000 чел. в возрасте 15–64 лет. Самые низкие оценки — на Кипре и в Греции, всего лишь чуть больше одного случая на 1000 чел. населения.

Там, где временные тенденции доступны, они не образуют общего паттерна, наводя на мысль о спадах в некоторых странах и регионах (например, в Шотландии, Великобритания) и подъемах — в других. Тем не менее, нехватка данных в этой области означает, что невозможно обрисовать четкую картину.

Мониторинг пропорции (доли) актуальных инъекционных наркоманов среди потребителей героина, поступающих на лечение, составляет важное дополнение к мониторингу распространенности инъекционного употребления наркотиков в общей популяции. Однако важно помнить, что наблюдаемые пропорции не обязательно отражают тенденции распространенности всех нарко-

тиков, потребляемых инъекционным способом. Например, в странах, где высока доля потребителей психостимуляторов (Чехия, Словакия, Финляндия, Швеция), доли потребителей героина, использующих инъекционный способ, могут не быть репрезентативными для ситуации в целом.

Доля IDUs среди первичных потребителей героина, поступающих на лечение от наркомании, также свидетельствует о заметных различиях в уровнях инъекционного употребления наркотиков между странами, а также о тенденциях, варьирующих во времени. В Испании, Нидерландах и Португалии относительно малая доля прошедших лечение потребителей героина вводит наркотик инъекционным способом. В некоторых странах—членах ЕС-15, данные по которым доступны (в Дании, Греции, Испании, Франции, Италии и Великобритании), доли практикующих инъекционное введение среди потребителей героина, находящихся на лечении, снизились. Однако в других странах инъекционное введение, видимо, все еще остается основной формой употребления героина и во многих новых странах—членах ЕС, по которым есть данные, большинство потребителей героина, поступающих на лечение, вводит наркотик путем инъекций.

Данные о потребности в лечении

Во многих странах опиоиды (главным образом героин) остаются основным наркотиком, приведшим к необходимости лечения. Из всех обращений за лечением, о которых сообщалось за 2004 г. согласно индикатору потребности в лечении, примерно в 60% случаев опиоиды были признаны основным наркотиком, и из них лишь немногим более половины этих пациентов (53%) сообщали, что вводят наркотик путем инъекций. Следует отметить, что индикатор потребности в лечении охватывает не всех людей, находящихся на лечении из-за употребления опиоидов (это число было бы значительно больше), а только лиц, обратившихся за ним в отчетном году.

Доля обратившихся за лечением по поводу употребления героина различается по странам. На основании последних доступных данных можно выделить 3 группы стран, сообщающих о проблемном употреблении героина, в соответствии с долей потребителей наркотиков, обратившихся за лечением:

- менее 50% — Чехия, Дания, Венгрия, Нидерланды, Польша, Словакия, Финляндия, Швеция;
- 50—70% — Германия, Испания, Франция, Ирландия, Кипр, Латвия, Португалия, Великобритания, Румыния;
- более 70% — Греция, Италия, Литва, Люксембург, Мальта, Словения, Болгария.

В число стран, где немалая доля опиоидных наркоманов потребляет вещества иные, нежели героин, входят Венгрия, где широко распространено потребление наркотических средств, кустарно изготовленных из опиумного мака, и Финляндия, где большинство пациентов с опиоидной зависимостью злоупотребляет бупренорфином.

Большинство потребителей опиоидов, как и других наркотиков, обращается за медицинской помощью в амбулаторные учреждения. Однако по сравнению с потребителями кокаина и каннабиса большая доля опиоидных наркоманов проходит лечение в стационарных центрах.

Большинство стран, где каждый год выявляется значительное число впервые обратившихся за медицинской помощью героиновых наркоманов (кроме Германии, где база формирования отчетов была расширена), сообщает об уменьшении числа опиоидных наркоманов за последние 4—5 лет, хотя, правда, не среди тех пациентов, которые прежде уже были на лечении. Число повторных обращений в целом не снизилось, и в большинстве стран общее число обращений за лечением по поводу употребления героина осталось приблизительно тем же. Заметное исключение представляют Германия и Великобритания, где это число, как сообщается, выросло. В целом, однако, процент обращений за лечением, вычисленный по героину (все обращения и первичные обращения), снизился; в случае первичных обращений он снизился примерно от 67 до 40% между 1999 и 2004 гг. ввиду одновременного роста числа обращений за лечением по поводу употребления каннабиса и кокаина.

Прежде сообщалось, что популяция пациентов, обратившихся за лечением по поводу употребления опиоидов, стареет, и эта тенденция продолжалась в 2004 г. Почти все потребители опиоидов, поступающие на лечение, старше 20 лет, и почти половина из них — старше 30 лет. Данные, доступные на европейском уровне, показывают, что только немногие из потребителей опиоидов (менее 7%) были моложе 20 лет, когда впервые обратились за медицинской помощью. Редки сообщения об очень молодых людях (до 15 лет), обращающихся за лечением из-за употребления героина (www.communitycare.co.uk), например о детях в возрасте 11—12 лет в Софии (Болгария); но вообще потребность в лечении в связи с употреблением героина кажется редкой среди молодежи.

О пациентах, употребляющих опиоиды, сообщают, что они маргинализированы в обществе. Среди них преобладают низкие уровни образования, высокие уровни безработицы, они часто не имеют постоянного местожительства. Из Испании сообщают, что 17—18% пациентов из числа опиоидных наркоманов — бездомны.

В большинстве случаев пациенты, употребляющие опиоиды, утверждают, что принимали их в первый раз в возрасте от 15 до 24 лет, при этом около 50% пациентов впервые пробовали наркотик, не достигнув 20 лет.

Так как временной интервал между первой пробой наркотика и первым обращением за лечением, как правило, составляет от 5 до 10 лет, а время между первым приемом и регулярным приемом наркотика оценивается в 1,5—2,5 года (финский национальный отчет), можно заключить, что для опиоидных наркоманов характерен 3—7-летний опыт регулярного приема наркотиков, прежде чем они впервые получают специализированную медицинскую помощь.

Во всей Европе среди первичных пациентов, потребляющих опиоиды, которые обращаются для лечения в амбулаторные центры (в тех случаях, когда есть данные о способе приема наркотика), только больше половины вводит наркотик инъекционным путем. Вообще, уровни инъекционного потребления среди потребителей опиоидов, обращающихся за лечением, выше в новых странах—членах ЕС (более 60%), за исключением Италии и Финляндии, где доля инъекционных опиоидных наркоманов среди пациентов составляет 74 и 79,3% соответ-

венно. Доля инъекционных наркоманов среди пациентов, употребляющих опиоиды, ниже всего в Нидерландах (13%) и выше всего в Латвии (86%).

Лечение опиоидной зависимости

Антинаркотическая стратегия ЕС на 2005–2012 гг. отводит высший приоритет повышению доступности лечения и призывает страны ЕС обеспечить широкий ряд эффективных видов лечения. Исторически стационары были представлены, главным образом, учреждениями для лечения проблемных потребителей опиоидов. Однако растущая дифференциация альтернатив лечения и, в особенности, значительное распространение заместительного лечения означали, что относительное значение стационарной помощи снизилось.

Данные об относительной доступности различных видов лечения по поводу опиоидных проблем в Европе в настоящее время скупы. Отвечая на опросник EMCDDA, эксперты в большинстве стран—членов ЕС указали на то, что заместительная терапия — это основная форма доступного лечения. Однако в четырех странах (Чехии, Венгрии, Польше и Словакии) сообщается о лечении без наркотиков как о более распространенном, а в двух странах, Испании и Швеции, — о балансе между двумя альтернативами: лечением с медикаментозной поддержкой и лечением без наркотиков.

Заместительная терапия при опиоидной зависимости (главным образом, лечение метадонотерапией или бупренорфином) имеет место во всех странах—членах ЕС (на Кипре об использовании метадона сообщается с 2004 г., когда было заявлено о начале пилотажного проекта лечения путем метадонотерапии, но ни об одном терапевтическом случае не сообщалось). В Турции метадон официально зарегистрирован для лечения опиоидной зависимости, но опять-таки ни об одном терапевтическом случае не сообщалось), а также в Болгарии, Румынии и Норвегии, и теперь сформирован действительный европейский консенсус, который является выгодным подходом к лечению проблемных потребителей опиоидов. Хотя в некоторых странах этот подход остается большим вопросом, роль заместительного лечения становится менее спорной во всем мире; система ООН пришла к единой позиции по вопросу заместительной поддерживающей терапии в 2004 г. (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), а в июне 2006 г. ВОЗ включила и метадон, и бупренорфин в свой образцовый список важнейших лекарств.

Теперь есть прочная доказательная база для обоснования ценности заместительных программ, использующих такие лекарства, как метадон или бупренорфин. Исследования показали, что заместительная терапия связана с сокращением употребления нелегальных наркотиков, снижением частоты инъекционного способа их употребления, действий, связанных с высоким риском распростра-

нения ВИЧ и других инфекционных заболеваний (включая такое поведение, как обмен шприцами), и нормализацией как в социальном функционировании, так и в состоянии здоровья. Также исследования доказали, что уровни криминальной активности могут быть снижены и что достаточное обеспечение заместительным лечением может повлиять на число связанных с наркотиками смертей. Результаты зависят от своевременного вступления в программу, продолжительности и непрерывности заместительного лечения и от адекватных доз препаратов.

В то время как метадон остается наиболее общеупотребительным предписываемым заместительным лечением в Европе, альтернативы лечения все более расширяются и бупренорфин теперь доступен в 19 странах ЕС, хотя неясно, одобрен ли он официально для поддерживающего лечения во всех странах, которые сообщают о его использовании. Учитывая, что лечение высокими дозами бупренорфина было введено в Европе только 10 лет назад, популярность этого метода как терапевтической альтернативы развилась удивительно быстро.

Долговременное замещение наркотика — не единственная цель фармакотерапии препаратами опиоидной группы. Метадон и бупренорфин также используются для лечения опиоидного синдрома отмены с целью помочь пациенту достичь терапевтической ремиссии, назначая ему уменьшающуюся дозу в течение фиксированного периода, чтобы минимизировать проявления синдрома отмены наркотика. Опиоидный антагонист налтрексон, аверсивная альтернатива фармакотерапии при опиоидной зависимости, также порой используется как средство для предотвращения рецидива, поскольку блокирует эффекты героина, хотя доказательная база для использования этого лекарства все еще не отличается определенностью результатов.

Некоторые страны (Германия, Испания, Нидерланды и Великобритания) также имеют программы лечения, в которых предписывается героин, хотя число пациентов, получающих этот род лечения, очень невелико в сравнении с другими формами замещения наркотиков (вероятно, менее 1% от общего числа пациентов). Эта форма лечения остается спорной и, как правило, предоставляется на основе научного исследования для наркоманов с большим «стажем», на которых другие терапевтические альтернативы оказываются неэффективными.

Недавний обзор эффективности лечения наркотической зависимости в отношении предотвращения передачи ВИЧ обнаружил, что поведенческие вмешательства могут усилить позитивное влияние заместительного лечения на профилактику ВИЧ, тогда как эффективность одной только психологической терапии непостоянна. Лечение, основанное на воздержании, показало хорошие результаты в отношении профилактики ВИЧ у тех, кто находился на лечении 3 мес. или дольше (Farrell et al., 2005).