



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

*Управление по наркотикам и преступности*

# БЮЛЛЕТЕНЬ ПО НАРКОТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ

Том LV, № 1 и 2, 2003 год

**Практические вопросы эпидемиологии наркомании**

УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ  
Вена

# Бюллетень по наркотическим средствам

Том LV, № 1 и 2, 2003 год

Практические вопросы  
эпидемиологии наркомании



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
Нью-Йорк, 2004 год

ИЗДАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
В продаже под № R.04.XI.5  
ISBN 92-1-448010-9  
ISSN 0251-7094

Редактор – Сандип Чавла  
Помощник редактора – Иоланда Луна

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности  
Венский международный центр  
P.O. Box 500  
A-1400 Vienna, Austria

Телефон: +(43) (1) 26060-4654  
Факс: +(43) (1) 26060-5866

*Бюллетень* представлен во Всемирной сети по адресу: [www.unodc.org](http://www.unodc.org)

Управление по контролю над наркотиками и предупреждению преступности было преобразовано 1 октября 2002 года в Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности. Управление по наркотикам и преступности включает в себя Программу Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП).

Мнения, изложенные в авторских статьях, являются мнениями их авторов и необязательно отражают взгляды Секретариата Организации Объединенных Наций.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*Бюллетень по наркотическим средствам* является журналом Организации Объединенных Наций, который издается на постоянной основе с 1949 года. Он выпускается на всех шести официальных языках Организации Объединенных Наций – на английском, арабском, испанском, китайском, русском и французском языках.

*Бюллетень* предназначен для информирования мирового сообщества о деятельности по контролю над наркотиками, осуществляемой на местном, национальном, региональном и международном уровнях.

Настоящий двойной выпуск *Бюллетеня* (том LV, № 1 и 2) посвящен практическим вопросам эпидемиологии наркомании. Предыдущий выпуск (том LIV, № 1 и 2) был посвящен теоретическим вопросам эпидемиологии наркомании. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности хотело бы выразить благодарность Жили Слобода, которая выполняла обязанности приглашенного редактора этих двух томов *Бюллетеня*. Особая благодарность также выражается Полу Гриффитсу и Ребекке Мак-Кетин, которые запланировали издание этих двух номеров во время работы в Управлении Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК).

## **РЕДАКЦИОННАЯ ПОЛИТИКА И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ В ОТНОШЕНИИ ПУБЛИКАЦИИ**

Редактор приглашает частные лица и организации направлять для публикации в *Бюллетене* статьи, посвященные политике, подходам, мерам и новым разработкам (теоретическим и/или практическим) и относящиеся к различным аспектам деятельности по контролю над наркотиками. Особый интерес представляют результаты исследований и разработок, а также практический опыт, которые могут обеспечить полезную информацию для лиц, ответственных за разработку политики, практиков и экспертов, а также для общественности в целом.

Все присылаемые для публикации в *Бюллетене* рукописи должны представлять собой оригинальный научный труд, который ранее нигде не публиковался и который одновременно не направляется для публикации в другом издании. Работа должна быть подготовлена на достаточно высоком профессиональном уровне, чтобы она могла удовлетворять требованиям к техническим публикациям Организации Объединенных Наций. Авторам работ предлагается проявлять осмотрительность в изложении материалов, с тем чтобы исключить любые критические суждения о положении в той или иной стране или в регионе.

Рукопись желательно представлять в формате Word. Каждую рукопись следует представлять на любом из шести официальных языков Организации Объединенных Наций – английском, арабском, испанском, китайском, русском и французском – в виде копии оригинала на бумаге и на дискете размером 3,5 дюйма; текст – в формате Word, а диаграммы, графики, схемы и таблицы – в формате Excel или Lotus. В рукописи должны быть включены резюме объемом приблизительно в 200 слов и полный перечень библиографических ссылок, пронумерованных в порядке их упоминания в тексте. Объем рукописи, включая таблицы, иллюстрации и ссылки, должен составлять 10–20 страниц машинописного текста, напечатанного через два интервала. Таблицы должны быть понятными без дополнительных объяснений и должны не дублировать, а дополнять информацию, содержащуюся в тексте.

Рукописи, а также краткие биографические сведения об их авторах следует направлять редактору *Бюллетеня по наркотическим средствам* по адресу: United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria. В сопроводительном письме следует указать имя одного автора-корреспондента, его/ее полный адрес, номер телефона, номер факса и, если имеется, адрес электронной почты. Неопубликованные рукописи будут возвращены их авторам, однако Организация Объединенных Наций не несет ответственности за их возможную утрату.

Мнения, изложенные в авторских статьях, которые публикуются в *Бюллетене*, являются мнениями их авторов и необязательно отражают взгляды Секретариата Организации Объединенных Наций. Употребляемые обозначения и форма подачи материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района, или их властей, или относительно делимитации каких-либо границ.

Опубликованный в *Бюллетене* материал является собственностью Организации Объединенных Наций и охраняется авторским правом в соответствии с положениями Протокола 2, содержащегося в приложении к Всемирной конвенции об авторском праве и касающегося применения Конвенции к печатным трудам некоторых международных организаций.

## *Перепечатка, приобретение и подписка*

Все номера *Бюллетеня* [с тома 1, № 1 (1949 год) по настоящий номер] можно найти на странице Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности по адресу: [www.unodc.org](http://www.unodc.org).

В качестве изданий Организации Объединенных Наций опубликованы также следующие специальные номера *Бюллетеня*:

1992 год

Роль правоохранительных органов в борьбе против злоупотребления наркотиками (том XLIV, № 1)

Экологические последствия злоупотребления наркотиками (том XLIV, № 2)

1993 год

Вопросы политики, касающиеся злоупотребления наркотиками и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) (том XLV, № 1)

Наркотическая экспертиза по месту работы (том XLV, № 2)

1994 год

Семья и злоупотребление одурманивающими средствами (том XLVI, № 1)

Общие проблемы злоупотребления наркотиками (том XLVI, № 2)

1995 год

Специальный номер, посвященный гендерным вопросам и злоупотреблению наркотиками (том XLVII, № 1 и 2)

1996 год

Специальный номер по вопросам экспресс-оценки положения в области злоупотребления наркотиками (том XLVIII, № 1 и 2)

1997 и 1998 годы

Сдвоенный номер, посвященный каннабису: последние тенденции (том XLIX, № 1 и 2, и том L, № 1 и 2)

1999 год

Сборник отдельных статей (том LI, № 1 и 2)

2000 год

Экономические и социальные издержки, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами (том LII, № 1 и 2)

2001 год

Динамичная политика в области наркотиков: понимание и контролирование эпидемии наркотиков (том LIII, № 1 и 2)

2002 год

Теоретические вопросы эпидемиологии наркомании (том LIV, № 1 и 2)

Просьбы о перепечатке авторского материала следует направлять по адресу: Secretary of the Publications Board, United Nations, New York, New York 10017, United States of America.

Корреспонденцию, касающуюся приобретения номеров и подписки на *Бюллетень*, следует направлять по следующим адресам:

Для стран Азии, Северной Америки, Океании и Южной Америки:

The Chief  
Sales and Marketing Office in New York  
United Nations Publications  
United Nations Headquarters  
New York NY 10017  
United States of America

Для стран Африки, Европы и Ближнего Востока:

The Chief  
Sales and Marketing Office in Geneva  
United Nations Publications  
United Nations Office at Geneva  
Palais des Nations  
CH-1211 Geneva 10  
Switzerland

## СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Предисловие .....	iii
Разработка глобальной перспективы в отношении структур и тенденций потребления наркотиков – задача эпидемиологии <i>П. Гриффитс и Р. Мак-Кетин</i> .....	1
Влияние эпидемиологии на политику контроля над наркотиками <i>Д.Ф. Мусто и Ж. Слобода</i> .....	11
Разработка политики на основе фактических данных: исследование конкретного случая работы Системы отчетности по незаконным наркотическим средствам в Австралии <i>Л. Топп и Р. Мак-Кетин</i> .....	27
Опыт реализации проекта “Сеть городов” Группы Помпиду, 1983–2002 годы <i>Р. Блесс</i> .....	37
Понимание тенденций в области наркотиков в Соединенных Штатах Америки: роль Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин как части комплексной информационной системы по наркотикам <i>Ж. Слобода и Н.Дж. Козел</i> .....	49
Эпидемиология наркомании в европейских институтах: история вопроса и ключевые показатели <i>Р. Л. Хартнолл</i> .....	63
Карибская эпидемиологическая сеть: трудности разработки региональной перспективы <i>К.-Г. Дуглас и Дж. Хиллебранд</i> .....	85
Создание Эпидемиологической сети по наркотикам Сообщества по вопросам развития стран юга Африки: методы и проблемы <i>Ч.Д.Х. Пэрри, А. Плюдеманн и Дж. Стрийдом</i> .....	97
Проблема разработки информационных систем по наркотикам в Африке <i>М. Уорнер-Смит</i> .....	109
Мексика: системы эпидемиологической диагностики злоупотребления наркотиками <i>М.Э. Медина-Мора, П. Кравиото, А. Ортис, П. Кури, Х. Вильяторо</i> .....	121



Тенденции распространенности употребления психоактивных веществ в Российской Федерации <i>Е. А. Кошкина</i> .....	139
Вопросы, связанные с обнаружением сокращения в предложении наркотиков: дефицит героина в Австралии в 2001 году <i>Л. Дегенхард, Л. Топп и К. Дэй</i> .....	151

# **Разработка глобальной перспективы в отношении структур и тенденций потребления наркотиков — задача эпидемиологии**

---

**П. ГРИФФИТС и Р. Мак-КЕТИН**

*Управление Организации Объединенных Наций  
по наркотикам и преступности, Вена*

## **РЕЗЮМЕ**

*Цель настоящего документа состоит в предоставлении обзора прогресса, достигнутого в части совершенствования информации о потреблении наркотиков на глобальном уровне. В документе рассматриваются вопросы развития методологии, достигнутого благодаря сотрудничеству международных экспертов и организаций в области эпидемиологии потребления наркотиков в рамках двух встреч мирового уровня. Первая встреча состоялась в январе 2000 года с целью выработки консенсуса в отношении принципов, структур и показателей информационных систем по наркотикам. Вторая встреча проходила в декабре 2001 года с целью обзора методов, используемых региональными эпидемиологическими сетями, и выявления возможностей развития методологии, будущего сотрудничества и совершенствования методов работы. В ходе дискуссий, состоявшихся на этих встречах, удалось разработать структуру усовершенствованных методов сбора данных на глобальном уровне и показать значительный прогресс, достигнутый в плане охвата собираемых данных и их качества. Ключевую роль в этом процессе развития сыграло использование информационных сетей по наркотикам, способствующих систематическому сбору и интерпретации данных и обеспечивающих форум для обмена информацией и опытом между представителями разных областей знаний и географических регионов. К числу задач, которые еще предстоит решить в области сбора данных на глобальном уровне, относятся разработка надежных и эффективных методов сбора данных, которые могут быть адаптированы для всех регионов мира, а также постоянное межрегиональное сотрудничество для содействия этому процессу.*

*Ключевые слова:* информационные системы по наркотикам; тенденции в области наркотиков; злоупотребление наркотиками; эпидемиология; методы; сбор данных; сети; глобальный.

---

## **Введение**

Злоупотребление наркотиками продолжает расти по всему миру, несмотря на достигнутые некоторыми странами успехи в области контролирования спроса

на незаконные наркотики. В частности, в некоторых развивающихся странах резко увеличилось злоупотребление незаконными наркотиками. Однако мы по-прежнему располагаем недостаточными сведениями о масштабах потребления незаконных наркотиков и имеем ограниченное представление о структуре и тенденциях потребления. Для разработки эффективной политики сокращения злоупотребления наркотиками правительствам необходимы данные о том, когда, где и по каким причинам люди употребляют незаконные наркотики. Структуры потребления наркотиков не зависят от государственных границ, поскольку во всех регионах мира потребителям предлагается множество разнообразных наркотиков, и поскольку с развитием коммуникаций тенденции в обществе, особенно в молодежной среде, распространяются более стремительно, чем прежде. Глобализация употребления наркотиков означает, что и политика, направленная на сокращение спроса, также должна носить глобальный характер, ровно как и информационная система, на которой она основывается.

Получить комплексную картину форм и тенденций в области потребления незаконных наркотиков в мире нелегко. На глобальном уровне существует механизм, предназначенный для сбора сведений о положении в области потребления наркотиков в мире, а именно часть II вопросника к ежегодным докладам, озаглавленная “Масштабы, формы и тенденции злоупотребления наркотиками” [1]. Этот вопросник используется государствами – членами Организации Объединенных Наций в рамках выполнения обязательств по договорам о контроле над наркотиками для представления Комиссии по наркотическим средствам сведений по различным аспектам проблемы незаконных наркотиков. Вопросник обеспечивает на глобальном уровне сбор данных по согласованному набору основных показателей потребления наркотиков с использованием трех уровней отчетности: резюме экспертных оценок, нестандартизированные или неполные количественные данные и стандартизированные количественные данные. Хотя вопросник задуман только для представления обобщенного набора сведений, он является полезным инструментом, способствующим внедрению методов сбора данных из различных источников и согласованных основных показателей, и может использоваться в качестве базовой структуры для сбора данных. Кроме того, страны, внедряющие перечисленные в вопроснике основные меры, обеспечивают сбор информации, соответствующей международным стандартам. Нынешняя картина положения в области наркотиков в мире основана на данных вопросника в сочетании с другими опубликованными материалами на тему потребления наркотиков, а также в значительной степени основана на данных национальных и региональных информационных систем по наркотикам [2]. Но и при этом информация о положении в области наркотиков в мире отрывочна, из многих регионов поступают некачественные данные и плохо соблюдаются стандарты отчетности. Решающее значение для совершенствования глобальной информационной базы по наркотикам имеют согласование применяемых в мире методов сбора данных и соответствующей деятельности, внедрение рациональных методов сбора данных и создание потенциала в области сбора данных. В настоящем документе рассматривается прогресс, достигнутый к настоящему времени в достижении этих целей.

## Руководящие принципы сбора данных

Согласование методов сбора данных и соответствующей деятельности является неотъемлемой частью усилий по совершенствованию международных данных о потреблении наркотиков. Первый важный шаг в этом направлении был сделан в январе 2000 года, когда состоялась совместная встреча представителей международных органов и региональных информационных сетей по наркотикам, а также технических экспертов, на которой обсуждались принципы, структуры и показатели, необходимые для создания эффективных информационных систем по наркотикам [3]. Встреча проходила в Лиссабоне по приглашению Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании и при поддержке Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками в рамках Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. Группа международных экспертов уделила особое внимание разработке набора основных эпидемиологических показателей спроса для оценки потребления наркотиков на глобальном уровне. Был достигнут консенсус по следующим основным показателям спроса на наркотики:

- a) потребление наркотиков среди населения в целом;
- b) потребление наркотиков среди молодежи;
- c) злоупотребление наркотиками с высокой степенью риска;
- d) использование услуг для решения проблемы наркотиков;
- e) заболеваемость, связанная с наркотиками;
- f) смертность, связанная с наркотиками.

Эти показатели были выбраны потому, что они относятся к тем областям, где считается возможным сбор данных на постоянной основе, по крайней мере в некоторых странах; они не предназначены обеспечить всеобъемлющую базу данных, необходимую для удовлетворения всех потребностей в информации на региональном и национальном уровнях.

Помимо консенсуса по основным показателям потребления наркотиков, достигнуто согласие о принципах деятельности по сбору данных. При сборе значимых данных о потреблении наркотиков следует руководствоваться следующими широкими принципами:

- a) данные должны быть актуальными и соответствовать потребностям лиц, ответственных за разработку политики, и поставщиков услуг;
- b) самих по себе усилий по увеличению сопоставимости и повышению качества данных на международном уровне недостаточно для полного понимания структур потребления наркотиков, и поэтому они должны быть направлены на ограниченное число показателей и на набор приоритетных основных данных, с которым легко обращаться;
- c) прежде чем делать стратегические выводы, следует проанализировать простые показатели потребления наркотиков. Анализ и толкование базовых

статистических данных обеспечивают более надежные результаты в сочетании с количественными и качественными исследованиями и при наличии более обширной информации о местных условиях;

*d)* особенно полезны при сборе и анализе данных о потреблении наркотиков и его последствиях подходы на основе использования многих методов и различных источников;

*e)* для обеспечения надежности и достоверности данных их следует собирать в соответствии с различными научными методологическими принципами;

*f)* применяемые методы должны быть адаптированы к различным культурам и условиям, в которых они применяются, и учитывать их;

*g)* сбор, анализ и представление данных следует осуществлять, по мере возможности, на последовательной и сопоставимой основе, с тем чтобы содействовать содержательному обсуждению изменений, общих черт и различий в потреблении наркотиков;

*h)* следует четко указать методы и источники информации, в которые могут быть внесены изменения;

*i)* сбор и представление данных должны осуществляться в соответствии с принятыми стандартами исследовательской этики;

*j)* сбор данных должен быть выполнимой и эффективной с точки зрения затрат задачей в условиях стран, где он осуществляется.

Было признано, что одного лишь определения надлежащих методов не достаточно для расширения потенциала в области сбора данных. Чтобы создать инфраструктуру, необходимую для содействия сбору данных, следует также создавать соответствующие сети и организационные структуры. Поэтому необходимо укреплять потенциал в области анализа и толкования информации о потреблении наркотиков, а это зависит от соединения различных методов, квалификации специалистов и наличия соответствующих ресурсов. Для обеспечения устойчивости и успешного функционирования систем сбора данных также требуются профессиональная подготовка и техническая помощь, постоянная политическая поддержка и капиталовложения. Хотя затраты на сбор данных должны быть экономически эффективными с точки зрения ресурсов, имеющихся у той или иной страны, следует признать, что инвестиции в деятельность по сбору данных являются как необходимыми, так и эффективными в плане ресурсов, поскольку они обеспечивают лучшее планирование, распределение и оценку других инвестиций в деятельность по сокращению спроса.

### **Ситуация с информацией о наркотиках в мире**

Выработанные на Лиссабонской встрече принципы сбора данных о потреблении наркотиков были представлены на состоявшемся в Вене с 3 по 5 декабря 2001 года Глобальном практикуме по информационным системам по наркотикам: мероприятия, методы и будущие возможности, в котором приняли участие технические эксперты, представлявшие информационные системы по нар-

котикам и соответствующие международные органы. Практикум явился широким форумом для представления новой информации о важных переменах в тенденциях потребления наркотиков. Были проанализированы методы, используемые региональными эпидемиологическими сетями, и намечены возможности для развития методологии, будущего сотрудничества и совершенствования методов работы [4]. Представленная ниже оценка ситуации со сбором данных основана на результатах этой встречи, а также на обзоре других соответствующих докладов, полученных в последнее время.

В последние годы достигнут значительный прогресс в развитии информационных систем и сетей по наркотикам. Правительства как развитых, так и развивающихся стран все в большей степени убеждаются в ценности такого рода работы и, соответственно, увеличивают инвестиции в эту деятельность. Созданы новые региональные сети, а существующие сети расширили свою деятельность. Кроме того, наметилась тенденция к принятию в значительной мере сходных подходов, зачастую включающих методы с использованием многих показателей. В определенной степени схожесть принятых подходов просто отражает растущий консенсус в отношении того, что представляет собой надлежащая практика в данной области. Кроме того, предприняты шаги к принятию общих категорий отчетности, что приводит к повышению международной сопоставимости данных. Такая деятельность привела к повышению качества и увеличению количества собранной информации о потреблении наркотиков.

Общей чертой в развитии большинства региональных сетей является использование групп технических экспертов и координаторов по сбору данных в сочетании с применением стандартизированных показателей. Региональные сети способствовали сближению стран с аналогичным опытом и проблемами, что облегчает обмен знаниями и разработку методов, учитывающих особенности местных культур и условий. Расширение регионального потенциала в области сбора данных достигнуто в ходе процесса развития, в котором учитывается необходимость приспособления методов сбора данных к национальным условиям, при этом принимаются во внимание преимущества использования согласованных показателей и проверенных методологических принципов. Имеется достаточно возможностей для дальнейшего сотрудничества между регионами в обмене техническими ресурсами и опытом, улучшении координации работы в областях, представляющих взаимный интерес, и в оказании дальнейшей поддержки успешной деятельности по выработке общих подходов и стандартизированных показателей. Развитие сетей также способствует диалогу между учеными и политиками, благодаря которому при сборе данных можно учитывать потребности в разработке политики. Во многих странах лица, ответственные за разработку политики, теперь признают важность достоверной информации и понимают значение инфраструктуры, необходимой для обеспечения такой информации.

Несмотря на очевидный прогресс, предстоит еще решить значительные задачи. В частности, актуальной проблемой остается разработка недорогостоящих методов наблюдения для развивающихся стран. Хотя для оценки масштабов потребления наркотиков нередко используются обследования населения в целом, такого рода крупномасштабные обследования часто не по силам многим развивающимся странам ввиду связанных с их проведением затрат и необходи-

мого материально-технического обеспечения. Более того, такие методы не обеспечивают точных оценок малораспространенного проблемного потребления наркотиков которое наиболее характерно для маргинализированных групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков. Для оценки распространенности среди маргинализированных групп, таких как потребители героина или инъекционных наркотиков, все чаще используются другие методы статистической оценки. Вероятно также, что их применение будет более целесообразным в тех странах, где по причине подозрительного отношения населения к участию в опросах общественного мнения могут быть получены заниженные показатели потребления наркотиков. Необходимо прибегать к опыту тех стран, где для оценки распространенности используются косвенные статистические показатели, а также разработать руководящие принципы их применения в развивающихся регионах.

Одной из областей, в которых достигнут значительный прогресс, является разработка и проведение обследований школ. Расширенный глобальный охват и сопоставимость применяемых при обследовании школ методов указывают на то, что этот источник данных уже в значительной мере помогает пониманию структуры потребления наркотиков на глобальном уровне. Например, Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами отнесла обследования школ к числу первоочередных областей сбора данных в Северной и Южной Америке и рассчитывает на то, что все участвующие страны будут использовать единый формат сбора данных [5]. В последнем раунде сбора данных в рамках Европейского проекта обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков приняли участие 30 европейских стран [6]. В рамках Информационной сети стран Карибского бассейна по наркотикам в течение 2002–2003 годов планируется координировать проведение обследований школ по крайней мере в 10 странах [7]; также имеются данные обследований школ из ряда стран Азии [8]. В среднесрочной перспективе существует значительный потенциал расширения охвата и повышения сопоставимости данных обследований школ, в силу чего этот источник информации, по всей видимости, будет играть все более важную роль в качестве показателя подверженности населения потреблению наркотиков для целей международной сопоставимости и анализа тенденций. Однако следует отметить, что данные обследований школ мало что дают для оценки проблематичного и хронического употребления наркотиков (например, употребления героина путем инъекций), поскольку к этим формам употребления наркотиков нередко переходят уже после окончания школы, и, кроме того, они более вероятны среди детей, не посещающих школу (например, среди уличных детей или хронических прогульчиков). Еще одно препятствие на пути расширения охвата обследований школ состоит в том, что во многих развивающихся странах школьное образование не является всеобщим или может заканчиваться в раннем возрасте. В связи с этим существует необходимость в разработке стратегий расширения охвата и повышения действенности обследований школ и молодежи в развивающихся странах, где система предоставления услуг в области образования предъявляет особые требования к методологическому подходу.

Основным элементом большинства информационных систем по наркотикам по-прежнему является отчетность о посещении наркологических лечеб-

ных центров. Обеспечение сопоставимости и достаточного охвата этих данных затрудняется разнородным характером услуг лечения наркомании в разных странах. Своевременное включение сведений о медицинских и психиатрических услугах в подлежащие сбору данные во многих регионах способствовало расширению охвата, а благодаря регулярному сбору таких данных и применению стандартных диагностических критериев повысились качество и сопоставимость данных. Существует значительный потенциал расширения сбора данных о лечении посредством достижения консенсуса в отношении единых определений и надлежащей методологической практики, а также за счет адаптации методов сбора данных к неспециализированным лечебным заведениям, предоставляющим лечение наркозависимым лицам. Еще одной областью потенциального развития является объединение методов эпидемиологического наблюдения и инструментов наблюдения за клиническими случаями. Во многих странах принимаются меры к улучшению сбора информации в обеих областях. В связи с этим, с точки зрения ресурсов, было бы целесообразно, особенно для развивающихся стран, рассмотреть модели, обеспечивающие обобщенные данные для целей наблюдения и обслуживающие информационные потребности клиницистов в части наблюдения за обслуживаемыми пациентами.

За исключением реестров посещений специалистов-наркологов, лишь немногие регионы располагают исчерпывающими данными о заболеваемости и смертности, связанными с употреблением наркотиков. Особое внимание уделяется наблюдению за случаями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и других вирусных инфекций среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций; однако охват данных весьма различен, и в развивающихся регионах ощущается острая необходимость в укреплении потенциала по сбору данных. Следует продолжить усилия по разработке и адаптации к условиям развивающихся регионов надежных и недорогостоящих методов оценки распространенности употребления наркотиков путем инъекций. Этот процесс облегчит оценку потенциала и степени охвата мерами вмешательства, направленными на борьбу с потреблением наркотиков путем инъекций. Кроме того, следует разработать механизмы повышения чувствительности информационных систем по наркотикам к появлению новых групп потребителей инъекционных наркотиков. Следует также отслеживать рискованное поведение, связанное с возможностью передачи ВИЧ.

Еще одно событие – это включение в информационные системы по наркотикам результатов проверки арестованных на наличие наркотиков. Это относительно новый показатель, но он имеет большое значение для выработки политики, поскольку характеризует связь между формами употребления наркотиков и преступным поведением. Происходящее в Европейском союзе также свидетельствует о том, что можно извлечь значительные выгоды из объединения эпидемиологических данных и данных судебной экспертизы о характере и составе веществ, имеющихся на незаконном рынке. На сегодняшний день эта область слабо разработана, а там, где такая информация собирается, ее обычно не включают в контекст информации, получаемой в ходе эпидемиологического наблюдения. Однако достигнут определенный прогресс в использовании этого рода информации для мониторинга тенденций в области новых синтетиче-



ских наркотиков в Европе. Наиболее приоритетной областью деятельности по сбору данных является разработка этических стандартов, в частности, в отношении использования реестров наркоманов и результатов биологических тестов, а также применение таких стандартов в регионах, где они еще не получили законного статуса. Этот процесс необходимо поддержать путем разработки этических принципов сбора информации о потреблении незаконных наркотиков.

Намечены некоторые меры для выполнения нерешенных задач сбора данных на глобальном уровне и развития уже достигнутого успеха. Они сосредоточены на совершенствовании межрегионального сотрудничества, в частности, обмена методами и ресурсами в целях закрепления консенсуса в отношении разумных практических методов эпидемиологии наркомании. Утверждению этических стандартов сбора данных о потреблении наркотиков, в частности, в развивающихся регионах, где такие стандарты еще не институционализированы, послужил бы обмен опытом в решении этических вопросов эпидемиологии наркомании. В целом, для повышения чувствительности систем к новым тенденциям в области наркотиков, эти системы должны включать более широкий спектр источников информации, в особенности информацию от населения, не находящегося в специализированных заведениях, и информацию о предложении на рынке. Наконец, деятельность по сбору данных должна быть связана с политикой и осуществлением мер по сокращению спроса посредством постоянного диалога между лицами, ответственными за разработку политики, и эпидемиологами в области наркомании.

## **Выводы**

В последнее время достигнут существенный прогресс в совершенствовании сбора данных, причем не только в плане охвата мероприятиями по сбору данных, но и качества собранных данных и их полезности при разработке политики. Ключевую роль в этом процессе развития сыграло использование информационных сетей по наркотикам, что обеспечило возможность диалога между различными слоями общества, а также между различными странами и регионами. В развивающихся регионах за счет адаптации экономически эффективных методов сбора данных, в частности, обследований школ и косвенных процедур оценки масштабов проблемного потребления наркотиков, достигнут прогресс в расширении охвата конкретными основными показателями потребления наркотиков. Решающее значение в этом отношении имело то, что использование сетей содействовало систематическому сбору и интерпретации данных, поступающих от наркологических служб, а также других данных, относящихся к наркотикам. По-прежнему стоят задачи увеличения охвата мероприятиями по сбору данных и расширения систем информации о наркотиках в целях содействия деятельности по сбору данных о наркотиках. Активизация межрегионального сотрудничества и соответствующего обмена техническими ресурсами облегчит согласование усилий по сбору данных и разработку методов, которые позволят применять экономически эффективный мониторинг тенденций в области наркотиков во всех регионах мира.

## Библиография

1. Пересмотренная часть II вопросника к ежегодным докладам: записка Секретариата (E/CN.7/2001/3), 5 февраля 2001, приложение.
2. Организация Объединенных Наций, “Положение в области злоупотребления наркотиками в мире, в частности распространение вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) в результате употребления наркотиков путем инъекций: доклад Секретариата” (E/CN.7/2002/2), 10 января 2002 года.
3. United Nations, “Drug information systems: principles, structures and indicators” (E/CN.7/2000/CRP.3), 3 March 2000.
4. *Глобальный практикум по информационным системам по наркотикам: мероприятия, методы и будущие возможности*, Вена, 3–5 декабря 2001 года.
5. Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., 2000).
6. B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 2000).
7. *First Stakeholders' Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project: Meeting Highlights*, Trinidad, 23-25 July 2001.
8. United Nations International Drug Control Programme, Regional Office for South Asia, *South Asia Drug Demand Reduction Report* (New Delhi, 2000).



# **Влияние эпидемиологии на политику контроля над наркотиками**

---

**Д.Ф. МУСТО**

*Факультет психиатрии, Йельский университет, Нью-Хейвен, Коннектикут,  
Соединенные Штаты Америки*

**Ж. СЛОБОДА**

*Институт здравоохранения и социальной политики, университет Акрона,  
Акрон, Огайо, Соединенные Штаты Америки*

## **РЕЗЮМЕ**

*Изменение характера злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах Америки и в других странах мира за последнее столетие позволяет предсказать, что будет происходить в области профилактики и лечения наркомании в XXI веке и в новом тысячелетии. Впервые специалисты, работающие в этой области, готовы заниматься решением данной проблемы. Сегодняшние специалисты более не зависят от идеологии в своей исследовательской работе. В настоящее время существует широкая база знаний, основанных на научных данных. Хотя исследовательская деятельность связана с проектами, финансируемыми и реализуемыми в Соединенных Штатах, расширение исследовательской инфраструктуры и существование ряда интерактивных сетей позволяют пополнять эту базу знаний данными исследований, проводимых в других странах. Такая исследовательская работа и взаимосвязанные сети позволят заинтересованным сторонам защитить будущие поколения от разрушительных психологических, социальных и физических последствий злоупотребления наркотиками и наркотической зависимости, особенно применительно к незаконным наркотическим средствам. Чтобы понять нынешнее положение дел в тех отраслях науки, которые занимаются эпидемиологическими исследованиями в области наркомании, важно проанализировать причины, по которым злоупотребление наркотиками расценивается как опасная и противозаконная деятельность. Попытки изучать проблемы злоупотребления наркотиками путем создания инфраструктуры, позволяющей проводить эпидемиологические и другие исследования, особенно относящиеся к употреблению марихуаны и героина (в течение нескольких десятилетий оба эти направления были ведущими в проблематике исследовательской деятельности в Соединенных Штатах), стали следствием обеспокоенности негативными последствиями употребления наркотиков. Такие исследования создавали информационную базу для лиц, заинтересованных в разработке политики запрещения и сокращения спроса. В настоящей статье дается обзор развития систем эпидемиологических данных в Соединенных Штатах. Основное внимание уделено средствам, поз-*

*воляющим сохранить и усилить влияние эпидемиологии на определение политического курса.*

**Ключевые слова:** история злоупотребления наркотиками и политика в этой области в Соединенных Штатах; эпидемиологические исследования и политика (значение и обучение).

## **История вопроса**

На протяжении всего двадцатого столетия лица, ответственные за разработку политики, использовали статистические данные, зачастую полученные в ходе эпидемиологических исследований, для обоснования проводимой ими политики [1]. Они проводили обследования с целью дать количественную оценку проблемы или получить более широкий взгляд на национальную проблему. Масштаб подобного рода обследований был намного меньше тех, что проводятся в наши дни. В первой четверти двадцатого века специалисты-фармакологи и Министерство здравоохранения Соединенных Штатов Америки провели обоснованные и тщательные обследования лиц, употребляющих наркотики. Вместе с тем, альтернативный подход к проблеме наркотиков состоял в манипулировании “статистическими данными” или их подгонке с целью обоснования уже проводимой политики или же формирования общественного мнения, с тем чтобы можно было ввести жесткие законы о контроле над наркотиками. Борьба вокруг проблем правомерности использования и способов интерпретации данных эпидемиологических исследований была весьма острой и давала все более успешные с точки зрения профессиональных эпидемиологов результаты.

В конце девятнадцатого века, после нескольких десятков лет беспрепятственного доступа к таким наркотическим средствам, как морфин и кокаин, в Соединенных Штатах стала возрастать обеспокоенность воздействием наркотиков на общество. Возникшее в начале XX века движение трезвенников добились принятия в 1919 году поправки к Конституции Соединенных Штатов, которой был введен запрет на использование алкоголя в национальном масштабе. Аналогичный курс на запрет возобладали и в отношении наркотиков. Правительство Соединенных Штатов пропагандировало точку зрения относительно необходимости запрета немедицинских наркотических средств и добивалось от других стран принятия такого же курса. Возникли две проблемы. Первая состояла в том, что на другие страны возлагалось бы дополнительное бремя контроля производства наркотиков, поскольку наркотики, являвшиеся предметом особой обеспокоенности правительства Соединенных Штатов, на территории страны в значительных масштабах не производились. Вторая проблема состояла в необходимости убедить Конгресс Соединенных Штатов принять законы, контролирующую доступность наркотиков на местном уровне, тогда как многие законодатели считали, что у правительства нет на это конституционного права. Было очевидно, что необходимо начать проведение кампании, которая убедила бы Конгресс и общественность в необходимости принятия законов, контролирующей доступность наркотиков для граждан.

В Соединенных Штатах к неверному толкованию статистических данных первым стал прибегать Гамильтон Райт, занимавший должность уполномочен-

ного Соединенных Штатов по опиуму. В 1908 году Райту представилась возможность войти в делегацию, представлявшую Соединенные Штаты на первой международной конференции по проблемам контроля над опиатами. После этой конференции, вошедшей в историю как Международная комиссия по опиуму, Райт задумал разработать национальный антинаркотический закон. Работая в Государственном департаменте Соединенных Штатов, Райт искал способы обойти Конституцию, в соответствии с которой полномочия в области политики, включая контролирование деятельности медицинских работников, были предоставлены ведению штатов. Особенно сильное противодействие любым попыткам ограничить права штатов оказывали южные штаты. Райт зашел настолько далеко, что связался с выходившими в южных штатах газетами, убеждая их опубликовать материалы об угрозе того, что афроамериканцы, употребляя кокаин, могут потерять контроль над собой [2]. Кроме того, Райт искажил данные об объемах импорта опия в Соединенные Штаты. Фактически, импорт опия в расчете на душу населения с середины 1890-х годов сокращался. Однако, манипулируя данными по импорту, Райт в своем докладе президенту и Конгрессу Соединенных Штатов создал впечатление, что потребление опия растет [3].

В конечном счете Акт Гаррисона о налогах на операции с наркотическими средствами, который Райт согласовал с фармацевтическими компаниями, получил в декабре 1914 года силу закона. В 1916 году Верховный суд Соединенных Штатов принял решение о том, что, согласно Конституции, Акт Гаррисона не может ограничивать выписку опиатов и кокаина врачами [4]. По мнению сторонников Акта Гаррисона, подобное решение ослабляло действенность закона и крайне затрудняло ограничение лечения с применением опиатов. Была начата кампания по пересмотру этого толкования закона: в рамках Министерства финансов Соединенных Штатов (которое обеспечивало проведение Акта Гаррисона в жизнь) был создан Специальный исследовательский комитет с целью оценки численности наркоманов в Соединенных Штатах. Комитет пришел к выводу о том, что в стране насчитывается около миллиона лиц, употребляющих наркотики, и что потребление наркотиков приводит к совершению противоправных деяний [5]. По сравнению с данными других, более тщательно проведенных исследований, Комитет примерно в пять раз завысил численность наркоманов. Целью при этом было представить употребление наркотиков как насущную национальную проблему, требующую решительных централизованных действий. Неясно, повлияли ли подобные заявления на Верховный суд. Однако в марте 1919 года Верховный суд фактически изменил свою позицию и постановил, что применение опиатов для обычного поддерживающего лечения в случаях, не связанных с такими заболеваниями, как рак, является незаконным [6]. Так была официально сформулирована политика Соединенных Штатов в отношении наркотиков, исключавшая употребление наркотиков в любых целях, помимо медицинских. Этой позиции Соединенные Штаты придерживались на международной конференции по опиуму, проведенной в Шанхае в 1909 году, и на второй международной конференции по опиуму, которая прошла в Гааге в 1912 году и на которой был разработан первый международный договор о контроле над незаконным оборотом опиатов и кокаина.

Как только положения, ограничивающие применение опиатов в медицинских целях, были приняты, государственное правоохранительное учреждение, под названием Полевая группа Бюро по борьбе с наркотиками, свело масштабы проблемы наркотиков к минимуму: выполненная в свое время Специальным исследовательским комитетом оценка численности наркоманов примерно в миллион человек теперь была снижена менее чем до 100 тыс. [7]. Однако затем отдельные поборники запрета наркотиков, например Ричмонд Пирсон Хобсон, вновь вернулись к цифре более одного миллиона [8]. Хобсон – бывший конгрессмен и герой испано-американской войны – создавал национальные и международные комитеты по борьбе с наркотиками, которые добивались суровых наказаний для лиц, употребляющих наркотики, проведения обязательных уроков по профилактике наркомании в школах и повышения степени осведомленности общества об угрозах, связанных с наркотиками. В ответ на подсчеты Хобсона Министерство здравоохранения на основании имеющихся данных определило, что численность наркоманов в национальном масштабе составляет 110 тыс. [9]. Однако на тщательно проведенные исследования без драматизирования событий обращалось меньше внимания, чем на громкие заявления о том, что численность наркоманов превысила один миллион человек.

В 1930 году на смену Полевой группе Бюро по борьбе с наркотиками, с 1919 года отвечавшей за реализацию Акта Гаррисона, пришло созданное в структуре Министерства финансов Федеральное бюро по борьбе с наркотиками. Вопрос о том, сколько именно наркоманов насчитывается в Соединенных Штатах, продолжал обсуждаться, оставаясь спорным. В 1970 году Гарри Дж. Анслингер, занимавший с 1930 по 1962 год пост уполномоченного Бюро по борьбе с наркотиками, дал интервью, в котором неофициально высказался по проблемам подсчета численности наркоманов. Он сказал, что никогда не позволил бы независимому органу проводить официальный подсчет: Федеральное бюро по борьбе с наркотиками должно сохранить эту функцию за собой. Он заметил, что показатель численности наркоманов является “взрывоопасным”: если эта цифра возрастает, это значит, что Федеральное бюро по борьбе с наркотиками не справляется со своими обязанностями, а если снижается, то возможно сокращение бюджета. Данные Федерального бюро по борьбе с наркотиками колебались в диапазоне от 60 тыс. до 80 тыс. наркоманов [10]. Эти случайно вырвавшиеся у Анслингера слова показывают, какое влияние на политику могут иметь данные эпидемиологических исследований и их толкование. Возможность того, что данные эпидемиологов подорвут тщательно составленные планы или опровергнут заявления о прогрессе в решении проблемы наркотиков, создает труднопреодолимые проблемы для лиц, ответственных за разработку политики. Преодоление негативного отношения к данным независимых эпидемиологических исследований знаменовало собой важный сдвиг в процессе разработки политики.

В 1968 году администрация Соединенных Штатов осуществила ряд преобразований, одним из которых стала передача Бюро по борьбе с наркотиками из структуры Министерства финансов в ведение Министерства юстиции. Отчасти это было ответом на внезапный рост потребления наркотиков в Соединенных Штатах во второй половине 1960-х годов. В период затишья между двумя “эпидемиями” – с 1920-х до середины 1960-х годов – было ощущение относительной

стабилизации численности наркоманов; однако затем произошел резкий рост потребления наркотиков. Общество требовало решения проблем заметного увеличения масштабов потребления наркотиков, в том числе героина, каннабиса и диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД). Обеспокоенность общественности и явные признаки широкого распространения потребления наркотиков поставили под вопрос традиционно низкие показатели численности наркоманов. Статистики из нового органа, получившего название Бюро по наркотикам и сильнодействующим лекарственным средствам, пришли к выводу, что в стране насчитывалось около 300 тыс. закоренелых наркоманов. Было отмечено, что это не означает внезапного роста масштабов проблемы наркотиков, а свидетельствует о том, что прежние данные были слишком занижены [11]. Государственные чиновники начали поиск более надежных способов оценки масштабов потребления наркотиков.

Другим важным событием явился рост влияния давних критиков Федерального бюро по борьбе с наркотиками, в частности, юристов и медиков, которые выражали несогласие с неоправданным, по их мнению, карательным подходом. Они выступали за то, чтобы признать проблему наркотиков медицинской, и предлагали лечить наркоманов, возможно, даже предоставляя сами наркотики [12]. Такой подход подразумевал отказ от традиционной политики. Кроме того, критики уже давно утверждали, что Федеральное бюро по борьбе с наркотиками занижает численность наркоманов. Принимая во внимание серьезную обеспокоенность общества проблемой наркотиков и преобразования в занимавшихся этой проблемой организациях, представлялось, что современные методы проведения обследований сулят перемены к лучшему.

Принятым в 1970 году Общим законом о борьбе с наркоманией предусматривалось создание Национальной комиссии по марихуане и злоупотреблению наркотиками, которой вменялось представление доклада о состоянии дел с марихуаной в 1972 году, и о наркотиках в целом – в 1973 году [13]. Комиссия должна была составить обоснованную и независимую оценку проблемы наркотиков. Вместо государственного ведомства, над которым довлел груз политики, противоречий и личностных отношений, рассмотреть проблему наркотиков в целом и предложить свежий взгляд на нее могла независимая группа. С самого начала Комиссия отметила отсутствие надежных статистических данных о масштабах распространения наркомании. Поэтому было проведено национальное обследование домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками. Обследование выявило рост потребления марихуаны в молодежной среде и признаки роста потребления героина. Уровень потребления кокаина в начале 1970-х годов оставался низким. Еще более важным, нежели уровни потребления наркотиков, был тот факт, что удалось разработать более надежные средства оценки масштабов потребления наркотиков. Созданный в 1974 году Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотиками провел обследование, которым были охвачены около 98% домохозяйств в Соединенных Штатах.

Университет Мичигана на грант от Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками проводит с 1975 года обследование “Мониторинг будущего”, которое дополняет национальное обследование домохозяйств. В рамках этого обследования в Соединенных Штатах в течение ряда лет на



основе репрезентативной выборки среди государственных и частных школ второй ступени ведется мониторинг употребления наркотиков учащимися 8-х, 10-х и 12-х классов (в возрасте 17–18 лет).

Доклады Национальной комиссии по марихуане и злоупотреблению наркотиками были опубликованы под заголовками “Марихуана: сигнал об отсутствии понимания” (1972 год) и “Потребление наркотиков в Америке: проблема в перспективе” (1973 год). Содержащаяся в докладе о марихуане рекомендация исключить ее потребление из числа уголовно наказуемых деяний вызвала резкое недовольство президента Ричарда Никсона, однако проведенный Национальной комиссией анализ представляет собой продуманный обзор проблемы наркотиков, разработанный в атмосфере резкого неприятия обществом наркотиков и наркоманов.

К числу других созданных в 1970-х годах систем наблюдения относится Сеть предупреждения злоупотребления наркотиками (СПЗН), которая сообщает о случаях потребления наркотиков лицами, поступившими в дежурные отделения неотложной помощи в больницах, а также так называемая Рабочая группа эпидемиологических исследований на уровне общин – группа исследователей, составляющих каждые шесть месяцев доклады о формах потребления наркотиков на основе имеющихся данных о лечении и задержаниях, а также медицинских и других данных, поступающих из многих городов Соединенных Штатов. Проведение (в дополнение к деятельности СПЗН и Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин) национального обследования домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками и обследования “Мониторинг будущего” обеспечило в течение более 20 последних лет надежную информацию о возникающих тенденциях и проблемах в области злоупотребления наркотиками.

Выражая доверие современным эпидемиологическим исследованиям, в Акте о создании Управления национальной политики контроля за наркотиками [14] Конгресс поручил включить в национальную стратегию, которую будет разрабатывать Управление, показатели прогресса, измеряемые с помощью таких инструментов, как национальное обследование домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками. В частности, в законе требуется включить в национальную стратегию по борьбе с наркотиками комплексные, основанные на научных данных, крупномасштабные цели сокращения злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах, а также краткосрочные, поддающиеся количественной оценке задачи, которые, по мнению директора, могут быть реально решены. Лежащие в основе такого мандата предположения относительно того, что потребление наркотиков вполне может поддаваться исчислению и что эффективность проводимой политики можно измерить, весьма отличаются от тех, что были в начале антинаркотической кампании. Манипулирование и подтасовка статистических данных, характерные для начала XX века, резко отличаются от нынешней ситуации, когда ожидания политиков проверяются независимыми исследованиями. Изменение подхода свидетельствует о гигантском успехе беспристрастных научных исследований. Это является признанием заслуг тех исследователей, которые своим тщательным трудом завоевали доверие со стороны американских законодателей.

## **Укрепление влияния эпидемиологических исследований на политику контроля над наркотиками**

Несмотря на усилия лиц, ответственных за разработку политики, которые направлены на составление стратегии борьбы со злоупотреблением наркотиками на основе имеющейся информации, знаний и обоснованных данных эпидемиологических исследований, политики и эпидемиологи по-разному расценивают перспективы борьбы с наркоманией, что иногда затрудняет обмен идеями. На протяжении долгого времени эти различия препятствовали успешной разработке вопросов, направленных на сокращение злоупотребления наркотиками.

Для содействия обмену идеями между политиками и эпидемиологами в области злоупотребления наркотиками требуется определить, по каким линиям можно наладить общение и упрочить взаимопонимание. Однако препятствием для этого может стать ориентация деятельности каждой профессиональной группы. Задача политика заключается в разработке программы решения проблемы, представляющей общественный интерес. Политик может полностью отдавать себе отчет в значимости науки, однако при этом он чувствует себя обязанным за короткое время решить проблему или добиться улучшения положения дел. В отличие от него, эпидемиолог заинтересован в приобретении знаний и не ограничен политическими и временными рамками как политик. В значительной мере подобное различие в ролях определяет, как каждая группа рассматривает явление злоупотребления наркотиками, какие методы она использует для сбора информации, необходимой для оценки этого явления, а также как толкует результаты сбора информации.

## **Определение явления злоупотребления наркотиками**

Различия в профессиональной ориентированности политиков и эпидемиологов могут создать предпосылки для конфликтов, ведущих к несогласию и недопониманию. Политик отражает мнения и ценности своих избирателей. Зачастую он вынужден лавировать между мнениями разных групп избирателей. От эпидемиолога ожидают рекомендаций в отношении разработки определения изучаемого явления или проблемы. Политику же необходимо внедрить это определение в структуру, отражающую ценности его избирателей. Определение такого явления, как злоупотребление наркотиками, включает в себя два основных элемента: *a*) этиология, или причины возникновения; *b*) индивидуальная ответственность. Определение проблем имеет важное значение, помогая обществу найти решение этих проблем. Что касается проблемы злоупотребления наркотиками, то ее этиология многофакторная. Согласно данным последних исследований злоупотребление наркотиками – это поведение, являющееся следствием незавершенных или неадекватных процессов развития на физиологическом, психологическом и социальном уровнях. Без наличия базы знаний, которая имеется в настоящее время, злоупотребление наркотиками в течение многих лет считалось проблемой морального или криминального порядка или же расстройством здоровья. Признание злоупотребления наркотиками моральной или криминальной проблемой вело к тому, что наркоманы попадали

в тюрьму, а отнесение этого явления к категории расстройств здоровья вело к тому, что их начинали лечить.

Другой элемент определения злоупотребления наркотиками – индивидуальная ответственность – оценивает, в какой степени модели поведения, связанные со злоупотреблением наркотиками, являются сознательно избираемыми. Общий вопрос заключается в том, являются ли наркоманы жертвами, и могут ли они контролировать себя. Общество и здесь по-разному отвечает на эти вопросы. Направленность мер вмешательства различается в зависимости от того, под каким углом общество или политики рассматривают проблему наркомании. В идеале, научные изыскания по своей природе должны быть свободными от стоимостных суждений и нейтральными и при этом не обвинять и не оправдывать поведение лиц, злоупотребляющих наркотиками. Основную роль здесь играет само научное сообщество. “Хорошая” наука оказывает мотивирующее воздействие на эпидемиологов. Такие явления, как модели поведения, связанные со злоупотреблением наркотиками, определяются на основе того, что наблюдает эпидемиолог, то есть самих моделей поведения и их взаимосвязи с другими факторами жизни. Таким образом эпидемиолог создает непредвзятую, широкую и комплексную картину характера и масштабов моделей поведения, связанных со злоупотреблением наркотиками. Изучая степень распространенности таких моделей поведения среди населения в целом, эпидемиолог может показать, где они сосредотачиваются, какие факторы с ними связаны и какие последствия они влекут за собой. Эпидемиолог, как правило, рассматривает злоупотребление наркотиками как проявление многофакторных, динамичных моделей поведения, имеющих различную этиологию и разные последствия. В идеале, эпидемиолог руководствуется научными принципами и дисциплиной, принятыми в определенной области. Используя результаты исследований и обмениваясь ими, эпидемиолог, как правило, рассматривает злоупотребление наркотиками не как статичное, однородное явление, а как изменяющийся во времени феномен, проявляющийся в разных формах, с разнообразной этиологией, которая может изменяться и на протяжении жизни отдельного человека.

## **Методики исследований**

Если принять во внимание различия в потребностях и сдерживающие факторы, о которых шла речь выше, представляется неудивительным, что основной потенциальный источник напряженности в отношениях между политиками и эпидемиологами кроется в методике исследований. Лицам, ответственным за разработку политики, нужна информация для планирования мер в отношении как собственно явления, так и показателей, отражающих эффективность проводимой стратегии. Политика требует серьезных и значимых результатов в краткосрочной перспективе. Например, политики заинтересованы в использовании коэффициентов распространенности для оценки воздействия реализации стратегий, нацеленных на ограничение спроса и предложения; однако они могут проявлять нетерпение в связи с тем, что для обеспечения точности требуется обширная “очистка” крупных баз данных, а времени на это у политиков зачастую нет. Кроме того, в отношении такого явления, как злоупотреб-

ление наркотиками, которое резко осуждается в обществе и зачастую скрывается, важно иметь много систем данных, чтобы “охватить” трудноуловимого наркомана. Подобные системы дороги, и их сложно ввести. Кроме того, методики, требующие больших затрат времени, не всегда отвечают потребностям политиков.

Эпидемиолога интересуют научные аспекты изучаемой проблемы. Чтобы разработать действенные инструменты для измерения наблюдаемых фактов или переменных, эпидемиолог пытается определить все необходимые параметры или величины этой переменной. Измерение некоторых переменных не представляет труда; в отношении других разработка показателей может оказаться непростой задачей. Например, важно дать определение ряда показателей, используемых при количественной оценке моделей поведения, относящихся к употреблению наркотиков. Как минимум, к числу таких показателей должны быть отнесены вид наркотика и частота его употребления в определенный период времени.

К числу методик сбора информации о злоупотреблении наркотиками относятся:

- a) вторичный анализ данных, извлеченных из таких документов, как списки задержанных, направления в медицинские учреждения, направления для участия в программах наркологического лечения;
- b) данные, собранные в ходе лабораторных исследований, этнографических исследований и работы в фокус-группах;
- c) материалы бесед с наркоманами, а также с теми лицами, кто не злоупотребляет наркотиками, но по своим личностным характеристикам походят на наркоманов;
- d) обследования домохозяйств или школ.

Выбор эпидемиологом одной или нескольких таких методик зависит от ряда факторов: изучаемого вопроса; наличия информации, на основе которой разрабатывается подход, критериев отбора выборки и наличия соответствующего инструментария; а также наличия временных и финансовых ограничений. Эпидемиолог оценивает преимущества и недостатки различных подходов и степень точности, которой можно добиться при имеющихся ресурсах. Часто приходится идти на компромиссы. Например, лонгитюдные исследования, предусматривающие изучение последовательных когорт, могут быть идеальным средством для изучения этиологии моделей поведения, относящихся к употреблению наркотиков; однако такие исследования дорогостоящи, и их выполнение занимает несколько лет. Вместо такого исследования эпидемиолог может выбрать принцип перекрестного обследования или методику контролирования отдельных случаев, для которых требуется провести тщательный отбор объектов контроля, произвести комплексные измерения и использовать различные статистические технологии, чтобы обеспечить структурированное изложение последовательности событий, а также указать временную связь между переменными.

В Соединенных Штатах разработан ряд национальных систем данных для оценки степени распространенности моделей поведения, связанных со злоупо-

треблением наркотиками в разных группах населения. Данные о масштабах распространения, которые считаются “достоверными”, основаны на национальном обследовании домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками и обследовании “Мониторинг будущего”.

К числу других крупнейших систем данных, предоставляющих ценную информацию относительно последствий злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах, относятся\*:

- a) Сеть предупреждения злоупотребления наркотиками (СПЗН);
- b) обследование национальных центров лечения наркомании и алкоголизма и система данных о пациентах;
- c) Программа мониторинга злоупотребления наркотиками среди арестованных (ранее называвшаяся “Исследование прогнозов в отношении употребления наркотиков”).

Описание этих систем данных используется для получения более подробной информации о собираемом диапазоне данных, а также для лучшего учета особенностей разных групп обследуемого населения. Данные о задержанных и обратившихся за медицинской помощью и лечением позволяют делать заключения не о степени распространенности, а о последствиях злоупотребления наркотиками для общества. Однако лица, ответственные за разработку политики, зачастую смешивают эти две вещи, и нередко данные, характеризующие последствия злоупотребления наркотиками, например, количество обратившихся в отделения неотложной медицинской помощи, используются для того, чтобы продемонстрировать изменение тенденций в злоупотреблении наркотиками. Так, в конце 1980-х – начале 1990-х годов количество обращений в отделения неотложной помощи в связи с употреблением наркотиков в Соединенных Штатах возросло, тогда как по данным национального обследования домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками и обследования “Мониторинг будущего” коэффициенты распространенности наркомании сократились. Некоторые политики поставили под вопрос результаты обследований населения в целом, опираясь на данные о числе обращений в отделения неотложной помощи. Задачей эпидемиологов было продемонстрировать различия этих систем.

Политикам требуются незамедлительные ответы на вопросы, и для их получения они могут использовать сомнительные методики исследований.

---

\*В настоящее время СПЗН проводит оценку числа связанных с употреблением наркотиков обращений в отделения неотложной помощи среди представительной выборки больниц в Соединенных Штатах. В рамках этой сети действует также программа добровольных сообщений о случаях смерти, связанной с употреблением наркотиков, в основе которой лежит информация, предоставляемая патологоанатомами из более 20 городов. Обследование национальных центров лечения наркомании и алкоголизма и система данных о пациентах включают в себя данные о центрах лечения наркомании и алкоголизма и об обращениях за таким лечением. До октября 1992 года обе эти системы находились в ведении Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками, а затем они были переданы в Управление наркологических и психиатрических служб. Наконец, в рамках программы мониторинга злоупотребления наркотиками среди арестованных с помощью добровольных ответов и проведения анализов мочи производится оценка уровня употребления наркотиков среди репрезентативной выборки арестованных в нескольких местах предварительного заключения в Соединенных Штатах. Эта система данных находится в ведении Национального института юстиции Министерства юстиции Соединенных Штатов.

Неудивительно поэтому, что эпидемиологи, с учетом своей точки зрения, не спешат давать быстрые ответы политикам, не будучи уверенными в правильности постановки заданного вопроса и не сопроводив предоставляемую информацию определенными оговорками. Например, в том, что касается системы отчетности отделений неотложной помощи, доклады нередко поступают с запозданием в 3–6 месяцев. В периоды, когда увеличивалось число обращений за неотложной помощью в связи с употреблением кокаина и героина, политики часто обращались к данным системы. В поисках немедленных ответов лица, ответственные за разработку политики, могут использовать альтернативные и, возможно, менее ценные с научной точки зрения подходы к изучаемой проблеме. Однажды политики, не дожидаясь отчетов, выступили спонсорами проведения телефонного опроса работников ряда отделений неотложной помощи, в ходе которого им задавался вопрос, увеличилось ли число обращений, связанных с употреблением наркотиков. Данные такого телефонного обследования строились скорее на личных ощущениях опрашиваемых, нежели на объективных данных из медицинских карт. В итоге были получены расхождения в данных, которые политикам оказалось сложно объяснить.

Эпидемиологам необходимо разрабатывать методики быстрого сбора достоверной информации для политиков. Такие методики должны включать статистические процедуры анализа как уже имеющихся архивных данных, так и данных обследований. Хотя отдельные данные могут и не быть самыми точными показателями, они могут помочь получить приблизительное представление или косвенно оценить нужную информацию. Кроме того, политику могут помочь альтернативные подходы к анализу ряда наборов данных или же комплексный обзор разных исследований. Для того чтобы помочь политикам, эпидемиологи должны использовать и работу в фокус-группах, а также другие апробированные, хотя и не обязательно традиционные подходы.

### *Интерпретация информации*

Построение заключений на основе имеющихся данных исследований и их интерпретация с точки зрения воздействия на политику требуют четкого понимания сути исследований и статистически определенных границ по любой группе данных. Интерпретация становится “зоной риска” для эпидемиологов и политиков. Возникают важные вопросы относительно того, что же означают данные, и являются ли результаты значимыми для политики. Критерии значимости, тенденции, направленность развития тенденций и распределения интерпретируются в рамках двух различных структур. Эпидемиолог привязывает результаты исследований к отдельным, тщательно сформулированным вопросам исследования. Такие элементы, как отбор выборки, структура переменных и методика сбора и анализа данных, включаются с учетом необходимости решения этих вопросов. Возможны некоторые отклонения, но уже сама система подготовки эпидемиологов дисциплинирует и в чем-то ограничивает их действия.

Политик, который не оценивает ситуацию с точки зрения эпидемиолога, может и не понять тех ограничений, которые ставит наука, и в связи с нехваткой времени может использовать результаты для удовлетворения неотложных

нужд. Среди наиболее общих ошибок, допускаемых политиками, – распространение выводов, сделанных по одной группе населения, на другие, отличные от нее, группы, использование в качестве статистически значимых тех показателей, которые выходят за пределы принятого уровня в 95 процентов, а также расширительное толкование определения той или иной переменной или взаимосвязи между переменными.

Если эпидемиолога больше интересует статистическая значимость расхождений в показателях распространенности в разные периоды времени, то внимание политика будет сосредоточено на разнице абсолютных показателей численности потребителей наркотиков. Проблема здесь возникает в случае, когда такие данные получают на основе выборок населения, в том числе таких полученных в ходе обследований данных, которые требуют вменения значений и процедур статистического взвешивания. Конфликтные ситуации могут возникнуть, если политик интерпретирует данные с использованием изменившихся во времени значений, а эпидемиолог не считает такие изменения статистически значимыми. Политик может зафиксировать наличие определенной тенденции, тогда как эпидемиолог сделает вывод, что статистически значимых изменений не произошло.

Вопрос о статистической значимости чреват проблемами, поскольку устоявшихся правил определения значимости не существует. Как правило, побеждает обычный здравый смысл. Определяя уровни значимости, эпидемиологи принимают во внимание многие факторы, в том числе сущность изучаемого вопроса или гипотезы, размер выборки и вид используемых показателей. Проверая гипотезу или взаимосвязь между показателями, эпидемиолог может устанавливать жесткие критерии допустимого уровня значимости. Взаимосвязи между показателями, которые эпидемиолог подвергает статистической проверке и относит к числу незначимых, политик может расценивать как важные. Например, оценивая эффективность программы вмешательства, эпидемиолог может оценить ее как неудачную, если уровень значимости разницы между контрольной и экспериментальной группами по таким итоговым показателям, как потребление наркотиков, превышает допустимую норму в 95 процентов. Вместе с тем политик сможет считать эту программу успешной, поскольку процентная разница между двумя итоговыми показателями означает спасенные жизни или сокращение числа госпитализированных или арестованных. В этом случае расхождения в интерпретации таких выводов эпидемиологами и политиками станут источником конфликтов. Важно помнить, что уровень статистической значимости определяется людьми, и следует всегда думать о том, что в реальности означают выводы исследований.

### **Рекомендации в отношении политики, основанной на результатах исследований**

Выход из таких конфликтов без взаимного уважения и доверия найти трудно. Наиболее важными факторами здесь являются общение, четкое понимание того, что нужно политику, и того, как исследования могут лучше всего помочь ему добиться решения этих задач. Рекомендации эпидемиологу, который хотел бы оказывать влияние на политику, относятся к следующим трем областям:

общение, обучение и сотрудничество. Однако первостепенную роль в этом процессе играет способность завоевать и сохранить уважение. Исследователь-эпидемиолог обязан постоянно помнить о научной этике. Там, где исследовательская работа и политика соприкасаются, есть немало зон неопределенности. То, как исследователь действует в этих зонах, может укрепить или ослабить взаимосвязи как с политиками, так и с научными кругами. При данном процессе всегда следует руководствоваться научными принципами.

### *Общение*

Обсуждая проблемы с политиками, эпидемиолог должен, прежде всего, слушать, задавать вопросы и обеспечивать обратную связь, то есть изложить свое видение проблемы, с тем чтобы обеспечить двустороннюю связь. В ходе таких обсуждений эпидемиологи могут употреблять термины или ссылаться на определенные понятия, не отдавая себе отчета в том, что эти понятия или выражения могут иметь для политиков иное значение. Политики могут использовать термины, имеющие определенное значение в исследовательском контексте, но означать при этом нечто иное в разговорном языке. Использование эпидемиологами терминов только в их научном значении может привести к тому, что они, упустив из виду нужды политиков, не достигнут результатов ни для них, ни для себя, и при этом так и не поймут, почему же общение не удалось. В результате такого затрудненного общения может показаться, что эпидемиологи не учитывают интересы политиков, что увеличит разрыв между ними. Поэтому и эпидемиологам, и политикам важно попытаться использовать для определения понятий язык повседневного общения, а не научную терминологию.

### *Обучение*

В ходе обсуждения проблем и политикам, и эпидемиологам важно создать атмосферу обучения. Им необходимо узнать друг у друга содержание и смысловые границы понятий, которыми они оперируют. Иными словами, политику недостаточно только отдавать дань уважения научным методам. Важно также понимать, на какой основе и в каких масштабах эпидемиолог может экстраполировать результаты своих исследований. Эпидемиолог должен иметь возможность открыто вести разговор с политиком по обсуждаемой проблеме, учитывая особенности изучаемого населения и представляющие интерес показатели. Эпидемиолог должен оказывать политику содействие в изучении полученных в ходе исследований данных и в формулировании выводов о полученных результатах. Важно разъяснить, каким образом изменение методик, параметров выборки и показателей может повлиять на результат. При этом эпидемиолог показывает политику, как характер исследования может повлиять на его результаты, а политик разъясняет эпидемиологу особые требования, которые предъявляет процесс разработки политики. Путем такого взаимного обмена эпидемиолог больше узнает о целях и требованиях политика, сможет лучше учитывать его интересы и предоставлять более актуальную информацию. В свою очередь, политик больше узнает о постоянном характере процесса накопления знаний и будет более открыт для изменений в выводах, сделанных по



результатам исследований, и пересмотра результатов, что возможно при уточнении эпидемиологом вопросов исследования и при последующем анализе данных. Это значит, что политику следует быть более осторожным в интерпретации определенных выводов по результатам исследований и быть готовым к иному толкованию результатов в случае пересмотра этих выводов. Эпидемиолог может помочь политику в выявлении потенциальных проблем, возникающих в ходе исследований и при изучении альтернативных толкований результатов.

### *Сотрудничество*

Термин “сотрудничество” используется для определения совместного участия в работе. Полагается, что в ходе общения и обучения будут выработаны взаимно согласованные и совместимые цели, а исследование будет построено таким образом, чтобы обеспечить достижение этих целей. Результатом сотрудничества между политиками и эпидемиологами должны стать разработка исследования и выработка политики, которые готовы поддержать обе стороны, поскольку они участвовали в определении параметров процесса и результатов.

В настоящей статье приводятся некоторые соображения относительно возможных направлений совершенствования или изменения исследовательских методик, с тем чтобы учесть в них интересы как политиков, так и эпидемиологов. К числу такого рода предложений относится переоценка смысла различных уровней статистической значимости; признание правомочности таких альтернативных методических подходов, как фокус-группы, обследования путем почтовой рассылки, опросы по телефону или в общественных местах; совершенствование статистических методов проведения вторичного анализа; разработка статистических методов интегрирования архивных данных в отношении задержаний, госпитализации и направления на наркологическое лечение, а также приемлемых технологий использования демографических данных, в том числе полученных в ходе переписей. Такое сотрудничество требует, однако, активного участия и взятия на себя обязательств. Кроме того, необходимо разрабатывать и официальную инфраструктуру для сотрудничества. Организация встреч для взаимного обмена информацией о потребностях и задачах и для разработки стратегий поиска ответов на вопросы, которым будут посвящены следующие рабочие сессии, будет иметь большое значение для создания атмосферы сотрудничества как для политиков, так и для эпидемиологов. Такие встречи должны получить прямую поддержку как со стороны государственных учреждений, так и со стороны специалистов.

### **Заключение**

История взаимосвязей между эпидемиологическими исследованиями и политикой в Соединенных Штатах показывает, что можно построить такие взаимоотношения, которые удовлетворяли бы как научное сообщество, так и политические круги. Исследователи, работающие в сфере эпидемиологии, всегда готовы сотрудничать с политиками. Они занимают определенные посты в правительстве, в университетах, исследовательских институтах и учреждениях.

Кроме того, такие исследователи имеют доступ к политикам через свои учреждения, как это имеет место в случае с правительством, или через профессиональные ассоциации. Необходимо приложить все усилия к тому, чтобы эти две группы встретились. Следует выявлять и преодолевать препятствия на пути к общению между этими двумя группами. Такие барьеры являются очень разноплановыми, но наиболее серьезный из них – это, по-видимому, язык. К счастью, и эпидемиологи, и политики “двуязычны” и могут преодолеть взаимное непонимание. Следует поощрять этих специалистов к налаживанию контактов с коллегами. XXI век ставит перед обеими группами новые проблемы. Глобализация проблемы злоупотребления наркотиками, появление новых, в ряде случаев более опасных, наркотиков, являющихся предметом злоупотребления, потребует налаживания сотрудничества между исследователями и политиками в международном масштабе.

## Библиография

1. D. F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, 3rd ed. (Oxford, Oxford University Press, 1999).
2. Hamilton Wright to the Editor of the *Louisville Courier-Journal*, 16 April 1910, Wright Papers, United States National Archives and Records Administration, entry 36.
3. Hamilton Wright, “Report on the International Opium Commission and on the opium problem as seen within the United States and its possessions”, *Opium Problem: Message from the President of the United States*, Sen. Doc. No. 377, Sixty-First Congress, Second Session, 21 February 1910.
4. *U.S. v. Jin Fuey Moy*, 241 U.S. 394, decided 5 June 1916.
5. Special Committee of Investigation, appointed 25 March 1918, by the Secretary of the Treasury: *Traffic in Narcotic Drugs* (GPO, 1919).
6. *U.S. v. Doremus*, 249 U.S. 86, decided 2 March 1919; *Webb et al v. U.S.*, 249 U.S. 96, decided 3 March 1919.
7. Hearings before the House Appropriations Committee, Treasury Department Appropriation Bill 1927, 2 December 1925, Sixty-Ninth Congress, First Session, pp. 438-439.
8. “Saving youth from heroin and crime”, *Literary Digest*, vol. 81, No. 32 (5 May 1924).
9. L. G. Kolb and A. G. DuMez, “The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it”, *Public Health Report*, vol. 39, May 1924, pp. 1179-1204.
10. Личное сообщение Д.Ф. Мусто от 30 мая 1970 года.
11. D. F. Musto and P. Korsmeyer, *The Quest for Drug Control: Politics and Federal Policy in a Period of Increasing Substance Abuse, 1963-1981* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 2002).
12. Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs, *Drug Addiction: Crime or Disease? Interim and Final Reports of the Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs* (Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1961).

13. Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Public Law 91-513, Ninety-First Congress, approved 27 October 1970.
14. Anti-Drug Abuse Act of 1988, Public Law 100-690, One Hundredth Congress, Section 1005 “Development and Submission of National Drug Control Strategy”, approved 18 November 1988.

# **Разработка политики на основе фактических данных: исследование конкретного случая работы Системы отчетности по незаконным наркотическим средствам в Австралии\***

---

**Л. ТОПП**

*Национальный исследовательский центр по вопросам наркомании и алкоголизма,  
Университет Нового Южного Уэльса, Сидней, Австралия*

**Р. Мак-КЕТИН**

*Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности,  
Вена*

## **РЕЗЮМЕ**

*Австралийская система отчетности по незаконным наркотическим средствам (СОНН) была разработана в 1996 году в качестве эффективной с точки зрения затрат стратегической системы раннего предупреждения в отношении новых тенденций в проблемном потреблении наркотиков. В данной статье посредством анализа конкретных случаев показано, каким образом сведения, полученные при помощи информационных систем по наркотикам, таких как СОНН, могут расширить информационную основу для обоснованной разработки политических решений и стратегий по контролю над наркотиками. СОНН позволяет добиться подобных результатов благодаря широкому распространению полученных данных, созданию механизмов межсекторального взаимодействия, формирования контекста для понимания тенденций в области наркотиков и их роли в разработке политики. Представляемый анализ конкретного случая свидетельствует и о высоком уровне спроса на углубленную информацию, которая может быть получена в рамках целевых обследований проблемных потребителей наркотиков и качественных опросов экспертов по незаконным наркотикам. Такая информация особен-*

---

\*Действующая в Австралии Система отчетности по незаконным наркотическим средствам финансируется Департаментом здравоохранения и старения населения Содружества и Национальным фондом исследований по вопросам обеспечения соблюдения законов о наркотиках. Работу Системы координирует Национальный исследовательский центр по вопросам наркомании и алкоголизма. Создание СОНН стало возможным благодаря квалифицированной помощи таких специалистов, как Уэйн Холл, Джули Хэндо, Грант Уордлоу и Шэйн Дарк. Система эффективно функционирует благодаря содействию многих исследователей и исследовательских организаций, учреждений, направляющих данные по показателям в систему, ключевых респондентов, учреждений, помогающих привлечь специалистов к проведению обследований лиц, употребляющих инъекционные наркотики, а также консультационных комитетов отдельных юрисдикций и федерального уровня. Авторы выражают благодарность Раймондо Бруно, Крейгу Фрау, Ким Харгривз, Рейчел Гуменюк, Брайди О'Рейли и Полу Уильямсу за предоставленную информацию по конкретному случаю, использованную в данной статье.

*но полезна на уровне принятия политических решений, если ее можно регулярно получать при помощи сопоставимых методов в целях раннего выявления тенденций в проблемном потреблении наркотиков. Когда такая информация предоставляется лицам, ответственным за разработку политики, своевременно и в удобном виде, ее можно использовать для обоснованного формирования политики и стратегии в этой области. Потенциальная ценность для выработки политики информации, полученной в рамках СОНН, будет реализована посредством проведения постоянного диалога с участием исследователей, ответственных работников сектора здравоохранения и правоохранительных органов и лиц, ответственных за разработку политики. Эффективности этого диалога будут в значительной степени способствовать обмен информацией и межсекторальные связи, сложившиеся в рамках Системы.*

**Ключевые слова:** тенденции в области наркотиков; политика; раннее предупреждение; Австралия.

## **Введение**

Система отчетности по незаконным наркотическим средствам (СОНН) была учреждена в 1996 году Департаментом здравоохранения и старения населения Содружества правительства Австралии в целях создания эффективной с точки зрения затрат стратегической системы раннего предупреждения в отношении новых тенденций в потреблении опиоидов, амфетамина, кокаина и каннабиса. Таким образом, основным получателем информации, полученной в рамках Системы, является орган национального уровня, занимающийся выработкой политики и стратегических решений, связанных с наркотиками. Это оказывает влияние и на основную направленность Системы, национальной по степени охвата, в рамках которой применяются методы целевого мониторинга и временные рамки отчетности и которая имеет целью обеспечение информационной базы для стратегических мер, а не тактических решений.

Нынешняя Система разработана с учетом прежних попыток мониторинга ситуации с наркотиками в Австралии, которые продемонстрировали необходимость информационных систем по наркотикам, обеспечивающих триангуляцию данных из различных источников в целях повышения достоверности сообщаемых сведений о тенденциях в области наркотиков и информации, поступающей из этих систем [1, 2]. Для этой цели в рамках СОНН на регулярной основе сопоставляются данные из трех источников:

*a)* стандартизированные количественные обследования потребителей инъекционных наркотиков, которые составляют целевое население, для выявления новых тенденций в употреблении незаконных наркотиков. Обследования проводятся в главных городах каждой юрисдикции Австралии, а совокупная годовая выборка включает более 900 потребителей инъекционных наркотиков;

*b)* стандартизированные количественные обследования ключевых респондентов или экспертов в области незаконных наркотиков в главных городах каждой юрисдикции; совокупная годовая выборка включает от 250 до 300 ключевых респондентов;

с) обобщенные источники текущих данных по показателям, таких как данные о передозировках, о степени чистоты изъятых наркотиков, о задержаниях, данные токсикологических исследований, данные о лечении и госпитализации, данные программ обмена игл и шприцев, данные обследований школ и домохозяйств и других соответствующих специализированных исследований. Объемы и характер этих данных различаются в зависимости от юрисдикции, а некоторые наборы данных имеются только на национальном уровне (например, данные общенациональных обследований домохозяйств по вопросам употребления незаконных наркотиков, которые проводятся раз в три года, и данные, предоставляемые Таможенной службой Австралии). Некоторые наборы данных анализируются ежеквартально, а другие ежегодно, в зависимости от характера данных и количества случаев.

Сбор этих данных осуществляется на территории всех восьми юрисдикций Австралии, обеспечивая общенациональный охват, а результаты представляются ежегодно. Полученные результаты сообщаются на ежегодной национальной конференции по тенденциям в области наркотиков, публикуются в подробных годовых докладах на национальном уровне и уровне юрисдикций, а также в кратких ежеквартальных отчетах. В дополнение к официальным докладом проводятся регулярные совещания и неформальные обсуждения с ключевыми заинтересованными сторонами. Более подробно о результатах и методике СОНН см. Topp and others [3].

### **Анализ конкретных случаев: основа для разработки политики на основе фактических данных**

Представленные ниже примеры показывают, какую роль играет СОНН в формировании прочной информационной базы для разработки политики и осуществления стратегии в области контроля над наркотиками. Среди этих примеров есть и такие случаи, когда полученные результаты стали следствием изменения политики или стратегии. Кроме того, представлены несколько примеров, не связанных с проводимой политикой, когда СОНН сыграла косвенную роль в улучшении информации о потреблении наркотиков и о тенденциях в области наркотиков (например, путем создания условий для углубленных исследований). Исследуемые примеры не охватывают в полной мере всю информацию о том, каким образом сведения СОНН повлияли или могли повлиять на разработку политики, и из них не следует, что информация СОНН сама по себе привела к каким-либо изменениям в политике. Однако эти примеры ясно свидетельствуют о том, что информация СОНН сыграла важную роль в создании базы фактических данных для разработки политики. Эта роль была очевидной на национальном уровне и, особенно, на уровне юрисдикций, где осуществляется сбор наиболее подробных данных.

#### *Первоочередная задача – выявление новых форм потребления наркотиков*

Сведения СОНН, указывающие на расширение доступности и потребления сильнодействующих форм метамfetамина в различных районах Австралии,

привели к необходимости того, чтобы Межведомственный комитет по стратегии в области контроля над наркотиками и правительство Содружества стали уделять первоочередное внимание выявлению новых форм потребления наркотиков. Хотя эта область была заявлена в качестве основной и другими механизмами мониторинга, такими как анализ мочи арестованных, СОНН предоставила конкретную информацию о потреблении метамфетамина, полученную от потребителей метамфетамина, не находящихся в специализированных заведениях, и которую невозможно было получить из других источников. СОНН позволила получить информацию о характеристиках различных видов метамфетамина, которые продаются на улицах, об используемой для их описания терминологии, о частоте употребления, способах употребления, ценах, степени чистоты и приобретаемых количествах.

### *Формирование политики и стратегии с учетом местных условий*

СОНН смогла обеспечить подробную информацию о последних по времени формах и тенденциях употребления наркотиков на уровне отдельных юрисдикций. Подобная информация требуется лицам, ответственным за разработку политики, в секторе здравоохранения и правоохранительных органах. Службе по проблемам алкоголизма и наркомании Департамента здравоохранения и социальных услуг Тасмании поручено раз в два года представлять доклады о положении в области употребления инъекционных наркотиков в Тасмании для Подкомитета по наркотикам правительства штата. Эти доклады, в значительной степени основанные на данных СОНН, оказали заметное влияние на политику властей Тасмании по целому ряду направлений, в том числе по контролю за метадоном и за наличием достаточных запасов игл. До того как в Тасмании стала действовать СОНН, решения в области политики принимались, как правило, на основе данных по более крупным юрисдикциям, которые имели средства и где были специальные органы для проведения специализированных исследований по наркотикам. В 2000 году СОНН показала, что в небольших штатах, таких как Тасмания, структуры потребления незаконных наркотиков существенно отличаются от структур, действующих в более крупных юрисдикциях. Таким образом, СОНН способствовала существенному совершенствованию информационной базы для выработки политики в области наркотиков в Тасмании, обеспечив актуальную на местном уровне информацию.

### *Разработка стратегических планов правительства по контролю над наркотиками*

Данные СОНН обеспечили информационную основу для разработки стратегических планов по контролю над наркотиками на территории нескольких юрисдикций Австралии. На Северной территории на основе данных СОНН был разработан правительственный план из трех пунктов в области контроля над потреблением наркотиков и борьбы с наркоманией. В Западной Австралии на проходившей недавно Встрече представителей общественности на высшем уровне по проблеме наркотиков в Западной Австралии два доклада содержали

информацию СОНН за 2000 год: доклад № 7 по наркотикам и деятельности правоохранительных органов, посвященный созданию соответствующих правовых рамок для контроля над незаконными наркотиками, мерам по добровольному лечению наркоманов и принудительному лечению наиболее тяжелых наркоманов в тюрьмах; а также доклад № 8 о сокращении вреда, который наносит обществу и отдельным лицам постоянное употребление наркотиков. В Новом Южном Уэльсе одним из главных базовых документов Встречи на высшем уровне по проблеме наркотиков в Новом Южном Уэльсе, проходившей 17–21 мая 1999 года в Сиднее, стал доклад, составленный по данным СОНН. Данные СОНН штата Виктория также широко использовались Комитетом экспертов по политике в области наркотиков правительства Виктории.

### *Разработка мер вмешательства в случае проблемного потребления наркотиков*

Данные национальной СОНН использовались лицами, ответственными за разработку политики, на состоявшемся в феврале 2001 года совещании Подкомитета по ненадлежащему использованию фармацевтических средств Австралийского фармацевтического консультативного совета, где широко обсуждалась проблема внутривенного введения бензодиазепина. На уровне отдельных юрисдикций данные СОНН использовались Департаментом социальных служб штата Виктория для разработки стратегии просвещения и предотвращения инъекционного применения бензодиазепина в целях решения проблем утечки медикаментов и использования их не по назначению, а также инъекционного употребления гелеобразного содержания капсул с темазепамом. Результаты деятельности СОНН в Виктории также способствовали выявлению потребности в разработке Департаментом социальных услуг комплекса мер по обеспечению готовности к борьбе со злоупотреблениями кокаином и обучению работников органов по борьбе с алкоголизмом и наркоманией.

### *Выявление потребностей в лечении*

Данные СОНН в Столичной территории Австралии позволили получить информацию и выработать рекомендации, которые существенно повлияли на политические решения относительно оказания необходимых услуг на Территории. В 2000 году в докладе о тенденциях в области наркотиков в Столичной территории было рекомендовано изучить проблему заметного роста потребления героина среди коренных народов, которая была впервые отмечена СОНН Столичной территории в 1998–1999 годах, а также определить факторы, которые препятствовали их доступу к медицинским услугам. В 2001 году был расширен объем услуг, предоставляемых коренным народам, а оппозиционная Лейбористская партия Австралии пообещала обеспечить приемлемые в культурном отношении лечебные услуги. Выявление недостатков в доступе к предоставляемым услугам стало возможным благодаря использованию механизмов мониторинга проблемного потребления наркотиков среди населения, не находящегося в специализированных заведениях.



### *Средство раннего предупреждения и подтверждения тенденций в области наркотиков*

Департамент здравоохранения Столичной территории Австралии рассматривает информацию СОНН в качестве эффективного средства подтверждения данных. Департамент регулярно использует информацию СОНН для сопоставления данных о потреблении наркотиков на национальном уровне и в Столичной территории, что позволяет выявлять на раннем этапе будущие тенденции в употреблении наркотиков. Кроме того, Департамент считает СОНН полезным механизмом для определения приоритетов в области приобретения услуг, а также для перекрестной проверки отдельных сведений по проблемам наркомании и алкоголизма и отчетов предоставляющих услуги заведений.

### *Создание условий для расследования причин сокращения запасов героина*

В 2001 году в Австралии отмечено существенное и устойчивое снижение запасов героина, что привело к сокращению его потребления и уменьшению соответствующих неблагоприятных последствий. Информация СОНН за предыдущие пять лет позволила получить значимые, надежные и достоверные базовые данные о цене, степени чистоты и наличии героина, о регулярности потребления героина и других наркотиков, о преступной деятельности, о рисках передозировки и о других проблемах, связанных со здоровьем. На основе этой информации можно было интерпретировать данные специализированного исследования в целях определения характера и масштабов дефицита героина. В 2002 году СОНН подготовит документ о состоянии рынка незаконных наркотиков после прохождения пика этого дефицита. Таким образом, данные СОНН позволяют гораздо более эффективно интерпретировать данные, собранные в рамках других исследований.

### *Включение информации местного уровня в системы высшего образования Северной территории*

Информация СОНН о тенденциях в области наркотиков в Северной территории была включена в учебные планы университета Северной территории. В учебных курсах по наркомании и алкоголизму, социальным услугам и услугам на уровне общин, социальной и психологической помощи теперь используются конкретные данные о формах и тенденциях потребления наркотиков на Северной территории. До того как в регионе стала действовать СОНН, в рамках этих курсов использовались данные о потреблении незаконных наркотиков, здравоохранении, рискованных моделях потребления и преступной деятельности по стране в целом. Данные СОНН позволили увидеть различия в характерных чертах рынков незаконных наркотиков в Австралии, и теперь теоретические и практические аспекты обучения подкрепляются соответствующими, относящимися к тому или иному региону, данными.

### *Кто пользуется сведениями СОНН*

Уровень заинтересованности в сведениях СОНН был наглядно продемонстрирован в Южной Австралии, где требуемая информация предоставлялась в рамках серии специальных семинаров для представителей федеральных правоохранительных органов, таких как Национальное управление по борьбе с преступностью, Австралийское бюро уголовной полиции, Таможенная служба Австралии и Федеральное управление полиции Австралии, а также Департамента по делам иммиграции и межэтнических дел и Налогового управления Австралии. На уровне штатов сведения СОНН используют Управление полиции Южной Австралии, Ассоциация Южной Австралии по оказанию информационно-консультационной помощи, Группа по изучению проблемы городских бездомных и оказанию им помощи, Рабочая группа медицинских сестер штата, Институт технического образования и повышения квалификации им. Дугласа Моусона и Служба судебной медицины Южной Австралии. Семинары были организованы координатором СОНН по Южной Австралии. Они продемонстрировали масштабы спроса на информацию о тенденциях в области наркотиков и о разнообразных группах пользователей такой информации.

### **Обсуждение**

Представленный анализ конкретного случая свидетельствует о том, что сведения, предоставляемые информационной системой по наркотикам, такой как СОНН, могут быть чрезвычайно полезными в формировании информационной базы для разработки политики. Хотя во многих случаях данные СОНН играли лишь косвенную роль при выработке политики и редко служили единственным фактором, воздействующим на формирование политики, они явились одним из нескольких источников информации, способствующих расширению базы знаний для разработки обоснованной политики. Не всегда представляется возможным точно оценить роль предоставленной СОНН информации, однако о значении данных СОНН в разработке политики и стратегий ее реализации можно судить по уровню спроса на эту информацию и по перечню организаций, которые ее используют.

Подробные данные, предоставляемые СОНН, широко используются лицами, ответственными за разработку политики. Они применялись при разработке стратегий в области наркотиков на национальном уровне и уровне юрисдикций и соответствуют оперативным потребностям многих организаций. В частности, СОНН предоставляет подробную и своевременную информацию о конкретных формах проблемного потребления наркотиков, такую как способы употребления и контекст употребления, характер и наличие новых форм наркотиков, медицинские проблемы и преступность, связанные с употреблением наркотиков. Подобные данные нельзя получить при помощи более традиционных методов сбора данных, таких как обследования домохозяйств и регулярный мониторинг показателей, относящихся к наркотикам. Значительная часть этой подробной информации получена в ходе опросов ключевых респондентов и специализированных обследований потребителей инъекционных наркотиков. Это свидетельствует о ценности для разработки политики

информации, полученной в ходе углубленных обследований потребления наркотиков.

Нуждающиеся в информации СОНН организации относятся к различным областям, прежде всего, к сектору здравоохранения и правоохрнительным органам. Рост заинтересованности со стороны правоохрнительных органов связан с тем, что СОНН уделяет особое внимание мониторингу цен на наркотики и их наличие на основе информации из источников, не связанных с правоохрнительными структурами, таким образом дополняя имеющиеся у них данные. Это свидетельствует о том, что информация СОНН относится как к стратегиям в области здравоохранения, так и к стратегиям по контролю над наркотиками правоохрнительных органов. Таким образом, СОНН явилась механизмом сотрудничества между органами здравоохранения и правоохрнительными органами в вопросах изучения путей воздействия стратегий контроля над наркотиками на рынки наркотиков, формы потребления наркотиков и связанные с ними проблемы.

Данные СОНН вносят ценный вклад в разработку и совершенствование других источников информации о тенденциях в области наркотиков, которые служат основой для выработки политики. Кроме того, СОНН расширяет общую информационную базу, используемую лицами, ответственными за разработку политики, при выработке решений, определяя направления дальнейших исследований новых тенденций в области наркотиков, обеспечивая исходные данные для оценки эффективности мер вмешательства или изменений на рынке наркотиков, таких как дефицит героина, содействуя в разработке учебных планов по эпидемиологии наркомании и дополняя информацию о тенденциях, полученную из других источников.

Кроме того, СОНН способствовала взаимодействию между исследовательскими и другими организациями, занимающимися проблемами наркотиков. Потребность в обмене данными между организациями стала основой для взаимодействия и диалога по вопросам интерпретации данных о тенденциях в потреблении наркотиков, а также о значении этих данных для неисследовательских организаций при выработке политики и стратегии. Во многих случаях это привело к налаживанию полезного диалога между исследовательскими организациями и директивными органами в целях обеспечения более полного соответствия данных СОНН информационным потребностям директивных органов и более полного понимания ими назначения и ценности данных СОНН. Этот процесс взаимного обучения значительно улучшил понимание того, каким образом данные СОНН могут быть использованы для выработки политики, а также расширил возможности СОНН по сбору и оценке информации, относящейся к наркотикам.

Несмотря на бесспорную ценность данных СОНН для разработки политики, по-прежнему сохраняются трудности в интерпретации выявленных СОНН тенденций и в оценке их воздействия на политику. В частности, требуется более глубокое понимание со стороны исследователей и лиц, ответственных за разработку политики, того, каким образом такая информация дополняет данные более традиционных механизмов мониторинга потребления наркотиков – таких как обследования населения в целом, данные об используемых лечебных услугах, – и почему возникают расхождения в данных из различных

источников. Необходим постоянный диалог между исследователями и лицами, ответственными за разработку политики, с тем чтобы достичь взаимопонимания. Информационные системы по наркотикам, такие как СОНН, могут стать важнейшим форумом для ведения такого диалога.

Кроме того, необходимо признать, что выгоды, которые дает СОНН, стали очевидными только после нескольких лет работы по сбору данных, а для этого потребовались немалые финансовые средства и усилия по развитию человеческого потенциала в области сбора, анализа и передачи данных о тенденциях в области наркотиков. Эти вложения сил и средств оправдываются теми выгодами и преимуществами регулярного сбора данных, которые сейчас уже очевидны. За годы работы СОНН повысилась эффективность сбора, анализа и передачи данных, что также сделало систему гораздо более эффективной с точки зрения затрат. В условиях Австралии деятельности СОНН во многом способствовали такие факторы, как наличие высших учебных заведений и соответствующих людских ресурсов, политической воли, а впоследствии и выделение финансовых средств. В условиях, когда активный сбор данных на регулярной основе не является целесообразным способом мониторинга проблемного потребления наркотиков, ввиду недостаточного развития инфраструктуры и нехватки ресурсов, разовые углубленные исследования конкретных случаев могут стать ценным дополнением действующих систем текущего наблюдения. В таких условиях важно, чтобы углубленные исследования проводились на основе руководящих указаний и постоянных контактов с механизмами текущего наблюдения.

## **Заключение**

Представленный выше анализ конкретного случая свидетельствует о том, что СОНН сыграла важную роль в расширении информационной базы для разработки политики. Это было достигнуто благодаря широкому распространению полученной информации, созданию механизмов межсекторального взаимодействия и условий для более глубокого понимания тенденций в области наркотиков и их влияния на формирование политики. Кроме того, анализ показывает, что значительным спросом пользуется подробная информация о формах потребления наркотиков и связанных с этим факторах, которую можно получить в рамках целевых обследований проблемных потребителей наркотиков и качественных опросов экспертов по проблемам незаконных наркотиков. Такая информация особенно полезна на уровне разработки политики, если ее можно регулярно получать при помощи сопоставимых методов, поскольку это позволяет выявлять на раннем этапе новые тенденции в проблемном потреблении наркотиков. Кроме того, представленный анализ показывает, что, когда такая информация предоставляется лицам, ответственным за разработку политики, своевременно и в удобном виде, ее можно использовать в разработке политики и стратегии. Содействие постоянному диалогу между исследователями, официальными лицами из сектора здравоохранения и правоохранительных органов и лицами, ответственными за разработку политики, имеет первостепенное значение для увеличения практической ценности информации СОНН на уровне политики, а каналы обмена информацией и меж-

секторального взаимодействия, налаженные посредством такого диалога, будут играть решающую роль в дальнейшем увеличении ценности данных о тенденциях в области наркотиков для выработки эффективной политики.

### **Библиография**

1. J. Hando and others, "The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System", *Addiction Research*, vol. 6, 1998, pp. 97-113.
2. G. Wardlaw, *Final Report: Illicit Drug Reporting System*, report to the Commonwealth Department of Human Services and Health (Canberra, Wardlaw Consulting Pty. Ltd., 1994).
3. L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monograph No. 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).

# Опыт реализации проекта “Сеть городов” Группы Помпиду, 1983–2002 годы

---

**Р. БЛЕСС**

*Консультант по техническим вопросам, Группа Помпиду, Совет Европы,  
Дюйвендрехт, Нидерланды*

## **РЕЗЮМЕ**

*Эпидемиология – одно из четырех основных направлений деятельности Группы Помпиду Совета Европы по борьбе со злоупотреблением наркотиками. В области эпидемиологии ее деятельность направлена на разработку группой экспертов-эпидемиологов показателей и аналитических инструментов для мониторинга форм и тенденций в области злоупотребления наркотиками. Созданная в 1983 году группа представляет собой постоянный комитет экспертов из практически всех стран Европы. В работе она придерживается подхода, основанного на проведении исследований в крупных городах, известных как обследования городов Группы Помпиду. В настоящей статье автор описывает масштабы и методы работы проекта “Сеть городов” и системы мониторинга в городах. Он приходит к выводу о том, что, хотя исследования в различных городах позволили разработать показатели и аналитические инструменты, для последовательного мониторинга форм и тенденций в области злоупотребления наркотиками на уровне городов с использованием разработанных показателей и инструментов требуются иная форма организации и другая инфраструктура.*

*Ключевые слова:* эпидемиология; показатели; формы и тенденции в области употребления наркотиков; “Сеть городов”; Европа.

---

## **Введение**

Группа Помпиду Совета Европы, учрежденная в 1971 году, стала первым европейским органом, в рамках которого на основе междисциплинарного подхода обсуждаются и анализируются национальная политика в области наркотиков и проблемы, связанные со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом. В 1982 году на конференции Группы Помпиду на уровне министров было принято решение поручить группе экспертов-эпидемиологов разработать системы мониторинга для оценки характера и масштабов злоупотребления наркотиками и связанных с этим проблем.

Экспертов назначают постоянные представители Группы Помпиду в соответствующих странах исходя из опыта их работы в области эпидемиологии. За последние 20 лет в работе группы экспертов в разное время участвовали несколько сот экспертов из более 40 стран Европы.

При выполнении своего мандата группа экспертов придерживается подхода, основанного на исследованиях в различных городах. Это связано, в частности, с тем, что в 1980-х годах проблемы наркомании в Европе отмечались, главным образом, в крупных городах, а данные на национальном уровне в целом отсутствовали. Однако более важным представляется следующий аргумент: менее масштабные, по сравнению со странами, обследования городов дают возможность легче интерпретировать основные показатели в соответствующем контексте. Деятельность по созданию систем мониторинга, известная как исследования в различных городах Группы Помпиду, в течение многих лет является главным направлением деятельности группы экспертов. Большинство других проектов, инициированных группой экспертов за последние десятилетия, либо начинались с исследований в различных городах, либо проводились по той же схеме.

### **Цели исследований в различных городах**

Поскольку мониторинг представляет собой процесс наблюдения за изменениями в наблюдаемых объектах в целях осуществления мер вмешательства или оценки их результативности, цели исследований в различных городах в рамках мандата группы экспертов определены следующим образом:

- a)* определение показателей для характеристики изменений в потреблении наркотиков и в связанных с наркотиками проблемах;
- b)* разработка методов сбора и представления данных по этим показателям;
- c)* оценка форм и тенденций в области потребления наркотиков в различных странах Европы;
- d)* разработка моделей для анализа и интерпретации данных для расчета показателей;
- e)* содействие внедрению показателей, методов сбора данных, форм отчетности и моделей интерпретации данных в практику лиц, ответственных за разработку политики, и специалистов по реализации мер вмешательства.

Эти цели реализуются в рамках общей концептуальной структуры, в которой потребление наркотиков и связанные с этим проблемы увязываются с мерами вмешательства и источниками данных (см. рис.).

В первые несколько лет группа экспертов в основном занималась разработкой показателей и методики сбора данных. В конце 1980-х годов главным направлением ее деятельности стал анализ форм и тенденций в области употребления наркотиков. До 1996 года тенденции отслеживались на уровне городов и стран, отчасти потому, что показатели по отдельным городам целесообразно сопоставлять с ситуацией в стране, а частично потому, что в ряде случаев, вопреки первоначальным ожиданиям, имелись в наличии или были доступны только данные на национальном уровне. В конце 1990-х годов группа стала уделять больше внимания анализу и интерпретации данных в конкретном местном



контексте. В программе работ на 2000–2003 годы к числу приоритетных задач относятся распространение систем мониторинга и создание потенциала на местном уровне для внедрения этих систем.

### Проект “Сеть городов”

Хотя эксперты, участвующие в исследованиях в различных городах, не являются официальными представителями соответствующих городов, принято говорить о сети городов и городах-участниках, а не об отдельных участвующих экспертах. В этом смысле можно говорить, что за последние два десятилетия в различные периоды в исследованиях приняли участие 42 города из 23 стран. Однако следует отметить, что лишь несколько городов участвовали в исследовании на протяжении более 10 лет, а некоторые активно участвовали в сети лишь в течение одного-двух лет.

Количество участвующих городов возрастало, особенно в середине 1990-х годов, когда к Группе Помпиду присоединились многие государства Восточной Европы. Расширение сети затруднило управление проектом “Сеть городов”, но в то же время улучшилось качество данных и повысилась их сопоставимость: многие новые города-участники с самого начала использовали для сбора данных протоколы, принятые в исследовании, а многие из прежних городов-уча-



стников все еще были вынуждены приспособливаться к действующим местным системам мониторинга. В тот же период, когда проект “Сеть городов” распространился на города Восточной Европы, сократилось участие городов Западной Европы в связи с созданием Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании и соответствующей ориентацией Западной Европы на национальные системы мониторинга. С этого времени ряд городов Западной Европы более не участвуют в сети.

## **Методы работы**

Исследования в различных городах основаны не на сети городов, а на сотрудничестве с сетью заинтересованных экспертов. Назначение экспертов в состав группы не обязывает к участию в исследовании различных городов, а участники исследования не подотчетны органам власти городов, по которым они предоставляют данные. В рамках такого добровольного сотрудничества ключевыми принципами проведения исследований в различных городах являются помощь и поддержка сети экспертов.

Обмен информацией и опытом в рамках проекта “Сеть городов” осуществляется на пленарных заседаниях, заседаниях рабочих групп по проектам и семинарах, а также посредством опубликования докладов. Деятельность экспертов обеспечивает секретариат Группы Помпиду и координирует консультант по техническим вопросам.

### *Пленарные заседания*

Как правило, дважды в год группа экспертов проводит пленарные заседания, на которых рассматриваются, главным образом, ход и результаты исследований в различных городах. На этих ежегодных заседаниях участники во время обсуждений “за круглым столом” представляют доклады о состоянии дел в своих городах: о тенденциях в изменении основных показателей, проблемах при сборе данных, изменениях в потреблении наркотиков и политике в области наркотиков, результатах последних исследований на местном уровне и т. д. Эти доклады публикуются от имени группы экспертов и обсуждаются на пленарных заседаниях. Кроме того, группа направляет в секретариат Группы Помпиду рекомендации о реализации конкретных проектов и создании групп по проектам. В работе пленарных заседаний группы экспертов принимают участие представители Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании, Европейской комиссии, Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП), Всемирной организации здравоохранения и Национального института Соединенных Штатов Америки по борьбе со злоупотреблением наркотиками.

### *Рабочие группы по проектам*

Многие аспекты деятельности системы мониторинга реализуются через специализированные проекты. Проекты посвящены самым разным темам – от проверки обоснованности или надежности показателей, форм отчетности и мето-

дов сбора данных до анализа данных. В последние годы осуществляется все больше проектов, посвященных методам качественного анализа, отдельным целевым группам и моделям анализа. Срок реализации проектов, как правило, около двух лет, но некоторые проекты превратились в постоянные исследования, проводимые наряду с исследованиями в различных городах в рамках деятельности группы экспертов (например, проект контроля показателей потребностей в лечении) либо во взаимодействии с группой экспертов (например, Европейский проект обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков – ESPAD, который осуществляется под руководством Шведского совета по информации об алкоголе и наркотиках).

Как правило, деятельность по проектам координируется работающим по контракту консультантом. Рабочие группы по проектам проводят собрания по мере необходимости и могут привлекать к работе экспертов из других организаций. Результаты деятельности по проектам включаются в систему мониторинга в различных городах, а в ряде случаев общие стандарты показателей в области потребления наркотиков применялись международными организациями.

### *Семинары и конференции*

Группа Помпиду регулярно проводит семинары, на которых исследователи, лица, ответственные за разработку политики, и другие специалисты обмениваются опытом. Проведено несколько семинаров по проблемам, связанным с системой мониторинга в различных городах. Семинары явились полезным инструментом достижения более широкого и общего консенсуса в отношении стандартов показателей системы мониторинга и использования результатов мониторинга при выработке политики и осуществлении мер вмешательства.

В 2003 году Группа Помпиду проведет конференцию по вопросам стратегии, на которой предполагается обсудить состояние дел в области эпидемиологии наркомании в целях определения новых направлений будущей деятельности в этой области и развития местных систем мониторинга.

### *Публикации*

Обзор опубликованных отчетов Группы Помпиду представлен на веб-сайте Группы на портале Совета Европы ([www.coe.int/T/E/Social\\_cohesion/Pompidou\\_Group/](http://www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group/)).

Помимо отчетов групп по проектам по отдельным темам, сама структура исследований в различных городах имеет трехуровневую систему отчетности.

### *Годовые отчеты по отдельным городам*

Годовые отчеты по отдельным городам раньше представляли собой краткие монографии с изложением фактических данных, характеристикой тенденций и общей местной ситуации в области потребления наркотиков, но в 1990-х годах

многие отчеты были ужаты до размера сводок основных данных, когда рост объемов информации и требований в отношении отчетности стали превышать возможности участников в плане выделения ресурсов на эту деятельность. Кроме того, во второй половине 1990-х годов охват системы увеличивался на 30 городов в год, что затруднило распространение отчетов по городам. В 1998 году было принято решение заменить годовые отчеты по городам на отчетность в форме вопросников для сбора данных по показателям и информации об общих условиях.

### *Годовые сводные доклады о тенденциях в рамках сети*

Основные показатели отчетов по городам ежегодно суммируются в кратких докладах о важнейших отмеченных тенденциях. До 1997 года информация о тенденциях представлялась главным образом в виде анализа изменений, отмеченных за отчетный год, по сравнению с предыдущим годом. С 1998 года публикуются годовые сводные доклады, в которых представлена новая информация о долгосрочных тенденциях на основе имеющихся данных.

В целях сопоставления данных по разным городам основные показатели в сводных докладах представлены в процентном отношении к численности населения.

### *Отчеты о результатах исследований в различных городах*

В периодических отчетах о результатах исследований в различных городах содержатся сводная информация и сведения о тенденциях и изменениях в сети за 5–10 лет. Первый такой отчет, опубликованный в 1987 году, содержал данные по семи столичным городам Европы и включал анализ достоверности, значимости и сопоставимости ряда показателей, использованных для оценки тенденций в области потребления наркотиков. Второй отчет, опубликованный в 1994 году, содержал информацию о тенденциях в 13 городах за период до 1991 года. В третьем отчете, опубликованном в 2000 году, представлены данные за период 1991–1998 годов по 42 городам и учтено расширение сети в середине 1990-х годов на страны Восточной Европы; особое внимание уделяется различиям в показателях между странами Западной и Восточной Европы.

## **Система мониторинга в различных городах**

В основе системы мониторинга проекта “Сеть городов” лежит комплекс единых показателей потребления наркотиков и связанных с наркотиками проблем, по которым сбор данных осуществляется ежегодно. Сбор данных по показателям дополняется информацией о характере и источниках местных данных, а также о контекстуальных условиях потребления наркотиков и связанных с наркотиками проблем. В системе мониторинга используются руководящие принципы и стандартные формы отчетности. С 2002 года появилась возможность заполнять формы отчетности в электронном виде; собираемая информация хранится в единой базе данных.

## Показатели

Показатели в области потребления наркотиков и связанных с наркотиками проблем составляют основу системы отчетности по различным городам. Основные показатели не меняются в течение многих лет и охватывают следующие области:

*a) распространенность:* показатели распространенности потребления наркотиков основаны на данных обследований населения в целом и обследований школ;

*b) проблемное потребление наркотиков:* потребление инъекционных наркотиков, оценочные данные о проблемном потреблении наркотиков;

*c) лечение:* спрос на первичное и другие виды лечения; лечение методом замены опиатов (с 1997 года); несчастные случаи в связи с употреблением наркотиков, не приведшие к летальному исходу; данные о госпитализации в больницы общего профиля и в психиатрические лечебницы (до 1996 года);

*d) заболеваемость и смертность в связи с употреблением наркотиков:* заражение гепатитом В и гепатитом С, связанное с употреблением наркотиков (с 1998 года); случаи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа); количество смертей, связанных с употреблением наркотиков;

*e) правонарушения, связанные с наркотиками:* количество задержаний за правонарушения, связанные с наркотиками; количество судимостей за правонарушения, связанные с наркотиками; употребление наркотиков в местах заключения (до 1996 года);

*f) рынок наркотиков:* случаи изъятия наркотиков; цены на наркотики и степень чистоты наркотиков, продаваемых на улицах.

Терминология, концепции и форматы отчетности, относящиеся к основным показателям, определены в регулярно обновляемых руководящих принципах проведения исследований в различных городах. В третьем пересмотренном издании руководящих принципов определения терминов и форматы отчетности приведены в соответствии с требованиями Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании в отношении национальных систем отчетности.

Хотя набор показателей, используемых при проведении исследований в различных городах, соответствует принятым во всем мире базовым требованиям в отношении систем мониторинга потребления наркотиков (в частности, требованиям, сформулированным экспертами на Встрече по достижению консенсуса в области информационных систем по наркотикам: принципы, структуры и показатели, которая состоялась 20–21 января 2000 года в Лиссабоне), следует отметить, что определения и форматы отчетности по ряду показателей все еще находятся в процессе обсуждения. По-прежнему обсуждается вопрос об уместности ряда показателей для местных систем мониторинга. Наконец, консенсус, достигнутый среди экспертов в рамках проекта “Сеть городов”, не обязательно означает, что эти показатели используются или внедряются на уровне

городов. На практике большинство городов-участников по-прежнему могут только представлять данные по тому или иному набору показателей.

В идеальном случае данные по показателям должны представлять собой научно обоснованные количественные оценки по отчетному городу. В отношении показателя распространенности среди населения в целом и среди школьников это означает представление данных обследований, взвешенных с учетом статистических оценок численности населения и числа школьников; в отношении задержаний статистические административные данные по определению отражают реальное положение дел, поскольку задержания за правонарушения, связанные с наркотиками, производятся только полицией. Но в остальных случаях, например, в отношении данных о лечении, представленные данные зачастую являются лишь количественными административными данными и не всегда соответствуют истинному положению дел.

### **Источники данных, охват и методы сбора данных**

В соответствии с предоставленным мандатом эксперты, участвующие в исследованиях в различных городах, неизменно уделяют внимание методическим аспектам сбора и анализа данных по показателям. Информация об источниках, охвате и методах сбора представленных данных является неотъемлемой частью любой отчетности, поскольку такая информация необходима для оценки достоверности и сопоставимости данных. Например, при анализе данных о предоставленном лечении необходимо точно знать, относятся ли эти данные только к специализированным наркологическим заведениям или включают информацию о медицинских услугах по снижению порогового уровня и лечению, предоставляемых местными врачами общего профиля. Начиная с 1998 года сбор информации о методике получения данных осуществляется на основе стандартных форматов отчетности, но пока не решен вопрос о том, каким образом следует учитывать различия в методике сбора данных при оценке тенденций.

### **Заключения экспертов**

Со времени создания системы мониторинга большинство экспертов выражают свои мнения по проблемам потребления наркотиков и связанных с наркотиками проблемам в исследуемых городах, даже если они не располагают достаточной количественной информацией, подтверждающей их оценку положения или предполагаемые тенденции. Кроме того, когда количественные данные о показателях и исходных условиях имеются, они зачастую являются неполными, сомнительными или ненадежными, а глубокий научный анализ имеющихся данных во многих случаях выходит за рамки возможностей составляющих доклады экспертов. В результате всегда есть некоторый процент “приблизительных оценок” в отношении положения дел и процессов на местах. Обсуждение и критика таких “приблизительных оценок” являются одной из важнейших функций обсуждений за “круглым столом” во время ежегодных встреч групп экспертов.

В последние годы в рамках исследований в различных городах и других проектов группы экспертов проводились эксперименты по систематическому сбору заключений экспертов о тенденциях и процессах, при этом специалисты выступали не только как исследователи, но и как информированные эксперты по объектам наблюдений. Первые результаты этих экспериментов весьма перспективны, и при подготовке третьего переработанного издания руководящих принципов по проведению исследований в различных городах заключения экспертов по некоторым тенденциям включены в систему мониторинга в различных городах.

Учет заключений экспертов может компенсировать недостаток количественных оценок по показателям, а также сыграть положительную роль в случаях, когда количественные данные нельзя считать достоверными и надежными оценками численности населения. Хотя основная цель исследований в различных городах состоит в выработке и внедрении научно обоснованных количественных показателей, полное отсутствие информации (а это означает, что эпидемиологические тенденции нельзя отследить) нельзя считать надежной основой для реализации политики и мер вмешательства в области наркотиков. Систематический сбор заключений экспертов признан неотъемлемой частью системы глобального мониторинга ЮНДКП, основанной на вопросниках к ежегодным докладам. В 2002 году в рамках исследований в различных городах приняты стандартные форматы отчетности для сбора заключений экспертов в дополнение к формам для сбора количественных данных по показателям. Однако необходимо отметить, что надлежащая и осуществимая на практике методика оценки заключений экспертов пока еще не разработана.

## Контекст

Данные по показателям дают некоторое представление об условиях, в которых они были получены. Это имеет значение для понимания полученных данных и интерпретации тенденций, особенно при сопоставлении показателей по разным городам. Контекстуальная информация может включать демографические, социально-экономические и социально-культурные характеристики городов, данные об истории развития потребления наркотиков в том или ином конкретном месте, об организационной структуре и возможностях органов, осуществляющих меры вмешательства, о разработке политики и законодательства в области контроля над наркотиками, о реакции и отношении общественности к употреблению наркотиков.

Хотя необходимость контекстуальной информации общепризнанна, по-прежнему нелегко определить, какие именно сведения нужны для более глубокого понимания данных по показателям и обеспечения их сопоставимости. Сравнительные исследования форм потребления наркотиков, в которых учитывается контекст существования таких форм, по-прежнему проводятся редко. До 1998 года контекстуальная информация в рамках исследований в различных городах (если она вообще предоставлялась) представлялась в свободной форме. Такой подход обеспечивал составляющим доклады экспертам значительную гибкость в решении вопросов о том, какая именно информация имеет особое значение для данного города, но это ограничивало возможности проведе-

ния сравнительного анализа данных, поскольку каждый эксперт уделял особое внимание различным вопросам. В 1998 году в исследования в различных городах были включены инициативы по расширению охвата и повышению сопоставимости контекстуальной информации за счет использования стандартных форматов отчетности по обзорам городов и проведения в рамках пленарных заседаний группы экспертов специализированных семинаров по вопросам интерпретации данных.

Работа по сбору соответствующей контекстуальной информации может оказаться весьма сложной и занимать много времени, а сам контекст достаточно редко подвержен заметным изменениям в течение непродолжительного периода времени, поэтому в рамках системы мониторинга в различных городах сбор такой информации осуществляется один раз в 4–5 лет, перед опубликованием периодического отчета об исследованиях в различных городах.

## **Вспомогательные средства**

### *Формы отчетов*

В 1998 году в третьем пересмотренном издании руководящих признаков по проведению исследований в различных городах были впервые представлены электронные формы для сбора данных. Такое нововведение приветствовалось как способствующее совершенствованию отчетности по городам, однако на практике возникло еще больше проблем, поскольку предложенные форматы (Microsoft Word и Excel) были тесно привязаны к используемым компьютерным платформам, операционным системам и версиям компьютерного обеспечения. В пересмотренном издании 2002 года были учтены изменения в вопроснике ЮНДКП к ежегодным докладам, и вопросник к ежегодным докладам по различным городам был переведен в специальный компьютерный формат в целях решения возникших проблем и обеспечения возможности создания легкой в управлении автоматизированной базы данных. В распространяемых формах отчетов содержались автоматические ссылки на соответствующие разделы руководящих принципов по проведению исследований в различных городах.

Действующая форма отчета размещена на странице проекта “Сеть городов” на веб-сайте координатора этих исследований ([www.quinx.nl](http://www.quinx.nl)).

### *База данных*

В рамках проведенных в 2000 году исследований в различных городах была создана база данных, включающая все сообщенные с 1991 года данные по показателям. В ближайшем будущем с этой базой данных будут увязаны новые электронные формы ежегодных отчетов, что позволит экспертам по городам сопоставлять новые данные с ранее представленной информацией или данными по другим городам.

Отдельные наборы ключевых показателей из баз данных в принципе доступны всем заинтересованным исследователям. Подробности можно узнать на веб-сайте [www.quinx.nl](http://www.quinx.nl).

## Извлеченные уроки

Двадцатилетний опыт проведения Группой Помпиду исследований в различных городах позволяет сделать некоторые заключения о развитии и ведении систем мониторинга и сетей, относящихся к потреблению наркотиков и связанным с наркотиками проблемам:

*a)* Исследования в различных городах позволили разработать соответствующие показатели и достичь согласия по поводу набора единых показателей и форматов отчетности для отслеживания общих тенденций в потреблении наркотиков и связанных с наркотиками проблем. Эти результаты достигнуты, прежде всего, благодаря структуре проекта “Сеть городов”, основанной на личной приверженности делу участвующих экспертов, а не направлении конкретных заданий и официальных поручений местным органам власти. Неофициальный характер этой сети дает возможность проведения открытого диалога и обеспечивает необходимую гибкость в охвате различных аспектов положения в области наркотиков. Среди участвующих экспертов преобладают научные работники, что позволяет проводить постоянную оценку прогнозируемых и фактических показателей на предмет соответствия реальным тенденциям и процессам.

*b)* Неформальный характер структуры также предполагает меньшую ориентированность сети на результаты в плане установления приоритетов или выполнения задач в определенные сроки. Отсутствие в целом непосредственных отношений с местными органами власти приводит к тому, что в ряде случаев сеть не в состоянии обеспечить внедрение разработанных инструментов мониторинга на уровне города. В результате сбор данных по городам, которые необходимы для подтверждения показателей, а также оценки и анализа общеевропейских тенденций, страдает серьезными недостатками в плане непрерывности временных рядов, охвата и сопоставимости данных по показателям. Проведение и продолжение мониторинга на уровне городов требуют, чтобы городские власти взяли на себя ведущую роль и ответственность за деятельность разработанных систем.

*c)* Выработка показателей и форматов отчетности должна осуществляться параллельно с созданием механизмов обеспечения работы системы мониторинга. Это включает не только эффективные процедуры сбора данных по показателям, оказание помощи респодентам и обеспечение доступных баз данных, но и налаживание обратной связи с городами, которые предоставляют данные. Долгое время такие механизмы не действовали. Рост числа городов-участников, а также расширение требований в отношении соблюдения протоколов сбора данных и информации при отсутствии средств управления данными привели к тому, что система мониторинга едва не стала жертвой собственного успеха: система сбора данных, в которой отсутствуют многие показатели и которая труднодоступна, не может служить эффективным средством анализа или понимания форм и тенденций в области эпидемиологии.

Представленные выводы свидетельствуют о целесообразности проведения различий между разработкой и оценкой систем мониторинга, с одной стороны, и внедрением и обеспечением деятельности таких систем – с другой. В обоих



случаях существуют различные требования к видам используемых сетей. При разработке и оценке полезно использовать неформальные структуры, рассчитанные на отдельные города; при внедрении и обеспечении деятельности следует привлекать более официальные городские структуры, которые способны обеспечить непрерывность деятельности и необходимую инфраструктуру.

# **Понимание тенденций в области наркотиков в Соединенных Штатах Америки: роль Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин как части комплексной информационной системы по наркотикам**

---

**Ж. СЛОБОДА**

*Институт здравоохранения и социальной политики, университет Акрона,  
Акрон, Огайо, Соединенные Штаты Америки*

**Н. ДЖ. КОЗЕЛ**

*Управление исследований в области эпидемиологии, услуг и профилактики,  
Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотиками,  
Национальный институт здравоохранения, Бетесда, Мэриленд,  
Соединенные Штаты Америки*

## **РЕЗЮМЕ**

*На заседании в июне 2001 года Рабочая группа эпидемиологических исследований на уровне общин отметила свое 25-летие. Это заседание дало возможность проанализировать вклад Группы в понимание проблемы наркомании и форм злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах Америки. В настоящей статье этот вклад рассматривается с двух точек зрения: предмет эпидемиологии наркомании и методы эпидемиологических исследований в области злоупотребления наркотиками.*

*Ключевые слова:* модель РГЭО; системы наблюдения; новые формы потребления наркотиков.

---

## **Введение**

С момента создания в 1974 году Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками (НИЗН) в Соединенных Штатах Америки создано несколько систем данных для оценки потребления алкоголя, табака и наркотиков в стране. Традиционные периодические обследования представительных выборок домохозяйств и школ позволяют получить оценки уровня распространенности потребления этих веществ и связанных с ними проблем. Хотя такие обследования обеспечивают надежную информацию для использования при разработке политики, но они не дают возможности судить о новых тенденциях в потреблении этих веществ. Кроме того, поскольку проведение обследований, как правило, требует значительных затрат, до недавнего времени они проводи-

лись только в общенациональном масштабе. На уровне штатов или на местном уровне оценки потребления этих веществ, особенно членами домохозяйств, рассчитывались на основе различных методов экстраполяции, каждый из которых отличался своими методологическими проблемами, что отрицательно сказывается на достоверности результатов. Крупнейшее в своем роде в Соединенных Штатах национальное обследование домохозяйств по вопросам злоупотребления наркотиками было проведено Департаментом здравоохранения и социальных услуг. Масштабы этого обследования недавно были расширены путем увеличения размеров выборок домохозяйств в нескольких штатах.

Периодическую местную информацию о тенденциях в злоупотреблении наркотиками и особенно о новых формах потребления все труднее оценивать с помощью традиционных методов эпидемиологических исследований. В начале 1970-х годов на основе адаптации методов наблюдения в системе здравоохранения специалистами ряда учреждений по лечению наркомании были разработаны собственные методики проведения оценок потребностей для планирования услуг в Вашингтоне, Округ Колумбия. Была создана группа экспертов, которые имели доступ к данным о потреблении героина в указанном районе либо хорошо знали положение дел. В ходе совещаний этой группы была не только проведена оценка численности проблемных потребителей героина, но и выявлены новые и прочие проблемы, связанные с потреблением наркотиков [1, 2]. Так появилась Рабочая группа эпидемиологических исследований на уровне общин (РГЭО). Именно РГЭО охарактеризовала различия в формах потребления наркотиков в различных регионах и выявила новые формы потребления наркотиков. Данные о новых проблемах были включены в национальные обследования домохозяйств и школ для получения оценок распространенности этих проблем в стране. Представлено описание новых форм, таких как употребление метаквалона (квалюда), флунизтразапама (рохипнола), кокаина крэк, а также отмечаемой в последнее время тенденции роста потребления каннабиса, метамфетамина и героина. В последнее время также представлены данные об употреблении гидрохлорида оксикодона (оксиконтин), гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК) и других родственных наркотических средств [3–5]. Для эпидемиологов в области наркомании и исследователей в области профилактики сочетание информации, полученной в ходе обследований домохозяйств и школ, и отчетов РГЭО дало возможность проведения дополнительных аналитических исследований и разработки профилактических мер вмешательства.

### **Информация о Рабочей группе эпидемиологических исследований на уровне общин**

В настоящее время в состав РГЭО входят представители целевых городов\* в различных регионах Соединенных Штатах, представляющих основные географические регионы страны и разнообразные группы населения. Эпидемиологическая характеристика представленных регионов основана на информации из

---

\*Атланта, Балтимор, Бостон, Чикаго, Детройт, Гонолулу, Лос-Анджелес, Майами, Ньюарк, Новый Орлеан, Нью-Йорк, Филадельфия, Феникс, Сент-Луис, Сан-Диего, Сан-Франциско, Сиэтл и Вашингтон (О.К.).

городов, но в последнее время участники РГЭО стали собирать информацию в пригородах и в близлежащих сельских районах. Собрания членов РГЭО финансируются НИЗН и проводятся два раза в год, в июне и декабре. За несколько лет члены РГЭО и сотрудники НИЗН разработали форматы регулярной отчетности, так что собирается равнозначная информация [6]. Эту базовую информацию члены Группы дополняют результатами исследований, проводимых в соответствующих регионах, а во многих случаях также этнографическими сведениями и данными более качественного порядка, характеризующими связанные с наркотиками проблемы в конкретных районах.

Модель РГЭО признана привлекательной во многих других странах и регионах мира. Особый интерес она представляет для стран, испытывающих дефицит финансовых и людских ресурсов. В отличие от обследований и других методов эпидемиологических исследований, данная модель изначально не предполагает наличия тех или иных форм злоупотребления наркотиками. Основное назначение модели состоит в определении видов наркотиков, являющихся в настоящее время предметом злоупотребления, описании их химического состава и психоактивного воздействия, определении способов употребления и выявлении характерных особенностей населения, злоупотребляющего этими наркотиками. На основе этих параметров можно разрабатывать другие описательные исследования и аналитические исследования на основе разработанных гипотез.

Эта модель включает два важнейших компонента: эксперты, хорошо знающие проблему наркомании в своих общинах, и доступные данные, которые уже имеются или могут быть легко получены у ряда местных организаций или ведомств. Эта группа экспертов-наркологов собирает данные и использует стандартный формат для обобщения данных из различных “пассивных” источников (таких, как имеющиеся отчеты и другие базы данных) и из “активных” источников (таких, как обследования населения). Затем эксперты представляют свои доклады о текущих тенденциях в данном регионе и обсуждают их в целях выявления общих закономерностей или определения возможных факторов влияния на те или иные отмеченные изменяющиеся тенденции. Кроме того, они выявляют пробелы в имеющихся базах данных, определяют очередность ликвидации этих пробелов и вырабатывают конкретные меры по их ликвидации. Затем составляется доклад, включающий обобщенные данные и результаты обсуждений, который направляется лицам, ответственным за разработку политики, планирование программ, а также практикам и исследователям.

История развития употребления наркотиков помогает определять возможные источники информации о потребителях. Каждый наркотик оказывает свое физиологическое воздействие на потребителя. Большинство наркотиков не применяются в чистом виде, а смешиваются с другими вредными веществами. Кроме того, способы применения наркотиков могут сами по себе иметь определенные последствия для здоровья. Например, инъекционное применение наркотиков, особенно с использованием нестерильных игл, может привести к эмболическим заболеваниям или образованию тромбов, сепсису и другим инфекциям, требующим медицинского вмешательства, как правило, со стороны служб неотложной медицинской помощи. Иногда потребители умирают от

передозировки наркотиков. Кроме того, известно, что по мере привыкания к определенному наркотику у человека развивается толерантность к нему, и ему необходимы все большие дозы для достижения желаемого эффекта и купирования симптомов абстиненции. В результате некоторые наркоманы обращаются за лечением сами, но чаще всего на лечение их направляют родственники, работодатели и судебные органы. Наконец, потребители наркотиков могут нарушить местные законы о наркотиках либо быть втянутыми в незаконную деятельность в целях добывания средств к существованию и денег на наркотики. Эта схема позволяет определить шесть возможных источников информации о потребителях наркотиков: данные о госпитализации и о поступлении в отделения неотложной медицинской помощи; отчеты учреждений здравоохранения об инфекционных заболеваниях; отчеты токсикологических учреждений; записи смертей, по данным медэкспертов, coronеров и других ведомств; данные о приеме на наркологическое лечение; данные об арестах.

Хотя эти источники предоставляют надежную информацию, они имеют следующие недостатки: *a*) в них содержатся данные о лицах, которые, возможно, только один раз попробовали наркотики; *b*) они не дают представления о “населении в целом”, то есть на основе представленных числовых данных нельзя рассчитать уровни распространенности наркомании и заболеваемости среди населения в целом; *c*) один и тот же наркоман может фигурировать в нескольких сводках, поэтому нельзя считать, что каждая запись не связана с другими; *d*) эти данные могут изменяться под влиянием административных и политических изменений (например, если чиновник городской администрации, отвечающий за формирование общественного мнения, издаст распоряжение об усилении борьбы с наркоманами, количество арестов возрастет). Кроме того, многие государственные программы рассчитаны на менее влиятельные слои населения, что грозит еще одной потенциальной погрешностью. Местные эксперты намного лучше осведомлены о любом факторе, который влияет на собираемые ими сведения.

К другим видам предоставляемых правоохранительными органами данных, которые используются в таких сетях, относятся сведения об изъятиях наркотиков, такие как объемы и виды наркотиков, изъятых за определенный период. Осуществляется сбор сведений о ценах на наркотики и о качестве наркотиков, распространяемых на улицах. В отношении использования и интерпретации такой информации имеются очевидные ограничения, но, как ни странно, с течением времени значение сведений о ценах и качестве наркотиков, продаваемых на улицах, может увеличиться, особенно, если их использовать в сочетании с другой информацией, полученной из более надежных источников.

Эта модель может применяться на уровне города, страны или региона. Когда есть намерение объединить системы сбора данных по отдельным районам страны или по нескольким странам в более крупную сеть, такая система или сеть должна включать представителей от каждой из входящих в нее местных систем или сетей. Каждый представитель должен сообщать результаты работы своей системы. Обсуждения следует проводить с учетом положения дел в более крупном регионе, что позволит выявить общие тенденции.

Такая модель адаптирована к использованию в ряде стран. Информация о РГЭО поступает из нескольких источников. За последние 25 лет на заседания

группы приглашались эпидемиологи, другие исследователи или лица, ответственные за разработку политики, которые выступали с докладами о существующих в их странах формах потребления наркотиков. Во многом по аналогии с данной системой Группа Помпиду Совета Европы учредила в 1982 году группу экспертов по эпидемиологии. Цель этой группы состоит в разработке систем мониторинга для оценки характера и масштабов наркомании и связанных с нею проблем в Европе [7]. За последние 20 лет в работе группы экспертов в разные периоды участвовали несколько сотен экспертов из более чем 40 стран Европы. Все государства – члены Европейской комиссии направляют своего представителя на ежегодные заседания Группы с докладами о формах злоупотребления наркотиками в этих странах. Целевые города, нередко столицы государств-членов, избраны в качестве пунктов сбора данных. В некоторых странах созданы собственные рабочие группы эпидемиологических исследований на уровне общин и определены целевые города в автономных регионах.

Представители органов здравоохранения Мексики также проявили интерес к модели РГЭО и приступили к сбору информации по злоупотреблению наркотиками в крупнейших городах. Мексика адаптировала эту модель таким образом, что вместо анализа имеющихся данных разработаны инструменты проведения опросов, которые используются различными учреждениями и которые применялись для обследования выборки клиентов в целях получения сведений о видах потребляемых наркотиков, о методах и регулярности их потребления. Поскольку основной проблемой здоровья населения считалось употребление алкоголя, эти же инструменты использовались для сбора информации о потреблении алкоголя. В Мексике эпидемиологи решили использовать более активные формы сбора данных, поскольку имеющиеся данные были неполными либо вообще отсутствовали. Такой усиленный вариант модели был принят в ряде стран при разработке информационных систем по наркотикам [8].

Такие модели и их модификации применяются в Канаде, Центральной и Южной Америке, Карибском бассейне, Южной и Юго-Восточной Азии, Восточной и Южной Африке. На основе модели РГЭО Программа Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками разработала руководство по проведению семинаров по самоподготовке и профессиональной подготовке для использования в странах, намеревающихся создать собственные информационные системы по наркотикам.

### **Вклад Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин в изучение наркомании**

Последние 25 лет РГЭО играла важную роль в изучении наркомании в трех основных областях: определение новых тенденций, анализ пространственно-временной связи форм и способов потребления наркотиков, а также выработка вопросов для изучения и исследований.

#### *Новые тенденции*

Ранее новые формы потребления наркотиков сначала выявлялись по данным правоохранительных органов и отделений неотложной медицинской помощи.

В этих системах тенденции, особенно среди потребителей наркотиков, выявляются на один-два года раньше, чем среди населения в целом в ходе обследований домохозяйств или школ. Почти на каждом заседании РГЭО представляется информация о новых формах потребления наркотиков, включая злоупотребление новыми наркотическими средствами или их сочетаниями, о новых или альтернативных методах приема наркотиков или о новых группах потребителей. С начала работы РГЭО выявлено несколько новых форм.

Выявлены новые наркотические средства, включая метаквалон (квалюд) в конце 1970-х годов, кокаин крэк в начале 1980-х годов, флунитразепам (рохипнол) в начале 1990-х годов и совсем недавно – ГОМК и гидрохлорид оксикодона (оксиконтин). Выявление этих наркотических средств, являющихся предметом злоупотребления, привело к тому, что к борьбе с ними подключились местные органы здравоохранения, которые передали соответствующую информацию в лечебные учреждения и правоохранительные органы, а также с помощью электронных и печатных средств информации предупредили о новой опасности общественность. Хотя меры в отношении кокаина крэк были недостаточно энергичными, в отношении других наркотиков были приняты более оперативные и масштабные меры. Информирование общественности о новых наркотиках, являющихся предметом злоупотребления, является одной из главных задач РГЭО и финансирующей ее деятельности учреждения – НИЗН, который составляет и распространяет среди населения информационные бюллетени о новых наркотиках.

Один из новых способов приема наркотиков, выявленный РГЭО в начале 1990-х годов, – курение сигар из каннабиса. Такие сигары, называемые “блантс” (“blunts”), впервые были обнаружены у подростков-афроамериканцев в северо-восточных районах Соединенных Штатов. Сигары обычно запивались бутылкой пива. Затем такая практика распространилась и на другие районы страны. Курение сигар в сочетании с потреблением алкоголя получило столь широкое распространение, что эта форма потребления даже упоминалась в фильмах и песнях в стиле рэп. В конце 1980-х годов сотрудники Управления по обеспечению соблюдения законов о наркотиках Соединенных Штатов отметили, что колумбийские группы, занимающиеся изготовлением и незаконной торговлей кокаином, выращивают также и опийный мак [9]. В начале 1990-х годов на рынке появился героин из Колумбии. Он отличался более высокой степенью чистоты по сравнению с героином из Азии, и такая степень чистоты обеспечивала сильное психоактивное действие, даже при вдыхании наркотика. В тот же период была выявлена связь между инъекционным потреблением героина или героина в сочетании с кокаином и заражением вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Поэтому распространилось мнение, что героин, который можно применять без инъекций, безопаснее. Появление недорогого героина такой высокой степени чистоты привело к росту количества случаев употребления героина путем вдыхания (по данным правоохранительных органов и наркологических учреждений), при этом количество случаев инъекционного потребления героина сократилось. Наконец, РГЭО выявила еще один новый способ приема наркотиков – инъекционное потребление кокаина крэк. До собрания РГЭО, проходившего в Новом Орлеане в декабре 1994 года, сведений об инъекционном потреблении кокаина не поступало. Выступивший на собрании психиатр из

Парижа Родольф Инголд сообщил, что некоторые группы потребителей крэка инъецируют кокаин, растворив его в лимонном соке [10]. После этого доклада стали поступать и другие сообщения об инъекционном потреблении крэка, растворенного в лимонном соке или уксусе. Этот новый способ введения наркотика серьезно обеспокоил органы здравоохранения, поскольку связан со значительным ростом риска заражения ВИЧ и гепатитом среди наркоманов.

РГЭО также выявляет случаи, когда в употребление наркотиков вовлекаются новые группы населения. Например, на протяжении 1990-х годов осуществлялся мониторинг потребления героина среди молодежи пригородных районов целевых городов (сначала путем вдыхания, а затем и инъекций). В последнее время при сокращении потребления кокаина крэк среди некоторых групп населения, особенно афроамериканцев, отмечен рост потребления этого наркотика среди молодежи латиноамериканского происхождения. Одно из важнейших изменений последнего десятилетия – потребление метамфетаминов. Производство и потребление метамфетаминов было эндемичным для некоторых районов Соединенных Штатов, главным образом, на западе страны, в южной Калифорнии. Однако к середине 1980-х годов РГЭО отметила рост потребления метамфетаминов в ряде городов из других районов страны. В 1990-е годы появились сообщения о потреблении метамфетаминов не только в тех районах, где раньше этого не отмечалось, но и среди более молодых возрастных групп населения. По данным Управления по обеспечению соблюдения законов о наркотиках, которые были сопоставлены с сообщениями РГЭО, было установлено, что метамфетамины поставляют из Мексики, а распределение происходит по тем же маршрутам незаконной торговли, которые используются для транспортировки каннабиса. В ходе дальнейших оперативных мероприятий было установлено, что мексиканские наркоторговцы, торгующие каннабисом, также занимаются производством и распространением метамфетаминов.

Одна из важнейших задач РГЭО – установить, каким образом возникают новые формы потребления наркотиков и как они затем распространяются из одного района страны в другие.

### *Пространственно-временная связь форм потребления наркотиков*

Как и в случае эпидемии инфекционного заболевания, различные формы потребления наркотиков характеризуются определенной пространственно-временной связью. В докладах РГЭО отмечены многие общие элементы в формах потребления традиционных наркотиков: каннабиса, героина и кокаина. Однако, как представляется, определенные формы потребления наркотиков являются эндемичными для определенных районов страны. Например, как уже отмечалось, в течение долгого времени считалось, что потребление метамфетаминов представляет проблему лишь в западной части страны, особенно в Калифорнии. В каждом районе имеются свои особые проблемы, такие как рост и сокращение потребления фенциклидина (ФЦП) в Вашингтоне. В некоторых городах отмечаются формы потребления, которые отличаются от форм в других районах. Например, в Майами и Сан-Франциско отмечается низкий уровень потребления героина, а в Чикаго кокаин крэк появился позднее, чем



в других районах. Однако со временем формы потребления меняются, и в этих и других городах отмечается рост потребления указанных наркотиков. Хотя в ходе собраний Группы представители различных городов делятся опытом работы по выявлению, профилактике и решению текущих проблем в области наркотиков, органы здравоохранения зачастую бывают не готовы к распространению новых форм потребления наркотиков.

Один из характерных примеров пространственно-временной связи – отмеченное выше распространение по всей стране употребления метамфетаминов. В ответ на это в Соединенных Штатах были приняты такие меры, как оповещение населения, реализация программ профилактики в общинах, где были отмечены случаи употребления метамфетаминов среди учащихся средних школ, проводились конференции и практикумы для практических работников в общине и должностных лиц органов здравоохранения с целью распространения информации об употреблении метамфетаминов, а также профилактики и лечения злоупотребления ими.

### *Выработка вопросов для изучения и исследований*

В результате обсуждения географии распространения тенденций в потреблении наркотиков и выявления новых форм потребления, естественно, возникают гипотезы и вопросы, требующие дальнейшего изучения. Ответы на многие вопросы удастся получить в ходе этнографических или качественных исследований. В рамках обследований целевых групп или углубленных этнографических исследований такие вопросы изучаются и уточняются, а затем определяются целевые группы населения, планы выборки и планы проведения исследований, которые изучаются более подробно. Пач и Горман приводят в своей работе описание исследования в отношении метамфетаминов, которое было проведено на основе такой работы [11]. Исследование проводилось в шести городах, в том числе тех, для которых потребление метамфетаминов было эндемичным, тех, где проблема метамфетаминов встала недавно, а также в которых формы потребления еще не установлены. Это исследование позволило исследователям на местах получить информацию о характеристиках потребителей метамфетаминов и содержало дополнительные вопросы для изучения. Еще два таких вопроса были предложены участниками недавних совещаний РГЭО: причины роста числа случаев направлений в отделения неотложной медицинской помощи и наркологические лечебницы в связи с употреблением каннабиса, а также причины сокращения потребления кокаина крэк среди афроамериканцев.

### **Вклад Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин в методы эпидемиологии наркомании**

Работа РГЭО способствует развитию методики эпидемиологии наркомании различными способами: во-первых, обеспечивая описание ситуации с наркоманией (или “общей картины”) в определенном географическом районе; во-вторых, используя имеющиеся наборы данных; в-третьих, интегрируя количественную и качественную информацию; и в-четвертых, воздействуя на этот подход в различных странах мира.

### *Описание местной ситуации с наркоманией*

На совещаниях РГЭО отмечалось, что за последние 25 лет некоторые формы потребления наркотиков получили большее распространение в определенных городах по сравнению с другими. Формы потребления наркотиков отражают не только характер действующих сетей распространения наркотиков, но и сложившийся в данном районе образ жизни. Образ жизни может относиться к преобладающему роду занятий или к традициям. Исследователи с интересом отмечают, что некоторые формы потребления наркотиков характерны только для какого-либо одного района или для определенных подгрупп населения, не распространяясь на другие районы или подгруппы. Модель РГЭО, особенно когда осуществляется сбор данных из различных источников за разные периоды времени, позволяет получить “общую картину” ситуации с наркоманией в данном районе. Такая обобщенная информация соответствует потребностям лечебных учреждений, практических работников по профилактике, правоохранительных органов и исправительных учреждений, а также лиц, ответственных за разработку политики. Такая информация позволяет разработать целенаправленные меры вмешательства для конкретных групп населения. Кроме того, описательная информация является благодатной почвой для проведения углубленных этнографических и количественных исследований.

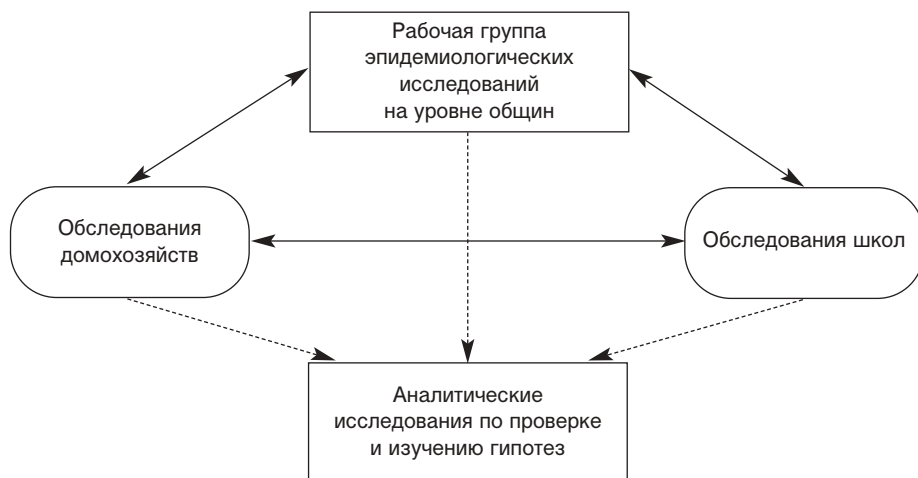
### *Использование имеющихся наборов данных*

РГЭО имеет значительный опыт работы с имеющимися наборами данных, разработаны форматы отчетности и аналитические подходы, позволяющие обрабатывать различные и несистематизированные наборы данных. В принципе в большинстве районов Соединенных Штатов имеются сведения об арестах в связи с наркотиками и о направлениях на наркологическое лечение. Во многих рассмотренных выше моделях эта информация наряду с опросами ключевых респондентов является основой информационных систем по наркотикам. Помимо этих источников РГЭО также использует информацию отделений неотложной медицинской помощи, больниц, судмедэкспертов (или коронеров), данные об изъятиях наркотиков (качество и цена), данные токсикологических центров. В последнее время в наборы данных включается информация из систем отчетности органов здравоохранения об инфекционных заболеваниях, с тем чтобы отражались не только случаи ВИЧ/СПИДа среди наркоманов, но и случаи гепатита В и С. Как уже отмечалось, у каждого источника данных имеются свои недостатки, но участники РГЭО научились оценивать роль каждого набора данных и учитывать его недостатки. Информация о формах потребления наркотиков в конкретных районах позволяет получить более полную картину в целях более точной интерпретации данных.

### *Интегрирование количественной и качественной информации*

Модель РГЭО позволяет включать количественную и качественную информацию. В ходе анализа имеющихся данных формируется процесс исследований, применяемый при изучении ряда вопросов или гипотез, возникающих на осно-

## Комплексная эпидемиологическая информационная система по наркотикам



ве полученных данных. Во многих случаях такие исследования приводят к проведению исследований большей аналитической направленности, как количественных, так и качественных, которые также включаются в программы постоянных исследований. Качественная информация подкрепляет количественные данные, способствуя подтверждению результатов этих исследований.

Начато проведение экспериментальных этнографических исследований в целях изучения вопросов, возникших в связи с полученными РГЭО данными. Процесс разработки вопросов для изучения путем формулирования конкретных вопросов на основе количественных данных и последующий анализ их значимости с использованием качественных методов подробно рассматриваются в серии исследований, проводимых в рамках проекта РГЭО [12]. Вопросы для изучения формулируются в ходе диалога между представителем РГЭО и этнографом. Проведенные экспериментальные этнографические исследования были направлены на изучение вопросов, имеющих практическую значимость для той или иной общины. Кроме того, в рамках этой серии исследований проводилось изучение процесса интегрирования уникальных данных с использованием количественных и качественных методов исследований. По итогам этой работы выявлены дополнительные преимущества применявшегося РГЭО подхода: возможность взаимодействия с представителями местных научных кругов и предоставляющих услуги организаций, выявление наиболее актуальных вопросов, проведение целенаправленных исследований на местах, а также оперативная обратная связь с лицами, ответственными за управление и планирование в органах здравоохранения.

### Создание информационной системы

Пожалуй, главная заслуга РГЭО и ее деятельности состоит в признании того, что создание информационной системы на основе имеющихся данных может способствовать более глубокому пониманию форм потребления наркотиков

в определенном географическом районе. Такой малозатратный основополагающий подход к учету видов и способов потребления наркотиков, к выявлению характеристик и определению местонахождения групп потребителей наркотиков позволяет директивным органам разрабатывать стратегии сокращения спроса и предложения наркотиков и оценивать их результативность. История деятельности РГЭО и важная роль проделанной ею работы демонстрируют преимущества данного подхода. В результате модель РГЭО пользуется поддержкой местных планирующих органов на всей территории Соединенных Штатов и применяется специалистами по борьбе с наркоманией во многих странах мира. Информационная система, позволяющая сочетать модель РГЭО и данные обследований домохозяйств и школ, обеспечивает наиболее качественные данные для обоснованного планирования программ и определения направлений дальнейших исследований. На рисунке представлена идеальная система, позволяющая получить полную картину состояния наркомании в общине на основе информации РГЭО или аналогичной группы и данных обследований домохозяйств, населения или школ. Новые проблемы анализируются в сопоставлении с преобладающими формами потребления конкретных видов наркотиков (по данным обследований домохозяйств и школ) и данными о начале употребления в таких формах (по данным обследований школ). Новые формы потребления наркотиков, отмеченные в рамках РГЭО, приводят к переносу акцента на вопросы, задаваемые в ходе обследований домохозяйств и школ и относящиеся к степени распространения тех или иных форм среди населения в целом. Итоги анализа данных из всех этих источников служат для выработки вопросов исследований для более глубокого изучения с использованием качественных и количественных методов.

## **Выводы**

Злоупотребление наркотиками представляет серьезнейшую опасность для здоровья населения во всем мире. Но сама природа моделей поведения, связанных со злоупотреблением наркотиками, ограничивает применение традиционных эпидемиологических методов, используемых в здравоохранении, для оценки характера и масштабов такого поведения в отдельно взятом географическом районе. Особую проблему представляет постоянно меняющийся характер наркомании. Необходим постоянный мониторинг видов наркотиков, являющихся предметом злоупотребления, способов их приема, демографических данных по соответствующим группам населения. Модель РГЭО, разработанная в Соединенных Штатах в начале 1970-х годов, направлена на выполнение этой задачи. Работа участников РГЭО за последние три десятилетия, направленная на подробное описание форм наркомании и на выявление новых тенденций в злоупотреблении наркотиками, существенно содействовала органам здравоохранения при выработке стратегий, позволяющих решать проблемы, пока они еще не распространились широко. Данное средство охраны здоровья населения может быть использовано на местном, региональном, национальном и международном уровнях. Полученная в рамках РГЭО информация в сочетании с данными обследований домохозяйств, населения в целом и школ может служить надежной основой для характеристики форм злоупотребления наркотиками в том

или ином конкретном районе. Кроме того, эти данные позволяют сформулировать вопросы для дальнейшего изучения в рамках аналитических исследований или исследований по проверке гипотез. Быстрое распространение модели РГЭО во многих странах и регионах мира является, несомненно, свидетельством эффективности данного подхода.

## Библиография

1. R. L. Dupont and T. E. Piemme, "Estimation of the number of narcotic addicts in an urban area", *Medical Annals of the District of Columbia*, vol. 42, No. 7 (1972), pp. 323-326.
2. Z. Sloboda and N. J. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", *Drug Abuse Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.
3. United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, December 2001*. Представлено по адресу <<http://www.drugabuse.gov/CEWG/AdvancedRep/1201ADV/1201adv.html>> (доступно с 13 ноября 2002 года).
4. United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume I: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group; Highlights and Executive Summary, Revised December 2001*, NIH publication No. 02-5109 (Bethesda, Maryland, May 2002).
5. United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group, December 2001, Volume II: Proceedings*, NIH publication No. 02-5110 (Bethesda, Maryland, April 2002).
6. United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Assessing Drug Abuse within and across Communities*, NIH publication No. 98-3614 (Bethesda, Maryland, 1998).
7. Р. Блесс, "Опыт реализации проекта "Сеть городов" Группы Помпиду, 1983–2002 годы", *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том LV, № 1 и 2 (2003 год).
8. М.Э. Медина-Мора и др., "Мексика: системы эпидемиологической диагностики злоупотребления наркотиками", *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том LV, № 1 и 2 (2003 год).
9. United States of America, Drug Enforcement Administration, "Source to the street: mid-1993 prices for cannabis, cocaine, heroin", DEA-93036, Washington, D.C., September 1993.
10. United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume II: Proceedings, Community Epidemiology Work Group, December 1994*, NIH publication No. 95-3989 (Bethesda, Maryland, 1995), p. 334.
11. А. Пач III и Е.М. Горман, "Этно-эпидемиологический подход к изучению новых тенденций в области наркомании в различных районах: распространение

метамфетамина в Соединенных Штатах Америки”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том LIV, № 1 и 2 (2002 год).

12. M. H. Agar and N. J. Kozel, eds., “Special issue on ethnography and substance use: talking numbers”, *Substance Use and Misuse*, vol. 34, No. 14 (1999).



# Эпидемиология наркомании в европейских институтах: история вопроса и ключевые показатели

**Р. Л. ХАРТНОЛЛ**

*Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, Лиссабон*

## РЕЗЮМЕ

*В настоящей статье прослеживается эволюция эпидемиологии наркомании в Европе с 1960-х годов до наших дней в свете изменений в понимании связанных с наркотиками явлений и в информационных потребностях лиц, ответственных за разработку политики. В частности, особое внимание уделяется разработке эпидемиологических показателей в рамках новых европейских политических и институциональных инструментов и структур по борьбе с незаконными наркотиками. В статье отмечается также значимость расширения международных исследований в сфере эпидемиологии наркомании и сотрудничества между исследовательскими сетями.*

*Впервые заинтересованность в эпидемиологии на европейском уровне была отмечена в начале 1970-х годов с созданием Группы Помпиду. Разработка различных показателей по наркотикам ускорилась в 1980-х годах после образования в рамках Группы Помпиду Совета Европы группы экспертов по эпидемиологии. За этим последовало создание Европейским союзом в 1993 году Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН).*

*В 1990-е годы ЕЦМНН совместно с государствами-членами продолжил разработку пяти ключевых показателей распространенности наркотиков и последствий их употребления для здоровья с целью совершенствования качества и повышения сопоставимости основных данных, необходимых для описания и анализа на европейском уровне явления наркозависимости. В начале 2000-х годов эти показатели были приняты государствами-членами, одобрены Европейским Советом и включены в Стратегию Европейского союза в отношении наркотиков и в План действий на период 2000–2004 годов. В настоящее время задача состоит в том, чтобы добиться внедрения этих ключевых показателей в государствах-членах в качестве основы эпидемиологической информационной системы по наркотикам Европейского союза. Крайне важно, чтобы эти показатели были дополнены количественными и качественными исследованиями и соответствующей информацией, что давало бы возможность правильной интерпретации данных и ответов на актуальные политические вопросы.*

**Ключевые слова:** эпидемиология; системы мониторинга наркотиков; показатели; Европа.



## **Эпидемиология наркомании в Европе: исторические корни**

Эпидемиология наркомании в Европе развивалась под воздействием ряда факторов, в том числе под влиянием различных дисциплин – не только классической эпидемиологии и наблюдения за состоянием здоровья населения, но и клинической эпидемиологии, социологии, социальной психологии, демографии, антропологии, криминологии и экономики. Развитие подобного разностороннего явления происходило в разных странах различными темпами и различными путями, поэтому нет ничего удивительного в том, что сам термин “эпидемиология наркомании” зачастую трактуется по-разному.

В истории развития эпидемиологии наркомании находят также отражение те аспекты употребления наркотиков, которые в разное время вызывали обеспокоенность как на национальном, так и, начиная с 1970-х годов, на общеевропейском уровне. В настоящей статье этот эволюционный процесс прослеживается в свете изменений в понимании связанных с наркотиками явлений и в информационных потребностях лиц, ответственных за разработку политики. В статье не описывается ситуация в разных странах и не рассматривается в широком плане картина эпидемиологических исследований. В ней скорее представлен обзор истории развития эпидемиологии, в частности разработки эпидемиологических показателей, в рамках новых европейских политических и институциональных инструментов и структур по борьбе с незаконными наркотиками.

### *Ранние примеры по европейским странам*

Проблема потребления наркотиков приобрела значимость в европейских странах только в 1960-е годы, хотя некоторые страны сталкивались с отдельными проблемами, например потребления кокаина или лечения опиатной зависимости, гораздо раньше. Один из ранних примеров создания специальной системы мониторинга относится к Соединенному Королевству Великобритании и Северной Ирландии, где в середине 1930-х годов в Министерстве внутренних дел была создана действовавшая до 1990-х годов картотека зарегистрированных наркоманов.

Однако в целом интерес к эпидемиологическим исследованиям и системам описания или отслеживания потребления наркотиков возник в Европе только в 1960-х – начале 1970-х годов, когда распространение наркотиков среди молодежи стало предметом обеспокоенности и послужило стимулом к проведению ряда исследований, преимущественно (но не исключительно) в странах Северной Европы, например во Франции, Германии, Нидерландах, Скандинавских странах и Соединенном Королевстве. Эти исследования включали в себя изучение историй болезни или больничной статистики, отчетов, основанных на данных полиции и судов, исследования в небольших группах наркоманов и обследования местных, а иногда и национальных выборок подростков или учащихся. В те времена исследования в основном были посвящены каннабису, хотя проводились также исследования амфетаминов и диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД). В Норвегии и Швеции регулярные обследования проводятся и до настоящего времени.

Проводившиеся на базе клинических источников исследования охватывали две различные группы населения – старшая группа, преимущественно женщины с зависимостью от барбитуратов, морфина и других наркотических средств лекарственного назначения, и меньшая по размерам, но непрерывно увеличивающаяся группа более молодых пациентов, преимущественно мужского пола, потреблявших различные наркотики, в том числе опиаты, амфетамины и/или каннабис, чаще в среде сверстников, а не в медицинских целях. В некоторых странах, например в Швеции и Соединенном Королевстве, в 1950-х – начале 1960-х годов в центре внимания исследований находились амфетамины, пока остро не встала проблема каннабиса.

В конце 1960-х – начале 1970-х годов было проведено несколько эпидемиологических исследований по героину, в частности в Соединенном Королевстве. Достойным упоминания примером является проведенный де Аларконом на основе конкретных случаев анализ распространения героиновой зависимости в одном из городов Англии в 1960-х годах [1]. К этому же периоду относятся и первые попытки оценить масштабы распространенности на основе, например, метода номинации и применения мультипликаторов (в Соединенном Королевстве) [2] или выявления отдельных случаев и многократного анализа данных (в Швеции) [3]. Проводились также социологические исследования, в ходе которых описывались группы лиц, потребляющих наркотики, или анализировалось взаимодействие между изменением форм потребления наркотиков, отношением к этому общества и его реакцией (см., например, Plant [4] и Young [5]).

### *Изменения на европейском и международном уровнях*

Изменение форм потребления наркотиков в 1960-е годы также пробудило интерес к эпидемиологическим исследованиям на международном уровне, в Организации Объединенных Наций и особенно во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (см. Granier-Doyeux [6]). На европейском уровне бывший в то время президентом Франции Жорж Помпиду выступил в августе 1971 года с предложением об укреплении европейского сотрудничества и координации, в том числе о проведении совместных эпидемиологических исследований. На конференции министров шести стран – членов Европейского экономического сообщества (ЕЭС) и Соединенного Королевства, состоявшейся в Риме в октябре 1972 года, была принята совместная программа междисциплинарного сотрудничества в сферах здравоохранения, образования, а также в информационной, правоохранительной и законодательной областях [7]. В цели этой программы, получившей название Группы Помпиду, входило сотрудничество с заинтересованными странами, не входящими в ЕЭС, например со Швецией. Отдел здравоохранения Совета Европы также изучил потребность в эпидемиологических исследованиях и подготовил доклад о наркозависимости в 19 европейских странах [8]. За этим в 1973 году последовало принятие Комитетом министров Совета Европы резолюции, которая содержит призыв к укреплению сотрудничества в деле обмена информацией по наркотикам и связанным с наркотиками медицинским и социальным проблемам [9]. [Не следует забывать, что Совет Европы – это не то же самое, что Европейский совет, представляющий собой орган по принятию политических решений Европейского союза (ранее ЕЭС).

Совет Европы – имеющая более долгую историю организация по европейскому сотрудничеству, членами которой является большее количество государств, как Западной, так и Восточной Европы.]

В 1970-е годы в Соединенных Штатах Америки и Канаде также произошли важные изменения в методологии, оказавшие впоследствии влияние на проводившиеся в 1980-х годах в Европе эпидемиологические обследования и разработку показателей по наркотикам. К ним относятся: системы отчетности о несчастных случаях и случаях смерти, связанных с употреблением наркотиков, системы отчетности о лечении пациентов, использование статистических данных правоохранительных органов и исследований показателей деятельности рынка наркотиков, обследования населения в целом на уровне домохозяйств, обследования школ, методики оценки распространенности, этнографические и другие качественные подходы, а также статистические и динамические модели, включающие различные показатели.

В качестве дополнения к обследованиям и системам отчетности на национальном уровне была создана Рабочая группа эпидемиологических исследований на уровне общин (РГЭО), в которую регулярно поступают данные о тенденциях в области наркотиков из сети городов [10]. Благодаря участию в ее работе нескольких европейских исследователей были установлены важные связи, способствующие развитию эпидемиологических показателей и информационных систем в Европе [11]. В 1980–1981 годах ВОЗ опубликовала серию руководств по эпидемиологии, которые также явились важным вкладом в дальнейшее распространение указанных методик [12–16]. Кроме того, в 1981 году для Организации экономического сотрудничества и развития было проведено исследование потенциальных эпидемиологических показателей в 14 странах, в том числе западноевропейских [17]. В числе его выводов были и рекомендации о разработке стандартных инструментов, но, как представляется, дальнейших действий не последовало.

## **Развитие событий в Европе в 1980-х годах**

В 1980-х годах в Европе была разработана и стала применяться концепция показателей по наркотикам, как на национальном уровне в ряде стран, так и на общеевропейском уровне. Одним из примеров национального уровня является Проект показателей по наркотикам с центром в Лондоне, в рамках которого был разработан и опробован набор показателей для оценки характера и масштабов связанных с наркотиками проблем на местном уровне. Для оценки использовались косвенные показатели, такие как потребность в лечении и количество смертей, в сочетании с показателями состояния рынка, оценками распространенности, поэтапной нарастающей выборкой и этнографическими исследованиями [18, 19]. Аналогичные варианты разрабатывались и в других странах, таких как Франция, Германия, Италия, Нидерланды и Швеция [20, 21]. В 1980-е годы инициативы по разработке показателей распространились и на другие страны, например Данию, Грецию и Ирландию. Регулярные обследования молодежи продолжались в Норвегии и Швеции и были внедрены в Германии. Начиная с 1987 года в Испании функционирует национальная система отчетности, которая основана на мониторинге трех показателей: спрос на лечение

от героиновой и кокаиновой зависимости, несчастные случаи без летального исхода и случаи смерти, связанные с употреблением наркотиков [22].

Наряду с этими событиями, в 1980-х годах наблюдался рост интереса к методам изучения скрытых групп населения и форм потребления наркотиков, не отражаемых в показателях медицинских учреждений или судебных органов и не охватываемых надлежащим образом обследованиями населения. К таким методам относились обследования потребителей кокаина с применением поэтапной нарастающей выборки, а также поведенческие исследования в области рискованных моделей поведения и инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) среди не находящихся на лечении лиц, употребляющих наркотики путем инъекций [23–27].

В ряде случаев исследования проводились на национальном уровне, в других – на местном. Часто важное значение для исследований имел энтузиазм сравнительно небольшой группы исследователей, который сочетался с постепенно возникающим у национальных или местных органов власти интересом к информации о расширяющемся явлении наркомании. Этот интерес возник в связи с ростом осведомленности об изменениях форм употребления наркотиков (в особенности героина) в ряде стран, а также в связи с проблемами, вызванными распространением синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа).

### *Группа Помпиду*

Основные события в сфере эпидемиологии в 1980-е годы на европейском уровне связаны с деятельностью Группы Помпиду Совета Европы. (Хотя Группа Помпиду создавалась как группа по межправительственному сотрудничеству стран ЕЭС в области борьбы со злоупотреблением наркотиками, начиная с 1980 года она работает в рамках Совета Европы.)

В декабре 1982 года Группа Помпиду провела в Страсбурге заседание экспертов по вопросам разработки административных систем мониторинга для оценки медицинских и социальных проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками. Это привело к созданию группы экспертов по эпидемиологии, которая регулярно проводила заседания и заложила основу двунаправленного подхода: одно направление относилось к обследованию школ, а другое – к исследованию показателей по наркотикам в различных городах. Группа по обследованию школ разработала методiku, опробованную в шести странах. Однако на европейском уровне эта методика не применялась до 1995 года.

В рамках исследований в различных городах были разработаны основы применения многих показателей для описания и сравнения ситуации с наркотиками на уровне городов. Упор был сделан на интерпретацию показателей в их совокупности с учетом местного контекста, так что сравнение городов можно проводить, исходя из понимания того, что именно эти показатели означают в каждом конкретном городе. Считалось, что достичь такого понимания на национальном уровне намного сложнее, не только в силу различия ситуации с наркотиками в разных районах, но и из-за трудностей с оценкой значимости показателей на национальном уровне. Это – важнейший момент, который, однако, зачастую не принимают во внимание: независимо от того, стандартизированы показатели или нет, правильно истолковать их, сравнить и сделать

выводы можно, если только статистические данные рассматриваются в совокупности с другими данными, зачастую данными качественных исследований, а также с более широкой контекстуальной информацией, включая отношение и реакцию общества. Вначале исследования охватывали 7 городов [28], впоследствии они были распространены на 13 городов [29], а затем на более чем 20 городов [30].

Помимо регулярного сбора и обобщения данных по городам с начала 1980-х годов до наших дней [31], к числу основных достижений группы экспертов по эпидемиологии Группы Помпиду относятся: создание модели регулярного сбора и анализа различных показателей; разработка стандартного протокола для показателя первичного обращения за лечением; разработка стандартного инструмента проведения обследования школ; анализ методов оценки распространенности употребления проблемных наркотиков; подготовка справочника по методике поэтапной нарастающей выборки; а также технико-экономическое обоснование таких показателей, как число смертей, связанных с употреблением наркотиков, количество несчастных случаев, не приведших к летальному исходу, число задержаний органами полиции, число изъятий героина, соотношение цены и степени чистоты незаконных наркотиков и обследования населения в целом. Создание Группой Помпиду в начале 1990-х годов учебной программы по эпидемиологии наркомании способствовало распространению этой методики на страны Центральной и Восточной Европы и впоследствии привело к расширению “Сети городов” [32], в том числе к созданию такой сети в Российской Федерации.

Как и на национальном уровне, направление многих из этих событий было задано сравнительно небольшой группой исследователей проблем наркомании из различных стран Европы, взаимодействующей с исследователями из стран Северной Америки, в частности из Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками (НИЗН) и РГЭО. Деятельность Группы Помпиду стала предвестником создания Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН).

## **Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании**

ЕЦМНН был официально создан как учреждение Европейского сообщества в феврале 1993 года в соответствии с постановлением Совета (ЕЭС) № 302/93 [33]. Постановление о его учреждении вступило в силу 30 октября 1993 года после принятия Европейским советом решения о размещении Центра в Лиссабоне. Центр приступил к выполнению своих задач в полном объеме в 1995 году.

### *Возникновение Центра*

Концепция европейского центра мониторинга наркомании возникла в связи с ростом понимания того, что явление наркомании приобрело общеевропейские масштабы и что необходимо не только совершенствовать сотрудничество между странами-членами, но и координировать действия на европейском уровне. Это подразумевало разработку институциональных инструментов и определение компетенции Европейского сообщества. Хотя Группа Помпиду уже дейст-

вовала как группа по межправительственному сотрудничеству, она не обладала какими-либо полномочиями в рамках Римского договора.

В первой половине 1980-х годов Европейский парламент выступил с политической инициативой, которая привела к составлению первого доклада о борьбе со злоупотреблением наркотиками в Европейском сообществе на основе работы созданной в 1985 году комиссии по расследованию [34]. Среди прочего, в докладе указывалось на необходимость получения сопоставимых данных и координации исследовательской работы на общеевропейском уровне в качестве основы эффективных и скоординированных действий.

Начиная примерно с 1984 года Европейская комиссия предприняла ряд шагов по борьбе с наркотиками, в частности признала наркоманию приоритетной проблемой и предложила принять на уровне Сообщества меры в области профилактики и охраны здоровья. Во второй половине 1980-х годов этой проблеме начали уделять внимание на высшем политическом уровне: она рассматривалась на нескольких заседаниях Европейского совета подряд.

В течение 1980-х годов при поддержке Европейской комиссии было начато несколько программ в области эпидемиологии. Одна представляла собой скоординированные совместные исследования государств-членов в области стандартизации эпидемиологических наблюдений за незаконными наркотиками (проект ЕВРОСИД), финансировавшиеся Комитетом по исследованиям в области медицины и здравоохранения Генерального директората по научным исследованиям и разработкам. Директорат по здравоохранению также оказывал содействие в осуществлении различных мероприятий, включая создание руководящей группы по кокаину и другим наркотическим средствам, которая занималась организацией научных проектов и совещаний по таким вопросам, как поэтапная нарастающая выборка, косвенные показатели или эпидемиология кокаина. Однако в тот период не существовало институциональных рамок, с помощью которых можно было бы обеспечить учет результатов этих научных изысканий в документах Европейского сообщества.

В 1989 году президент Франции Франсуа Миттеран предложил государствам-членам и Европейской комиссии план действий по наркотикам, основанный на документе о координации политики государств-членов и Европейского сообщества. Ключевым элементом плана действий было создание центра мониторинга наркомании.

За инициативой президента Миттерана последовало создание в декабре 1989 года специальной политической группы – Европейского комитета по борьбе с наркотиками – в составе координаторов национальных программ по борьбе с наркотиками. Комитет подготовил первый Европейский план действий по наркотикам, который был утвержден Советом министров в декабре 1990 года. На последующих заседаниях Европейского совета этим инициативам были приданы новые импульсы: в частности, в июне 1991 года принято решение о создании Европейского центра мониторинга наркотиков. В начале 1990-х годов вышли в свет первый и второй доклады о сокращении спроса на наркотики в Европейском сообществе, укрепилась политическая ориентация на использование показателей в области здравоохранения и создание сетей с целью обеспечения сопоставимой и надежной информации для выработки политики и ответных мер в области здравоохранения [35].

В 1993 году вступил в силу Маастрихтский договор о создании Европейского союза, где впервые были сформулированы четкие институциональные полномочия в области борьбы с наркотиками, особенно в сфере здравоохранения [36]. Эти полномочия были расширены Амстердамским договором, вступившим в силу в 1999 году.

### *Цели Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании и потребность в ключевых показателях*

Таким образом, создание ЕЦМНН отражает как эволюцию политической и институциональной ситуации в Европе, так и развитие научной методологии и создание сетей, особенно в сфере эпидемиологии. Это явствует из задачи, закрепленной в постановлении об учреждении Центра:

“Предоставлять объективную, надежную и сопоставимую информацию на европейском уровне о наркотиках, наркомании и их последствиях [с тем чтобы] оказывать Сообществу и его государствам-членам содействие в получении общего представления о ситуации с наркотиками и наркоманией в случаях, когда они принимают либо решают принять меры в своих соответствующих сферах компетенции”.

Первоочередной задачей Центра является сбор и анализ имеющихся данных и обеспечение их широкого распространения, в том числе и посредством представления ежегодных докладов о положении дел с наркотиками в Европейском союзе [37]. Однако, чтобы получить достоверную картину на уровне Европы, необходимо повысить сопоставимость и качество данных по 15 государствам-членам (теперь уже по 16, поскольку в 2001 году в ЕЦМНН вступила Норвегия, а вскоре их будет 28, поскольку страны-кандидаты на вступление в Европейский союз могут стать членами Центра с начала 2003 года). В этом состоит вторая важнейшая задача ЕЦМНН. Поэтому в постановлении об учреждении Центра ему поручается:

“Обеспечить повышение уровня сопоставимости, объективности и достоверности данных на европейском уровне путем разработки показателей и общих критериев, не носящих обязательного характера, рекомендуемых Центром к соблюдению в целях обеспечения большего единообразия методик количественной оценки, используемых государствами-членами и Сообществом”.

В том же разделе, посвященном совершенствованию методов сопоставления данных, Центру предлагается содействовать обмену информацией и систематизировать такой обмен в плане качества информации и ее количества (базы данных).

За этим официальным институциональным требованием разработать показатели на европейском уровне кроется потребность в высококачественных, согласованных и сопоставимых данных, необходимых в качестве исходного материала для основанной на фактах деятельности в сфере здравоохранения по описанию и анализу проблем, относящихся к наркотикам, и принятию соответ-

ствующих мер. Процесс разработки и внедрения показателей требует осуществления длительных технических, административных и институциональных процедур на национальном и европейском уровнях, при этом основной задачей является предоставление данных, позволяющих проводить внутри- и межстрановые сопоставления, отслеживать изменение тенденций с течением времени и, прежде всего, способствовать анализу и пониманию феномена наркомании и возможных последствий проводимой политики и принимаемых мер. Эпидемиология остается прикладной медицинской наукой даже тогда, когда она встроена в политические и институциональные рамки.

## **Ключевые эпидемиологические показатели**

### *Разработка пяти ключевых эпидемиологических показателей*

С тех пор как в 1995 году Центр приступил к активной работе, он собирает имеющиеся в государствах-членах основные данные при помощи стандартных статистических таблиц, включающих показатели распространенности, показатели в области здравоохранения, в правоохранительной сфере и рыночные показатели. Данные поступают через сеть Reitox – сеть национальных координаторов. Каждое государство – член ЕЦМНН определяет в качестве основного партнера один центр, который отвечает за сбор и предоставление самых надежных и полных данных по стране. Национальные координаторы несут также ответственность за обеспечение качества данных и оказание помощи ЕЦМНН путем содействия внедрению в государствах-членах принятых Европейским союзом стандартов сбора данных и отчетности.

Вскоре выяснилось, что различия между странами относятся не только к наличию данных, но и существуют серьезные расхождения в определениях, методах, источниках, степени охвата и качестве. Это крайне затрудняло проведение сопоставлений и анализа. Представлялось нецелесообразным вести работу сразу со всеми показателями, и поэтому в качестве приоритетных для согласования и повышения качества данных были выбраны пять областей, касающихся степени распространения и последствий для здоровья. К числу этих пяти областей, так называемых пяти ключевых эпидемиологических показателей [38], относятся следующие:

1. Степень распространенности и структуры потребления наркотиков среди населения в целом (обследования домохозяйств, которые относятся к населению в целом в возрастных группах 15–64 лет).
2. Степень распространенности и структуры проблемного потребления наркотиков (статистические оценки степени распространенности и заболеваемости среди населения в возрастных группах 15–64 лет).
3. Спрос на лечение среди лиц, потребляющих наркотики (статистические данные из анонимных источников, систем отчетности на основе медицинских карт о численности и характеристиках пациентов, начинающих курс лечения в наркологических центрах).
4. Случаи смерти в связи с употреблением наркотиков и смертность среди наркоманов (статистические данные по случаям скоропостижной смерти



и смерти в связи с употреблением наркотиков на основе реестров смертей населения в целом и из специализированных реестров; все случаи смерти в когортах лиц, употребляющих наркотики).

5. Инфекционные заболевания, связанные с употреблением наркотиков (показатели распространенности и заболеваемости ВИЧ и гепатитами В и С среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций).

Показатель потребления наркотиков среди лиц школьного возраста (обследования школ) не был включен, поскольку Группа Помпиду разработала стандартный инструмент, внедренный в рамках Европейского проекта обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков, который осуществлялся при координации Шведского совета по информации об алкоголе и наркотиках в 26 странах в 1995 году [39] и в 30 странах в 1999 году [40]. (Проведение следующего обследования запланировано на 2003 год.)

В экспериментальные исследования не были включены связанные с наркотиками несчастные случаи, не приведшие к летальному исходу, поскольку Группа Помпиду предположила, что по многим странам такие данные получить невозможно. Помимо обследований школ, два ключевых показателя ЕЦМН во многом базировались на разработках Группы Помпиду: показателе спроса на лечение, который основан на согласованном между ЕЦМН и Группой Помпиду протоколе [41], и показателе распространенности проблемного потребления наркотиков, разработанном на основе совместного семинара и публикации ЕЦМН и Группы Помпиду [42].

В период с 1995 по 2001 год приоритет отдавался методологической разработке, экспериментальной проверке и тестированию в полевых условиях инструментов и руководящих принципов по пяти ключевым показателям. Эта работа происходила на основе разработок Группы Помпиду и национальных примеров надлежащей практики с учетом имеющихся протоколов (например, Статистического управления Европейского союза – Евростата, ВОЗ и НИЗН). Первоначально к работе привлекались подрядчики и научные эксперты из стран, имеющих опыт работы с конкретными показателями. Затем масштабы работы расширились за счет привлечения к ней всех государств-членов, и в октябре 1998 года в договорах с национальными координаторами в качестве основной была определена задача содействия разработке и внедрению пяти ключевых показателей на национальном уровне.

Для содействия процессу согласования и обеспечения скоординированного внедрения ключевых показателей в различных государствах-членах по каждому из ключевых показателей были созданы группы экспертов Европейского союза с участием всех национальных координаторов. Эти группы ежегодно проводят заседания и в большинстве случаев имеют небольшую руководящую группу, которая помогает в подготовке ежегодных заседаний. Параллельно с этими действующими на уровне Европейского союза группами национальные координаторы должны создавать национальные рабочие группы с участием основных заинтересованных лиц и экспертов по каждому ключевому показателю с целью обеспечить скоординированность работы в каждом государстве-члене.

### *Роль ключевых показателей в политике Европейского союза*

В 2000 году результаты экспериментальных исследований и выводы групп экспертов были сведены воедино в проекте комплекта технических инструментов и руководящих принципов по каждому показателю. В этом комплекте предлагались определения, давались рекомендации относительно наборов основных данных и содержались методологические руководящие принципы сбора и представления данных. Технические инструменты и руководящие принципы были одобрены Научным комитетом ЕЦМНН и в январе 2001 года представлены Совету управляющих Центра. В сентябре 2001 года Совет, в который входят представители всех 15 государств-членов, Европейской комиссии и Европейского парламента, единогласно одобрил эти технические инструменты и руководящие принципы в качестве официальных, хотя и не имеющих обязательной юридической силы, рекомендаций государствам-членам по согласованию сбора и представления данных.

Разработка пяти ключевых показателей ЕЦМНН проходила в более широком политическом контексте принятия Европейским союзом в декабре 1999 года Стратегии Европейского союза в отношении наркотиков на период 2000–2004 годов. В этом документе установлены общие рамки в отношении принципов, целей и основных направлений деятельности и сформулированы шесть масштабных задач, включая ограничение степени распространенности и заболеваемости, снижение связанного с наркотиками вреда для здоровья (смертей и инфекционных заболеваний) и увеличение числа случаев успешного излечения. Было подчеркнуто, что основой стратегии должны стать регулярные оценки характера и масштабов потребления наркотиков и его последствий [43].

За Стратегией в отношении наркотиков последовал План действий Европейского союза в отношении наркотиков на период 2000–2004 годов [44], принятый главами государств на заседании Европейского совета в Санта-Мария да Фейра (Португалия) в июне 2000 года. В принятом Европейским советом итоговом документе подчеркивалось [45]:

“Европейский совет... поддерживает План действий ЕС в отношении наркотиков как важнейший инструмент воплощения Стратегии ЕС в отношении наркотиков в конкретные действия... Мы призываем государства-члены в сотрудничестве с ЕЦМНН наращивать усилия по предоставлению достоверной и сопоставимой информации по ключевым эпидемиологическим показателям, с тем чтобы лучше оценить последствия проблемы потребления наркотиков”.

В рамках Плана действий ЕЦМНН определяет показатели, собирает и анализирует информацию на европейском уровне и ежегодно готовит для Горизонтальной рабочей группы по наркотикам в Совете доклады об обеспечении совместимости, ходе работы и имеющихся проблемах. Роль государств-членов состоит в том, чтобы, используя разработанные ЕЦМНН технические инструменты и руководящие принципы, предоставлять достоверную информацию по пяти ключевым эпидемиологическим показателям в сопоставимой форме, определенной ЕЦМНН и утвержденной Советом.

В декабре 2001 года Совет принял резолюцию о ходе внедрения пяти ключевых показателей, в которой призвал государства-члены обратить первоочередное внимание на подготовку сопоставимых данных и оказание поддержки национальным координаторам. Совет также предложил государствам-членам и Европейской комиссии изучить оптимальные методы и средства, особенно финансового характера, содействия внедрению пяти ключевых показателей в структуру используемых в Европейском союзе показателей в области здравоохранения и предпринять необходимые для этого шаги [46].

В настоящее время ЕЦМНН обсуждает эти вопросы с Комиссией, в частности со службами, отвечающими за Программу по укреплению здравоохранения (Санко), и со Статистическим бюро Европейских сообществ (Евростат). Цель состоит в том, чтобы обеспечить удовлетворение потребностей в разнообразной и специальной информации органов, занимающихся проблемами наркотиков на европейском и национальном уровнях, добиваясь при этом представления более простых по форме и более агрегированных данных для общеевропейских показателей состояния здоровья и статистических показателей.

### *Текущий статус и перспективы*

Хотя юридический статус пяти ключевых показателей еще находится в процессе обсуждения, очевидно, что не только достигнут широкий консенсус относительно их актуальности в научном и техническом планах, но и на политическом и институциональном уровнях приняты масштабные обязательства по их реализации в качестве основы для деятельности эпидемиологической информационной системы Европейского союза по наркотикам. Кроме того, несмотря на сложности, многие государства-члены приняли серьезные меры по претворению в жизнь рекомендованных руководящих принципов.

По сравнению с 1995 годом, когда Центр был открыт, существенно увеличилось количество стран, имеющих возможность представлять данные, которые в основном или полностью соответствуют руководящим принципам ЕЦМНН. В 1995 году лишь семь стран были в состоянии представить национальные данные о распространенности потребления наркотиков на протяжении жизни среди населения в целом, и лишь пять – такие данные за последние 12 месяцев. В 2002 году оба вида данных могли представить уже 12 стран. Аналогичным образом, количество стран, имеющих оценки распространенности проблемного употребления наркотиков, возросло с 5 в 1995 году до 14 в 2002 году. При том что все страны в 1995 году могли представить национальные данные о смертности, связанной с употреблением наркотиков, имели место большие расхождения в определениях и методологии. К 2002 году, хотя проблемы совместимости продолжали иметь место, 11 стран могли представить данные по случаям скоростигжной смерти (вызванной наркотиками) в соответствии с руководящими принципами, а что касается остальных стран, ожидается, что они смогут сделать это в ближайшем будущем. Медленнее идет создание сопоставимых систем отчетности о лечении, частично из-за того, что нередко ответственность за лечение носит местный, а не национальный характер. Однако довольно многое уже достигнуто, и в настоящее время девять стран располагают в значительной степени сопоставимыми системами отчетности по показателю

спроса на лечение. Аналогичным образом, имеется определенный прогресс и в деле получения национальных данных по распространению ВИЧ-инфекции и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков, хотя и здесь дело продвигается довольно медленно, поскольку качественные данные обычно поступают скорее в ходе исследований на местном уровне, нежели из национальных систем наблюдения.

Несомненно, еще предстоит решить важные задачи. Одна из них – обеспечение долгосрочной стабильности механизмов сбора данных и отчетности путем институционализации показателей во всех государствах-членах, а затем и во всех странах – кандидатах на вступление. Даже в тех странах, которые в настоящее время следуют руководящим принципам ЕЦМНН, перспективы не всегда очевидны. Проблемы возникают в связи с неясностью относительно политической и административной поддержки со стороны соответствующих органов, особенно в случаях, когда для создания национальных информационных систем или внесения в них принципиальных изменений требуются финансовые вложения. Дополнительным осложнением может стать отсутствие координации между министерствами, занимающимися вопросами наркотиков, и органами, ведающими соответствующими информационными системами. Как отмечалось выше, в некоторых странах децентрализация представляет собой существенный фактор не только потому, что возможны конфликты между центральными и местными органами власти относительно того, кто должен платить, но и потому, что представители местных органов могут не увидеть смысла в сборе данных для сопоставлений на международном уровне. Мотивация представителей местных органов имеет важнейшее значение для создания национальных информационных систем, а распространение информации и информационная обратная связь жизненно важны. Наконец, во многих европейских странах все более важную роль играет защита данных. Следует предпринять активные усилия для создания таких информационных систем, которые считались бы оправданными с точки зрения значимости для здравоохранения и надежными с точки зрения полного соблюдения неприкосновенности частной жизни и прав человека.

Задача национальных координаторов состоит в содействии внедрению показателей другими национальными учреждениями. Поскольку обычно сами они не наделены юридическими или административными полномочиями, они вынуждены рассчитывать на помощь со стороны не только национальных органов власти, которые занимаются проблемами наркотиков, но и других департаментов и институтов. Поэтому перед национальными координаторами встает сложная задача – привлекать к работе самых разных партнеров и мотивировать их деятельность, а также обеспечивать обратную связь и распространение информации через разнообразные национальные сети. В Стратегии Европейского союза в отношении наркотиков, в Плане действий, в материалах Европейского совета и в резолюции Совета содержатся призывы ко всем государствам-членам предоставлять необходимую политическую и финансовую поддержку своим национальным координаторам.

Для ЕЦМНН внедрение ключевых показателей означает совершенствование систем электронной передачи данных, поступающих от всех государств-членов и стран-кандидатов, а также разработку более мощного инструмента-

рия обработки данных и соответствующих баз данных для обработки, анализа и распространения значительных объемов данных. С этим связан и вопрос качества данных. Эта проблема должна решаться как коллективными усилиями, путем обеспечения согласованности между государствами-членами во внедрении показателей и предоставлении отчетности, так и на двусторонней основе, путем выявления конкретных проблем и поиска их решений. Сейчас, когда показатели согласованы и утверждены, главная задача состоит в том, чтобы определить конкретные и надежные критерии качества и механизмы обеспечения качества в государствах-членах.

### *Недостатки показателей: значение толкования*

Обычные согласованные показатели полезны при проведении базовых сопоставлений между странами или другими единицами территориального деления и при отслеживании изменения основных тенденций во времени. Они дают также стандартизированные данные, которые можно использовать и в иных целях, например при оценках заболеваемости, социальных издержек или нагрузки на систему здравоохранения, а также при анализе социально-демографического распределения или структуры распространения. Однако показателям свойственны и определенные недостатки.

Все показатели, о которых шла речь выше, предоставляются с задержкой во времени, то есть они отражают ситуацию с наркотиками, которая была двумя годами ранее. Одна из причин этого – сам процесс, требующий определенного времени для сбора, оценки, анализа и сообщения данных, особенно на национальном уровне. Некоторые показатели, такие как спрос на лечение, неизбежно рассчитываются через какой-то промежуток времени, поскольку пациенты обращаются за лечением лишь спустя некоторое время после того, как они начали употреблять наркотики. Национальные показатели не учитывают новые или изменяющиеся формы потребления наркотиков, которые обычно проявляются на местном уровне. Кроме того, показатели из медицинских или судебных источников отражают как тенденции в области наркотиков, так и приоритеты и ответные меры медицинских учреждений и правоохранительных органов.

При толковании показателей необходимо учитывать все эти недостатки и привлекать информацию из других дополнительных источников. К их числу относятся системы “раннего оповещения” для выявления и отслеживания новых явлений, методики “триангуляции” для перекрестного сопоставления различных показателей, динамические модели, которые помогают анализировать процессы или моделировать сценарии развития, а также более целенаправленные исследования, как количественные, так и качественные, позволяющие глубже анализировать и понимать конкретные вопросы. Крайне важно толковать показатели в более широком социальном контексте с учетом культурных различий, отношения общества к наркотикам, законодательных и иных мер.

Набор показателей можно рассматривать как основу, позволяющую воссоздать структуру потребления наркотиков, провести сопоставления по ней и проследить тенденции. На вопросы “почему?”, “каким образом?”, и что эти

данные означают для политики, можно ответить только после тщательного их толкования, дополнив структуру данными научных исследований и контекстуальной информацией.

И наконец, само явление наркомании, политические условия, информационные потребности, научные методики и информационные технологии претерпевают постоянные изменения. Внедрение информационных систем и проведение научных изысканий подразумевают, таким образом, непрерывный процесс развития и внедрения инноваций. Это, в свою очередь, требует долгосрочной ориентации на создание согласованных рамок финансирования и обеспечение преемственности в работе учреждений, отдельных лиц и сетей.

### **Более широкий контекст: исследования и международное сотрудничество**

#### *Количественные и качественные исследования*

Наряду с показателями огромное значение имеют междисциплинарные эпидемиологические исследования как качественного, так и количественного характера. Что касается качественных исследований, ЕЦМНН провел ряд конференций, встреч тематических рабочих групп и обзоров литературы, результатом чего стали несколько публикаций [47–49] и создание веб-сайта “Качественные наркологические исследования в Европе”, который открывает доступ к базам данных проектов качественных исследований, исследователей и публикаций [50]. Помимо обеспечения практической полезности инструментов сбора и обмена информацией, одна из основных целей состоит в том, чтобы повысить осведомленность о значимости качественных исследований, например в понимании статистических данных или в поиске ответов на вопросы “почему?” и “каким образом?”.

В ходе обзоров и конференций был также изучен вопрос о потенциальной пользе статистического и динамического моделирования [51, 52]. ЕЦМНН за счет средств, полученных от Директората по исследованиям Европейской комиссии в рамках Целевой программы социально-экономических исследований, способствовал созданию Европейской сети разработчиков моделей, в задачу которой входит создание моделей в соответствии с требованиями политики и проведение социально-экономического анализа, в том числе тенденций заболеваемости и временных тенденций, применения географических информационных систем (ГИС) и анализа социальных издержек и экономической эффективности, особенно в отношении гепатита С [53]. Важным ограничителем на сегодняшний день является недостаток данных и не очень высокое их качество, особенно для моделей, требующих последовательных временных рядов или более дезагрегированных данных. С улучшением качества данных моделирование откроет великолепные перспективы воспроизводства и анализа различных политических сценариев.

Меньше внимания уделялось показателям предложения наркотиков и данным судебной системы, хотя данные по этим позициям собирались с самого начала работы Центра. Недавно началась работа по пересмотру проводящихся исследований и разработке показателей развития в таких областях, как связан-

ная с наркотиками преступность, доступность наркотиков и социальное отторжение в связи с потреблением наркотиков. В самом Центре и в некоторых государствах-членах была начата подготовка к описанию и оценке характеристик и масштабов рынков наркотиков и потоков наркотиков в целях оценки их воздействия и потенциальной эффективности мер вмешательства [54, 55].

Наконец, еще одна сфера относится к новым тенденциям и “раннему предупреждению”. Первоначально особое внимание уделялось синтетическим наркотикам, прежде всего метилendioксиметамфетамину (МДМА, или “экстази”), который в 1990-е годы широко распространился в странах Европейского союза [56]. Были проведены различные исследования и конференции по “техно-культуре” и ночной жизни [57]. В 1997 году Совет Европейского союза принял специальный документ юридического характера – Программу совместных действий по обмену информацией, оценке риска и контролю новых синтетических наркотиков, и под руководством Комитета по науке ЕЦМНН было проведено изучение четырех веществ: *N*-метил-1-(1,3-бензодиксол-5-yl)-2-бутамина (МБДБ), 4-метилтиоамфетамина (4-МТА), кетамина и гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК) [58]. С учетом задач эпидемиологии внимание со стороны ЕЦМНН было направлено на разработку более широкой модели, позволяющей понимать и, по возможности, предсказывать изменения в структуре потребления наркотиков в более широком контексте социальных и культурных процессов в молодежной среде на основе, например, анализа нацеленных на молодежную аудиторию средств массовой информации или отношения молодежи к наркотикам и сопряженным с ними угрозам [59].

### *Исследования и сети в Европе*

В 1980-е–1990-е годы в Европе был проведен ряд эпидемиологических исследований по наркотикам [60–64]. Помимо ежегодных докладов ЕЦМНН, вопросы сбора данных и тенденций в отношении наркотиков в Европе рассматривались и в ряде других докладов, в частности в докладах Европейского регионального отделения ВОЗ [65, 66], в обновленных версиях упоминавшихся выше исследований различных городов Группы Помпиду, а также в докладе, составленном на основе проекта COST-A6 по оценке мер против наркотиков в Европе, финансируемого Директоратом по исследованиям Европейской комиссии [67]. К числу других исследовательских сетей, также занимающихся вопросами эпидемиологии наркомании, относятся Европейское общество социальных исследований по наркотикам [68], Общество социальных и эпидемиологических исследований алкоголизма имени Кеттила Брууна [69] и IREFREA [70].

В пятой Рамочной программе (1998–2002 годы) Генерального директората по исследованиям Европейской комиссии впервые в раздел по здравоохранению включены конкретные упоминания о проблемах наркотиков, но увязать определенные ЕЦМНН и его партнерами потребности в исследованиях с процессом применения и отбора проектов оказалось нелегко. В шестой Рамочной программе (2002–2006 годы) сделана попытка консолидировать проводимые в Европе научные исследования в приоритетных областях путем поддержки исследовательских сетей и крупных исследовательских программ, но остается проблема увязки программы исследовательской деятельности в сфере наркоти-

ков и процесса принятия Комиссией решений о финансировании исследований.

И последнее замечание по поводу исследовательской деятельности: исследования в области незаконных наркотиков зачастую проводились отдельно от исследований по алкоголю, табаку или психоактивным препаратам. В некоторых государствах-членах налицо тенденция рассматривать все эти вещества в рамках единой политики. Если эта тенденция сохранится и расширится до общеевропейского уровня, весьма вероятно, что информационные потребности на национальном и европейском уровнях также возрастут.

### *Международные связи*

Развитие эпидемиологии наркомании и разработка показателей по наркотикам в Европе проходили в течение последних 20 лет в обстановке расширяющегося сотрудничества между региональными и международными организациями. Как уже отмечалось ранее, в значительной степени этому содействовали установившиеся связи между отдельными исследователями. Развитию таких международных связей способствовала деятельность Международной рабочей группы по эпидемиологии, которая сыграла особо ценную роль в деле обмена информацией между исследователями, международными организациями и региональными или субрегиональными эпидемиологическими сетями по наркотикам. Например, организованная ЕЦМНН в январе 2000 года при поддержке Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками встреча ведущих международных организаций и региональных эпидемиологических сетей позволила техническим экспертам достичь консенсуса в ходе встречи в Лиссабоне в январе 2000 года [71], что создает основу для повышения сопоставимости и значимости показателей на международном уровне.

К числу более конкретных примеров сотрудничества относятся проведенный Программой Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками в тесном сотрудничестве с ЕЦМНН и Межамериканской комиссией по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД) пересмотр вопросника к ежегодным докладам [72], а также сотрудничество между ЕЦМНН и ВОЗ по проблемам смертности, связанной с потреблением наркотиков, и разработке руководящих принципов для десятого пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-10) (совместно с Евростатом). В области СПИДа и других инфекционных заболеваний ЕЦМНН принимает активное участие в работе Глобальной исследовательской сети по профилактике ВИЧ среди наркоманов, а также в подготовке и проведении международных конференций по снижению вреда и по СПИДу. Продолжается и сотрудничество между ЕЦМНН и Группой Помпиду, особенно в том, что касается показателя спроса на лечение.

Хотя в настоящей статье основное внимание уделяется развитию эпидемиологии наркомании в Европе, в первую очередь в Западной Европе, это лишь часть более широкого процесса, происходящего на международной арене. Сотрудничество и обмен информацией могут требовать много времени, но они необходимы для взаимообогащения идеями и стимулирования инноваций.



## Заключение

За последние 20 лет в эпидемиологии наркомании в Европе достигнут существенный прогресс, особенно в части показателей, методологии, сопоставимости, внедрения в государствах-членах, а также в отношении синтеза и анализа на европейском уровне. Можно выделить шесть основных факторов, оказавших влияние на этот процесс.

Одним из этих факторов стало увеличение в странах Европейского союза объема знаний в области наркотиков, а другим – возрастание политической значимости проблемы наркотиков для здравоохранения, общественной безопасности (органов юстиции и внутренних дел) и внешних сношений. Третий фактор, вытекающий из двух предыдущих, – четко выраженный спрос со стороны различных европейских институтов, равно как и государств-членов, на информацию и данные, необходимые для разработки политики и принятия решений. Четвертым фактором стало создание институтов, таких как Группа Помпиду, а затем ЕЦМНН вместе с его партнерами на национальном уровне, задачей которых стало удовлетворение таких информационных потребностей. Пятым фактором явилось существование, наряду с институциональным развитием, долгосрочных и тесных личных связей между исследователями и возможность использовать эти научные знания для институционального процесса. Последний фактор – это рост влияния международных связей и обмен знаниями и опытом.

Достигнутый за последние 20 лет прогресс в сфере эпидемиологии наркомании в Европе не означает, что все проблемы разрыва между наукой и политикой уже решены. Но это, по крайней мере, начало.

## Библиография

1. R. de Alarcón, “The spread of heroin abuse in a community”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 21, No. 3 (1969), pp. 17-22.
2. H. H. Blumberg and B. E. Dronfield, “Nomination techniques in the study of largely invisible groups: opiate users not at drug dependence clinics”, *Social Science and Medicine*, vol. 10, Nos. 7 and 8 (1976), pp. 415-422.
3. B. Olsson and others, “Heavy drug abuse in Sweden, 1979: a national case-finding study”, *Alcohol and Drug Dependence*, vol. 7, 1981, pp. 272-283.
4. M. Plant, *Drug Takers in an English Town* (London, Tavistock, 1975).
5. J. Young, *The Drugtakers: The Social Meaning of Drug Use* (London, MacGibbon and Kee, 1971).
6. M. Granier-Doyeux, “Influence of certain factors on the development of drug dependence”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 25, No. 1 (1973), pp. 1-8.
7. А. Наржол и Ш. Вай, “Мероприятия по содействию Европейской региональной координации борьбы против наркомании”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XXV, № 2 (1973 год), стр. 1–9.
8. Report of the Directorate of Economic and Social Affairs, Public Health Division on the Multi-disciplinary Symposium on Drug Dependence (Strasbourg, Council of Europe, 1972).

9. “Резолюция, принятая Комитетом министров Европейского совета”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XXV, № 3 (1973 год), стр. 1–7.
10. Z. Sloboda and N. J. Kozel, “Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse”, *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.
11. United States of America, National Institute on Drug Abuse, ed., *Assessment of Drug Abuse in North America and Europe*, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, June 1981 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1982).
12. R. G. Smart and others, *A Methodology for Student Drug Use Surveys*, WHO Offset Publication No. 50 (Geneva, World Health Organization, 1980).
13. L. D. Johnston, *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*, WHO Offset Publication No. 52 (Geneva, World Health Organization, 1980).
14. I. Rootman and P. H. Hughes, *Drug Abuse Reporting Systems*, WHO Offset Publication No. 55 (Geneva, World Health Organization, 1980).
15. P. H. Hughes and others, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication No. 56 (Geneva, World Health Organization, 1980).
16. R. G. Smart and others, *Drug Use Among Non-student Youth*, WHO Offset Publication No. 60 (Geneva, World Health Organization, 1981).
17. Organisation for Economic Cooperation and Development, *Statistics of Drug Abuse*, report SME/D/81.3 (Paris, 1982).
18. R. L. Hartnoll and others, *Drug Problems: Assessing Local Needs: A Practical Manual for Assessing the Nature and Extent of Drug Misuse in a Community* (London, Drug Indicators Project, 1985).
19. R. L. Hartnoll and others, “Estimating the prevalence of opioid dependence”, *Lancet*, No. 1, 1985, pp. 203-205.
20. Commission of the European Communities, Directorate General for Science, Research and Development, “First European Workshop on Standardisation of Epidemiological Monitoring of Illicit Drug Dependence”, Concerted Research Action of the Committee on Medical and Public Health Research, COMAC Epidemiology, Rome, 4-6 September 1984.
21. EUROSID project, “EEC meeting on Standardisation of Epidemiological Surveillance Systems of Illicit Drugs”, COMAC Epidemiology, Verona, 11-13 December 1986.
22. G. Barrio and others, “Evaluación de la calidad del indicador tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 67, 1993, pp. 385-399.
23. B. Bieleman and others, *Lines across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin* (Amsterdam, Swets and Zetlinger, 1993).
24. Ф.Р. Инголд и С. Инголд, “Влияние либерализации торговли шприцами на поведение лиц, потребляющих наркотики путем внутривенных инъекций, во Франции”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XLI, № 1 и 2 (1989 год), стр. 54–68.

25. E. J. van Ameijden and others, "The harm reduction approach and risk factors for HIV seroconversion in injecting drug users, Amsterdam", *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, 1992, pp. 236-243.
26. H. F. L. Garretsen and others, eds., *Illegal Drug Use: Research Methods for Hidden Populations*, Proceedings of an Invited Expert Meeting on Illegal Drug Use (Rotterdam, National Institute on Alcohol and Drugs, 1993).
27. World Health Organization, "Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection" (WHO/PSA/94.4).
28. Р.Л. Хартнолл и др., "Исследование вопроса о злоупотреблении наркотическими средствами в нескольких городах Европы", *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XLI, № 1 и 2 (1989 год), стр. 1-27.
29. R. L. Hartnoll, *Multi-city Study: Drug Misuse Trends in Thirteen European Cities* (Strasbourg, Council of Europe Press, 1974).
30. R. Bless, *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Council of Europe Press, 2000).
31. Р. Блесс, "Опыт реализации проекта "Сеть городов" Группы Помпиду, 1983-2002 годы", *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том LV, № 1 и 2 (2003 год).
32. Council of Europe, Pompidou Group, *Multi-city Network Eastern Europe: Joint PG/UNDCP project: Extension of the Multi-city Network to Central and Eastern Europe* (Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1997).
33. European Council, "Council Regulation (EEC) No. 302/93 of 8 February 1993 on the establishment of a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", *Official Journal of the European Communities*, No. L 36, 12 February 1993, pp. 1-8.
34. European Parliament, *Committee of Inquiry into the Drugs Problem in the Member States of the Community*, report on the results of the inquiry, Sir Jack Stewart-Clark, rapporteur (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1987).
35. European Commission, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Health-related Data and Epidemiology in the European Community* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1993).
36. G. Estievenart, ed., *Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe: the Treaty of European Union: Framework for a New European Strategy to Combat Drugs?* (Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995).
37. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union". Available at <http://emcdda.kpnqwest.pt/>.
38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Five key epidemiological indicators".
39. B. Hibell and others, *The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 26 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 1997).

40. B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 2000).
41. Pompidou Group and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Joint Pompidou Group – EMCDDA Treatment Demand Indicator: Standard Protocol version 2.0".
42. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 1 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
43. Council of the European Union, "European Union Drugs Strategy (2000-2004)", 1 December 1999.
44. Council of the European Union, "EU Action Plan on Drugs 2000-2004", Brussels, 7 June 2000.
45. Presidency of the Council of the European Union, "Presidency conclusions", European Council, Santa Maria da Feira, Portugal, 19 and 20 June 2000 (SN 200/00), para. 51.
46. Council of the European Union, "Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)", Brussels, 7 December 2001.
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Understanding and Responding to Drug Use: the Role of Qualitative Research*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000).
48. J. Fountain and P. Griffiths, "Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project", *European Addiction Research*, vol. 5, 1999, pp. 4-20.
49. T. Rhodes and others, *Injecting Drug Use, Risk Behaviour and Qualitative Research in the Time of AIDS*, EMCDDA Insights No. 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).
50. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Qualitative European Drug Research (QED) ([www.qed.org.uk/](http://www.qed.org.uk/))
51. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Modelling Drug Use: Methods to Quantify and Understand Hidden Processes*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 6 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).
52. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Statistical and dynamic modelling (см. [www.emcdda.org/situation/methods\\_tools/modelling.shtml](http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling.shtml)).
53. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Network on drug use modelling (см. [www.emcdda.org/situation/methods\\_tools/modelling\\_network.shtml](http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling_network.shtml)).
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Availability of illicit drugs (см. [www.emcdda.org/situation/themes/availability.shtml](http://www.emcdda.org/situation/themes/availability.shtml)).

55. E. Bramley-Harker, *Sizing the UK Market for Illicit Drugs*, Research, Development and Statistics Directorate, Occasional Paper No. 74 (London, Home Office, 2001).
56. P. Griffiths and others, *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand-Reduction Responses*, EMCDDA Insights No. 1 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
57. "Nightlife in Europe and recreative drug use: SONAR 1998".
58. Council of the European Union, "Joint action on new synthetic drugs".
59. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Feasibility study on detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use" (Lisbon, 1999).
60. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Monitoring youth media as a new source of information for detecting, tracking, and understanding emerging drug trends" (Lisbon, 2000 ).
61. V. Berridge, "Drug research in Europe", London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1989.
62. R. L. Hartnoll, "Addiction research in Europe: an overview", *European Addiction Research*, vol. 1, 1994, pp. 3-11.
63. P. Kennis, "National drug research situation and research needs", European Commission and EMCDDA, eds., *Drugs Research Related Initiatives in the European Union*, proceedings of a joint EC-EMCDDA Seminar, 13 and 14 December 1996 (Florence, Italy, Robert Schuman Centre), pp. 6-62.
64. Scientific and Technical Research Committee (CREST), "High-level workshop on the medical, socio-economic and detection aspects of drug abuse", Brussels, 12 November 1996.
65. R. L. Hartnoll, V. M. Hendriks and M. Morival, *The Assessment of Drug Problems* (Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998).
66. A. M. Harkin, P. Anderson and G. Goos, *Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region* (Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1997).
67. H. Waal, ed., *Patterns on the European Drug Scene: An Exploration of Differences* (Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research, 1998).
68. A. Springer and A. Uhl, eds., *Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response*, Proceedings of the 10th European Society for Social Research on Drugs Conference on drug use and drug policy, Vienna, 20-22 September 1999 (Innsbruck/Vienna/Munich, Studienverlag, 2000).
69. Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Web site [www.arg.org/kbs/](http://www.arg.org/kbs/).
70. A. Calafat and others, *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe* (Palma de Mallorca, Spain, IREFREA and European Commission, 1998).
71. См. *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2000 год, Дополнение № 8 (E/2000/28)*, гл. I, разд. С, пункт 3, резолюция 43/1, пункт 2.
72. См. *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2000 год, Дополнение № 8 (E/2000/28)*, гл. I, разд. С, пункт 3, резолюция 43/1.

# Карибская эпидемиологическая сеть: трудности разработки региональной перспективы

---

**К.-Г. ДУГЛАС**

*Директор Проекта по борьбе со злоупотреблением наркотиками,  
Карибский эпидемиологический центр, Тринидад и Тобаго*

**Дж. ХИЛЛЕБРАНД**

*Советник по эпидемиологии Управления Организации Объединенных Наций  
по наркотикам и преступности, Вена*

## РЕЗЮМЕ

В настоящей статье излагаются трудности географического, политического и культурного порядка в создании региональной эпидемиологической сети по борьбе со злоупотреблением наркотиками в Карибском регионе. Предыдущие инициативы в этой области, такие как Целевая эпидемиологическая группа Карибского сообщества, оказались неудачными по причине недостатка ресурсов. Крупных успехов удалось добиться не ранее 1996 года, когда с принятием Плана действий по координации и сотрудничеству в области контроля над наркотическими средствами в Карибском бассейне была заложена основа всесторонних и устойчивых усилий по контролю над злоупотреблением психоактивными веществами в регионе путем сокращения спроса на наркотики. В 1997 году рекомендации Барбадосского плана действий были подкреплены Декларацией Санто-Доминго против наркотиков, которая призвала к своевременному внедрению эпидемиологических систем по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами. Позднее государства – члены Карибского сообщества выделили ресурсы на Проект создания системы эпидемиологического наблюдения за злоупотреблением наркотиками, который осуществляет Карибским эпидемиологическим центром. В 2001 году в рамках этого проекта была создана Информационная сеть стран Карибского бассейна по наркотикам, основной целью которой является создание институционального потенциала, подготовка кадров и развитие практического опыта исследовательской деятельности. Для обеспечения дальнейшей работы Сети потребуются дальнейшая политическая поддержка, достаточное финансирование и возможность связи ее деятельности с другими аспектами усилий по сокращению спроса.

**Ключевые слова:** Карибский бассейн; злоупотребление наркотиками; сокращение спроса; эпидемиологическая сеть; региональная инициатива.

---

## **Введение**

### *Особенности сектора*

Общая площадь Карибского региона составляет 700 тыс. кв. км, в него входят ряд островов, в том числе острова Карибского моря, а также страны, известные как Гвианы (Гайана, Французская Гвиана и Суринам). С учетом всех островов в составе Больших и Малых Антил, южных островов и Багамского архипелага, в него входят 28 стран и территорий (включая Гвианы и Белиз), расположенных между Северной и Южной Америкой. Население Карибского региона говорит на разных языках и относится к разным этническим группам и культурам, что отражает влияние нескольких держав. Регион с населением в 37 млн. человек отличается значительным разнообразием: на территориях, подконтрольных Нидерландам, Испании, Соединенному Королевству Великобритании и Северной Ирландии и Соединенным Штатам Америки, а также в независимых государствах распространены четыре основных языка, действуют несколько судебных систем, исповедуются различные религии и сосуществуют различные виды политической организации.

Создание Карибского сообщества (КАРИКОМ) способствовало расширению свободы перемещения людей и товаров. Кроме того, оно привело к огромному росту торговых и прочих связей с иностранными государствами, в частности, с соседними Колумбией и Венесуэлой. Между островами постоянно курсируют небольшие рыболовецкие шхуны и грузовые суда, круизные теплоходы и яхты, частные и коммерческие самолеты. Карибский регион характеризуется существенной миграцией и высокой мобильностью населения: многие мигранты из этого региона живут в Северной Америке и Европе. В то же время беспрепятственный доступ в Северную Америку и Европу привел к росту числа туристов из этих регионов. Все эти факторы сделали регион более доступным и привлекательным в качестве транзитной зоны для оборота незаконных наркотиков.

Учитывая географическое положение между основными областями производства наркотиков в Южной Америке и крупными потребительскими рынками в Европе и Северной Америке, Карибские острова весьма уязвимы перед незаконным оборотом наркотиков: по оценкам, 40 процентов всего кокаина, поступающего в Соединенные Штаты, ввозится из Карибского бассейна. В 2000 году через Карибский коридор в Соединенные Штаты ввозилось 47 процентов всего кокаина, вследствие чего этот регион обогнал Мексику, бывшую до того основным источником кокаина для рынка Соединенных Штатов. Кроме того, Карибский бассейн играет важную роль в поставке кокаина на европейский рынок. В 2000 году через него прошло 32 процента (или 80 тонн) наркотиков, ввезенных в Европу. Затраты на контроль над наркотиками ложатся тяжким бременем на национальные бюджеты карибских государств, достигая, возможно, до 15 процентов бюджетных расходов. В некоторых карибских странах за последние пять лет вдвое увеличились издержки на укрепление полицейского контроля и национальные операции по борьбе с оборотом наркотиков и насильственными преступлениями, связанными с наркотиками.

На основе источников правоохранительных органов было подсчитано, что в регионе для местного потребления остается все большая доля транзитных

партий незаконных наркотиков: наркоторговцы расплачиваются наркотиками за оказываемые им услуги, вследствие чего увеличиваются потребление наркотиков, злоупотребление ими, а также их незаконный оборот. Непосредственным следствием этого является увеличение нагрузки на системы здравоохранения в их усилиях по предоставлению услуг для снятия психологических и физических последствий интоксикации, абстиненции и хронической наркомании. Кроме того, вооруженные наркоторговцы и наркоманы не собираются отказываться от привычного образа жизни, а потому растут насилие и преступность.

Хотя по региону в целом отсутствуют эмпирические данные, свидетельствующие о существовании причинной связи между связанной с наркотиками деятельностью и преступлениями, такими как воровство и убийство, в отдельных странах такие свидетельства есть. Например, в 1991 году Ямайка сообщила об увеличении на 75 процентов по сравнению с 1990 годом числа преднамеренных убийств, прямо или косвенно связанных с незаконной торговлей наркотиками. Страны, из которых поступают сообщения о случаях воровства, убийства и серьезных нападений (Багамские Острова, Гайана, Доминиканская Республика и Ямайка), на протяжении последних десяти лет являются общеизвестными центрами связанной с наркотиками деятельности. Вследствие этого полиции и судебным органам всего Карибского региона приходится иметь дело не только с мелкими правонарушениями, но и с серьезными преступлениями, влекущими за собой нанесение тяжких физических увечий и преднамеренное лишение жизни и связанными со злоупотреблением наркотиками.

### *Первоначальная секторальная политика в отношении Карибской эпидемиологической сети*

Лицам, ответственным за разработку политики и составление планов, в карибских государствах необходимы надежные и своевременные данные о распространенности и масштабах наркомании и алкоголизма в их странах. Это необходимо для отслеживания тенденций во времени, составления обзоров характерных для стран рисков для определенных групп населения, разработки надлежащим образом направленных программ сокращения спроса и выделения ресурсов, а также установления контрольных показателей, в сравнении с которыми можно оценивать эффективность мер вмешательства. Многие страны региона не занимаются регулярным сбором таких статистических данных. Хотя некоторые обследования проводились, они не дали сопоставимых результатов, поскольку со временем содержание вопросников и методы обследования менялись.

В 1991 году была учреждена целевая эпидемиологическая группа КАРИКОМ, которая провела несколько совещаний с целью принятия решения о характеристиках постоянно действующей системы мониторинга. Однако в своей работе она столкнулась с рядом трудностей. Хотя члены группы и признали желательность обследования средних школ, лишь немногие страны оказались в состоянии провести такие исследования. Анализ полученных данных затянулся по причине нехватки персонала как в самих странах-участницах,



так и в секретариате КАРИКОМ, а также из-за отсутствия компьютерного оборудования и программного обеспечения для анализа данных. Кроме того, расположенный в Тринидаде и Тобаго Карибский эпидемиологический центр (КАРЕК), который первоначально поддержал идею сбора и анализа данных о наркотиках, был вынужден из-за отсутствия средств расторгнуть контракт с местным наркоэпидемиологом. Англоговорящие неавтономные территории не участвуют ни в одном из видов эпидемиологической деятельности в области наркотиков в масштабе всего региона и, насколько известно, не составляли статистических данных.

Несколько иное положение в испаноговорящих странах: Доминиканская Республика в течении пяти лет участвовала в работе Центральноамериканской эпидемиологической системы по наркотикам, действующей в рамках Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД), и до сих пор участвует в деятельности новой Межамериканской системы данных о потреблении наркотиков в рамках СИКАД. Куба не участвует ни в одной многонациональной эпидемиологической программе по наркотикам. В связи с этим участники экспертного форума по сокращению спроса на наркотики в Карибском бассейне, состоявшегося на Багамских Островах в октябре 1994 года под эгидой программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП), указали, что не создано согласованного регионального механизма сбора данных о потреблении наркотиков. Поэтому на форуме была принята рекомендация о разработке стандартизированного метода сбора базовых данных. Восемнадцать месяцев спустя участники Регионального совещания по вопросам координации и сотрудничества в деле контроля над наркотическими средствами в Карибском бассейне, проведенного совместно Европейским союзом и ЮНДКП на Барбадосе в мае 1996 года, также пришли к выводу об отсутствии системы эпидемиологического наблюдения над наркотиками в рамках всего региона и о необходимости скорейшего создания такой системы в сотрудничестве с региональными организациями. В результате в регионе был приведен в действие Барбадосский план действий по координации и сотрудничеству в области контроля над наркотическими средствами в Карибском бассейне (Барбадосский план действий).

Выполнение Барбадосского плана действий, ход которого обсуждался главами правительств карибских стран на втором региональном совещании, проведенном в Доминиканской Республике в декабре 1997 года, требует создания в регионе в тесном сотрудничестве с СИКАД единой эпидемиологической системы по наркотикам. Особый интерес участников Барбадосского совещания привлекла региональная система эпидемиологического наблюдения над наркотиками, учрежденная СИКАД в Центральной Америке и Доминиканской Республике. Вызвала интерес и ее преемница, Межамериканская система данных о потреблении наркотиков, которая начала свою деятельность в масштабах Западного полушария в 1997 году. В основе данной Системы лежит ряд стандартизированных документов, которыми следует руководствоваться при сборе данных о потреблении наркотиков и злоупотреблении ими. Система утверждена СИКАД в октябре 1996 года, а для наблюдения за ее претворением в жизнь создана международная консультативная группа.

## Перспективы новой региональной инициативы

Главы правительств признают, что незаконный оборот наркотиков в регионе продолжает угрожать миру, безопасности и устойчивому экономическому и социальному развитию обществ и что существует настоятельная необходимость консолидировать и ускорить процесс объединения и согласования усилий по сокращению спроса. Необходима новая инициатива, которая привлекла бы внимание к таким усилиям.

Многие региональные форумы по вопросу злоупотребления наркотиками, которые состоялись до и после принятия Барбадосского плана действий, неизменно подтверждали необходимость всесторонних и последовательных действий по контролю над злоупотреблением психоактивными веществами в регионе посредством сокращения спроса. В 1996 году главы правительств государств – членов КАРИКОМ приняли региональную программу сокращения злоупотребления наркотиками и контроля над наркотиками. Большинство государств – членов Карибского форума африканских, карибских и тихоокеанских государств (КАРИФОРУМ), участниками которого являются государства – члены КАРИКОМ, а также Доминиканская Республика и Гаити, ратифицировали Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года [1], Конвенцию о психотропных веществах 1971 года [2] и Конвенцию Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года [3], руководствуясь ими при выработке законодательства и политики. Региональная программа состояла из шести компонентов: эпидемиологии, наблюдения, профилактического просвещения, информационно-просветительской деятельности, обеспечения соблюдения законов, лечения и реабилитации, а также координационной деятельности секретариата.

В принятой в 1997 году Декларации Санто-Доминго против наркотиков главы правительств региона подтвердили курс на учреждение в скором времени эпидемиологической системы по злоупотреблению психоактивными веществами. В качестве практической демонстрации проводимой ими политики государства – члены КАРИКОМ приняли решение об индикативном выделении ресурсов из Карибской региональной индикативной программы Восьмого европейского фонда развития на Проект системы эпидемиологического наблюдения над наркотиками, в рамках которого было намечено учредить региональную сеть наблюдения.

Ранее министры здравоохранения стран – членов КАРИКОМ определили КАРЕК в качестве наиболее подходящей организации, способной, учитывая ее мандат, взять на себя ответственность за деятельность в области эпидемиологии наркомании; в связи с этим КАРЕК был назначен учредителем-исполнителем проекта. Органы проекта находятся в Отделе неинфекционных заболеваний КАРЕК, откуда осуществляется техническое руководство проектом. Учитывая их знания и опыт в контроле над наркотиками и профилактике наркомании, ЮНДКП и СИКАД также выступают в качестве ключевых партнеров в реализации проекта.

## **Карибский эпидемиологический центр и Информационная сеть стран Карибского бассейна по наркотикам**

Задачей КАРЕК является улучшение состояния здоровья населения Карибского региона путем наращивания возможностей стран-участниц в области эпидемиологии, технологии лабораторных работ, исследований и смежных отраслей здравоохранения посредством технического сотрудничества, предоставления услуг, обучения, проведения исследований и подготовки квалифицированного и заинтересованного персонала. По поручению 21 страны-участницы административное управление Центром осуществляет Панамериканская организация здравоохранения. КАРЕК хорошо известен на международном уровне за свою работу на благо здравоохранения в Карибском бассейне.

Основная цель Информационной сети стран Карибского бассейна по наркотикам (КАРИДИН) состоит в укреплении способности правительств карибских стран, технических организаций и региональных ведомств реагировать на изменения в формах и тенденциях злоупотребления наркотиками и в оказании содействия в сокращении злоупотребления наркотиками в регионе. Цель проекта создания Системы эпидемиологического наблюдения над наркотиками заключается в создании надежной базы данных и системы наблюдения и раннего предупреждения для содействия лицам, ответственным за разработку политики в регионе в области сокращения спроса на наркотики.

### **Возможное воздействие проекта Системы эпидемиологических наблюдений за наркотиками**

Проект предназначен создать рассчитанные на длительный срок основы работы, и поэтому в нем делается упор на создание учреждений, подготовку кадров и приобретение практического опыта исследований. Такой подход должен обеспечить, чтобы национальные информационные системы по наркотикам и национальные исследовательские группы могли организовывать исследования всех видов и осуществлять сбор данных наблюдений и эпидемиологических данных. Не предполагается, что данные, полученные в результате функционирования системы наблюдения, должны с самого начала давать всестороннюю картину потребления наркотиков во всех слоях населения. Однако со временем такие данные будут служить для лиц, ответственных за разработку политики, из министерств здравоохранения, образования и юстиции, а также из ключевых социальных служб в качестве раннего оповещения о видах проблем в области злоупотребления наркотиками, с которыми им придется столкнуться и в отношении которых следует планировать соответствующие меры.

### **Ограничения и возможные препятствия**

Задача КАРИДИН состоит в создании основ региональной и национальных информационных систем по наркотикам. Ее успех в значительной мере будет зависеть от того, как созданные на раннем этапе учреждения, подготовленный персонал и приобретенный практический опыт используются на региональном

и национальном уровнях в интересах предстоящей исследовательской деятельности и будущих проектов, которые послужат развитию этих систем. Успеху КАРИДИН на региональном и национальном уровнях могут помешать несколько препятствий: на региональном уровне основные задачи проекта – такие как активизация обмена информацией между странами, повышение сопоставимости данных о потреблении наркотиков в регионе и использование информации при принятии политических решений регионального масштаба – не будут успешно решены, если главы государств и других региональных уставных учреждений не подтвердят, что усилия КАРИДИН являются одним из приоритетов региона в его борьбе с наркотиками. Кроме того, любая региональная инициатива, такая как КАРИДИН, должна обладать достаточной степенью гибкости, чтобы адаптироваться к национальным различиям в опыте работы, инфраструктуре и языке.

На национальном уровне КАРИДИН не сможет достичь своих целей, если не обеспечит широкого участия в своей деятельности общественности и соответствующих организаций или не сумеет разработать единую стратегию сокращения спроса и предложения. При отсутствии информационной деятельности в отношении пользы работы КАРИДИН среди заинтересованных сторон и государственных чиновников будет подорвана ее способность к устойчивости в долгосрочной перспективе. Результаты ее работы необходимо будет использовать и при выработке национальной и региональной политики профилактики наркомании, а в ином случае они не получат признания, которого заслуживают. Собранные данные должны послужить основой планов действий, в том числе в области новых просветительских программ, но действовать здесь следует с осторожностью. Кроме того, крайне необходимо, чтобы собранные данные использовались для инициирования шагов по улучшению качества жизни потребителей наркотиков, как уже зависимых от них, так и молодых людей, которым это только грозит.

К прочим препятствиям на региональном и национальном уровнях относятся изменения в составе правительств и возможная смена приоритетов в связи с этим, а также уход обученного персонала и национальных координаторов, либо их миграция. Одного проекта не достаточно для повышения уровня знаний в регионе; для привлечения большего числа региональных экспертов необходимы дополнительные возможности в области профессиональной подготовки. Специалистов по наркотикам готовили только в Карибском институте алкоголизма и наркомании и в Университете Вест-Индии в рамках курса наркологии. Однако Карибский институт предлагает только два региональных курса по методологии эпидемиологических исследований, да и то лишь время от времени, а Университету Вест-Индии пришлось прекратить преподавание курса наркологии, когда были полностью использованы выделенные на него средства.

## **Устойчивое функционирование и будущая поддержка**

Нынешняя политическая обстановка в Карибском регионе в целом представляется весьма благоприятной в плане принятия правительствами долгосрочных обязательств продолжать свои усилия по выработке стандартизирован-

ной методики в отношении данных эпидемиологических наблюдений за злоупотреблением наркотиками, которая облегчит сопоставление данных из разных стран. В настоящее время страны региона реализуют Барбадосский план действий и пользуются значительной международной поддержкой. Государства – члены Организации американских государств приняли Стратегию борьбы с наркотиками в Западном полушарии, которая представляет собой новую инициативу в области борьбы с проблемой наркотиков в Северной и Южной Америке. С ростом злоупотребления наркотиками общественность требует от правительств более эффективных действий по предупреждению употребления наркотиков, в особенности в молодежной среде. Правительства ряда стран высказали опасения в отношении отсутствия средств для найма и содержания в течение длительного времени технического персонала. В особенности это относится к малым островам, где возможности государственных учреждений здравоохранения и исследовательских организаций и так весьма ограничены. Проект Системы эпидемиологических наблюдений за наркотиками даст возможность смягчить нехватку людских ресурсов, укрепив карибскую организацию – КАРЕК, способную проводить анализ региональных данных и оказывать техническую помощь. Нынешняя нехватка информации сдерживает проведение эффективной политики борьбы с наркоманией и замедляет процесс смягчения проблем, связанных с наркотиками, в Карибском регионе. Важную роль в регионе в этом отношении может сыграть Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, поскольку других доноров, от которых можно ожидать выделения средств на исследования, просто нет. Огромный опыт таких исследований и соответствующие познания имеются у Европейского союза: проведение исследований на основе европейского опыта и знаний способно укрепить позиции Европейского союза в регионе.

На глобальном уровне помощь поступает по линии Глобальной программы по оценке ЮНДКП. На специальной сессии Генеральной Ассамблеи по наркотикам, состоявшейся в Нью-Йорке с 8 по 10 июня 1998 года, государства – члены Организации Объединенных Наций поручили ЮНДКП обеспечить необходимое содействие в составлении надежных и сопоставимых на международном уровне данных о потреблении наркотиков. С этой целью учреждена Глобальная программа по оценке, в задачи которой также входит оказание поддержки региональным эпидемиологическим сетям, таким как КАРИДИН.

### **Условия получения дальнейшей поддержки**

Любая эпидемиологическая сеть не может развиваться, не принимая в расчет различные аспекты деятельности по сокращению спроса. Применительно к Карибскому региону такая деятельность включает следующие аспекты: укрепление организаций и развитие человеческого капитала; выработка политики; профилактическое просвещение; лечение и реабилитация; исследования и разработки; управление программами и их координация. Сбор данных тесно связан с уровнем деятельности в пределах каждой из этих областей, и, таким образом, улучшение каждого из упомянутых аспектов окажет значительное влияние на разработку стратегий сбора данных.

### *Разработка политики*

Реалии политики в секторе здравоохранения и социальном секторе большинства, если не всех, карибских государств состоят в том, что проблемы перехода к эпидемиологии сосуществуют с прочими проблемами в области здравоохранения и в социальной сфере. Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) и прочие инфекции, передаваемые половым путем, дорожно-транспортные происшествия, преступность и насилие, самоубийства и заболевания, сопровождаемые психическими расстройствами, – все это взаимосвязанные проблемы, ассоциируемые с употреблением наркотиков, которые в итоге приводят к социальной деградации. Кроме того, большая численность молодежи еще более усугубляет проблемы здравоохранения, источником которых являются взаимосвязанные формы рискованного поведения, такие как курение и алкоголизм, употребление других наркотических средств, насилие, дорожно-транспортные происшествия и сексуальное поведение. Для решения этих проблем в регионе могли бы быть созданы и приняты модели организованных социальных мер в отношении подростков, молодежи и общества в целом. Учитывая взаимосвязь злоупотребления психоактивными веществами с другими медицинскими и социальными проблемами, сбор данных по этим веществам необходимо увязывать с прочими системами социальных данных, такими как данные по ВИЧ/СПИДу, молодежи, бедности и преступности.

### *Профилактическое просвещение*

Предупреждение связанных с употреблением наркотиков заболеваний требует коренной перемены во взглядах на здравоохранение. Системы здравоохранения стран КАРИКОМ основаны на простой посылке о том, что люди болеют и их следует лечить. Напротив, для профилактики заболеваний, связанных со злоупотреблением наркотиками, необходимы действия самого человека. Сейчас сам человек призывается к тому, чтобы самому отвечать за свои каждодневные поступки, а если он этого не может, то это будет рассматриваться как нарушение прав его сограждан. Миллионы долларов тратятся на лечение рака легких, непосредственной причиной которого в 90 процентах случаев является курение, а единственный способ сократить такие расходы – убедить граждан прекратить или не начинать курить. У региональных организаций нет выбора: следует принять осознанное решение о пропаганде здорового образа жизни. Весьма эффективным представляется выявление связанных с наркотиками компонентов в других проектах и программах развития, таких как программы сокращения бедности, борьбы с ВИЧ/СПИДом, расширения полномочий общин и профилактики преступности. Такие проекты, возможно, даже более эффективны в части сокращения потребления наркотиков, чем первичные проекты профилактики, поскольку проекты в области развития нацелены на основополагающие причины проблематичного потребления наркотиков и направлены на группы населения, отличающиеся самой высокой степенью риска.

## *Лечение и реабилитация*

Недостаток лечебных учреждений, в особенности на малых островах, является одной из основных проблем, препятствующих осуществлению инициатив в области контроля за злоупотреблением наркотиками в регионе. Услуги по медицинской дезинтоксикации потребителей наркотиков предоставляются главным образом психиатрическими клиниками или больницами общего профиля; к прочим лечебным структурам относятся программы лечения в специализированных заведениях закрытого типа, направленные на полную абстиненцию. Помимо указанных, практически не имеется других специализированных служб, таких как службы помощи женщинам и молодежи, амбулаторные центры и консультации для амбулаторных больных. Кроме того, в своей деятельности лечебные заведения нередко не руководствуются какими-либо стандартами качества медицинского обслуживания. А до тех пор, пока не будут приняты стандарты качества и не повысится эффективность лечебных услуг, любая попытка сбора данных в лечебных заведениях будет делом второстепенной важности. Кроме того, КАРИДИН придется отстаивать необходимость оценки третичной профилактики и продолжения разработки лечебных программ.

## *Исследования и разработки*

Государства – члены КАРИКОМ убеждены, что отсутствие всесторонней и сопоставимой базы данных по формам и тенденциям злоупотребления наркотиками в условиях, когда население Карибского региона все больше подвергается опасности, связанной с незаконными наркотиками, сковывает способность государств планировать и осуществлять надлежащие программы реабилитации, профилактики и контроля. Существует огромная потребность в информации, которую можно использовать для разработки основанной на фактах политики. Государства-члены убеждены, что деятельность по планированию и разработке программ недостаточно специализирована и экономически эффективна по причине неадекватных сбора данных и координации на национальном уровне, низкого качества имеющихся данных и отсутствия их региональной сопоставимости, нехватки надлежащим образом подготовленного персонала и низкого уровня обмена информацией в масштабах региона. Чтобы деятельность в области исследований и разработки на национальном и региональном уровнях приносила реальную пользу в рамках программных инициатив, необходимо на постоянной основе собирать и анализировать надежные сведения и обмениваться ими в рамках региона. В настоящее время КАРИДИН имеет все возможности для сбора, анализа и распространения данных и результатов исследований по употреблению наркотиков в Карибском бассейне, с тем чтобы надлежащим образом оценить масштаб проблемы наркотиков в регионе.

## **Заключение**

Чтобы КАРИДИН могла продолжить свою работу, ей потребуется дальнейшее финансирование со стороны правительств стран региона и внешних доноров,

либо тех и других. При создании региональных и национальных эпидемиологических сетей по наркотикам важно привязывать деятельность в рамках проектов к существующим или возможным источникам опыта и знаний, а также к инфраструктуре эпидемиологических исследований. В связи с этим доноры должны сознавать, что людям, работающим в области сокращения спроса на наркотики, необходима профессиональная подготовка. В прошлом внешние доноры вкладывали немало средств в подготовку работников правоохранительных органов, но, к сожалению, игнорировали область сокращения спроса. Вместе с тем всесторонний и сбалансированный подход к борьбе против наркотиков будет успешным только тогда, когда усилия по сокращению спроса на наркотики будут признаны имеющими не меньшую важность, чем усилия по сокращению предложения.

### **Библиография**

1. United Nations, *Treaty Series*, vol. 520, No. 7515.
2. United Nations, *Treaty Series*, vol. 1019, No. 14956.
3. *Официальные отчеты Конференции Организации Объединенных Наций для принятия Конвенции о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, Вена, 25 ноября – 20 декабря 1988 года, том 1* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.94.XI.5).





# Создание Эпидемиологической сети по наркотикам Сообщества по вопросам развития стран юга Африки: методы и проблемы

---

**Ч.Д.Х. ПЭРРИ\***

**А. ПЛЮДЕМАНН**

*Исследовательская группа по вопросам алкоголизма и наркомании,  
Совет по медицинским исследованиям, Кейптаун, Южная Африка*

**Дж. СТРИЙДОМ**

*Управление по социальному развитию, развитию человеческого потенциала  
и специальным программам, Сообщество по вопросам развития стран юга Африки,  
Габороне*

## РЕЗЮМЕ

*В 2000 году Сообщество по вопросам развития стран юга Африки (САДК) поручило Совету по медицинским исследованиям Южной Африки создать Эпидемиологическую сеть по наркотикам САДК (СЕНДУ). Цель СЕНДУ состоит в совершенствовании информационной базы для директивных органов государств – членов САДК для решения медицинских, социальных и экономических проблем, вызываемых алкоголизмом и наркоманией. В настоящей статье авторы описывают методы, которые применялись при создании в 14 государствах – членах САДК системы наблюдения за потреблением алкоголя и наркотиков, обращая особое внимание на такие вопросы, как профессиональная подготовка и техническая помощь, создание сетей заинтересованных сторон в каждой стране, основные показатели и источники данных, проверка и сопоставление данных и распространение информации. В статье также рассматриваются другие проблемы целесообразности создания в развивающихся странах эпидемиологических сетей на уровне общин по борьбе со злоупотреблением наркотиками, в том числе вопросы структурной организации на национальном и международном уровнях, недостаток ресурсов, финансирование и различ-*

---

\*Авторы выражают благодарность Европейскому фонду развития и Европейской программе реконструкции и развития за финансовую помощь Южной Африке в осуществлении проекта СЕНДУ, а также выражают признательность за техническую помощь в осуществлении проекта следующим лицам: Николасу Д. Козелу из Отдела эпидемиологических, медицинских и профилактических исследований Национального института Соединенных Штатов по борьбе со злоупотреблением наркотиками; Полу Гриффитсу, Ребекке Мак-Кетин и Мэтью Уорнер-Смиту из Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП); а также другим членам Международной рабочей группы эпидемиологических исследований наркомании, в особенности Жили Слобода, Вису Наваратнаму и Ричарду Хартноллу.

ные концепции, такие как необходимость гибкости и принятия на вооружение “тактики малых побед”. Хотя пока еще рано оценивать воздействие инициативы СЕНДУ, авторы полагают, что она уже доказала свою полезность.

*Ключевые слова:* южная часть Африки; наблюдение; злоупотребление наркотиками; эпидемиология; методы.

## Введение

Сообщество по вопросам развития стран юга Африки (САДЖ) было основано в 1992 году и включает 14 государств-членов. Государства – члены САДЖ значительно различаются по величине территории, численности населения, уровню доходов и государственным языкам (см. таблицу 1). Численность населения региона составляет около 200 млн. человек, а его территория равна территории

Таблица 1. Государства – члены Сообщества по вопросам развития стран юга Африки: отдельные показатели

Государство-член	Площадь (кв. км)	Численность населения <sup>a</sup>	Валовой внутренний продукт на душу населения <sup>b</sup> (долл. США)	Государст- венный язык или языки
Ангола	1 246 700	10 366 031	1 000	Португальский
Ботсвана	600 370	1 586 119	6 600	Английский
Демократическая Республика Конго	2 345 410	53 624 718	600	Французский
Лесото	30 355	2 177 062	2 400	Английский
Малави	118 480	10 548 250	900	Английский и чичева
Маврикий	1 860	1 189 825	10 400	Английский
Мозамбик	801 590	19 371 057	1 000	Португальский
Намибия	825 418	1 797 677	4 300	Английский
Сейшельские Острова	455	79 715	7 700	Английский и французский
Южная Африка	1 219 919	43 586 097	8 500	<sup>c</sup>
Свазиленд	17 363	1 104 343	4 000	Английский и сисвати
Объединенная Республика Танзания	945 087	36 232 074	710	Английский и суахили
Замбия	752 614	9 770 199	880	Английский
Зимбабве	390 580	11 365 366	2 500	Английский
<b>Всего</b>	<b>9 296 201</b>	<b>202 789 533</b>		

Источник: United States of America, Central Intelligence Agency, *The World Fact Book 2001*, Washington, D.C.

<sup>a</sup>Оценки 2001 года.

<sup>b</sup>Паритет покупательной способности (оценки 2000 года).

<sup>c</sup>Имеется 11 государственных языков. Преобладает английский.

Соединенных Штатов Америки. В настоящее время к числу ключевых задач САДК относятся борьба с бедностью, смягчение последствий вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДа) и урегулирование политической нестабильности.

В 2000 году Совету по медицинским исследованиям Южной Африки было поручено создать в рамках Региональной программы САДК по контролю над наркотиками системы наблюдения во всех государствах – членах САДК [1]. Эта инициатива была выдвинута в ответ на мнение о том, что по мере развития в странах южной части Африки, видимо, увеличиваются масштабы вреда в связи с употреблением алкоголя и других наркотических средств, а также в связи с разработкой Протокола САДК о борьбе с незаконными наркотиками 1996 года, в котором подчеркивается значение информации и исследований для обоснованной деятельности по запрещению и сокращению спроса на наркотики [2].

Основанная в октябре 2000 года региональная сеть получила название Эпидемиологическая сеть по наркотикам САДК (СЕНДУ). Эта сеть была создана по образцу действующей в Южной Африке Эпидемиологической сети по наркотикам на уровне общин (САСЕНДУ). Созданная в 1996 году, САСЕНДУ представляет собой систему наблюдений за потреблением алкоголя и наркотиков, в которую входит сеть исследователей, практических работников и лиц, ответственных за разработку политики, из пяти обследуемых районов Южной Африки [3]. Помимо предоставления информации о тенденциях в потреблении алкоголя и наркотиков и злоупотреблении ими, САСЕНДУ также содействует укреплению исследовательского потенциала, стимулированию исследований в области алкоголя и наркотиков в новых или недостаточно охваченных областях, а также подготовке предложений по выработке политики и практических мер в отношении злоупотребления психоактивными веществами [4].

Общая цель СЕНДУ состоит в совершенствовании информационной базы для директивных органов государств – членов САДК для решения медицинских, социальных и экономических проблем, вызываемых алкоголизмом и наркоманией. К числу конкретных задач относятся следующие:

- a) создание сети заинтересованных сторон в одном или нескольких районах в каждом из государств – членов САДК;
- b) достижение согласия по набору показателей для оценки характера, масштабов и последствий потребления алкоголя и наркотиков;
- c) сбор данных по показателям потребления алкоголя и наркотиков в каждом районе;
- d) обмен, проверка и сопоставление собранной информации каждые шесть месяцев в каждом районе и на региональном уровне;
- e) доведение информации до лиц, ответственных за разработку политики, и практических работников на национальном и региональном уровнях;
- f) воздействие на лиц, ответственных за принятие ключевых решений, с тем чтобы они использовали поступающую из системы наблюдения информацию и содействовали ее дальнейшему развитию;
- g) оценка эффективности проекта.

## Методы

Вышеупомянутые задачи осуществляются посредством мер, намеченных на период с 2000 по 2005 год и изложенных в представленных далее разделах.

### *Профессиональная подготовка и техническая помощь*

В октябре 2000 года в течение четырех дней в Претории проходили консультации, в которых приняли участие представители всех государств – членов САДК. Помощь в проведении консультаций оказали уполномоченный САДК по контролю над наркотиками и сотрудники Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП), участвующие в Глобальной программе по оценке масштабов злоупотребления наркотиками [5]. До начала консультаций представители государств заполнили отчетную форму для оценки характера и масштабов возможных источников информации о потреблении алкоголя и наркотиков в каждой стране, а также выявления путей увеличения количества и повышения качества такой информации. В ходе консультаций была обеспечена профессиональная подготовка: прочитаны лекции, представители различных государств приняли участие в национальном семинаре по проекту САСЕНДУ. Цели такой подготовки включали предоставление участникам информации *a)* о необходимости постоянного мониторинга тенденций в потреблении алкоголя и наркотиков; *b)* о различных методах мониторинга тенденций потребления алкоголя и наркотиков; и *c)* о создании комплексных эпидемиологических сетей на уровне общин, определении используемых конкретных показателей и методов сбора, анализа и сообщения данных.

Второй важнейший компонент подготовки включает в себя четырех-семи-дневные командировки в каждую страну с целью оказания технической поддержки. В 2001 году – первой половине 2002 года состоялись командировки в Ботсвану, Лесото, Малави, Маврикий, Мозамбик, Намибию и на Сейшельские Острова. Командировки в остальные страны состоятся до конца июня 2004 года (см. таблицу 2). Такие посещения проводятся в целях получения более подробных сведений о формах потребления алкоголя и наркотиков в каждой стране, проведения встреч с должностными лицами в правительствах для информирования их об инициативе СЕНДУ, содействия странам в разработке инструментов сбора и сопоставления информации о потреблении алкоголя и наркотиков и его последствиях, оказания помощи страновым координаторам в организации первой встречи потенциальных членов сети наблюдения за потреблением алкоголя и наркотиков, посещения учреждений, в которые будут поступать данные, а также определения других областей, где необходима техническая или другие виды помощи.

Дополнительное обучение обеспечивается путем проведения специальных учебных занятий (например, по управлению и анализу данных), региональных полугодовых “отчетных” собраний, личных контактов между служащими Совета по медицинским исследованиям и посредниками, а также выпуска два раза в год информационных бюллетеней (*SENDU Update*) и докладов.

Таблица 2. Предложенный график создания центров СЕНДУ

Государства-члены	Посещения с целью технической помощи	Официальный срок начала сбора данных	Первое представление данных на встрече
Лесото, Маврикий и Сейшельские Острова	Январь–июнь 2001 г.	Июль 2001 г.	Апрель/май 2002 г.
Ботсвана и Намибия	Июль–декабрь 2001 г.	Январь 2002 г.	Октябрь/ноябрь 2002 г.
Малави и Мозамбик	Январь–июнь 2002 г.	Июль 2002 г.	Апрель/май 2003 г.
Объединенная Республика Танзания	Июль–декабрь 2002 г.	Январь 2003 г.	Октябрь/ноябрь 2003 г.
Замбия и Зимбабве	Январь–июнь 2003 г.	Июль 2003 г.	Апрель/май 2004 г.
Свазиленд	Июль–декабрь 2003 г.	Январь 2004 г.	Октябрь/ноябрь 2004 г.
Ангола и Демократическая Республика Конго	Январь/июнь 2004 г.	Июль 2004 г.	Апрель/май 2005 г.

*Примечание:* В Южной Африке система наблюдения за потреблением алкоголя и наркотиков функционирует с июля 1996 года; первые данные были сообщены в апреле 1997 года.

### Создание сетей заинтересованных сторон

Создание эпидемиологических сетей на уровне общин в одном или нескольких пунктах в каждой из стран является одновременно задачей проекта СЕНДУ и средством достижения других целей. Эпидемиологические сети на уровне общин представляют собой межучрежденческие рабочие группы, которые работают в сфере здравоохранения и занимаются изучением распространения, роста или развития злоупотребления психоактивными веществами и связанных с этим проблем [6]. Члены сети получают информацию из различных источников. Они периодически проводят собрания с целью анализа и сопоставления полученных данных и составления заключений на их основе. Для облегчения рассмотрения и сравнительного анализа данные представляются в стандартизированном формате. Для помощи участникам сети в понимании количественных выводов из имеющихся наборов данных могут проводиться качественные исследования [6]. В различных частях мира созданы региональные, национальные и местные сети [7].

Перед участниками сети стоят следующие первоочередные задачи: выявлять формы потребления наркотиков в определенных географических районах; выявлять изменения в формах злоупотребления наркотиками за определенные периоды времени для установления тенденций; обнаруживать новые тенденции в злоупотреблении наркотиками; сообщать и распространять такую информацию соответствующим учреждениям и организациям на уровне общин, с тем чтобы они могли ее использовать при выработке политики, практических мер, стратегий профилактики, а также при проведении исследований. Членами сети являются лица, имеющие возможность поставлять и оценивать информацию о потреблении наркотиков в конкретных географических райо-

нах. Они могут представлять учреждения и организации, которые в той или иной степени занимаются проблемами злоупотребления психоактивными веществами, либо прямо заинтересованы в получении информации о злоупотреблении наркотиками. В работе сетей также могут участвовать исследователи и другие лица, располагающие специальными знаниями о той или иной группе населения, употребляющей наркотики [6, 7].

В рамках проекта СЕНДУ создание местных сетей на раннем этапе стимулируется проведением личных встреч, посещениями соответствующих пунктов в рамках визитов технической помощи, а также проведением в ходе таких встреч однодневных семинаров-практикумов. Дополнительный импульс для создания сети обеспечивают “отчетные” собрания, которые проводятся в каждом пункте два раза в год. Новые члены принимаются в состав сети в любое время.

### *Достижение договоренностей по основным показателям и выявление источников данных*

Представителям стран, участвовавшим в консультативной встрече, был представлен перечень показателей потребления алкоголя и наркотиков и связанных с этим последствий, разбитых на категории по источникам данных. К числу показателей и источников данных относятся следующие:

*a)* основные и дополнительные психоактивные вещества, являющиеся предметом злоупотребления, согласно данным пациентов, сообщенным в специализированных лечебных заведениях, занимающихся лечением злоупотребления алкоголем и наркотиками;

*b)* доля диагнозов, относящихся к злоупотреблению психоактивными веществами, при госпитализации и выписке пациентов, согласно данным психиатрических лечебниц;

*c)* количество смертей, связанных с потреблением алкоголя и наркотиков, согласно данным моргов;

*d)* количество случаев направлений в отделения неотложной помощи в связи с потреблением алкоголя и наркотиков, согласно представленным пациентами сведениям и наблюдаемым биологическим признакам;

*e)* данные об арестах, конфискациях, составе наркотиков и ценах на наркотики, получаемые из отделов по борьбе с наркотиками и судебно-медицинских лабораторий органов полиции;

*f)* данные о поведении, относящемся к потреблению алкоголя и наркотиков, и его последствиях, полученные в ходе обследований или опросов целевых групп из числа учащихся средних школ, участников рэйвов, секс-работников, уличных детей, заключенных или посещающих первичные медико-санитарные заведения;

*g)* данные о преступности, связанной с потреблением алкоголя и наркотиков, согласно самостоятельно сообщенным сведениям лиц, арестованных за различные преступления, и на основе анализов мочи.

Эти показатели в значительной степени совпадают с основными показателями, представленными группой технических экспертов на проходившем

в Лиссабоне в январе 2000 года при финансовом участии ЮНДКП собрании по принципам, структурам и показателям, необходимым для эффективных систем информации о наркотиках. Впоследствии этот набор показателей послужил основой для новой редакции части II пересмотренного вопросника ЮНДКП к ежегодным докладом.

На консультативной встрече достигнуто широкое согласие по поводу пригодности вышеперечисленных показателей и источников. Дальнейшее усовершенствование набора основных показателей (“базовой системы”) и его дополнительных элементов происходило в ходе посещений с целью технической помощи в разные страны. Там, где это уместно, рекомендуется сообщать данные в разбивке по возрастным категориям и полу. В “базовую систему” входят данные о спросе на лечение, предоставляемое специализированными наркологическими заведениями, если такие данные имеются, и психиатрическими лечебницами, а также сведения полиции об арестах, конфискациях и ценах на наркотики (таблица 3). Дополнительные компоненты могут включать

Таблица 3. Основные источники данных, которые могут использоваться в отдельных странах на начальном этапе

Источник	Ботсвана	Лесото	Маврикий	Мозамбик	Намбия	Сейшельские Острова	Южная Африка
<i>Сектор здравоохранения, социальных услуг</i>							
Специализированные лечебные центры		x	x	x	x	x	x
Психиатрические отделения	x	x	x	x	x	x	x
Морги	x				x	x	x
Отделения неотложной помощи							x
Общепсихиатрические палаты				x			
<i>Правоохранительные органы, органы юстиции, тюрьмы</i>							
Отдел по борьбе с наркотиками или судебно-медицинская лаборатория	x	x	x	x	x	x	x
Тюремная статистика			x		x		
Службы по работе с условно освобожденными	x					x	
Дорожно-транспортная инспекция	x				x		
<i>Прочие</i>							
Производители алкогольной продукции			x			x	
Прочие неправительственные организации	x			x	x	x	
Школьные советники						x	



данные обследований школ, сведения из моргов или данные обследований отделений неотложной помощи, либо данные, полученные от неправительственных организаций (например, от работающих с молодежью организаций). В отдельных пунктах по мере создания систем сбора данных могут быть добавлены дополнительные компоненты. Цель состоит в том, чтобы согласовать показатели, полученные из разных источников, с тем чтобы лучше понимать поведение, связанное со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, и его последствия.

### *Сбор данных по показателям потребления алкоголя и наркотиков в каждом пункте*

После создания сетей при конкретных пунктах и достижения договоренности по показателям и источникам данных, подлежащих оценке в каждом конкретном пункте, посредникам по странам поручают приступить к сбору данных из каждого источника дважды в год, начиная либо с 1 января, либо с 1 июля. Там, где это необходимо, заинтересованным сторонам оказывается дальнейшая помощь. Например, в большинстве стран проведены семинары-практикумы с целью содействия сотрудникам наркологических центров и ответственным работникам правительственных ведомств в подготовке стандартизированного инструмента сбора данных и в достижении согласия по механизмам сопоставления информации, поступающей из различных центров. Разработаны стандартные инструменты сбора данных в различных областях, например, для наркологических центров, подразделений полиции по борьбе с наркотиками, центров первичной медико-санитарной помощи, тюрем и психиатрических лечебниц.

### *Обмен, проверка и сопоставление собранной информации*

Подразумевается, что в рамках каждой местной сети дважды в год будут проходить "отчетные" собрания, на которых информация будет представлена в разбивке по источникам. Лицам, проводящим такие собрания, рекомендуется выделять достаточно времени для обсуждений, с тем чтобы участники могли внимательно изучить данные, то есть отыскать сходства, различия, изменения во времени и найти этому объяснения. Затем посредники приступают к сопоставлению информации из разных источников (и данных за разное время, если есть данные о тенденциях) и по стандартному образцу готовят отчет по тому или иному пункту. Кроме того, координаторам работы пунктов рекомендуется очерчивать круг вопросов, подлежащих мониторингу и требующих углубленного исследования, а также выдвигать идеи или предложения относительно выработки политики и практических мер.

"Отчетные" собрания проводятся два раза в год и на региональном уровне с целью содействовать представлению страновых докладов и обсуждению сходных черт, различий, тенденций и т. д. Совету по медицинским исследованиям поручено два раза в год составлять региональные отчеты на основе сопоставления информации из страновых докладов и дальнейшего анализа тенденций и прогнозов.

## *Распространение информации и пропагандистская деятельность*

Распространение информации является важнейшим компонентом инициативы СЕНДУ. Информация предназначена для самых разных аудиторий. На национальном уровне – это члены сети в каждом пункте, средства массовой информации, общественность и лица, ответственные за разработку политики, не входящие в сеть. На международном уровне – это члены других национальных или местных сетей, Комитет САДК по контролю над наркотиками и учреждения системы Организации Объединенных Наций, такие как ЮНДКП и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Для охвата такой разнообразной целевой аудитории используется ряд технологий – от составления документов брифингов и выпуска пресс-релизов до составления докладов различного объема. Такие доклады рассылаются по почте и помещаются на веб-сайт<sup>1</sup>. В большинстве стран, являющихся на сегодняшний день членами СЕНДУ, по радио и телевидению передаются интервью с руководителями проекта. В Южной Африке для парламентских комитетов и отдельных лиц, ответственных за разработку политики, проведены брифинги на основе данных САСЕНДУ. На сегодняшний день на международных встречах в Соединенных Штатах и Европе состоялись презентации как сети Южной Африки, так и региональных сетей. Чтобы обеспечить поступление собранных данных лицам, ответственным за разработку политики, и способствовать финансовой поддержке национальных и региональных сетей, необходима постоянная пропаганда деятельности СЕНДУ.

### *Оценка проекта*

Деятельность по внешней оценке СЕНДУ планирует САДК. Ожидается, что оценка будет проведена до конца первого пятилетнего цикла финансирования и будет включать в себя оценку проекта по таким критериям, как уровень участия заинтересованных сторон, полнота и качество полученной информации, полезность самого процесса и информации, полученной участниками сети и лицами, ответственными за разработку политики, а также целесообразность показателей. Надежная оценка послужит для государств – членов САДК огромным стимулом в обеспечении постоянной поддержки данной инициативы.

### **Ключевые вопросы**

В разделе о методах содержалось краткое описание общих стратегий достижения конкретных целей, перечисленных во вступлении к настоящей статье. Однако есть и другие вопросы, которые необходимо обсудить, чтобы получить более полное представление о происходящем в южной части Африки, что, как представляется, может оказаться полезным при создании эпидемиологических сетей на уровне общин в развивающихся странах.

---

<sup>1</sup>Сеть медицинской информации Южной Африки ([www.sahealthinfo.org/admodule/sendu.htm](http://www.sahealthinfo.org/admodule/sendu.htm)).

## *Структурные вопросы*

На национальном уровне важно иметь сильное головное ведомство, способное содействовать разработке системы наблюдения. Головным ведомством должно быть учреждение с устойчивой финансовой базой. В идеальном случае в каждой стране должно быть несколько “руководителей” процесса. Каждой стране было рекомендовано создать небольшой руководящий комитет в составе представителей из разных секторов, обладающих различным опытом по надзору за разработкой местных сетей. В функции руководящего комитета входит определение источников данных для каждой системы наблюдения; поддержание связей с различными лицами и ведомствами, занимающимися сбором данных, с целью убедиться, что они готовы начать сбор данных и имеют для этого все необходимое; помощь головному ведомству в сборе, сопоставлении и анализе данных, поступивших на каждом этапе, в подготовке страновых докладов в конце каждого этапа сбора данных и в подготовке материалов для региональных “отчетных” собраний; содействие головному ведомству в подготовке “отчетных” собраний, проводимых два раза в год; а также обеспечение непрерывного функционирования и расширения системы надзора.

Большое значение имеет также международная помощь в создании национальных систем наблюдений. В частности, сотрудничество с секретариатом САДК облегчило задачу организации СЕНДУ. Полезным катализатором создания таких систем на страновом уровне являются поездки с целью оказания технической помощи группы Совета по медицинским исследованиям (с участием уполномоченного САДК по контролю над наркотиками). Далее, текущему функционированию национальных систем наблюдений способствует проведение регулярных “отчетных” собраний, в которых принимают участие также члены Комитета САДК по контролю над наркотиками. Ценная помощь оказывается Глобальной программой по оценке, особенно в том, что касается технической помощи, предоставляемой региональными советниками по эпидемиологии. Национальный институт Соединенных Штатов по борьбе со злоупотреблением наркотиками и ЮНДКП предоставили САСЕНДУ и СЕНДУ возможность посылать своих представителей на международные форумы, а персоналу проектов – возможность увидеть, как работают другие национальные и региональные системы наблюдений.

## *Создание потенциала и ограничения, связанные с ресурсами*

Страны сильно различаются по своей способности создавать системы наблюдений, подобные описанным в настоящей статье. В частности, они различаются в плане людских и прочих ресурсов. В некоторых странах уже имеется большинство элементов таких систем, и они нуждаются только в стимуле к созданию сети и началу сопоставления уже собранной из различных источников информации. Однако в других странах отсутствуют такие ресурсы, как лабораторное оборудование, необходимое полиции для проверки на наркотики, компьютерное оборудование и программное обеспечение, а также персонал для ввода, анализа и сопоставления данных. ЮНДКП оказала существенную помощь в предоставлении аппаратного и программного обеспечения некоторым государ-

ствам – членам СЕНДУ через Глобальную программу по оценке, а также в организации семинара по управлению данными и их анализу.

### *Финансирование*

Системы наблюдений на уровне общин являются относительно эффективным с точки зрения затрат способом мониторинга злоупотребления алкоголем и наркотиками [4]. Однако на организацию регулярных “отчетных” собраний (на местном, национальном и региональном уровнях), деятельность по распространению информации и проведение специальных исследований нужны средства. На начальном этапе проект САСЕНДУ финансировался из Программы развития Организации Объединенных Наций (через ВОЗ), что впоследствии использовалось как аргумент при привлечении средств различных правительственных ведомств общенационального и местного уровня. На проект СЕНДУ САДК выделило субсидию сроком на пять лет (через посредство Европейского союза). Средства используются для оплаты профессиональной подготовки, проведения консультативных встреч и поездок с целью оказания технической помощи (включая первую встречу членов национальных сетей), на проведение два раза в год “отчетных” собраний, а также на помощь в составлении докладов и распространении информации. Есть надежда, что к концу текущего периода проект будет финансироваться главным образом отдельными государствами – членами САДК.

### *Гибкость*

При учреждении СЕНДУ предусматривалось создать систему наблюдений, которая позволяла бы сравнивать данные из разных стран. Однако такую систему нельзя ввести в приказном порядке. Признается, что страны могут различаться в таких аспектах, как головное ведомство, источники данных, а также в том, находится ли в центре внимания положение дел в стране в целом или ситуация в отдельных пунктах в стране. Кроме того, местные сети должны быть готовы приспосабливаться к изменениям в обстановке, если обнаружится, что что-то не срабатывает (например, если из какого-нибудь конкретного источника больше не поступают данные).

### *Тактика малых побед*

На создание городской, национальной или региональной сети требуется определенное время. Иногда случаются неудачи, например, когда не удается вовремя получить данные для “отчетного” собрания. Главное – опираться на уже достигнутое, преодолевать препятствия, всегда стремиться идти вперед и совершенствовать систему.

## **Заключение**

Еще рано оценивать воздействие инициативы СЕНДУ. По мнению авторов, пока что посредники и политические лидеры в каждой стране демонстрируют

значительную приверженность проекту. Проект стимулировал создание сетей как между странами, так и с такими международными учреждениями, как ЮНДКП, а также между заинтересованными сторонами из разных секторов в той или иной стране. Укрепились возможности стран в области мониторинга потребления алкоголя и наркотиков и его последствий; получена базовая информация о существующей ситуации со злоупотреблением наркотиками; получены ресурсы для сбора данных; семь стран начали систематический сбор данных в формате СЕНДУ. Информация, полученная в ходе первого “отчетного” собрания, состоявшегося в Кейптауне (Южная Африка) в апреле 2002 года, подкрепляет мнение о том, что государства – члены САДК сильно различаются по степени злоупотребления алкоголем и наркотиками и что виды потребляемых в регионе наркотиков и характеристики потребителей наркотиков меняются.

## Библиография

1. Southern African Development Community, *SADC Regional Drug Control Programme 1998-2002* (Gaborone, 1998).
2. Southern African Development Community, *Protocol on Combating Illicit Drugs* (Gaborone, 1996).
3. C.D.H. Parry, A. Plüddemann and A. Bhana, “Southern African Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU): Year 1”, in *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, vol. II: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*, National Institute on Drug Abuse, ed. (Rockville, Maryland, 2001), pp. 364-377.
4. C.D.H. Parry and others, “The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1977-1999) and policy implications”, *Addiction*, vol. 97, pp. 969-976.
5. United Nations, Office for Drug Control and Crime Prevention, *Global Assessment Programme on Drug Abuse* (Vienna, 2000). Представлено по адресу [www.undcp.org/pdf/drug\\_demand\\_gap\\_project.pdf](http://www.undcp.org/pdf/drug_demand_gap_project.pdf) (31 May 2002).
6. N. Kozel and Z. Sloboda, *Assessing Drug Abuse Within and Across Communities: Community Epidemiology Surveillance Networks on Drug Abuse* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1998).
7. Z. Sloboda and N. Kozel, “Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse”, in *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press), pp. 47-62.

# Проблема разработки информационных систем по наркотикам в Африке

**М. УОРНЕР-СМИТ\***

*Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности,  
Региональное отделение для южной части Африки, Претория*

## РЕЗЮМЕ

*В Африке к югу от Сахары при разработке систем сбора данных по потреблению наркотиков приходится сталкиваться с целым рядом проблем. Политический, культурный и экономический климат порождает различные проблемы, начиная от причиняемых плохо развитой инфраструктурой связи неудобств до более сложных вопросов, таких как расстановка приоритетов в государственных расходах на здравоохранение. Помимо трудностей общего порядка, стоящих в Африке к югу от Сахары перед любой инициативой в области развития, разработчики информационных систем по наркотикам сталкиваются с проблемой отсутствия регулярно собираемых данных по показателям и нехватки сотрудников, обладающих навыками или квалификацией, необходимыми для контролирования информационных систем по наркотикам. Для получения надежной информации о потреблении наркотиков Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками, совместно с другими региональными и национальными сотрудничающими организациями, такими как Сообщество по вопросам развития стран юга Африки, оказывает помощь в создании информационных систем по наркотикам в регионе. В настоящей статье приводятся сведения о некоторых ключевых задачах разработки информационных систем по наркотикам в регионе и освещаются приоритетные вопросы разработки для совершенствования потенциала сбора более качественной информации о формах и тенденциях потребления наркотиков в Африке к югу от Сахары.*

*Ключевые слова:* системы мониторинга потребления наркотиков; Африка; употребление наркотиков; эпидемиология; тенденции.

В большинстве стран мира имеется лишь небольшой объем надежных сведений о распространенности, формах и тенденциях потребления незаконных наркотиков [1]. Дефицит такой информации серьезно препятствует разработ-

---

\*Автор приносит благодарность коллегам из Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками Управления ООН по наркотикам и преступности за их ценные указания и помощь, а также коллегам из Восточноафриканской информационной системы по наркотикам и Эпидемиологической сети по наркотикам Сообщества по вопросам развития стран юга Африки, и в особенности Чарльзу Пэрри, Андреасу Плюдеманну и Джогги Стрийдому.

ке, осуществлению и оценке эффективности политики и программ, направленных на сокращение уровней потребления наркотиков или на ограничение неблагоприятных последствий такого поведения для здоровья и его социальных последствий. В особой степени достоверных данных недостает в Африке. До настоящего времени большая часть информации в области эпидемиологии наркомании поступает из Африки в рамках экспресс-оценок ситуации [2–4]. Хотя экспресс-оценки и могут обеспечить надежную контекстуальную информацию о видах и способах потребления наркотиков, они находят лишь ограниченное применение при мониторинге тенденций употребления наркотиков. Более полезными для постоянного наблюдения за структурами и тенденциями потребления наркотиков являются комплексные информационные системы по наркотикам.

Комплексные информационные системы по наркотикам сводят воедино регулярно собираемые данные, относящиеся к наркотикам, такие как сведения о поступлении в наркологические центры или о задержании за связанные с употреблением наркотиков правонарушения, и другие более специализированные эпидемиологические данные, такие как данные обследований и специальных исследований для выработки общего представления о структурах и тенденциях потребления наркотиков в том или ином конкретном районе [5]. Триангуляционный анализ различных источников данных, используемых в такой системе, помогает свести к минимуму воздействие сторонних факторов: с ростом числа используемых источников обеспечиваемая информация становится более надежной [6]. Этот подход с успехом использовался в ряде развитых стран и регионов. В качестве примеров можно привести Рабочую группу эпидемиологических исследований на уровне общин в Соединенных Штатах Америки [7], Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании в Западной Европе [8] и Австралийскую систему отчетности по незаконным наркологическим средствам [5]. Такие же системы были недавно созданы и в ряде развивающихся регионов, таких как Карибский бассейн и Латинская Америка.

Информационные системы по наркотикам стали создаваться и в субрегионах Африки. Помощь в создании таких систем в южных районах Африки оказывает Сообщество по вопросам развития стран юга Африки через свою Эпидемиологическую сеть по наркотикам. Кроме того, на юге Африки активно действует Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками, оказывая содействие Эпидемиологической сети по наркотикам; в Восточной Африке Программа оказывает помощь в создании Восточноафриканской информационной системы по наркотикам. Эти программы направлены на создание местного потенциала с целью улучшения качества информации о потреблении наркотиков посредством деятельности сетей специалистов и разработки эффективных методов сбора данных. Отчасти эта цель достигается за счет создания региональных информационных систем, при этом на национальном уровне программы содействуют в создании национальных информационных систем по наркотикам и обеспечивают профессиональную подготовку и ресурсы, необходимые для удовлетворения ключевых потребностей.

## Показатели развития: восточная и южная части Африки и мир в целом

Показатель	Восточная и южная части Африки	Мир
Численность населения (человек)	338,4 млн. (0,1 млн. – 59,6 млн.)	5862,7 млн.
ВВП на душу населения	2075 долл. США (480–10 600 долл. США)	6980 долл. США
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	47,3 лет (40,3–71,6 лет)	66,7 лет
Младенческая смертность	99 смертей на тысячу живорождений (14–172 на тысячу)	56 смертей на тысячу живорождений
Распространенность ВИЧ/СПИДа	11,1 процента (0,1–35,8 процента)	1,1 процента
Грамотность среди взрослых	62,7 процента (42,0–93,8 процента)	72,9 процента

Считается, что Африка к югу от Сахары является наименее развитым регионом мира, и, хотя организация там информационных систем по наркотикам относится к первоочередным задачам, при ее осуществлении приходится сталкиваться с особыми трудностями. Восточная и южная части Африки, на которые распространяется действие Глобальной программы по оценке, расположены на территории от Эритреи на севере до островных государств Индийского океана на востоке, до Южной Африки на юге и Анголы и Демократической Республики Конго на западе\*. По оценкам, в этих регионах проживает более 338 млн. человек, то есть почти 6 процентов численности населения мира [9]. По двум регионам средний показатель валового внутреннего продукта на душу населения в год составляет 2075 долл. США; уровень грамотности взрослого населения – 62,7 процента; продолжительность жизни – 47,3 лет; уровень младенческой смертности – 99 смертей на тысячу живорождений (см. таблицу). Распространенность вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДа) в обоих регионах оценивается в 11 процентов взрослого населения (14–49 лет) [10], колеблясь в пределах от менее одного процента взрослого населения в островных государствах Индийского океана до примерно 35 процентов в Ботсване. Однако, как видно из диапазонов по каждому из этих показателей (см. таблицу), существуют большие внутрирегиональные различия среди государств по уровню развития. При том, что 50 процентов стран обоих регионов относятся к числу 30 наименее развитых стран мира по индексу развития человека Программы развития Организации Объединенных Наций [9], имеется и несколько стран со средним уровнем доходов.

\*Глобальная программа по оценке действует в следующих странах: в Восточной Африке – Бурунди, Джибути, Эритрея, Эфиопия, Кения, Мадагаскар, Маврикий, Руанда, Сейшельские Острова, Сомали, Уганда и Объединенная Республика Танзания; в Южной Африке – Ангола, Ботсвана, Демократическая Республика Конго, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, ЮАР, Свазиленд, Замбия и Зимбабве.



## **Проблемы в создании информационных систем по наркотикам**

Многие трудности, с которыми приходится сталкиваться при попытках создания информационных систем по наркотикам в Африке, не присущи одной только области эпидемиологии наркомании и не относятся к одной лишь Африке. Такие проблемы возникают в развивающихся странах при попытках запустить в действие любой новый процесс или программы. Там зачастую отсутствует базовая инфраструктура, такая как эффективные почтовые и телекоммуникационные службы. Таким образом, материально-техническое обеспечение любого проекта, осуществляемого в развивающихся странах, неизбежно является более сложным делом, чем обеспечение аналогичных проектов в развитых странах. Помимо проблем, связанных с плохо развитой инфраструктурой, имеется целый ряд проблем экономического, культурного и политического порядка.

### *Экономика*

В основе как дефицита данных о потреблении наркотиков в Африке, так и трудностей восполнения этого дефицита, лежит ограниченность ресурсов. Хотя с этой проблемой сталкиваются все страны, особо остро она стоит в Африке к югу от Сахары. Недостаток ресурсов ограничивает способность государства собирать данные о наркотиках с помощью органов здравоохранения и правопорядка, а в силу ограниченных возможностей в области образования возникает нехватка лиц, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для сопоставления и представления данных. Аналогичным образом, нехватка ресурсов ограничивает диапазон и масштабы предоставляемых услуг, а это приводит к тому, что информационные системы по наркотикам включают меньше возможных источников информации, чем такие же системы в более развитых странах. Наконец, самому сбору данных препятствуют плохо развитая инфраструктура связи, недостаток финансирования и нехватка компьютерного оборудования.

### *Людские ресурсы*

Для работы информационных систем по наркотикам необходимо, как минимум, наличие лица или организации, которые наблюдали бы за сопоставлением и представлением имеющихся данных. В силу ограниченных бюджетных возможностей правительства стран Африки к югу от Сахары не в состоянии нанимать сотрудников специально для этой цели или заключать соответствующие внешние контракты с неправительственными организациями. Ответственность за эту деятельность возлагается на государственных служащих в дополнение к их обычным должностным обязанностям. В результате им приходится решать, насколько эта деятельность является приоритетной среди других первоочередных дел, и уделять необходимое время для ее осуществления помимо своей основной работы. Во многих случаях это удается с большим трудом. Вследствие этого многие необходимые для создания устойчивых информа-

ционных систем по наркотикам меры принимаются с существенным опозданием. Такого рода задержки чреваты проблемами для эпидемиологов, пытающихся создать возможности для мониторинга употребления наркотиков, поскольку устойчивость информационных систем по наркотикам ставится в зависимость от способности правительства финансировать деятельность специалистов, необходимых для сопоставления и сообщения данных.

### *Службы здравоохранения*

Для работы информационных систем по наркотикам необходимы также данные по базовым показателям. Данные правоохранительных органов в той или иной форме имеются во всех странах региона, однако многие другие источники данных, имеющие принципиальное значение для информационных систем по наркотикам, в развивающихся странах просто отсутствуют. Причиной этого является, прежде всего, чрезвычайно ограниченные (в сравнении с более развитыми странами) услуги здравоохранения, предоставляемые в большинстве африканских стран. Лишь в немногих африканских странах, например, ведутся реестры причин смерти. Таким образом, случаи смерти, связанные с употреблением наркотиков, являющиеся ключевым показателем тенденций в потреблении опиатов, попросту не регистрируются. Аналогичным образом, в большинстве стран восточной и южной частей Африки не существует специализированных учреждений, занимающихся лечением от наркомании и алкоголизма. Если такое лечение предоставляется, то охват услугами весьма ограничен и возможности невелики. В Уганде, например, недавно открылся специализированный наркологический центр, который рассчитан на не более 20 пациентов. Это единственное заведение, предоставляющее наркологическое лечение в стране с населением более 20 млн. человек. В большинстве случаев лечением наркомании и алкоголизма занимаются психиатрические лечебницы. В расчете на душу населения возможности такого лечения чрезвычайно ограничены, поскольку во многих странах имеется лишь одна психиатрическая больница. Огромная нагрузка работой таких больниц в сочетании с отсутствием компьютеризации учета приводят к тому, что весьма трудно отделить истории болезни наркоманов от историй болезни обычных психиатрических больных. Поэтому многие информационные системы по наркотикам в огромной степени зависят от данных правоохранительных органов. Помимо недостатка источников данных по базовым показателям, весьма редко и зачастую в ограниченных масштабах проводятся специализированные исследования по наркотикам, такие как обследования школ, что объясняется недостатком финансовых ресурсов для проведения таких исследований и нехваткой квалифицированных исследовательских кадров.

### *Профессиональное образование*

Ограниченные возможности для получения высшего образования в Африке означают, что лишь небольшая часть населения может получить образование третьей ступени в таких специализированных областях, как эпидемиология наркомании. Например, из 26 координаторов в Глобальной программе по оцен-

ке масштабов злоупотребления наркотиками только один человек прошел формальную подготовку по эпидемиологии и лишь двое являются врачами. Остальные – государственные служащие из правоохранительных структур или органов здравоохранения: сыщики и фармацевты, интересующиеся проблемой незаконных наркотиков. Без надлежащей подготовки по эпидемиологии наркомании, такие люди, даже будучи весьма компетентными, не могут провести полноценные или достоверные исследования в данной области. Поэтому основные задачи в регионе связаны с решением проблемы нехватки данных по базовым показателям и с подготовкой кадров на уровне, необходимом для сбора первичных данных. Одна из ключевых задач разработки надежных методов сбора данных состоит в создании человеческого потенциала посредством профессиональной подготовки и учебных материалов.

Там, где таких специализированных знаний нет, необходимо рассматривать вопрос об обоснованности и достоверности таких имеющихся в наличии данных, поскольку не исключено, что их собирали без учета возможности ошибок или предвзятости. Точно так же неосведомленность о том, в какой степени и для каких целей необходимы такие данные, нередко приводит к сбору некачественных данных. Например, в ряде стран в предоставляемых органами полиции данных не проводится различие между арестами за хранение наркотиков и арестами за торговлю наркотиками; в психиатрических больницах, хотя и пользуются кодами из Руководства по диагностике и статистике психических расстройств или Международной классификации болезней, часто группируют все связанные с наркотиками диагнозы под одним общим кодом “наркомания” или “наркотический психоз”, не указывая при этом вида соответствующего наркотика; данные из специализированных лечебных центров используются как основа для выводов о тенденциях в употреблении наркотиков, несмотря на весьма незначительный размер выборок. Имеющиеся данные по наркотикам следует трактовать с определенной долей скептицизма. Вопрос, таким образом, состоит в том, как поддерживать достаточно строгие стандарты качества данных в условиях их недостатка.

### *Определение приоритетов*

Еще одна проблема в области эпидемиологии наркомании в Африке состоит в том, как обеспечить, чтобы ей отводилось достаточно важное место. Как уже отмечалось выше, Африка располагает чрезвычайно ограниченными ресурсами, в особенности в области здравоохранения. Вопрос в том, как включить эпидемиологию наркомании в число приоритетных задач в области здравоохранения в странах, страдающих от нищеты, безработицы и пандемии ВИЧ/СПИДа. Можно упирать на то, что относительно скромные ассигнования, необходимые для мониторинга форм и тенденций потребления наркотиков, будут компенсированы потенциальной экономией, которой удастся достичь с помощью этого мониторинга, например, за счет переориентации служб здравоохранения на меры раннего вмешательства для борьбы с новыми наркотиками и возможного ограничения распространения их употребления либо за счет оказания услуг, направленных на уменьшение неблагоприятных последствий таких наркотиков для здоровья и общества. Однако может оказаться сложным убедить прави-

тельства и отдельных лиц вкладывать средства в эпидемиологию наркомании, если можно использовать ресурсы на решение более насущных нужд здравоохранения, например на снабжение чистой питьевой водой или вакцинацию населения. Ясно, что для окупаемости капиталовложений и обеспечения устойчивости такие системы должны быть малозатратными.

### *Общение*

Самая, наверно, наглядная проблема, возникающая при попытке общения с представителями иных культур, – это языковая проблема. Преобладающими государственными языками в странах Африки к югу от Сахары являются английский, французский и португальский. Поскольку нередко возникает потребность в переводе, от этого страдают качество и эффективность. Даже когда не требуется перевод, эффективному устному общению могут препятствовать внутрирегиональные различия в произношении и технической терминологии. Эти трудности усугубляются тем, что официальный государственный язык большинства стран региона является для значительной части населения вторым или третьим языком. Чрезвычайно важно поэтому, чтобы сообщаемая информация была краткой и ясной и чтобы можно было проверить, насколько правильно она понята.

На работу в области развития, в том числе в области эпидемиологии, оказывают влияние и культурные различия неязыкового свойства, хотя они редко проявляются открыто. Например, в некоторых культурах не полагается говорить “нет” или признаваться в своих трудностях, а в результате проблемы маскируются массой положительной информации. Культурные трудности в общении усугубляются трудностями языкового характера: человек может и не осознавать, что сказанное не понятно другим, или то, о чем просят, на самом деле невыполнимо. Если не учитывать эти культурные тонкости и не принимать меры, исключаяющие их отрицательное воздействие на осуществляемую работу, то это может привести к немалым проблемам. Таящиеся в разных культурах помехи общению подчеркивают важность тесного сотрудничества с местными коллегами и привлечения их к активной работе в проектах создания информационных систем по наркотикам.

### *Политика*

Задача Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками состоит в создании потенциала по сбору данных посредством сотрудничества с партнерами на национальном уровне. Такие сотрудничающие организации обычно отбираются с помощью и с согласия правительств, и поэтому часто соответствующими полномочиями наделяются правительственное ведомство либо отдельный государственный служащий. Это обеспечивает институционализацию системы, что приводит к стабильности проектов, но в то же время ставит их в зависимость от недостатков политики. Последствия этого могут ощущаться на уровне отдельных лиц, партий и даже страны в целом. Например, правительству каждой из стран восточной и южной частей Африки направляют просьбу назначить координатора проекта. По политическим сооб-

ражениям национальным координатором правительство не всегда назначает наиболее подходящее лицо, что явно затрудняет разработку информационных систем по наркотикам и создает проблемы для привлеченного из другой организации эпидемиолога, у которого не остается иного выбора, кроме сотрудничества с назначенным чиновником. В тех случаях, когда координатором проекта назначают подходящее лицо, его или ее могут неожиданно снять по политическим соображениям, что нарушает ход работы по проекту. Когда это случается на организационном этапе проекта, приобретенный координатором опыт может быть утрачен еще прежде, чем проект достигнет той степени развития, когда можно передать такой опыт необученным коллегам.

Политическая деятельность способна не только нарушить ход течения проектов, но также поставить под угрозу само их выполнение. Например, в одной из стран из-за оспариваемых результатов всеобщих выборов долгое время не было законного правительства. В итоге деятельность Глобальной программы по оценке в этой стране была приостановлена на неопределенное время до разрешения тупикового положения. В ряде стран региона такого рода политическая нестабильность имеет хронический характер: нередко гражданские конфликты, ряд из которых могут продолжаться годами. Другие конфликты могут носить недолговременный характер, но иметь катастрофические последствия и для населения и для инфраструктуры страны (например, геноцид в Руанде в 1994 году). Такие конфликты неизбежно отрицательно сказываются на любой работе в области развития. Считается, что они являются причиной и следствием бедности в регионе [11] в условиях изначальной нехватки ресурсов. Таким образом, еще больше истощая и без того скудные ресурсы, конфликты не только ставят под вопрос выполнимость программ эпидемиологии, но и подрывают способность той или иной страны проводить эпидемиологические исследования в будущем. Однако важно также отметить, что нестабильность и ухудшение гражданской инфраструктуры, связанные с этими конфликтами, могут увеличить уязвимость стран перед проблемой наркотиков.

## **Рекомендации**

Вполне очевидно, что существует необходимость в информационных системах по наркотикам в Африке и что при их создании придется преодолевать многочисленные трудности. Появившиеся признаки распространения потребления героина в регионе, в особенности в Южной Африке [12], подчеркивают необходимость наблюдения за наркотиками даже там, где злоупотребление наркотиками еще не считается особенно распространенным или опасным явлением. Способность таких систем к освещению новых тенденций в области употребления наркотиков доказывает их оперативную целесообразность и инвестиционную рентабельность.

Сотрудничество с правительствами на возможно более высоком уровне способно сгладить политические препятствия и ограничения, налагаемые нехваткой ресурсов. Когда старшие правительственные чиновники хорошо информированы о необходимости эпидемиологии наркомании и о назначении информационных систем по наркотикам, то легче добиться политической под-

держки и выделения ресурсов на создание таких систем, а эпидемиологии наркомании уделяется приоритетное внимание, которого она заслуживает. Такую поддержку легче получить, когда можно доказать эффективность и рентабельность предлагаемой информационной системы по наркотикам. Когда система уже создана и собрана определенная информация, ее нужно четко и кратко составить и представить, чтобы обеспечить ее соответствие целям разработки и оценки политики и деятельности по сокращению спроса на наркотики. Максимальное увеличение полезности системы таким способом может обеспечить продолжение правительственной поддержки.

В многих странах, где не производится регулярный сбор данных по основным показателям, требуются новаторские подходы, такие как использование сетей ключевых респондентов. На Коморских Островах, например, медицинские сестры в психиатрических отделениях прежде, чем получить назначение на работу в центры первичного медицинского обслуживания, проходят подготовку по тематике незаконных наркотиков; работая в таких центрах, они смогут как специалисты оценить ситуацию с наркотиками в стране даже при полном отсутствии любых других данных из учреждений системы здравоохранения. Там, где традиционные источники данных все же существуют, но их не удается использовать, помочь их использованию в будущем можно посредством подготовки работников на местах и скромных капиталовложений в развитие таких источников данных. Такими способами можно в максимальной степени использовать имеющиеся ресурсы.

## **Приоритетные для региона вопросы**

Трудности, с которыми приходится сталкиваться при создании информационных систем по наркотикам в восточной и южной частях Африки, позволили четко определить первоочередные задачи, требующие решения для укрепления эпидемиологии наркомании в регионе. Тремя важнейшими задачами являются профессиональная подготовка, создание инфраструктуры и оказание технической помощи.

Для извлечения максимума пользы из регулярно собираемых, но не сообщаемых данных, на низовом уровне требуется базовая подготовка по вводу, анализу и представлению данных. Такая подготовка должна охватывать обучение работе с компьютеризованными данными, которые обеспечивает Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками, а также методам работы без использования компьютеров, где возможность их бесперебойной работы вызывает сомнения. На институциональном уровне включение эпидемиологии и, в частности, эпидемиологии наркомании в программы курсов по медицинским специальностям третьей ступени образования значительно укрепило бы способность будущих медицинских работников вносить свой вклад в текущий мониторинг структур и тенденций потребления наркотиков. Точно так же, организация курсов непрерывного образования по базовой эпидемиологии наркомании для медицинских работников на местах значительно повысила бы их способность выявлять потенциальные источники данных и упорядочить сбор и представление этих данных для формирующихся информационных систем по наркотикам.

Отсутствие базовой инфраструктуры для сопоставления и сообщения данных по наркотикам является второй проблемой, требующей решения. Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками предоставляет компьютерное оборудование и программное обеспечение национальным координаторам. Важно, однако, всегда помнить о вопросах их постоянного применения. Существует риск, что предоставленное оборудование останется без применения либо из-за отсутствия средств или необходимого технического опыта, либо из-за того, что те, кто умеет пользоваться программным обеспечением, не в состоянии эффективно передать свои навыки другим, и, таким образом, когда они выходят на пенсию или переходят на другую должность, такие навыки утрачиваются. Тем не менее в краткосрочной перспективе преодолеть дефицит инфраструктуры можно со сравнительно небольшими издержками, значительно увеличив потенциал правительственных ведомств сопоставлять и анализировать относящиеся к наркотикам данные.

Наконец, на местном уровне необходимо оказать более интенсивную поддержку усилиям по использованию имеющихся данных, по преодолению барьеров к общению, обеспечению технического руководства при разработке местных программ подготовки кадров, сопоставлению показателей, а также по разработке и осуществлению мероприятий по сбору первичных данных, таких как данные обследований школ.

## **Заключение**

При разработке информационных систем по наркотикам работающие в Африке эпидемиологи, как и любые специалисты в области развития человеческого потенциала, сталкиваются с рядом проблем. Деятельности в области развития препятствует уже сама необходимость в развитии. Чтобы обеспечиваемые развитием блага были устойчивыми, необходимо наращивать национальный потенциал. Однако крайняя нехватка ресурсов, с которой сталкиваются правительства стран региона, ограничивает наличие людских ресурсов, уровень профессионального опыта и навыков и наличие инфраструктуры для целей развития. В этих условиях задача тех, кто создает информационные системы по наркотикам, состоит в том, чтобы как можно лучше работать в этих узких рамках, рентабельно использовать имеющиеся ресурсы для мониторинга употребления наркотиков и способствовать созданию национального потенциала, решая некоторые из этих проблем, например, посредством профессиональной подготовки или предоставления безвозмездных ссуд на совершенствование инфраструктуры. В восточной и южной частях Африки профессиональную подготовку, техническую помощь и инфраструктуру для информационных систем по наркотикам обеспечивают Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками и Эпидемиологическая сеть по наркотикам Сообщества по вопросам развития стран юга Африки. Прогресс, достигнутый в создании этих систем, свидетельствует о том, что даже минимальные инвестиции могут принести существенные дивиденды в виде более качественной информации о потреблении наркотиков в регионе. Однако такие программы могут лишь положить начало созданию информационных систем по наркотикам в Африке. Устойчивое развитие этих систем возможно только посредством привлечения

к работе местного персонала, институционализации деятельности по сбору данных во всех секторах и на всех уровнях и осознания пользы, которую эти системы приносят при разработке политики и стратегий сокращения употребления наркотиков в этих обществах.

## Библиография

1. “Положение в области злоупотребления наркотиками в мире, в частности распространение вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) в результате употребления наркотиков путем инъекций: доклад Секретариата” (E/CN.7/2002/2 и Corr.1, 10 января 2002 года).
2. С. Селассие и А. Гебре, “Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в Эфиопии”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XLVIII, № 1 и 2 (1996 год).
3. Х.А. Мвенези, “Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в Кении”, *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том XLVIII, № 1 и 2 (1996 год).
4. G.P. Kilonzo and others, “Rapid situational assessment for drug demand reduction in Tanzania”, Department of Psychiatry, College of Health Sciences, Muhimbili University, Dar es Salaam, 2002, неопубликованная работа.
5. J. Hando and others, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, University of New South Wales, 1997).
6. P. Griffiths and others, “Drug information systems, early warning and new drug trends: can monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?”, *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6-8 (2000), pp. 811-844.
7. Z. Sloboda and N.J. Kozel, “Frontline surveillance: Community Epidemiology Work Group for Drug Abuse”, *Drug Abuse: Etiology and Interventions*, M. D. Glantz and C. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2001* (Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001).
9. Программа развития Организации Объединенных Наций, *Доклад о развитии человека за 2001 год: использование новых технологий в интересах развития человека* (New York, Oxford University Press, 2001).
10. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Всемирная организация здравоохранения, *Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2001 года* (Женева, 2001 год).
11. F. Stewart, “Root causes of violent conflict in developing countries”, *British Medical Journal*, vol. 324, 9 February 2002, pp. 342-345.
12. С.Д.Н. Parry and A. Plüddeman, *Southern African Development Community Epidemiology Network on Drug Use Report: July-December 2001* (Cape Town, 2002).





# Мексика: системы эпидемиологической диагностики злоупотребления наркотиками

---

## **М.Э. МЕДИНА-МОРА**

*Директор по научно-исследовательской работе в области эпидемиологии и социальной психологии, Национальный институт психиатрии  
им. Рамона де ла Фуэнте Муньиса, Мехико*

## **П. КРАВИОТО**

*Директор по научно-исследовательской работе, Главное управление эпидемиологии,  
Секретариат здравоохранения Мексики, Мехико*

## **А. ОРТИС**

*Научный сотрудник, Управление научно-исследовательских работ в области эпидемиологии и социальной психологии, Национальный институт психиатрии  
им. Рамона де ла Фуэнте Муньиса, Мехико*

## **П. КУРИ**

*Генеральный директор по вопросам эпидемиологии, Главное управление эпидемиологии,  
Секретариат здравоохранения Мексики, Мехико*

## **Х. ВИЛЬЯТОРО**

*Научный сотрудник, Управление научно-исследовательских работ в области эпидемиологии и социальной психологии, Национальный институт психиатрии  
им. Рамона де ла Фуэнте Муньиса, Мехико*

## **РЕЗЮМЕ**

*Изучение спроса на психоактивные вещества в Мексике имеет долгую историю: первые попытки оценки относятся еще к XVIII веку. Однако эпидемиологические исследования начали проводиться только в 1970-е годы. Для оценки проблемы злоупотребления наркотиками используются те же стратегии, что и в других странах мира: к их числу относятся обследования домохозяйств, изучение групп учащихя и групп высокого риска, внедрение систем эпидемиологических наблюдений и анализ статистики смертности. Применялись и другие методики, позволяющие изучать труднодоступные группы населения и проводить анализ контекстуальных факторов, в которых происходит потребление наркотиков. Эти методики применяются в антропологической перспективе с использованием качественных методов, к числу которых относятся этнографические наблюдения, интервью с ключевыми респондентами, работа в фокус-группах и углубленное изучение конкретных случаев. Посредством таких исследований было продемонстрировано, что*

*с 1990-х годов в Мексике произошло значительное расширение незаконного употребления наркотиков, прежде всего кокаина и некоторых наркотиков амфетаминового ряда (наиболее распространенный из них – метилendioксиметамфетамин – МДМА, известный как “экстази”), и сокращение злоупотребления ингалянтами. Действующие системы сбора данных свидетельствуют также о росте потребления героина в пограничных с Соединенными Штатами Америки районах, причем значительная часть потребителей героина вводит его путем инъекций, и такая практика влечет за собой огромный риск заражения передающимися через кровь вирусами, такими как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатит. Случаи потребления героина стали выявляться и в других районах страны. Применяемая в Мексике стратегия исследований действительна при постановке эпидемиологического диагноза в случаях злоупотребления наркотиками; однако необходимо предпринять меры для реагирования на новые проблемы, которые для директивных органов представляют собой тенденции в области употребления наркотиков.*

*Ключевые слова:* эпидемиология; потребление наркотиков; тенденции; Мексика.

---

## **Введение**

Злоупотребление психоактивными веществами в Мексике складывается аналогично ситуации в других странах с точки зрения вида употребляемых веществ, структур потребления и связанных с этим проблем. Однако имеются и характерные особенности, связанные с местным социальным и культурным контекстом, в котором имеет место потребление таких веществ. Социальные исследования в этой области в Мексике имеют давнюю историю, начиная с подсчета потребления алкоголя в колониальные времена [1] и потребления других веществ с целью интоксикации в XVIII веке [2]. Но лишь в 1970-х годах начали проводиться тщательно подготовленные эпидемиологические исследования, и научные работники из различных институтов стали проводить обследования с целью установить степень распространения данной проблемы в различных группах населения [3–5].

Создание в 1972 году Мексиканского центра исследований зависимости от лекарственных средств (СЕМЕФ) позволило расширить масштабы эпидемиологических и социальных исследований. Были проведены обследования домохозяйств [6], обследования учащихся [7] и изучение групп повышенного риска [8]. Создан реестр пациентов, посещающих центры молодежной интеграции (ЦМИ) [9], которые стали действовать в начале 1970-х годов и предоставляли специализированную помощь наркоманам. Впоследствии СЕМЕФ был переименован в Научно-исследовательский центр психического здоровья, а позднее изменил название на Национальный институт психиатрии им. Рамона де ла Фуэнте Муньиса. В этих новых учреждениях продолжали проводиться и активизировались исследования по разным направлениям.

В 1980-е годы Главное управление эпидемиологии и Национальный институт психиатрии провели первое в стране национальное обследование домохо-

зайств [10], и была создана первая городская информационная система по наркотикам (ИСН) [11]. Эта система осуществляла сбор информации по всем случаям лечения в медицинских и реабилитационных центрах. ЦМИ продолжили подготовку докладов по спросу на наркотики и проводили исследования групп населения с повышенной степенью риска [12, 13]. В 1990-е годы продолжилась реализация этих стратегий, и в ряде городов была введена система эпидемиологического мониторинга для сбора информации по случаям обращения за лечением в специализированные наркологические центры, ряд из которых находится в ведении государства, и в отделения неотложной помощи, а также данных по действиям, наносящим ущерб здоровью, и по потреблению табака, алкоголя и запрещенных и медицинских наркотиков населением в целом и группами повышенного риска [14].

Такие мероприятия по сбору данных позволили определить масштабы потребления психоактивных веществ, злоупотребления ими и зависимости от них, а также лежащие в основе этих явлений тенденции, проблемы, связанные с появлением новых наркотиков, такие как изменения в формах потребления и в характеристиках групп потребителей наркотиков, социальные и медицинские последствия употребления наркотиков, масштабы использования предоставляемых услуг и обстоятельства, при которых происходит потребление наркотиков. Ряд факторов способствовал повышению значимости собранных данных относительно природы проблемы наркотиков. К числу таких факторов относятся разнообразие изучаемых групп населения, регулярность проведения исследований, использование предложенных Всемирной организацией здравоохранения в 1976 году общих показателей и апробация методик, определений и инструментов в различных ситуациях, в том числе в Мексике [15]. Поэтому оказалось возможным дать реалистичную оценку явления злоупотребления психоактивными веществами, которая была положена в основу национальных программ борьбы с зависимостью.

Восполняя потребность в оперативной публикации данных по потреблению наркотиков (то есть до опубликования в научной литературе), в структуре Главного управления эпидемиологии была создана новая Система эпидемиологического наблюдения за наркоманией (СИСВЕА). ИСН позволила установить связи между различными институтами, участвующими в сборе эпидемиологических данных. Недавно, в 2001 году, Национальный совет по борьбе с наркотиками создал центр наблюдений, в работе которого принимает участие ряд институтов, систематически занимающихся сбором информации в этой области. В задачи центра наблюдений входят стандартизация информации по спросу на наркотики, определение приоритетов и организация сбора и своевременного обнародования информации по потреблению наркотиков для содействия процессу принятия решений.

## **Методы сбора данных**

Источниками информации являются регулярные обследования населения, в том числе выборочные обследования домохозяйств, учащихся и групп повышенного риска, а также постоянно действующие системы эпидемиологического мониторинга.

### *Общие обследования населения: обследования домохозяйств (1974–2002 годы)*

Целью первых обследований домохозяйств, проведенных в период с 1974 по 1986 год, было исследование употребления психоактивных веществ в городах с разными характеристиками и разным уровнем риска; было проведено семь таких обследований. В программу первого национального обследования городского населения страны, которое было проведено в 1988 году, были включены вопросы по потреблению алкоголя, табака и других наркотических средств [10]; второе обследование состоялось в 1993 году [16], а третье – в 1998 году [17]. Эти обследования проводились на основе вероятностных выборок лиц обоого пола в возрасте от 12 до 65 лет, проживающих в городских районах с населением более 2500 человек. Обследованиями было охвачено 75 процентов населения страны.

Обследование 1993 года включало специальное исследование городов, расположенных в северной приграничной зоне (Тихуана, Сьюдад-Хуарес и Матаморос), и двух крупных городских агломераций (Монтеррей и Мехико). Обследование позволило получить представительные для всей страны данные по подросткам (в возрасте от 12 до 17 лет) и взрослому населению (в возрасте от 18 до 65 лет), а также данные по северным, центральным и южным регионам Мексики. Была получена также новая информация по трем городам, расположенным вблизи северной границы, и по трем крупным городским районам, которые были охвачены проводившимся ранее обследованием. В настоящее время проводится четвертое национальное обследование, которое впервые позволит получить данные по сельскому населению страны.

В 2002 году было проведено еще одно национальное обследование городского и сельского населения в возрасте от 12 до 65 лет. В тех обследованиях, о которых речь шла выше, информация собиралась посредством стандартизированных вопросников, которые заполнялись в процессе личного опроса. Вопросник был опробован в ходе крупномасштабных экспериментов и для упрощения сопоставления данных по региону включал вопросы из обследований домохозяйств в Соединенных Штатах Америки, а также вопросы, предложенные недавно Межамериканской комиссией по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД).

### *Исследования учащихся (1975–2000 годы)*

Институт и Секретариат народного образования провели различные эпидемиологические исследования с использованием репрезентативных выборок учащихся средних и старших классов. Цель этих исследований состояла в определении масштабов распространенности потребления наркотиков и выявлении наиболее затронутых этим подгрупп учащихся. На настоящий момент были проведены три национальных обследования учащихся: в 1976, 1986 [18] и 1991 годах [19]. Первые два обследования охватывали городское население, тогда как последнее прошло в масштабах всей страны, включая сельские районы.

В столичном федеральном округе в период с 1976 [18] по 2000 год обследования проводились каждые два-три года. Последние два охватили все 16 окру-

гов, а выборка включала более 12 тыс. подростков – учащихся школ [20, 21]. В 1981 году ЦМИ провели исследование в 15 городах, где они действуют, охватив молодежь – с учеников шестых классов начальных школ до студентов университетов [22]. Были также проведены исследования на общегосударственном уровне, что позволило лучше понять специфику проблемы на местах.

### *Исследования маргинальных, скрытых групп и групп повышенного риска (1978–2002 годы)*

Группы населения, которые невозможно было охватить в ходе общих обследований, обследований школ или обоих видов обследований, стали объектом специальных исследований. К числу интенсивных методов исследования, применявшихся для изучения таких групп, относились исследования конкретных случаев [23], работа с ключевыми респондентами [24] и методы многократного анализа данных [25, 26].

Наиболее тщательно по данной категории было проведено обследование работающих детей, особенно зарабатывающих себе на жизнь на улице [27, 28], а также таких особых групп, как женщины [29]. При поддержке со стороны Детского фонда Организации Объединенных Наций и Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками Национальная система комплексного развития семьи (ДИФ) провела в 101 мексиканском городе обследование работающих детей в возрасте от 6 до 17 лет [28]. Недавно, в 2001 году, Кравиото провел исследование злоупотребления героином в пограничных северных районах Мексики. В ходе этого исследования с помощью методов многократного анализа данных были проанализированы масштабы проблемы, а для получения более глубокой информации о формах употребления наркотиков и о контекстуальных факторах, связанных с их потреблением, использовались фокусные исследования и изучение конкретных случаев [26].

Кроме того, были проведены исследования психологических и социальных факторов, связанных с потреблением кокаина, хода распространения психотропных веществ, используемых не в медицинских целях, а также потребления метамфетаминов и их возрастающей роли, помимо прочего, в молодежных субкультурах. В ходе всех этих исследований применительно к особым потребностям изучаемых групп разрабатывались и/или адаптировались количественно ориентированные методики.

### *Информационная система предоставления данных по наркотикам (1986–2002 годы)*

Информационная система предоставления данных по наркотикам (ИСН), которая начала действовать в 1986 году, фиксирует информацию о важнейших тенденциях в потреблении наркотиков в Мехико посредством оценки данных, поступающих в июне и ноябре каждого года. Любому, кто в период наблюдения обратился в учреждения, участвующие в Системе, независимо от того, обращается ли он впервые или неоднократно пользовался их услугами, задается вопрос о том, принимал ли он (она) когда-либо наркотики. Более подробная

информация об употреблении наркотиков поступает в случаях, когда выявляется факт употребления наркотиков. “Факт употребления” фиксируется, если человек в возрасте старше 12 лет, который зарегистрирован в учреждении, участвующем в Системе, сообщает, что как минимум один раз принимал не выписывавшееся ему наркотическое средство или же преднамеренно принимал выписанное наркотическое средство, не следуя предписаниям врачей. Случаи профессиональной или случайной интоксикации и их сочетания не учитываются. В используемый для сбора данных вопросник включены разделы, относящиеся к социально-демографическим данным о потребителях, в том числе о причине их обращения в медицинское учреждение, а также о проблемах, связанных с потреблением наркотиков. Вопросы о моделях потребления разработаны по 12 наркотикам. Это позволяет определить, какие наркотики употребляются чаще всего, частоту их потребления, способы потребления и возраст начала употребления наркотиков. Исследуются также вопросы потребления алкоголя и табака, но только в связи с использованием других наркотических средств, поскольку лица, потребляющие только алкоголь и табак, не включаются в систему сбора данных [30]. К настоящему времени осуществлены 34 оценки. ИСН содержит информацию по более чем 15 тыс. потребителей наркотиков, обратившихся в 44 лечебных и реабилитационных учреждения, которые предоставляют услуги любым лицам любого возраста, хотя учитываются только данные по лицам в возрасте 12 лет и старше. Основное количество сведений поступает из центров молодежной интеграции.

### *Система эпидемиологического наблюдения за наркоманией (1990–2002 годы)*

СИСВЕА работает при Главном управлении эпидемиологии Секретариата здравоохранения и собирает информацию из государственных и неправительственных лечебных центров, контролирующих учреждений, центров неотложной помощи, органов судебной медицины и органов, производящих изъятия наркотиков. Система собирает, помимо прочего, информацию о базовых социально-демографических характеристиках по каждому выявленному случаю, об использовавшихся наркотиках, об основном потребляемом наркотическом средстве (представляющем наибольшие проблемы) и об истории жизни наркомана (порядок, в котором он или она принимают наркотики). СИСВЕА входит в международную сеть систем, действующую на территории Соединенных Штатов, Центральной и Южной Америки и стран Карибского бассейна, а также является членом Рабочей группы эпидемиологических исследований на уровне общин Соединенных Штатов.

СИСВЕА группирует информацию по характеристикам и тенденциям по городам и штатам, используя количественные показатели, получаемые из государственных медицинских учреждений, медицинских центров, правоохранительных органов, материалов обследований и других источников информации, которые имеются по изучаемым областям. К числу важнейших показателей относятся следующие:

а) количество смертельных случаев, связанных с употреблением наркотиков, – данные поступают из органов судебной медицины;

- b) случаи потребления наркотиков, о которых поступают сведения из центров неотложной помощи;
- c) основные наркотики, являющиеся предметом злоупотребления, о которых сообщили пациенты при обращении в лечебные центры;
- d) анализы мочи арестованных;
- e) случаи изъятия наркотиков; стоимость, степень чистоты и характеристики изъятия наркотиков.

Помимо такой количественной информации СИСВЕА использует также качественные данные, получаемые, в том числе, из ежедневных отчетов с мест, при работе в фокус-группах и в ходе опросов. В настоящий момент Система расширяет масштабы своей деятельности с целью охватить не менее одного города в каждом штате Мексики [14].

### *Реестр случаев лечения (1977–2002 годы)*

В рамках СИСВЕА ЦМИ предоставляют информацию, поступающую из 72 центров по всей стране и из регионов, где имеются лечебные центры. ЦМИ имеют также систему мониторинга потребления наркотиков в городах и округах, входящих в зоны их действия. Эта система включает в себя следующее:

- a) оценки социальной стратификации в этих городах (то есть городской инфраструктуры, коммунальных услуг, зданий, “экологических областей”, включая данные об общественной безопасности и наличии незастроенных пространств и зон отдыха);
- b) обследования ключевых респондентов, классифицируемые на три категории: заявители из институциональных заведений (то есть руководители среднего звена либо сотрудники государственных или частных учреждений); респонденты на уровне общин, а также специалисты, работающие на ЦМИ. Кроме того, проводятся обследования социальных факторов в группах повышенного и низкого риска среди учащихся пятых-шестых классов начальной ступени и средних школ, а также среди глав домохозяйств [31].

### *Психиатрическая эпидемиология (1990–2002 годы)*

В 1990-х годах начали проводиться исследования по психиатрической эпидемиологии, в том числе по эпидемиологии зависимости от психоактивных веществ [32, 33], с использованием разработанных на международном уровне инструментов психиатрической диагностики, которые апробировались в Мексике [32]. В настоящее время в рамках Обследования психического здоровья 2000 года, проводимого Всемирной организацией здравоохранения, осуществляется национальное обследование городского населения.

## **Развитие проблемы**

Последнее по времени национальное обследование наркомании, проводившееся в 1998 году [17], показало, что 5,27 процента городского населения в возрас-



те от 12 до 65 лет пробовали запрещенные наркотики (включая ингалянты), причем 1,23 процента делали это в течение месяца, предшествовавшего обследованию, а 0,8 процентов – за месяц до него. Больше всего лиц, на протяжении жизни употреблявших наркотики, в группе мужчин в возрасте от 18 до 34 лет (15,61 процента), на втором месте – мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет (10,65 процента) и на последнем – лица в возрасте от 12 до 17 лет (3,57 процента). Однако, если учитывать только случаи употребления наркотиков в течение месяца, предшествовавшего обследованию, психоактивные вещества употребляли больше подростков (1,4 процента), нежели лиц старше 35 лет (0,85 процента), тогда как наиболее высокие показатели оказались в группе населения в возрасте от 18 до 34 лет (2,72 процента). Уровень потребления среди женщин значительно ниже: по трем изученным возрастным группам (12–17 лет, 18–34 лет и 35–65 лет) показатели хотя бы однократного употребления наркотиков составили 0,6, 1,18 и 0,62 процента соответственно.

Наиболее часто на протяжении жизни употребляют марихуану (4,7 процента), затем следует кокаин (1,45 процента) и ингалянты (0,8 процента). В северных и центральных регионах страны был отмечен более высокий уровень употребления наркотиков (6 процентов и 5,97 процента соответственно), тогда как в южных регионах этот уровень был значительно ниже (2,69 процента). Что касается включенных в обследование городов, наиболее высокий уровень потребления наркотиков был отмечен в двух расположенных вблизи с границей с Соединенными Штатами городах – Тихуане (14,73 процента) и Сьюдад-Хуаресе (9,2 процента), а также в двух крупнейших городах страны – Гвадалахаре (7,5 процента) и Мехико (7,28 процента). Во всех случаях уровень потребления среди мужчин был выше, чем среди женщин; например, в Тихуане 28 процентов опрошенных мужчин сообщили о том, что они потребляли наркотики, тогда как среди женщин этот показатель составил лишь 0,92 процента.

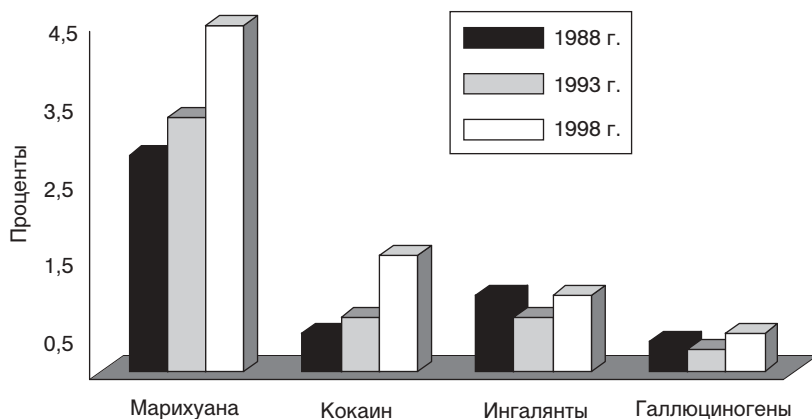
Значительные колебания были отмечены и в уровне употребления различных наркотиков по регионам. Преимущественно марихуану употребляют в центральном (5,4 процента) и северном (5,25 процента) регионах, кокаин – в центральном (5,4 процента) и северном (1,84 процента), а ингалянты – в центральном и южном регионах.

### *Тенденции*

Данные, полученные в ходе трех проведенных в 1988, 1993 и 1998 годах обследований наркомании, свидетельствуют о значительном увеличении частоты случаев употребления на протяжении жизни незаконных наркотиков (3,33 процента в 1988 году, 3,9 процента в 1993 году и 5,27 процента респондентов в 1998 году сообщили о том, что они потребляли такие вещества), причем возросло потребление марихуаны (2,99, 3,32 и 4,7 процента соответственно) и кокаина (0,33, 0,56 и 1,45 процента соответственно), тогда как показатели потребления ингалянтов (0,76, 0,5 и 0,8 процента) остаются стабильными (рис. 1) [10, 16, 17].

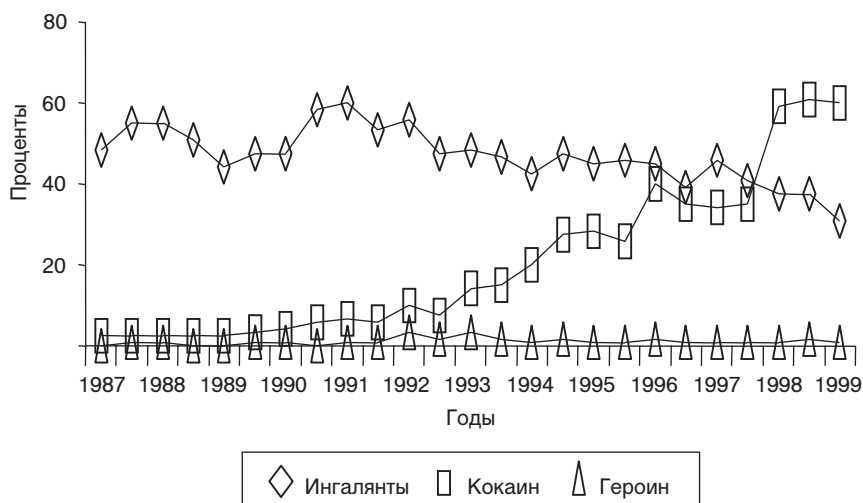
В наибольшей степени потребление наркотиков возросло за счет кокаина, и этот факт отмечен во всех имеющихся системах информации. По данным

Рисунок I. Тенденции потребления наркотиков на протяжении жизни в Мексике, по данным национальных обследований домохозяйств в 1988, 1993 и 1998 годах



Источники: México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 1988 (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 1993 (Dirección General de Epidemiología, 1993); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 1998 (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).

Рисунок II. Информационная система по наркотикам, 1987–1999 годы (в процентах по видам наркотиков)

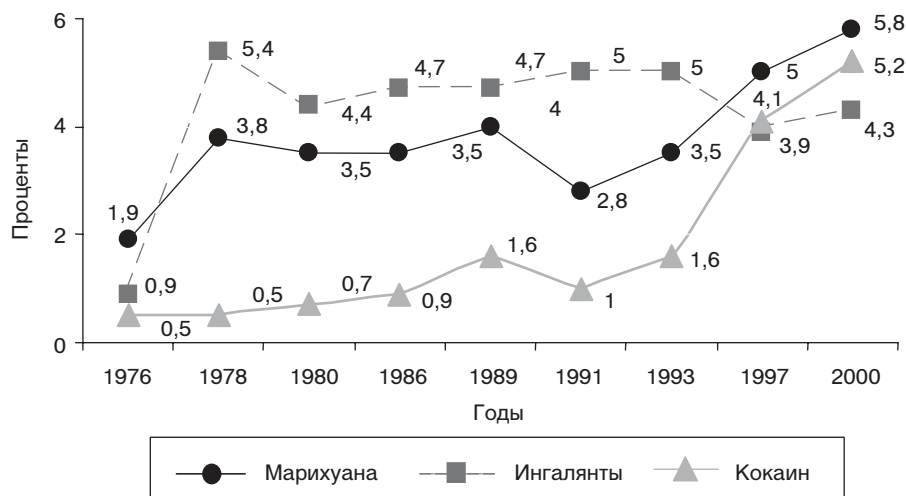


Источник: A. Ortiz and others, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

регистрационной системы Мехико, доля зарегистрированных потребителей наркотиков, употребляющих кокаин, увеличилось с 4 процентов от их общей численности в 1986 году до 60 процентов в 1999 году [30] (рис. II). Данные СИСВЕА свидетельствуют об увеличении спроса на лечение от употребления кокаина с 7,8 процента в 1991 году до 35,3 процента в 2001 году [14].

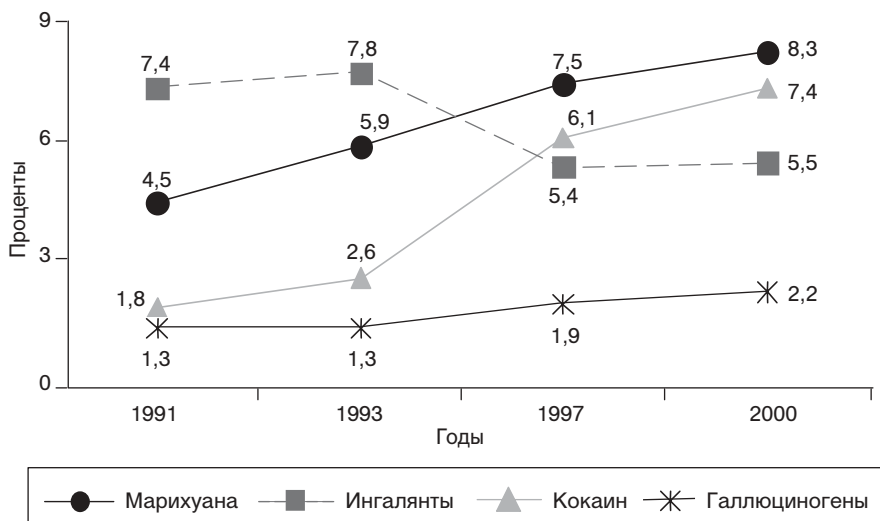
Проведенные среди учащихся обследования также свидетельствуют о возрастании доли учащихся, когда-либо пробовавших кокаин: в Мехико доля лиц, употребляющих кокаин, увеличилась с 0,5 процента в 1976 году до 5,2 процента в 2000 году. Было зафиксировано незначительное сокращение случаев потребления ингалянтов-растворителей с 5,4 процента в 1978 году до 4,3 процента в 2000 году [18, 20, 21, 34] (рис. III). Сравнительные тенденции употребления наркотиков на протяжении жизни среди учащихся мужского и женского пола приведены на рис. IV и V. Юноши употребляли психоактивные вещества чаще, чем девушки; в обеих группах отмечен значительный рост потребления мари-

Рисунок III. Тенденции потребления наркотиков на протяжении жизни среди школьников средних и старших классов, Мехико, 1976–2000 годы



*Источники:* М. Е. Castro and others, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, “Medicinas del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, pp. 183-187; М. Е. Medina-Mora and others, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, “Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México”, *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

Рисунок IV. Тенденции потребления наркотиков на протяжении жизни среди юношей – учащихся средних и старших классов, Мехико, 1991–2000 годы

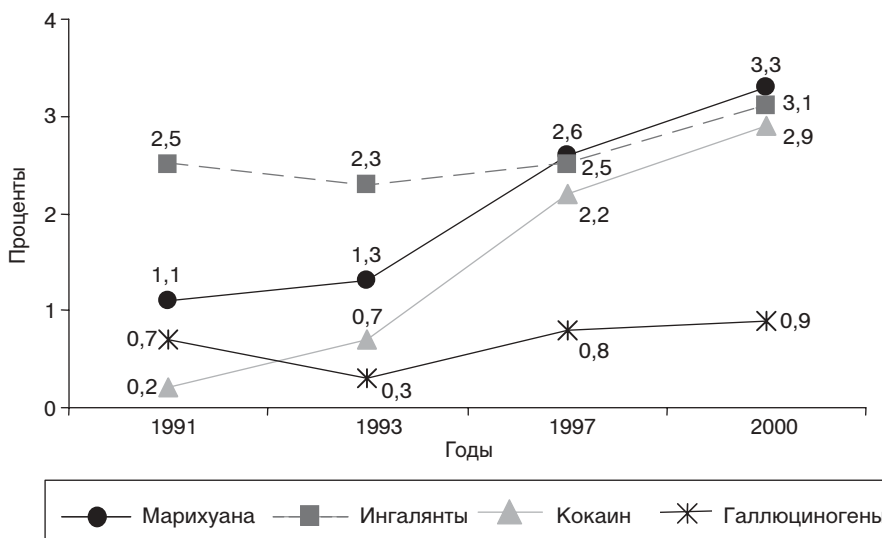


*Источники:* М. Е. Castro and others, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, “Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, pp. 183-187; М. Е. Medina-Mora and others, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, “Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México”, *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

хуаны и кокаина; отмечено сокращение потребления растворителей юношами, тогда как среди девушек подобной тенденции не обнаружилось. Сокращение потребления ингалянтов можно проследить по снижению спроса на соответствующее лечение в государственных медицинских центрах: с 56 процентов обращений в 1990 году до 35 процентов в 2000 году [31]. Вместе с тем ингалянты остаются наиболее распространенным психоактивным веществом среди работающих детей.

По данным обследования, проведенного в 1999 году Национальной системой комплексного развития семьи [28], самыми распространенными среди работающих детей наркотиками были ингалянты (на протяжении жизни их употребляли 3,5 процента мальчиков и 0,9 процента девочек) и марихуана (3,4 и 0,9 процента соответственно). Показатели потребления были ниже по кокаину (0,7 процента мальчиков и 0,4 процента девочек) и таблеткам (0,7 и 0,5 процен-

Рисунок V. Тенденции потребления наркотиков на протяжении жизни среди девушек – учащихся средних и старших классов, Мехико, 1991–2000 годы



Источники: M. E. Castro and others, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, “Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, pp. 183-187; M. E. Medina-Mora and others, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, “Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México”, *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

та соответственно). Уровень потребления существенно различался по видам изучаемых групп, достигая 56 процентов в тех случаях, когда дети не жили дома [28]. Средний возраст работающих детей в выборке составил 13 лет (от 6 до 17 лет), из них 72 процента составляли мальчики, 23 процента работали упаковщиками в супермаркетах, а 44 процентов – уличными продавцами. Большинство жили в семьях, в том числе полных (90 процентов), и только 2 процента – на улице; 65 процентов ходили в школу.

Потребление героина в Мексике, как представляется, сосредоточено в основном в приграничных с Соединенными Штатами районах, хотя некоторые случаи были выявлены и в других регионах страны [35]. Суарес-Торьельо [36] отметил резкое возрастание в 1970-х годах новых случаев употребления героина среди заключенных в штате Нижняя Калифорния и среди пациентов цент-

ра молодежной интеграции в Тихуане (Нижняя Калифорния) – единственного центра, который в то время имел программу работы с населением. Взяв данные за первый год в качестве базового показателя, он отметил, что число новых выявленных случаев в 1960–1970 годах оставалось стабильным, однако стало заметно возрастать с 1972 года в тюрьмах и с 1973 года в медицинских центрах, где количество вновь выявленных в 1976 году случаев возросло по сравнению с 1970 годом на 700 процентов.

В период с 1976 по 1982 год только двое из 100 обратившихся в ЦМИ по стране были потребителями героина. Из них 82 процента проходили лечение в медицинских центрах, расположенных в четырех городах вблизи границы с Соединенными Штатами – Тихуане, Сьюдад-Хуаресе, Ногалесе и Пьедрас-Негресе [12]. В 2000 году 5 процентов обратившихся в ЦМИ пациентов употребляли героин; в медицинских центрах вблизи границы с Соединенными Штатами этот показатель увеличился на 23–46 процента [31]. СИСВЕА отметила рост потребления героина как основного наркотика среди пациентов негосударственных заведений вблизи района северной границы страны с 6,2 процента до 43,9 процента в период с 1994 по 1998 год [14].

По данным проведенного в 1998 году национального обследования наркомании, шесть из 1000 мужчин употребляли наркотики путем инъекций, по сравнению с пятью из 100 тыс. женщин. Чуть более половины мужчин (56 процентов) употребляли наркотики путем внутривенных инъекций в течение года, предшествовавшего проведению исследования. Наиболее часто таким способом употреблялся героин: 73 процентов потребителей заявили о том, что они вводили этот наркотик путем инъекций, тогда как среди потребителей кокаина аналогичный показатель невысокий (1,2 процента). Каждый пятый потребитель инъекционных наркотиков применял использовавшийся ранее шприц. Согласно данным реестров лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДа) 1,7 процента из них были заражены при инъекции наркотиков [37]. С учетом нынешних тенденций этот показатель вполне может возрасти.

В ходе этих исследований было документально зафиксировано, что масштабы проблемы наркотиков в разных регионах Мексики различаются: обследования, проведенные в северных регионах, показали, что уровень потребления наркотиков в Тихуане и Сьюдад-Хуаресе почти в два раза выше, чем в остальных регионах страны. Исследования среди подростков также свидетельствуют о значительных колебаниях в уровне потребления; например, употребление ингалянтов-растворителей намного чаще встречается в центральной и южной Мексике. Информационные системы показывают, что проблема употребления героина особенно остро стоит в северных приграничных районах страны.

## **Возникающие проблемы**

Появились не только новые группы потребителей наркотиков, но и новые виды психоактивных веществ, являющихся предметом злоупотребления. Одно из таких веществ – рефрактил офтено, который для достижения интоксикации вдыхается, – впервые было зафиксировано в Мехико в 1995 году, но это веще-

ство было взято под особый контроль и вскоре злоупотребление им прекратилось. Предметами злоупотребления являются также лекарственные препараты, такие как флунитразепам, о чем свидетельствует ряд упоминаний о его использовании потребителями наркотиков, включенными в столичную регистрационную систему: в 1994 году было отмечено 105 таких случаев, по сравнению с 16 случаями в 1988 году. С тех пор высокий уровень злоупотребления сохраняется [30].

На рынке появились наркотики амфетаминового ряда (наиболее распространенным из них является метилendioксиметамфетамин – МДМА, известный как “экстази”). Впервые употребление “экстази” было зафиксировано в начале 1990-х годов, в основном на северо-западной границе страны. Согласно реестрам пациентов ЦМИ в 1995 году в среднем по стране “экстази” употребляли 2,7 процента из них, тогда как в Тихуане (Нижняя Калифорния) в том же году этот наркотик принимали 42 процента пациентов центра. Такие географические различия сохраняются и в настоящее время.

## **Перспективы**

Реализуемая в Мексике исследовательская стратегия позволяет провести эпидемиологическую диагностику положения в области потребления наркотиков. Особое значение имеет единообразие показателей, используемых в разных исследованиях, проводимых различными учреждениями. Это позволило обобщить информацию, поступающую из разных источников, и дать общую оценку ситуации, а преемственность в проведении исследований дала возможность выявлять возникающие тенденции.

В диагностике эпидемиологической ситуации в области потребления наркотиков в Мексике по-прежнему имеется ряд проблем. Необходимо предпринять шаги для того, чтобы информация о ситуации с наркотиками содействовала лицам, ответственными за принятие решений, в урегулировании новых проблем, которые возникают в связи с тенденциями в отношении наркотиков. В настоящее время графики представления отчетов составлены с учетом потребностей научных кругов и приурочены к публикациям в научных журналах. Сегодня же необходима такая система, при которой данные разрабатываются в порядке, в большей степени подходящем для принятия решений. Следует также расширить текущие исследования и существующие информационные системы, с тем чтобы они более своевременно учитывали новые тенденции, в том числе и новые наркотические вещества, являющиеся предметом злоупотребления, изменения в группах наркоманов и изменения способов употребления наркотиков. Стратегии могли бы включать показатели, учитывающие такие изменения, и они могли бы дополняться исследованиями возникающих проблем с применением экспресс-оценки. Несмотря на всю их значимость, на сегодняшний день проведено лишь несколько исследований случаев направления на лечение по решению суда. В информационные системы следует включать данные по заключенным и по лицам, находящимся в заведениях системы социальной реабилитации. Различные исследования могли бы обеспечить информацию, которая была бы более полезной для определения потребностей в лечении и оценки профилактических, лечебных и реабилитационных про-

грамм. В связи с этим было бы желательно ввести показатели, которые позволяли бы производить такую оценку. Вот те задачи, к решению которых в настоящее время прилагает усилия недавно созданная система наблюдений за положением дел с наркотиками.

## Библиография

1. W. Taylor, *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages* (Stanford, California, Stanford University Press, 1979).
2. C. Viesca, "Bosquejo histórico de las adicciones", *Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas*, R. Tapia-Conyer, ed. (Mexico City, Manual Moderno, 1994).
3. J. Carranza and others, "Dependencia a drogas entre estudiantes de secundaria del Distrito Federal", *Farmacodependencia*, vol. 4, 1972, pp. 1-16.
4. R. De la Fuente, "El problema de la dependencia a drogas", *Gaceta Médica de México*, vol. 103, 1972, pp. 101-123.
5. G. Belsasso and R. Rosenkranz, "Incidencia del consumo de alcohol en el área metropolitana de la Ciudad de México: reporte preliminar", *Revista Nacional de Neurología*, No. 5, 1971, pp. 1-19.
6. M. E. Medina-Mora, "Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana: encuestas de hogares, enseñanza e investigación", *Psicología*, vol. IV, No. 7 (1978), pp. 111-125.
7. M. E. Castro and M. Valencia, "Consumo de drogas en México: patrones de uso en la población escolar", *Salud Pública de México*, vol. 21, No. 5 (1978), pp. 585-590.
8. H. Leal and others, "Naturalistic study of the phenomenon of inhalant use in a group of children in Mexico City", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp and L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978), pp. 95-108.
9. G. Natera, "Study on the incidences of use of volatile solvents in 27 centers in Mexico", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp and L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978).
10. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).
11. A. Ortiz and others, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).
12. J. Hernandez and R. Sanchez-Huesca, "Reporte interno no publicado", Centros de Integración Juvenil, 1989.
13. J. Suarez, "La penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una comunidad cerrada?", Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 1989.
14. R. Tapia-Conyer, P. Kuri and P. Cravioto, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2001* (2002).
15. P. Hughes and others, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication 56 (Geneva, World Health Organization, 1980).



16. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993*, (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993).
17. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).
18. M. E. Castro and others, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85.
19. M. E. Medina-Mora and others, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8.
20. J. Villatoro and others, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30.
21. J. Villatoro and others, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).
22. R. Sánchez-Huesca and E. Ramon, "Análisis de un estudio epidemiológico realizado en escuelas de la República Mexicana", *Centros de Integración Juvenil*, vol. I (1983).
23. M. E. Medina-Mora and others, "A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican community", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XXXII, No. 2 (1980), pp. 17-26.
24. R. Smart, G. Natera and J. Almendares, "A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas", *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. 14, No. 4 (1980), pp. 318-326.
25. M. E. Medina-Mora and others, "Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos", *Salud Mental*, vol. 5, No. 1 (1982), pp. 77-81.
26. P. Cravioto and M. E. Medina-Mora, "El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua", готовится к печати.
27. L. Vega and R. Gutiérrez, "La inhalación deliberada de hidrocarburos aromaticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como 'de la calle'", *Salud Mental*, vol. 21, No. 2 (1998), pp.1-9.
28. M. E. Medina-Mora, J. Villatoro and C. Fleiz, "Uso indebido de sustancias", *Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes entre 6 y 17 Años: Trabajadores en 100 Ciudades*, vol. 7, 1999, pp. 369-374.
29. M. Romero, "Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones", *Psicología y Salud*, No. 5, 1995, pp. 135-146
30. A. Ortiz and others, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).
31. Centros de Integración Juvenil, *Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C. 1990-2000* (2000).
32. A. J. Caraveo and others, *Epidemiología de la Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: Reporte Final de Investigación* (Mexico City, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997).

33. N. Salgado and M. Díaz-Pérez, “La prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios de salud mental en poblaciones rurales: el impacto de la migración México-Estados Unidos”, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte CONACYT, 1998.
34. J. De la Serna and others, “Medicinas del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, pp. 183-187.
35. R. Tapia-Conyer, P. Kuri and A. Revuelta, “Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA)”, Informe Final, México, Dirección General de Epidemiología, 1998.
36. J. E. Suárez-Toriello, “Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína”, *Heroína*, vol. 2, No. 1 (1989) pp. 123-137.
37. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, “Situación epidemiológica del SIDA, SIDA/ETS”, *Epidemiología*, 1998.



# Тенденции распространенности употребления психоактивных веществ в Российской Федерации

**Е.А. КОШКИНА**

*Руководитель Отделения эпидемиологии Научно-исследовательского института наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации*

## РЕЗЮМЕ

*В период с 1991 по 2000 год в Российской Федерации произошло увеличение числа больных наркоманиями в 10 раз и лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, в 6,4 раза. По результирующему показателю их число увеличилось в 7,7 раза при сокращении численности населения страны за этот период на 2 процента. Распространение наркомании среди женщин идет быстрыми темпами. С 1993 по 2000 год число женщин, больных наркоманиями, возросло в 12,6 раза. Подростки остаются наиболее пораженной частью общества, потребляющей наркотики и другие психоактивные вещества и страдающей зависимостью от них. За истекшее десятилетие произошло не только количественное (в 17 раз) увеличение распространенности употребления наркотиков среди подростков, но и качественное его изменение: произошел рост контингента потребляющих наркотики, увеличилась доля подростков со сформировавшейся зависимостью от наркотиков. Если сопоставить показатели первичного обращения за лечением подростков и всего населения, то оказывается, что среди подростков он почти вдвое выше, чем среди всего населения (84,5 на 100 тыс. подростков; по сравнению с 50,6 на 100 тыс. населения в целом).*

*Исследование, проведенное в отдельных городах Российской Федерации, показало, что во всех изучаемых городах прослеживается четко выраженная тенденция роста распространенности употребления наркотиков, о чем свидетельствуют как прямые, так и косвенные показатели. Тревожность ситуации требует неотложных мер по ее решению, так как среди потребителей растет распространенность гепатитов и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и увеличивается удельный вес лиц, использующих внутривенный путь введения наркотиков.*

*Ключевые слова:* незаконные наркотики; наркомания; заболеваемость; распространенность; Российская Федерация; динамика.

Прошедшее десятилетие характеризуется резким ухудшением наркологической ситуации в Российской Федерации, что представляет угрозу национальной безопасности страны. К началу 2001 года под диспансерным наблюдением

в наркологических учреждениях страны находилось 2,1 процента от всего населения, то есть более трех миллионов больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, включая группу профилактического учета (или 2095,4 на 100 тыс. человек).

Сравнение статистических данных о больных алкоголизмом и наркоманией показывает, что “массовость” алкоголизации населения на порядок выше, чем наркотизации. Но здесь необходимо учитывать два обстоятельства: во-первых, латентность наркотизации выше, чем алкоголизации; во-вторых, социальные риски, связанные с наркоманией, более значимы по сравнению с алкоголизмом.

С начала 1990-х годов проблема наркомании резко увеличила свою актуальность как с точки зрения здоровья населения, так и для общественного сознания. По социологическим данным за 2000–2001 годы, во многих регионах страны распространение наркомании стояло в иерархии социальных проблем на первом месте. Причины этого явления многочисленны (последствия войны в Афганистане, открытость российских границ, либерализация экономики и т. д.), и прогнозы большинства специалистов о развитии ситуации в этой сфере неутешительны.

В настоящей статье дается оценка ситуации с употреблением наркотиков в Российской Федерации на основе данных Министерства здравоохранения. Наркологическая помощь в Российской Федерации предоставляется в государственных наркологических стационарах, диспансерах, специализированных кабинетах, а также наркологических отделениях, входящих в структуру психиатрических лечебных учреждений. Кроме того, существует сеть частных наркологических центров. Сведения о больных, обращающихся в государственные наркологические учреждения, входят в статистическую отчетность Министерства здравоохранения. Статистическому учету подлежат следующие основные группы больных: *a*) больные с диагнозом “синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)”; *b*) больные с диагнозом “синдром зависимости от наркотических средств (наркомания)”; *c*) больные с диагнозом “синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)”; и *d*) лица, употребляющие алкоголь, наркотические и ненаркотические средства с вредными последствиями (злоупотребление алкоголем, наркотическими и ненаркотическими средствами).

По официальным статистическим данным, число находящихся под наблюдением наркологических диспансеров больных наркоманиями увеличилось за 10 лет почти в 9 раз и составило в 2000 году 269 093 человек, или 185,8 на 100 тыс. человек, тогда как в 1991 году этот показатель составлял 21,2 на 100 тыс. человек (рис. 1). Уровень этого показателя заболеваемости выше среднероссийского отмечался на территориях 22 областей. Первое место занимает Самарская область (515,6 на 100 тыс. человек), затем Томская область (495,0) и Кемеровская область (442,6).

Уровень первичной обращаемости по поводу наркоманий в Российской Федерации в 2000 году достиг 50,6 на 100 тыс. человек и вырос за 10 лет в 13 раз (рис. 1). Доля впервые обратившихся от общего числа состоящих под наблюдением больных наркоманиями увеличилась с 18 процентов в 1991 году до 27 процентов в 2000 году.

Рисунок I. Число больных наркоманией, состоящих на учете на конец отчетного года, и число лиц с впервые установленным диагнозом в Российской Федерации: динамика за 1991–2000 годы (на 100 тыс. человек)

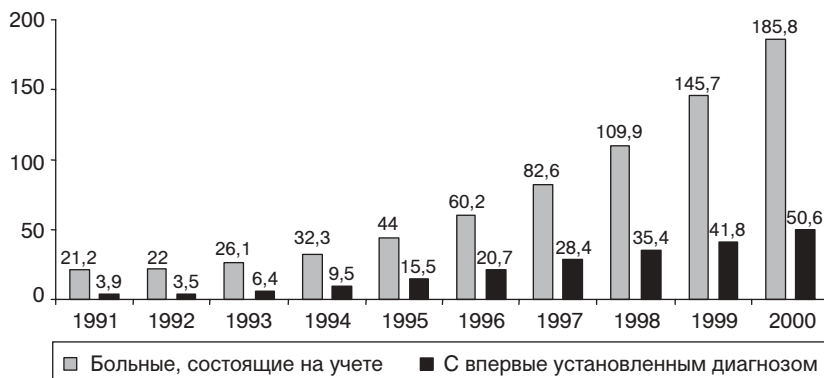
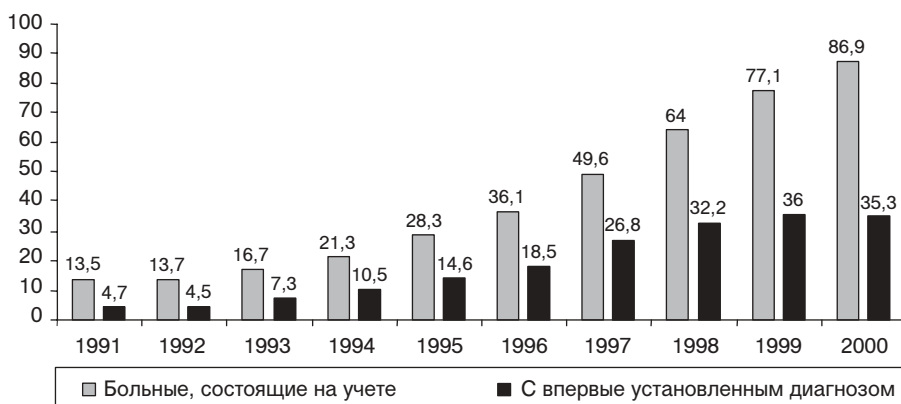


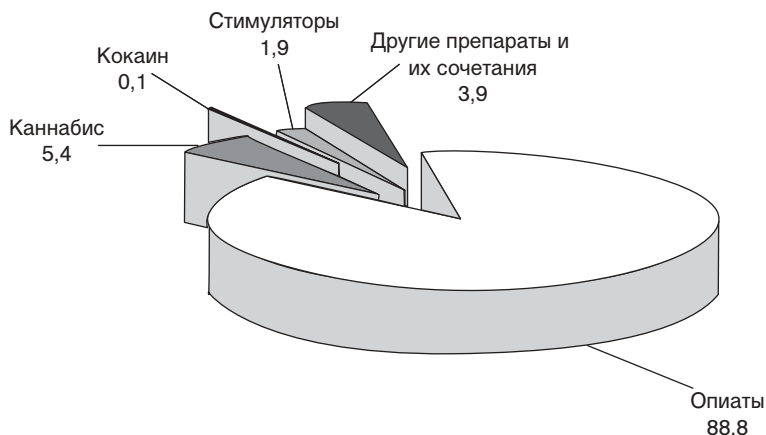
Рисунок II. Число лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, состоящих на учете на конец отчетного года, и число лиц с впервые установленным диагнозом в Российской Федерации: динамика за 1991–2000 годы (на 100 тыс. человек)



Параллельно росту наркоманий увеличивается и число злоупотребляющих наркотическими средствами. Число таких лиц, наблюдавшихся в наркологических диспансерах, по сравнению с 1991 годом увеличилось в 2000 году в 6,4 раза (с 13,5 до 86,9 на 100 тыс. человек соответственно) (рис. II).

Среди всех лиц, находящихся под наблюдением в наркологических диспансерах по поводу злоупотребления наркотическими средствами, доля впервые обратившихся за помощью от общего их числа составила 41 процент. Чис-

Рисунок III. Типы наркотических средств, употребляющихся поступившими на лечение в Российской Федерации в 2000 году (в процентах)



Примечание: в связи с округлением цифр их сумма не равна 100%.

ло лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами и обратившихся впервые в жизни, в 2000 году в целом по Российской Федерации составило 51 157 человек, или 35,3 на 100 тыс. человек. Данный показатель имел тенденцию к росту в течение девяти лет, и с 1991 года по 1999 год он вырос в 7,7 раза (в 1991 году – 4,7 на 100 тыс. человек). В 2000 году данный показатель был близок к уровню предыдущего года (рис. II).

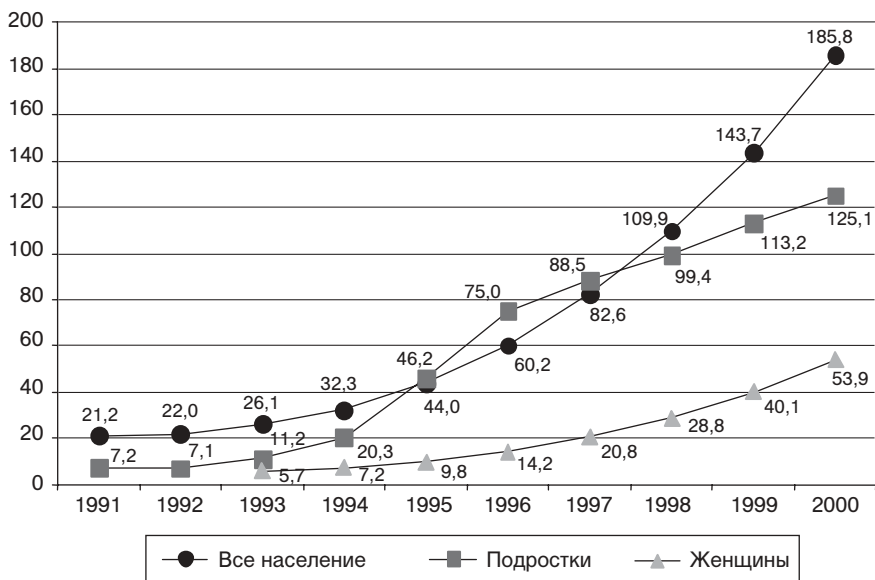
Структура потребляемых в Российской Федерации наркотиков по данным обращаемости за наркологической помощью в 2000 году представлена следующими наркотическими веществами: на долю опиоидов приходится 90,1 процента, каннабиноидов – 4,3 процента, других наркотических веществ и их сочетаний – 3,6 процентов, психостимуляторов – 2 процента (рис. III).

Проблемы распространенности токсикоманий менее актуальны, так как в течение длительного времени в Российской Федерации не наблюдалось сколько-нибудь существенного роста числа заболеваний, обусловленных немедицинским употреблением ненаркотических средств. За период с 1991 по 2000 год число больных токсикоманиями, наблюдающихся в наркологических диспансерах, увеличилось в 1,9 раза – с 4,7 до 8,4 на 100 тыс. человек. Всего в 2000 году в медицинских учреждениях страны был зарегистрирован 12 821 больной с диагнозом “токсикомания”.

Распространенность употребления наркотиков среди женщин увеличивается. На конец 2000 года в Российской Федерации насчитывалось 41 тыс. женщин, больных наркоманиями и состоящих под наблюдением в наркологических диспансерах, что составляет 53,9 на 100 тыс. женщин (рис. IV).

Уровень распространенности наркоманий среди женщин имеет значительные региональные отличия: разница между максимальными и минимальными

Рисунок IV. Число больных наркоманией, состоящих на учете на конец отчетного года в Российской Федерации: динамика за 1991–2000 годы (на 100 тыс. человек)



показателями составляет десять и более раз (Самарская область – 172,5 на 100 тыс. женщин; Кемеровская – 135,7; Тюменская – 129,6 на 100 тыс. женщин).

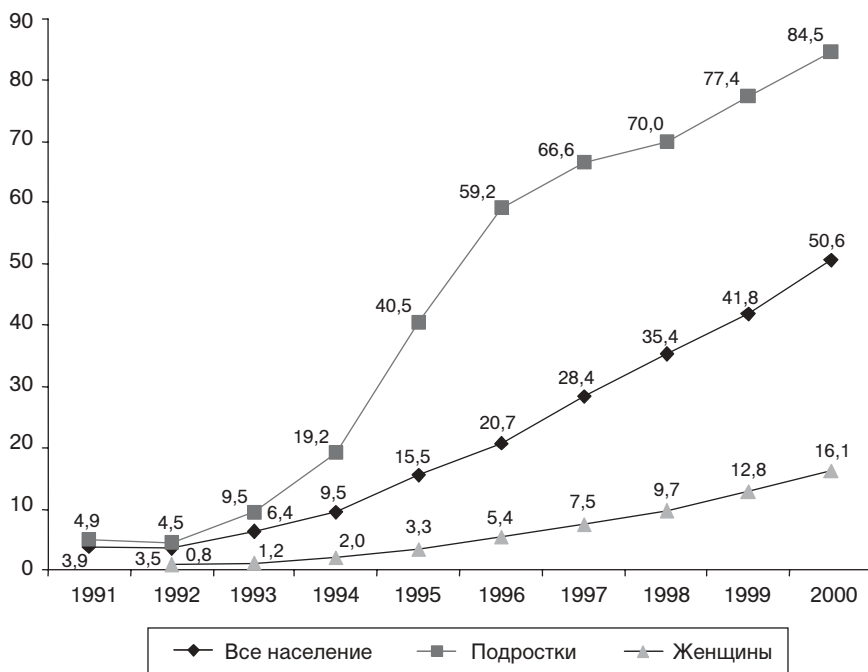
На изменение вышеназванного показателя в первую очередь влияет изменение числа больных наркоманиями женщин с впервые в жизни установленным диагнозом. В период с 1993 года (1,2 на 100 тыс. женщин) по 2000 год (16,1 на 100 тыс. женщин) произошло увеличение в 13,4 раза числа женщин, впервые взятых на учет с диагнозом “наркомания” (рис. V).

Среди факторов ухудшения состояния здоровья детей и подростков на одном из первых мест находится все более увеличивающаяся распространенность саморазрушающих форм поведения, в первую очередь потребления психоактивных веществ. Современная молодежная субкультура заполняется информацией, которая в той или иной форме рекламирует употребление наркотических средств.

Считается, что для подростков наиболее характерно эпизодическое употребление наркотиков, без зависимости от них. Подростки пытаются попробовать самые различные средства: от алкоголя и ингалянтов до гашиша и галлюциногенов. По мере взросления этот период “проб” у большинства из них проходит. Однако у части подростков эпизодическое употребление переходит в систематическое, с дальнейшим формированием психической и физической зависимости. Эти лица впоследствии и составляют основной контингент потребителей наркотиков.



Рисунок V. Число больных наркоманией с впервые установленным диагнозом в Российской Федерации: динамика за 1991–2000 годы (на 100 тыс. человек)



В 2000 году под наблюдением наркологических диспансеров находилось 9062 подростка, больных наркоманиями, или 125,1 на 100 тыс. подростков (рис. IV). По сравнению с 1991 годом, в 2000 году этот показатель увеличился в 17 раз. Кроме того, показатели, превышающие средний уровень по Российской Федерации, в 2000 году отмечены на территории 18 областей, причем в восьми из них это превышение составляло два и более раза. Самый высокий показатель отмечен в Иркутской области (604,6 на 100 тыс. подростков).

Первичная обращаемость в связи с наркоманией среди подростков выросла с 4,9 на 100 тыс. подростков в 1991 году до 84,5 в 2000 году, то есть также в 17 раз (рис. V).

Показатели злоупотребления наркотическими средствами также имеют пугающую динамику: в 2000 году по сравнению с 1991 годом число подростков, находящихся под наблюдением в связи со злоупотреблением наркотическими средствами, увеличилось в пять раз.

В 2000 году был рассчитан прогноз обращаемости по поводу наркоманий для возрастной группы 0–17 лет. Для анализа и прогнозирования были выбраны динамические ряды числа больных в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста, поскольку стандартизированные таким образом ряды данных свободны от колебаний в численности населения и, следовательно,

показывают более устойчивую тенденцию. В соответствии с выявленными закономерностями заболеваемость наркоманиями в возрастной группе 0–17 лет к 2003 году может достичь 51,4 больных на 100 тыс. человек, показатель первичной обращаемости в связи с наркоманией может возрасти до 27,2 на 100 тыс. человек. Следовательно, уровень этих показателей по сравнению с 2000 годом при сохранении существующих социально-экономических тенденций увеличится на 42 процента.

Для осуществления мониторинга и оценки ситуации с наркотиками в отдельных городах страны, с 1994 года в Российской Федерации совместно с Группой Помпиду Совета Европы осуществляется проект “Сеть городов”. В проекте участвуют 11 российских городов. Представленные данные включают сравнительную оценку данных государственной отчетности систем здравоохранения и внутренних дел за 1995–2000 годы, характеризующих наркологическую ситуацию в восьми городах: Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Оренбурге, Ярославле, Новосибирске, Кемерово и Екатеринбурге.

В результате проведенных в 11 городах исследований были выявлены показатели, характеризующие тенденции в изменении процесса распространения потребления наркотиков среди населения:

*a)* увеличение показателя первичных обращений за наркологической помощью в 1,3–5,7 раза при увеличении в среднем по стране в 2,5 раза (табл. 1);

*b)* увеличение доли женщин среди лиц, впервые обратившихся за лечением (на 2–10 процентов при увеличении в среднем по стране на 3 процента) (табл. 2);

*c)* заболеваемость вирусными гепатитами имеет неоднозначные тенденции. Показатель значительно вырос (в 6–9 раз) в Оренбурге и Ярославле,

Таблица 1. Число впервые обратившихся больных наркоманиями и токсикоманиями и злоупотребляющих наркотическими средствами и другими психоактивными веществами (на 100 тыс. человек)

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	34,0	54,0	82,3	122,9	135,2	115,9
Санкт-Петербург	12,3	12,2	30,5	55,6	64,3	62,1
Краснодар	212,9	213,1	250,0	260,0	266,8	274,8
Оренбург	77,6	81,2	120,3	206,6	404,2	438,8
Ярославль	6,9	7,8	12,2	25,8	32,7	34,1
Новосибирск	64,2	171,3	179,1	73,1	102,1	105,4
Кемерово	46,9	44,5	77,8	190,8	130,0	181,1
Екатеринбург	36,8	51,2	38,5	64,5	132,9	129,8
Российская Федерация	36,6	47,4	67,3	79,0	83,4	90,5

в 1,3–2 раза в остальных городах, кроме Екатеринбурга и Кемерово (с 1996 года), где показатель незначительно снизился. В среднем по стране он вырос в 1,2 раза (табл. 3);

*d)* отмечается увеличение числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом во всех городах, но тенденции роста неоднозначны: в Москве их число возросло в 198 раз, в Екатеринбурге – в 174, в Ярославле – в 88,6, в Санкт-Петербурге – в 28,5, в Кемерово – в 10,2 и в Краснодаре – в 7,8 раза. В среднем по России число ВИЧ-инфицированных выросло в 78,1 раза (табл. 4);

*e)* во всех обследованных городах рост смертности среди состоящих на учете наркоманов составил по сравнению с 1996 годом от 3 (в Санкт-Петербурге) до 14 раз (в Оренбурге), за исключением Краснодара, где смертность несколько снизилась (табл. 5);

*f)* число арестов, связанных с наркотиками, в том числе за торговлю наркотиками, имеет тенденцию к росту в большинстве обследованных городов, как и в стране в целом (табл. 6).

Проведенное исследование показало, что как в Российской Федерации в целом, так и во всех обследованных городах, прослеживается четко выраженная тенденция роста распространенности употребления наркотиков, о чем свидетельствуют все проанализированные показатели. Тревожность ситуации требует неотложных мер по ее решению, так как среди потребителей растет распространенность гепатитов и ВИЧ-инфекции, увеличивается удельный вес лиц, использующих внутривенный путь введения, увеличивается доля женщин и лиц молодого возраста.

Таблица 2. Доля женщин среди впервые обратившихся больных наркоманиями и токсикоманиями и злоупотребляющих наркотическими и другими психоактивными веществами (в процентах)

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	13,1	13	17,9	18,5	19,8	19,7
Санкт-Петербург	19,6	20,6	22,2	23,6	22,2	26,7
Краснодар	11,01	11,3	12,5	12,3	12,5	16,0
Оренбург	2,7	7,2	8,2	6,7	8,3	9,9
Ярославль	11,6	18,3	15,6	17,5	13,1	13,5
Новосибирск	10,4	12,1	12,9	15,01	16,6	19,5
Кемерово	14,2	24,5	7,7	. .	23,8	19,9
Екатеринбург	13,1	14,3	17,9	13,0	18,1	18,4
Российская Федерация	11,9	14,2	13,4	15,9	14,3	15,2

Примечание: Знак (. .) означает отсутствие данных.

**Таблица 3. Заболеваемость вирусным гепатитом  
(на 100 тыс. человек)**

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	31,6	40,05	61,2	65,03	61,1	40,27
Санкт-Петербург	40,0	33,4	23,6	29,8	86,9	78,1
Краснодар	73,5	71,4	55,2	67,0	111,3	103,3
Оренбург	54,6	44,2	54,2	78,4	199,6	487,8
Ярославль	12,2	12,7	23,2	38,0	50,76	67,31
Новосибирск	65,1	116,6	137,3	115,5	91,2	111,3
Кемерово	..	103,5	85,2	33,6	87,0	55,2
Екатеринбург	95,6	97,5	99,1	99,3	189,8	76,2
Российская Федерация	35,6	35,9	36,8	35,6	43,35	42,5

*Примечание:* Знак ( . . ) означает отсутствие данных.

**Таблица 4. Заболеваемость СПИДом и ВИЧ-инфицирование  
(на 100 тыс. человек)**

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	0,64	0,76	1,00	5,4	76,5	126,9
Санкт-Петербург	4,7	5,6	7,4	9,0	17,5	134,0
Краснодар	0	1,6	2,1	6,8	8,2	12,4
Оренбург	..	..	0,38	0,38	6,1	..
Ярославль	1,3	0,8	1,77	3,4	20,8	115,2
Новосибирск	0,21	0,87	1,07	2,36	2,7	..
Кемерово	..	0,9	0,6	5,6	4,3	9,2
Екатеринбург	0,9	1,0	1,6	1,8	3,6	156,3
Российская Федерация	0,77	0,97	0,68	7,2	12,6	60,17

*Примечание:* Знак ( . . ) означает отсутствие данных.

**Таблица 5. Смертность больных наркоманиями и токсикоманиями и злоупотребляющих наркотическими и другими психоактивными веществами (на 100 тыс. человек)**

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	..	1,21	1,9	3,3	3,77	4,1
Санкт-Петербург	1,5	1,9	2,1	1,8	2,9	5,9
Краснодар	6	8,2	6,5	4,6	3,1	6,4
Оренбург	0,57	1,7	5,11	8,5	13,4	23,8
Ярославль	2,0	0,48	0,81	2,75	..	..
Новосибирск	0,28	3,65	3,93	5,5	9,8	19,1
Кемерово	2,4	6,6	10,6	15,4	15,3	50,9
Екатеринбург	6,3	5,2	5,2	10,7	21,2	30,6
Российская Федерация	..	1,31	1,5	1,9	2,6	4,8

Примечание: Знак (..) означает отсутствие данных.

**Таблица 6. Аресты, связанные с незаконным оборотом наркотиков (на 100 тыс. человек)**

Город	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Москва	27,9	43,0	67,9	95,7	146,2	168,0
Санкт-Петербург	74,3	86,3	96,2	..	170,4	..
Краснодар	255,4	124,8	813,5	231,3	..	243,2
Оренбург	28,9	55,9	..	..	183,4	186,4
Ярославль	28,7	29,6	35,5	..	91,3	95,6
Новосибирск	..	..	187,7	..	..	295,5
Кемерово	40,1	55,6	228,5	872,0	202,8	210,4
Екатеринбург	132,6	170,8	459,8	522,5	802,9	..
Российская Федерация	50,6	54,3	77,6	92,0	88,5	92,6

Примечание: Знак (..) означает отсутствие данных.

## **Библиография**

Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. *Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации. Пособие для врачей психиатров-наркологов* (Москва, 2000 г.).

Кошкина Е.А. “Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 году по данным официальной статистики”. *Вопросы наркологии*, № 3, 2001 год, стр. 61.



# Вопросы, связанные с обнаружением сокращения в предложении наркотиков: дефицит героина в Австралии в 2001 году

Л. ДЕГЕНХАРД, Л. ТОПП и К. ДЭЙ\*

*Национальный исследовательский центр по вопросам наркомании и алкоголизма,  
Университет Нового Южного Уэльса, Сидней, Австралия*

## РЕЗЮМЕ

*В настоящей статье авторы рассматривают проблемы описания и документального подтверждения изменений в наличии или предложении наркотиков. Проводится различие между предложением и спросом (или потреблением), поскольку в каждом из случаев требуются разные наборы данных. Такое различие иллюстрируется на примере недавно отмеченного дефицита героина в Австралии. В конце декабря 2000 года – начале января 2001 года на австралийских рынках героина произошло неожиданное и существенное сокращение количества предлагаемого героина. Дефицит сохранялся на протяжении всего 2001 года во всех юрисдикциях Австралии, где в течение нескольких лет можно было свободно приобрести недорогой героин относительно высокой степени чистоты.*

*Ключевые слова:* героин; предложение наркотиков; системы мониторинга наркотиков; системы раннего предупреждения.

## Введение

В настоящей статье рассматриваются проблемы описания и документального подтверждения изменений в наличии или предложении наркотиков. Проводится различие между предложением и спросом (или потреблением), поскольку в каждом из случаев требуются разные наборы данных. Такое различие иллюстрируется на примере недавно отмеченного дефицита героина в Австралии.

В конце декабря 2000 года – начале января 2001 года на австралийских рынках произошло неожиданное и существенное сокращение количества

---

\*Исследовательская работа для написания настоящей статьи финансировалась Национальным исследовательским центром по вопросам наркомании и алкоголизма и из средств Австралийской премии для аспирантов Содружества, присужденной третьему из авторов данной статьи. Авторы выражают признательность следующим своим коллегам за помощь в понимании явления дефицита героина: Шейну Дарку, Полу Дитце, Кейт Долан, Крейгу Фрау, Уэйн Холл, Питеру Ройтеру и Полу Уильямсу. Кроме того, авторы хотели бы выразить благодарность Национальному фонду исследований по обеспечению соблюдения законов о наркотиках, предоставившему средства на программу углубленного исследования причин, последствий и значения этого явления.



предлагаемого героина. Сокращение происходило на протяжении всего 2001 года во всех юрисдикциях Австралии, где в течение нескольких лет можно было свободно приобрести недорогой героин относительно высокой степени чистоты [1].

В настоящей статье не исследуются ни возможные причины сокращения имеющегося героина, ни последствия такого дефицита, ни воздействие этого явления на политику. Все эти вопросы являются в настоящее время предметом программы углубленных исследований, рассчитанной на 18 месяцев, проведение которой в трех юрисдикциях Австралии координирует Национальный исследовательский центр по вопросам наркомании и алкоголизма при Университете Нового Южного Уэльса. Основное внимание уделено тому, каким образом регулярно собираемая информация может быть использована для отслеживания наличия наркотиков в определенных географических районах. Статья включает два раздела. В первом дается характеристика показателей, с помощью которых можно осуществлять мониторинг наличия наркотиков, и анализируются относительные достоинства и недостатки каждого из таких показателей. Во втором разделе содержится описание исследования конкретного случая, иллюстрирующее, каким образом источники указанных данных использовались для обнаружения дефицита героина в Австралии в 2001 году.

### **Надлежащие показатели наличия наркотиков**

Существует целый ряд надежных показателей изменений в наличии незаконных наркотиков. Эти показатели отражают изменения в предложении, а не последствия изменений в формах потребления наркотиков, воздействии употребления наркотиков для здоровья, наличии услуг по лечению и ресурсов, выделенных для борьбы со связанной с наркотиками преступностью. К числу источников таких данных относятся следующие:

- a)* сообщенные лицами, регулярно употребляющими наркотики, сведения о наличии, степени чистоты и цене;
- b)* данные правоохранительных органов о наличии, степени чистоты и цене изъятых наркотиков;
- c)* данные ключевых респондентов о наличии, степени чистоты и цене наркотиков.

Когда собраны разнообразные данные, имеющие отношение к одному и тому же предмету, можно приступить к оценке совпадающих по уровню надежности данных (или степени соответствия). Это позволяет с большей уверенностью выявлять имеющиеся тенденции. Хотя ни один источник данных не свободен от предвзятости и погрешностей, их можно преодолеть с помощью метода триангуляции [2]. Наличие комплексных информационных систем, сочетающих важнейшую функцию обработки данных с текущим сбором данных из различных источников, позволит эффективно и своевременно разрабатывать меры политического плана и внедрять их [2].

### *Сведения, сообщаемые лицами, регулярно употребляющими наркотики*

Есть основания полагать, что данные о цене, степени чистоты и наличии наркотиков, которые сообщают регулярные потребители наркотиков, являются наиболее важными показателями изменений в предложении наркотиков. Следует признать, что сами участники рынка незаконных наркотиков могут предоставить самую надежную информацию об этом рынке. Важно отметить, что цены на наркотики, о которых сообщают потребители, представляют собой фактические покупные цены. Таким образом, это не вторичная оценка и не данные, полученные в ходе “подставных” операций, а первичная информация о покупках, полученная от активных участников незаконного рынка наркотиков. Потребители незаконных наркотиков представляют собой важнейший источник сведений для обнаружения изменений в стоимости или наличии потребляемых ими наркотиков. Такую информацию можно получить и из вторых рук от ключевых респондентов (то есть специалистов, работающих с потребителями наркотиков), однако ясно, что полученная из первых рук от самих потребителей информация всегда более свежая, актуальная и точная, чем полученная из вторичного источника.

В число недостатков таких данных входит то, что свидетельства о наличии наркотиков зависят от характера и степени вовлечения потребителей в наркотическую среду. Также сомнительно, что потребители могут чутко реагировать на изменения в степени чистоты потребляемого незаконного наркотика. Наконец, учитывая незаконный характер рынка наркотиков, многие, если не все, потребители незаконных наркотиков временами могут ощущать колебания в наличии наркотиков, хотя такие колебания не обязательно отражают значимые перемены в общих объемах предложения того или иного конкретного незаконного наркотика. Эти недостатки можно преодолеть путем мониторинга объективных данных о степени чистоты и о предложении, полученных на основе данных по показателям.

### *Данные по незаконным наркотикам*

Еще один показатель наличия незаконных наркотиков можно получить на основе данных об изъятиях наркотиков. Оценки степени чистоты на основе данных об изъятиях представляют собой надежные и обоснованные показатели качества наркотиков, изъятых правоохранительными органами, и при использовании достаточно последовательных методов анализа наркотиков обеспечивают последовательные показатели качества. Таким образом, эти данные могут выступать надежным и точным показателем тенденций в области наркотиков (в частности, они могут быть более надежными оценками степени чистоты наркотика, чем оценки самих потребителей наркотиков).

Однако такие данные также чреватy рядом проблем [3]. На объемы изъятых наркотиков могут повлиять проведенные правоохранительными органами операции, так что этот показатель не обязательно отражает изменения в объемах незаконных наркотиков, ввозимых в страну или продаваемых на ее территории. Кроме того, не все незаконные наркотики, изъятые правоохранительными органами Австралии, подвергаются судебно-лабораторной экспертизе.

В ряде случаев, поскольку анализ изъятых наркотиков производится только в рамках судебного разбирательства [4], показатели степени чистоты относятся к нерепрезентативной выборке имеющихся незаконных наркотиков. Кроме того, есть разница между изъятиями наркотиков на улице и на более высоких уровнях. Такие данные относятся к различным уровням иерархии сбыта. Наконец, некоторые юрисдикции не обмениваются данными о наркотиках с другими, что затрудняет составление общей оценки степени чистоты незаконных наркотиков в регионе или в стране в целом. Обобщая вышесказанное, можно сказать, что, хотя данные об изъятиях являются объективными и чувствительными показателями степени чистоты, процедурные и политические препятствия способны в худшую сторону повлиять на качество данных, имеющих для целей мониторинга.

### *Отчеты ключевых респондентов*

Еще одним важным источником информации могут быть ключевые респонденты [1, 5, 6]. Они могут быть отобраны на основе того, что имеют постоянные и/или длительные контакты с потребителями наркотиков разных видов, располагают сведениями о группах потребителей наркотиков, в том числе знают об изменениях в цене на такие наркотики, степени их чистоты и их наличии. Они могут быть представителями органов здравоохранения, социального обеспечения или правоохранительных органов. Ключевые респонденты из секторов здравоохранения и социального обеспечения могут быть набраны из учреждений, предоставляющих наркологическое лечение и услуги по дезинтоксикации, из программ обмена игл и шприцев, служб неотложной медицинской помощи, а также из учреждений здравоохранения и других организаций социального обеспечения (таких, как центры кризисного размещения и службы помощи молодежи), расположенных в пределах границ ключевых рынков незаконных наркотиков. Такие источники нередко хорошо информированы о наличии наркотиков на уличном уровне. Ключевые респонденты из правоохранительного сектора могут быть привлечены из регионов, где находятся основные рынки незаконных наркотиков, либо могут отбираться на основании того, что сфера их работы относится к деятельности и преступности, связанными с незаконными наркотиками. В зависимости от ведомства, представители правоохранительных органов могут предоставить информацию о наличии наркотиков как на уличном, так и на более высоких уровнях. Отчеты ключевых респондентов предоставляют надежные показатели изменений на рынках незаконных наркотиков. Эти респонденты обладают значительными познаниями о рынке незаконных наркотиков и сталкиваются с ним в своей работе, но в то же время не привержены образу жизни потребителей наркотиков. Поэтому данные опросов ключевых респондентов являются наиболее чувствительными показателями новых тенденций в области наркотиков и их предложения [7].

Вместе с тем один из недостатков таких данных состоит в том, что сведения ключевых респондентов менее надежны и более субъективны, чем сведения, полученные от потребителей незаконных наркотиков, и данные по показателям. Их отчеты относятся исключительно к той группе наркоманов, с которой

респонденты имели контакты в последнее время. Кроме того, они в меньшей степени могут предоставлять конкретные данные о покупках, ценах и формах употребления незаконных наркотиков потребителями, чем сами потребители, рассказывающие о собственном поведении.

### *Недостатки использования других источников данных*

При рассмотрении любых изменений в предложении наркотиков важно избегать использовать данные, подверженные воздействию других факторов, в частности данные, отражающие в первую очередь спрос на незаконные наркотики или их потребление. К числу таких данных относятся сведения о формах потребления наркотиков, последствиях потребления наркотиков для здоровья, лечении проблемного потребления наркотиков и данные правоохранительных органов о преступности, связанной с наркотиками.

### *Данные о формах потребления наркотиков*

Логично предположить, что с уменьшением наличия на рынке того или иного незаконного наркотика потребители будут применять его не так часто, изменят способ употребления либо формы употребления других наркотиков, или предпримут и то, и другое. Однако обратный вывод не обязательно будет правильным: если потребители наркотиков применяют тот или иной незаконный наркотик не так часто, вовсе не означает, что это связано с его наличием на рынке в меньшем количестве. Вполне возможно, что потребители сменили формы потребления в связи с изменением своих предпочтений или с наличием других наркотиков.

### *Данные об отрицательных последствиях потребления наркотиков для здоровья*

Логично предположить, что с уменьшением наличия на рынке того или иного наркотика будет сокращаться и число случаев, когда люди испытывают отрицательные последствия потребления этого наркотика для здоровья. Более того, изменения в показателях отрицательных последствий потребления других наркотиков могут отражать, по крайней мере частично, изменения в формах потребления и моделях рискованного поведения потребителей наркотиков. Например, учащение случаев передозировки наркотиков может быть результатом изменения форм полинаркомании или менее частого обращения потребителей наркотиков за медицинской помощью ввиду изменений в практике полиции, связанных с обязательным присутствием полиции при обнаружении случаев передозировки.

### *Данные о лечении проблемного потребления наркотиков*

Данные о лечении включают сведения о новых случаях поступлений в лечебные заведения, в частности в рамках программ, относящихся к конкретным

наркологическим проблемам, таким как поддерживающее лечение метадонном в случае зависимости от героина и других опиатов. Хотя такие данные могут отражать изменения в наличии конкретных наркотиков, на них способны воздействовать и другие факторы, такие как изменения в финансировании, наличие лечебных учреждений и изменения в правилах регистрации в лечебных учреждениях. Кроме того, хотя потребители незаконных наркотиков могут обращаться за лечением в связи с трудностями приобретения предпочитаемого наркотика (что ведет к росту числа принятых на лечение), они могут также сократить потребление и в силу этого иметь меньше проблем в связи с потреблением наркотиков, и, как следствие, не обращаться за лечением.

### *Данные о преступной деятельности, связанной с наркотиками*

Логично предположить, что изменения в числе арестов за хранение того или иного незаконного наркотика, например героина, могут отражать изменения в наличии этого наркотика. Аналогичным образом, логично предположить, что сокращение наличного объема наркотика может привести к сокращению числа правонарушений, связанных с наркотиками, таких как преступления против собственности и насильственные преступления. Однако основная трудность состоит в том, что на эти данные влияют операции правоохранительных органов, направленные на борьбу с конкретными видами преступности, а также изменения в финансировании правоохранительных органов. Возможно также, что изменения в преступной деятельности происходят в результате сокращения предложения незаконных наркотиков. Например, если потребители того или иного незаконного наркотика прекращают его применять вследствие сокращения предложения, то из этого следует, что связанная с этим наркотиком преступность (такая, как торговля им или кражи со взломом с целью добыть средства на покупку наркотика) пойдет на убыль. Однако потребители незаконного наркотика равным образом могут активизировать свою преступную деятельность в ответ на рост цены на наркотик в результате сокращения его предложения, если они продолжают употреблять наркотик и им нужно больше денег на его покупку.

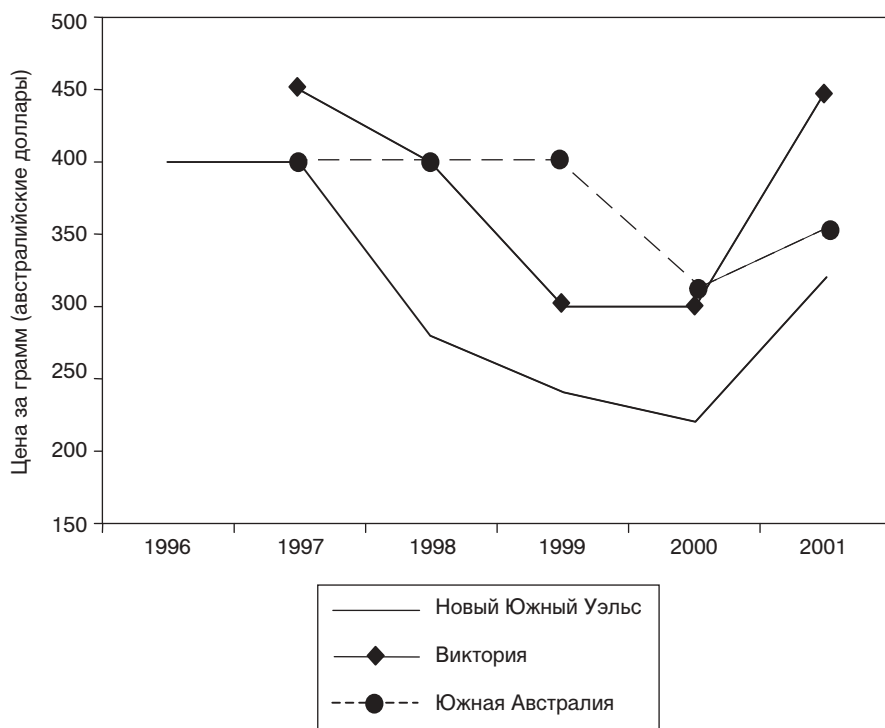
### **Дефицит героина в Австралии в 2001 году**

Значение систем постоянного мониторинга было продемонстрировано в Австралии в 2001 году, когда с их помощью было обнаружено сокращение объемов наличного героина на рынке. С 1996 года в Австралии действует стратегическая система раннего предупреждения, носящая название Система мониторинга по незаконным наркотическим средствам (СМНН). Обследования проводятся ежегодно во всех восьми юрисдикциях с целью составить национальную картину новых тенденций в употреблении незаконных наркотиков и связанного с ними вреда [6]. В рамках системы поступившие из ряда источников данные обрабатываются методом триангуляции для устранения погрешностей и ошибок, свойственных каждому отдельно взятому источнику [8, 9]. Источниками данных являются: а) количественные исследования целевых групп потребителей незаконных наркотиков; б) качественные исследования сведений ключе-

вых респондентов, часто контактирующих с потребителями незаконных наркотиков и хорошо разбирающихся в рынках незаконных наркотиков; и с) набор данных по показателям предложения незаконных наркотиков, употребления незаконных наркотиков и связанного с ними вреда. Помимо прочего, из каждого такого источника СМНН собирает данные о цене, степени чистоты и наличии пяти основных незаконных наркотиков, распространенных в Австралии, включая героин. Ниже приводятся данные о результатах исследования наличия героина до и в течение 2001 года.

Первый подлежащий рассмотрению набор данных взят из обследований потребителей незаконных наркотиков. Каждый год СМНН проводит обследования лиц, употребляющих наркотиками путем инъекций (ЛНИ), которые принимали инъекционные наркотики по крайней мере один раз в месяц на протяжении предшествующих шести месяцев. В ходе обследований собирались данные о формах потребления наркотиков, а также о цене, степени чистоты и наличии различных употребляемых незаконных наркотиков. На рис. 1 пред-

Рисунок 1. Оценки потребителей инъекционных наркотиков в отношении цены одного грамма героина в Австралии в разбивке по юрисдикциям, 1996–2001 годы



Источник: L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, National Drug and Alcohol Research Centre, Monograph No. 48 (Sydney, 2002).

ставлены оценки ЛНИ в отношении цены одного грамма героина в трех юрисдикциях Австралии (Новый Южный Уэльс, Южная Австралия и Виктория) за шесть лет функционирования СМНН. В 2001 году СМНН впервые обнаружил рост цен на героин после стабильных или снижающихся цен начиная с 1996 года.

В период с 2000 по 2001 год заметно сократилась доля ЛНИ, сообщавших о том, что героин “очень легко” достать в Новом Южном Уэльсе (с 85 до 46 процентов), Столичной территории Австралии (с 78 до 23 процентов) и Виктории (с 86 до 36 процентов) [1]. Одновременно здесь увеличилась доля ЛНИ, сообщавших, что достать героин “трудно” или “очень трудно”: Новый Южный Уэльс (с 1 до 16 процентов), Столичная территория Австралии (с 1 до 22 процентов) и Виктория (с 2 до 19 процентов). Аналогичным образом, в 2001 году по сравнению с 2000 годом гораздо большая доля ЛНИ из общей выборки сообщили, что в предшествующие шесть месяцев им стало труднее доставать героин (7 против 30 процентов) или что его наличие на рынке изменялось (4 против 12 процентов). Такие ответы наблюдались на территории трех основных рынков героина – в Новом Южном Уэльсе, Столичной территории Австралии и Виктории [1].

Однако следует отметить, что в 2001 году большинство ЛНИ в этих юрисдикциях по-прежнему считали, что достать героин “очень легко” или “легко”, а это позволяет предположить, что они не лишились возможности доставать героин из-за изменений в его наличии. Скорее эти изменения были относительными в сравнении с предыдущим периодом, когда достать героин не составляло никакого труда.

Учитывая, что нехватка героина была относительной, а не абсолютной, более чувствительным показателем наличия, в сравнении с оценкой доли употребляющих героин ЛНИ или частоты его потребления, может быть “время поиска”, то есть время, которое требуется потребителю незаконного наркотика, чтобы найти его. В ходе исследований, проведенных в Сиднее в 2001 году в период дефицита героина, было выявлено, что потребителям героина теперь требуется больше времени, чтобы достать героин [10]. Время поиска значительно увеличилось – от в среднем 10 минут (диапазон 2–60) до 90 минут (диапазон 5–1440) ( $p < 0,001$ ). Увеличение времени поиска, по-видимому, привело к росту доли покупок “по случаю”, при этом доля таких уличных покупок, по сообщениям ЛНИ, возросла с 42 до 54 процентов [10].

Второй источник исследуемых данных – сведения о средней степени чистоты героина, изъятого правоохранительными органами Австралии. На рис. II представлены данные о средней степени чистоты героина, изъятого правоохранительными органами Австралии и подвергнутого химическому анализу в период с 1996/1997 по 2000/2001 финансовый год. Средняя степень чистоты всего героина, изъятого и подвергнутого химическому анализу в Австралии в 2000/2001 финансовом году, составляла 44 процента, то есть снижалась второй год подряд. Несмотря на снижение в целом степени чистоты героина, средняя степень чистоты изъятого героина, подвергнутого анализу в Новом Южном Уэльсе, остается выше, чем в других юрисдикциях, что неудивительно, поскольку столица штата Сидней является основным центром ввоза и оборота героина в Австралии [4]. Вместе с тем различия между юрисдикциями незначи-

Рисунок II. Средняя степень чистоты героина, изъятого и подвергнутого химическому анализу в Австралии, 1996/1997–2000/2001 годы

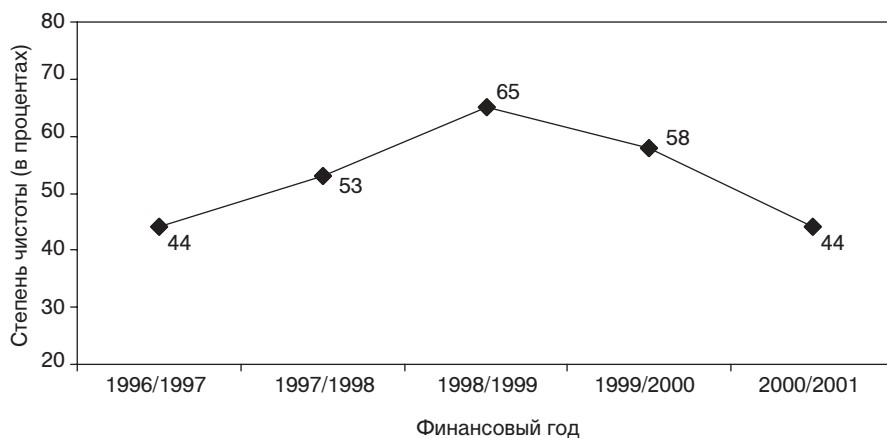
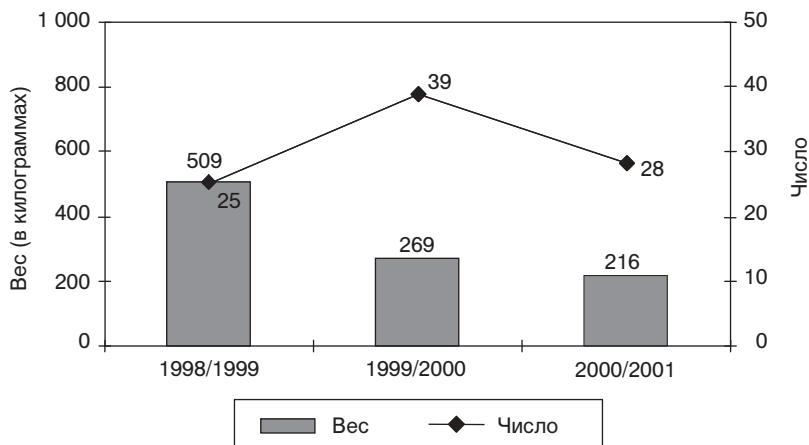


Рисунок III. Число партий героина, изъятых на австралийском побережье или вблизи него, и вес изъятого героина, 1998/1999–2000/2001 годы



тельно: в 2000/2001 финансовом году они находились в пределах в среднем от 39 процентов в Квинсленде до 51 процента в Новом Южном Уэльсе. В 2000/2001 финансовом году на побережье Австралии или вблизи него было изъято 28 партий героина по сравнению с 39 партиями в 1999/2000 финансовом году, при этом общий объем изъятого героина (216 кг) также уменьшился (рис. III). Эти данные приводят к выводу о сокращении предложения героина в Австралии.

Наконец, третьим источником информации о наличии наркотика были опросы ключевых респондентов. Такие опросы проводятся ежегодно с приме-



нением стандартизированного полуструктурированного опросного листа. Сообщения ключевых респондентов по поводу героина не противоречили сообщениям ЛНИ, при этом более половины (56 процентов) ключевых респондентов в Новом Южном Уэльсе сообщили о том, что в 2001 году стало труднее достать героин, а остальные отметили колебания в наличии наркотика. Оценки ключевых респондентов в отношении цены одного грамма героина не противоречили оценкам ЛНИ. Средняя цена одного грамма героина, по сообщениям ключевых респондентов, составляла 340 австралийских долларов, а цена дозы – 50–80 австралийских долларов. Также в соответствии с предоставленными ЛНИ данными ключевые респонденты сообщили, что героин продавался в пакетиках по четверть грамма (70–120 австралийских долларов) и по полграмма (140–160 австралийских долларов).

## Выводы

Для оценки изменений в наличии наркотиков необходимо тщательно изучить информацию из используемых источников данных. Показатели, на которые воздействуют другие переменные, такие как изменения в предпочтениях потребителей наркотиков, в возможных отрицательных последствиях употребления наркотиков для здоровья, в наличии лечебных услуг и в направленности деятельности правоохранительных органов, не могут обеспечить надежную информацию о наличии наркотиков в определенном географическом районе. Необходимо рассматривать непосредственные оценочные данные о наличии наркотиков, такие как цена, степень чистоты и легкость приобретения. Такие данные можно получить от самих потребителей наркотиков, от ключевых респондентов, часто сталкивающихся с потребителями наркотиков и хорошо разбирающихся в рынках наркотиков (например, от полицейских), и из информации об изъятиях соответствующего наркотика, предоставленной правоохранительными органами. Каждому из этих источников данных свойственна предвзятость, которая может повлиять на надежность оценки наблюдаемых тенденций. Однако, если к данным из этих источников применить метод триангуляции и если надежность полученных данных представляется достаточной, можно с большой долей уверенности заключить, что наблюдаемые изменения отражают фактические сдвиги в наличии данного наркотика, и своевременно обеспечивать поступление информации об относительных изменениях в цене, степени чистоты и наличии незаконных наркотиков. Ясно, что это имеет решающее значение для лиц, ответственных за разработку политики, которые обязаны реагировать на изменения в тенденциях на рынке незаконных наркотиков, поскольку такая информация позволяет им принимать обоснованные решения по необходимым компонентам политики в области борьбы с наркотиками.

## Библиография

1. L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monograph No. 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).

2. P. Griffiths and others, "Drug information systems, early warning and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6-8 (2000), pp. 811-844.
3. G. Stimson and others, "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, pp. 317-325.
4. Australian Bureau of Criminal Intelligence, *Australian Illicit Drug Report, 2000-2001* (Canberra, Commonwealth of Australia, 2002).
5. United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Identifying and Monitoring Emerging Drug Use Problems: a Retrospective Analysis of Drug Abuse Data/Information Reported by the CEWG* (Bethesda, Maryland, 2001).
6. Л. Топш и Р. Мак-Кетин, "Разработка политики на основе фактических данных: исследование конкретного случая работы Системы отчетности по незаконным наркотическим средствам в Австралии", *Бюллетень по наркотическим средствам* (издание Организации Объединенных Наций), том LV, № 1 и 2 (2003 год).
7. R. McKetin, "Use of RAM to monitor illicit drug use in developed countries: can rapid assessment result in a rapid response?", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, pp. 333-335.
8. J. Hando and others, "The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System", *Addiction Research*, vol. 6, 1998, pp. 97-113.
9. J. Hando and others, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1997).
10. C. Day and others, "Changes in heroin availability in Sydney, Australia, in early 2001", *Addiction*, vol. 98, No. 1 (2003), pp. 93-95.





ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
Управление по наркотикам и преступности

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria  
Tel: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة  
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم  
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

**HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS**

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

**COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES**

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

**КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

**CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS**

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria  
V.03-88863—April 2004—190  
United Nations publication  
Sales No. R.04.XI.5  
ISBN 92-1-448010-9  
ISSN 0251-7094

