

РУС



МЕТОДИКА

# ПЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЦЕНТР МОНИТОРИНГА

НАРКОТИКОВ И НАРКОЗАВИСИМОСТИ



МЕТОДИКА

**ПЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЦЕНТР МОНИТОРИНГА

НАРКОТИКОВ И НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Эта публикация была опубликована в рамках компонента «Национальные координационные центры» Программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии – Фаза 6 (CADAP-6).

Данная публикация Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (ЕЦМНН; [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)) защищена авторским правом. ЕЦМНН не несет ответственность за любые последствия, связанные с дальнейшим использованием данных, содержащихся в данном документе. Содержание этой публикации не обязательно отражает официальные мнения ЕЦМНН, любого государства-члена ЕС или любого агентства, или учреждения Европейского союза.

Воспроизведение разрешено при условии указания ссылки на источник.

Все комментарии к публикации должны быть направлены [kancelar@resad.cz](mailto:kancelar@resad.cz)

Электронная версия этой публикации может быть загружена бесплатно [www.cadap-eu.org](http://www.cadap-eu.org) и [www.resad.cz](http://www.resad.cz)

Перевод на русский язык: Эдуард Хрусталев.

Проверено: ResAd, под редакцией: Виктор Мравчик

Дизайн и верстка: Missing Element Prague ([www.missing-element.com](http://www.missing-element.com))

Дополнительная информация о Европейском союзе находится на сайте: <http://europa.eu>.

© Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости, 2009

Опубликовано © ResAd, 2019

ISBN 978-80-907417-2-0

# СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
ЧАСТЬ I	6
Потребление наркотиков среди общего населения (GPS)	6
ЧАСТЬ II	12
Проблемное употребление наркотиков (PDU/HRDU)	12
ЧАСТЬ III	15
Спрос на лечение от наркотиков (TDI)	15
ЧАСТЬ IV	20
Смертельные случаи, связанные с наркотиками, и смертность среди потребителей наркотиков (DRD)	20
ЧАСТЬ V	28
Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками (DRID)	28



## ВВЕДЕНИЕ

Создание и реализация национальных и глобальных/Европейских Информационных систем по наркотикам потребовало параллельного осуществления двух основных видов деятельности: идентификации, определения и гармонизации стандартных пакетов отчетности, и развития и укрепления национального процесса и потенциала по сбору данных и отчетности.

Целью является описать наркоситуацию в целостном виде и в этой связи обеспечить целью, надежной и сравнимой информацией о наркоситуации на национальном уровне и с глобальной/Европейской точки зрения, а также с точки зрения различного и растущего числа государств, различающихся по размеру, структуре правительства, социальному контексту и природе их проблем в области наркотиков.

Системы отчетности и документы должны следовать стандартам по сбору данных ЮНОДК и EMCDDA в ключевых областях<sup>1</sup>, определенных Лиссабонским Консенсусом в качестве решающих для государств членов ООН при мониторинге наркоситуации и предоставлении отчетов, и пяти ключевым индикаторам по наркоэпидемиологии, разработанным Европейским мониторинговым центром по наркотикам и наркомании (EMCDDA).

Данная публикация содержит 5 кратких резюме по ключевым эпидемиологическим показателям EMCDDA:

- потребление наркотиков среди общего населения (GPS);
- проблемное употребление наркотиков (PDU/HRDU);
- спрос на лечение от наркотиков (TDI);
- смертельные случаи, связанные с наркотиками, и смертность среди потребителей наркотиков (DRD);
- инфекционные заболевания, связанные с наркотиками (DRID).

Ключевые показатели были разработаны EMCDDA в тесном сотрудничестве с сетью Reitox, экспертами по всей Европе и другими международными организациями, компетентными в области наркотиков и наркомании.

Пять ключевых эпидемиологических показателей лежат в основе системы отчетности EMCDDA о тенденциях и изменениях в ситуации с наркотиками в ЕС. Они также являются важным компонентом любого анализа охвата ответов или оценки воздействия политики и действий.

Вы можете найти больше и обновленную информацию на сайте EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

<sup>1</sup> Ключевые области следующие: (1) Потребление наркотиков населением (обследования населения и школьной молодежи); (2) Оценки проблемы потребления наркотиков; (3) привлечение наркологических служб; (4) инфекции, связанные с потреблением наркотиков; (5) смерти, связанные с наркотиками, и общая смертность среди потребителей наркотиков. Этот набор из пяти ключевых индикаторов в дальнейшем дополнен (6) рынки наркотиков и доступность наркотиков, (7) преступность, связанная с наркотиками, (8) тенденции в области наркотиков среди молодежи, (9) социальная изоляция и невыгодное положение, связанные с наркотиками, и (10) экономические/ социальные затраты в связи с злоупотреблением наркотиками. Консенсус Документ. (2000). Лиссабонский Консенсус. Том. E/CN.7/2000/CRP.3, Комиссия по наркотическим средствам, сорок третья сессия, пункт 4(а) и (б) предварительной повестки дня. E/CN.7/2000/CRP.3

# ЧАСТЬ I

## ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ (GPS)

Версия 1

Январь 2009 г.

Впервые опубликовано на английском языке как „An overview of the general populations survey (GPS) key indicator“.

### **О настоящем документе**

Данный документ был опубликован Европейским Мониторинговым Центром по Наркотикам и Наркомании на сайте в январе 2009 г. Последняя версия данного документа доступна в формате PDF на сайте ЕМЦНН: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

Более подробная и актуальная информация по ключевому доступна на сайте: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_en) (PDF „Overview of the GPS key indicator“, версия 1, 2009).

### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ**

Распространение и паттерны употребления наркотиков среди населения в целом, вероятностными исследованиями выявляющие людей зрелого возраста и школьников, является одним из пяти ключевых показателей ЕМЦНН, который оценивает ситуацию по наркотикам и позволяет проводить мониторинг реализации целей наркополитики в ЕС и в странах-участницах. Данные по исследованиям наркомании, полученные от населения в целом и школьников, предоставляют основную информацию для понимания паттернов употребления, рисков, социальных и санитарных соотношений и последствий употребления запрещенных наркотиков и других психоактивных веществ.

Для достижения реальной цели исследований, последние необходимо проводить с определенной периодичностью, используя подобную методологию для определения изменений по распространению и паттернам употребления со значительными примерами с целью проведения анализа основных подгрупп населения. Страны-участницы должны фокусироваться на проведении ряда последовательных исследований совершеннолетних и школьников (со стандартными возрастными группами) совместно с местными экспертами. Данные необходимо, как минимум, предоставлять в отчете в разрезе распространения (срок действия, прошлый год и прошлый месяц) различных наркотиков. Высококачественные исследования с хорошими примерами могут предоставить исчерпывающую информацию по паттернам употребления в различных подгруппах, но могут и недооценить употребление наркотиков в определенных скрытых и/или уязвимых группах, в результате чего необходимо использовать дополнительные методы (целевые исследования, косвенные методы).

Для исследований, проводимых среди зрелого населения в домашних хозяйствах, книга ЕМЦНН - Руководство для проведения исследований среди населения в целом - рассматривает ключевые методологические вопросы в отношении исследований наркоманов и предоставляет инструкции для отчетности информации ЕМЦНН. Руководство включает в себя список ключевых пунктов, называемый - Европейский образец анкеты (ЕОА), для включения в анкеты национальных исследований или для отчетности эквивалентных данных из существующих исследований. ЕОА может использоваться для сбора данных по периоду распространения ряда наркотиков, а также информации по группам первого употребления и частоты употребления.



Методы по репрезентативным исследованиям в школе можно найти в международных координационных проектах исследования школы и в нескольких национальных проектах в Европе и Соединенных Штатах. Исследования в школах обычно проводятся в классах, а информация собирается посредством анонимного анкетирования по употреблению алкоголя и ряда наркотиков. Целевой возраст исследуемых может значительно повлиять на результаты в школьных группах.

## Введение в показатель

Целью настоящего ключевого показателя (КП) является предоставление реальной, достоверной и сопоставимой информации по объему, распространению и паттернам употребления наркотиков среди населения в целом (людей зрелого возраста, молодежи и школьников), характеристикам наркоманов и их ощущениям. Данный ключевой показатель предоставляет данные по нескольким областям:

- распространение и распределение употребления различных наркотиков среди населения в целом и в соответствующих подгруппах населения (например, молодые люди, сельские районы);
- социо-демографические характеристики и паттерны употребления наркотиков среди лиц, употребляющих наркотики в настоящее время или употреблявших в прошлом, включая начало или окончание употребления, интенсивность употребления и прочие аспекты;
- взаимосвязь употребления наркотиков со стилем жизни, другими факторами влияния на здоровье, состоянием здоровья, умственным здоровьем, социальной функцией;
- отношения различных групп населения к употреблению наркотиков (восприятие рисков или доступность);
- и, что немаловажно, изменения в разрезе времени и стран по этим параметрам.

Изменения по употреблению наркотиков едва ли станут результатом комплексного взаимодействия факторов, таких как государственная и международная политики по наркотикам, предупреждения, основанные на доказательстве, производство, доступность и доступ к наркотикам, экономические факторы (доход после уплаты налогов и сборов), восприятие рисков, социальные сети и более широкий социальный феномен, такой как мода и стили жизни, а также роль, которую определенные наркотики могут играть при данных факторах.

Руководящие принципы для ключевых показателей были приняты Научным Комитетом ЕМЦНН (декабрь 2000 г.) и Дирекцией (сентябрь 2001 г.), причем характер рекомендаций не имел обязательной силы, в соответствии со стандартом Центра. Решение Совета в декабре 2001 года заставило страны-участницы поддержать пять ключевых показателей.

## Цель ключевого показателя

### Европейский уровень

На европейском уровне, стратегия по наркотикам ЕС (2005–12) призывает к «Более лучшему пониманию проблемы, связанной с наркотиками, и разработку оптимального реагирования на нее посредством измеримого и устойчивого совершенствования в базе знаний и инфраструктуре знаний». Данную цель необходимо достичь посредством предоставления достоверной и сопоставимой информации стран-участниц по пяти ключевым эпидемиологическим показателям, собранным воедино и проанализированным с другими источниками информации, которые предоставят понимание социального вреда и вреда, наносимого здоровью вследствие употребления и торговли запрещенными наркотиками. План действий по наркотикам ЕС (2009–12) стимулирует дальнейшее совершенствование и реализацию пяти ключевых эпидемиологических показателей странами-участницами и ЕМЦНН.

### Национальные и региональные уровни

На национальном и региональном уровнях, качественная информация по изменениям распространения, распределения и паттернов употребления наркотиков предоставляет прочную основу для понимания и оценки ситуации по наркотикам, определяющие приоритеты и планирование, а также оценку ответных реакций и политик. Большинство национальных стратегий по наркотикам стран-участниц включают в себя требования по проведению мониторинга национальной ситуации по наркотикам, а точные данные по распространению наркотиков позволяют провести мониторинг реализации целей.

В дополнение к этому, если в результате проведения национальных исследований удастся получить достоверную и реальную информацию, эти исследования также позволят провести сравнительный анализ (основанный на имеющейся информации) по распространению и паттернам употребления в различных странах с широкими перспективами реагирования политики в различных социальных и культурных контекстах. Высококачественные данные по распространению, собираемые на национальном уровне, также соответствуют требованиям отчетности ЕМЦНН по сопоставимым данным.

## Методология

### Стандарты мониторинга ЕМЦНН

Стандарты мониторинга ЕМЦНН требуют сбора, на национальном уровне, информации по распространению и паттернам употребления наркотиков среди населения в целом (совершеннолетние, включая молодежь и школьников). Информацию необходимо предоставлять независимо в отчете и собирать посредством вероятностных и репрезентативных опросов населения. Эти опросы должны проводиться на регулярной основе с использованием последовательной методологии для определения трендов.

ЕМЦНН опубликовал несколько отчетов, описывая разработку ключевого показателя и методологических вопросов, собранных в Руководстве (Руководство для исследований среди населения в целом) (ЕМЦНН, 2002а). Данное Руководство фокусируется на исследованиях домашнего хозяйства, которые должны проводиться среди населения в возрасте от 15 до 64 лет. Ключевой компонент руководящих принципов, входящих в Руководство и состоящих из списка общих вопросов, называется Европейским Образцом Анкеты (ЕОА). Эти ключевые пункты необходимо включить в анкеты национальных исследований; их также необходимо использовать для извлечения эквивалентных данных из существующих исследований и предоставления отчетов по ним. Национальные анкеты могут ограничиваться пунктами, имеющимися в ЕОА (практические вопросы), хотя зачастую они включают дополнительные пункты и вопросы.

Информация ежегодно предоставляется в отчетах странами-участницами в ЕМЦНН посредством согласованных форм сбора данных. В настоящее время информация по исследованиям передается через онлайн-интерфейс. Фактически, лишь ограниченная информация, определенная в ЕОА, собирается по согласованной форме отчетности ЕМЦНН, но есть надежда, что информация, предоставляемая в отчете странами-участницами, будет совершенствоваться и позволит проведение кооперативного анализа. Данные из международных проектов (например, ESPAD и HBSC) предоставляются в ЕМЦНН координаторами по исследованиям в дополнение к данным из национальных исследований в случае с исследованиями в школе.

Основные факторы для получения высокого уровня реализации показателя включают:

- проведение регулярных исследований с использованием одной формы (режим и анкета). Несмотря на то, что в принятых руководящих принципах нет официального требования по частоте проведения исследований, их необходимо повторять, по крайней мере, каждые четыре года, иначе для политики стратегии информация будет считаться устаревшей и ограниченной. Исследования должны повторяться каждые два года для достижения ожидаемой цели, как это уже достигнуто в некоторых странах;
- использование вероятностного объема с соответствующим охватом населения;
- использование примера с достаточным объемом информации для возможности проведения анализа основных подгрупп, которые представляют интерес для формулировки и оценки политики.

## Методологический подход и охваченные информационные области

Защита данных и совместное пользование протоколами должны быть соответствующими (как и с другими формами исследования по запрещенным наркотикам); необходимо строго придерживаться этих правил. Опрашиваемый должен быть уверен, что его ответы останутся конфиденциальными, а интервьюеры и координаторы проводят опрос объективно и ни в коем случае не осуждают респондентов. Ответы необходимо записать на бумаге и ввести в компьютер с помощью инструмента сбора данных. Все это является не только этическим вопросом, но и увеличивает точность предоставляемых ответов. Личная информация и типы поведения участников не отражаются в отчетах при их предоставлении.

Руководство ЕМЦНН фокусируется на репрезентативных исследованиях домашнего хозяйства среди населения в целом в возрасте от 15 до 64 лет и предоставляет набор общих ключевых вопросов исследования (ЕОА) и методологические руководящие принципы.

ЕОА определяет ключевые вопросы для проведения национальных исследований, которые включают употребление отобранного числа веществ (конопли; экстази; амфетаминов; кокаина; героина и ЛСД) в прошлом месяце (предыдущие 30 дней), в прошлом году (предыдущие 12 месяцев) и опыт в течение всей жизни. Данный вопрос рассматривает минимальный набор наркотиков, но и другие наркотики (или вещества, например, растительная конопля или смолы, или же кокаин в порошке и крэк) могут быть включены в ключевые вопросы в соответствии с национальными требованиями. Два основных пункта (возраст первого употребления и частота употребления за последние 30 дней) включены для каждого наркотика для того, чтобы исследовать паттерны употребления, которые могут предоставить лучшее понимание заболеваемости и интенсивности употребления, а также их соотношение. Общие вопросы по алкоголю, табаку и лекарствам, отпускаемым по рецепту, включены в ЕОА для понимания употребления запрещенных наркотиков в контексте употребления поливеществ.

ЕОА также включает вопросы, касающиеся отношения к употреблению наркотиков и понимание рисков и, наконец, пункты, оценивающие основные социо-демографические характеристики респондентов.

Ключевой показатель может разрабатываться далее для выполнения важных информационных нужд для всех стран-участниц (или некоторых из них) и Европы. Предполагается, что данные модули будут применяться на добровольной основе с согласия национальных экспертов. Пример разработок представляет собой модуль для оценки восприятия наркотиков. Совсем недавно некоторые страны в сотрудничестве с ЕМЦНН начали активно выполнять разработку оценки более интенсивных форм (зависимость и злоупотребление/пагубное употребление) употребления наркотиков среди населения в целом, в частности, в отношении конопли.

В дополнение к ряду общих ключевых пунктов показателя, Руководство также рассматривает ключевые методологические вопросы по наркотикам в отношении исследования населения. Обсуждаются условия и преимущества различных процедур. Имеются различные методологические варианты (например, методы выборочного обследования) получения реальных и достоверных данных по распространению, хотя дальнейшее соответствие и подтверждение методов увеличит сопоставимость качества в странах-участницах. Национальные эксперты могут ссылаться на данные рекомендации при принятии решения по соответствующей методологии для своей отдельной страны-участницы.

Оценка употребления наркотиков среди школьников является очень важной, так как поведение в данный период развития может иметь долгосрочные последствия, включая результаты в образовании и занятости. Ранее употребление наркотиков может быть связано с поздним проблемным употреблением наркотиков, а также социальными и семейными проблемами. Таким образом, данные отчетов по распространению и паттернам употребления наркотиков среди школьников считаются частью ключевого показателя.

Употребление наркотиков среди школьников оценивается репрезентативными исследованиями, которые, как и исследования людей в зрелом возрасте, должны выполняться на высоком уровне, с помощью использования надежных, повторяющихся методологий. Исследования в школах, зачастую, собирают данные в классах с помощью письменных анонимных анкет по употреблению алкоголя и ряда наркотиков, а также по возрасту первого употребления и частоте употребления. Качество и сопоставимость школьных исследований в каждой стране и между странами требует, чтобы данные основывались, в частности, на стандартизированных возрастных группах, в дополнение к стандартизированным анкетам, отбору проб, методам сбора данных в школах, анонимности и времени года сбора данных.

Руководство ЕМЦНН не разрабатывает методологию репрезентативных исследований в школе, так как существуют другие примеры и проекты, работающие с данной методологией, например, международные проекты, такие как европейский проект исследования в школе по алкоголю и другим наркотикам (ESPAD; [www.espad.org](http://www.espad.org)), здоровый образ жизни детей школьного возраста (HBSC; [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)), и другие национальные проекты, в Европе (например, исследование Молодежи Англии, выпивка, курение и употребление наркотиков и в Соединенных Штатах (Мониторинг будущего; [www.monitoringthefuture.org](http://www.monitoringthefuture.org)).

## Сильные стороны и ограничения исследования среди населения в целом

Опросы населения по употреблению наркотиков среди населения в целом позволяют провести непосредственную оценку употребления наркотиков и паттернов употребления, таких как частота употребления для каждой изучаемой личности. Также могут оцениваться непосредственно факторы каждого отдельного респондента, относящиеся к употреблению (как потенциальные детерминанты, так и возможные последствия употребления (здравоохранения или социальные)). Могут оцениваться одновременно и другие бихевиористические аспекты, такие как употребление других веществ, стили жизни, состояние здоровья вместе с мнениями, отношениями и восприятиями риска интервьюированных лиц. По существу, репрезентативные исследования предоставляют прямые оценки населения по употреблению наркотиков и другим параметрам. Ряд факторов может исследоваться ретроспективно, принимая во внимание ограничения по тому факту, что утаивание и предубеждения, оставшиеся в памяти, имеют преимущество перед прошлыми событиями. Тем не менее, самоотчетность обычно рассматривается как точный способ оценки употребления наркотиков и зачастую существует четкая связь между самоотчетным употреблением наркотиков и употреблением, разрешенным судом в случае, если исследование выполняется точным и профессиональным способом, гарантируя конфиденциальность и анонимность. В дополнение к этому, вполне возможно, что предубеждения будут иметь место в динамике времени, если исследования будут проводиться тем же самым способом; так что динамические данные будут достоверными, даже если абсолютные уровни будут систематически отклоняться.

Потребители наркотиков, таких как героин или крэк-кокаин, или потребители инъекционных наркотиков, могут составлять «скрытое население» (например, личности, не имеющие постоянного адреса) и могут, таким образом, исключаться из некоторых инструментов для проведения выборочного обследования. Другие дополнительные методы должны рассматриваться, при этом, для получения оценок распространения и паттернов употребления для данных групп, такие как: непрямые методы статистической оценки, исследования распространения в целевых группах или этнографические методы.

Опросы населения обычно представляют собой единовременные исследования, собирающие данные в определенный момент, и, следовательно, не имеющие причинного следствия и не допускающие отклонений (например, употребление наркотиков, ставшее причиной социальной стигмации). С целью получения данных по таким отношениям могут рассматриваться продольные исследования, хотя это требует больших ресурсов, чем поперечные исследования.

При проведении общего опроса ряд вопросов может быть ограниченным несмотря на то, что некоторые исследования включают детальные вопросы для употребляющих наркотики (используемые размеры, детали по употреблению полинаркотиков, оценка и управление рисками и т.д.). Целевые исследования среди отобранных групп с высоким уровнем потребления (например, в музыкальных клубах), при использовании особого отбора проб и методов сбора данных, могут предоставить детальную информацию от потребителей наркотиков, ценную для разработки и оценки специфических вмешательств.

## Предоставление отчетности по результатам исследований распространения

Отчеты по результатам исследований должны предоставлять информацию, как минимум, по периоду распространения различных наркотиков и эти данные должны быть разграничены по

возрасту и полу, так как обе этих группы данных являются важными детерминантами уровней употребления. К тому же, должна рассматриваться стратификация результатов для других ключевых параметров (урбанизация, уровень образования, социо-экономические слои, стили жизни). Необходимо проанализировать потребителей нескольких веществ (например, в последний год или последний месяц) с особым вниманием также на употребление алкоголя и психоактивных веществ. Анализ паттернов употребления (частота употребления, перерыв) и заболеваемость вследствие употребления (возраст первого употребления) будет иметь четкую ценность для данной политики. В тексте необходимо указать направление любого изменения в употреблении всех запрещенных наркотиков, а затем для специфических веществ, которые поднаселение(я) могут применять, и является ли изменение статистически значимым. Стандартные таблицы, разработанные ЕМЦНН, имеют соответствующий формат для предоставления основных результатов опросов зрелого населения.

Также должны быть подготовлены методологические отчеты для проведения независимой оценки надежности работы. Должна быть предоставлена детальная информация, в частности, по инструментам для проведения выборочного исследования и процедурам отбора проб, методам сбора данных, по процедурам полевых работ (включая выполнение замен), проценту ответов и оценке отсутствия данных (включая характеристики нереспондентов), обработку данных, включая начисление и отсутствующие значения, а также используемые аналитические приемы.

Включение дополнительных пунктов в исследования позволяет выполнение более совершенного анализа и отчетности по темам, таким как исследование стажа употребления наркотиков (например, прогрессирование от экспериментального до проблематичного употребления наркотиков) или социальные детерминанты употребления. Необходимо стимулировать реализацию исследовательских проектов, объединенных в национальные исследования, хотя увеличивающийся срок исследования увеличит затраты и может сократить темп выполнения.

## Ключевые ссылки

ЕМЦНН Тема по потреблению наркотиков среди общего населения <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps> (доступен с 20 января 2009 г.).

Европейский Мониторинговый Центр по Наркотикам и Наркомании, Руководство для исследований среди населения в целом, проект ЕМЦНН СТ.99.ЕР.08 В, Лиссабон, ЕМЦНН, август 2002а.

Европейский Мониторинговый Центр по Наркотикам и Наркомании, «Техническое выполнение и обновление базы данных Европейского Союза по национальным исследованиям населения по употреблению наркотиков и выполнение совместного анализа собранных данных», проект ЕМЦНН СТ.00.ЕР.14, Лиссабон, ЕМЦНН, декабрь 2002b.

Хибель, Б., Андерсон, Б., Бжарнасон, Т., Альштром, С., Балакирева, О., Коккеви, А., Морган, М. (2004) «Отчет ESPAD 2003: алкоголь и другие наркотики среди школьников в 35 европейских странах», Шведский Совет по информации, связанной с алкоголем и другими наркотиками.

Сумнал, Х.Р., Беллис, М.А., Лодвик, А., Буке, Т., Висен, Ж. (2005), «Помощь, предоставляемая ЕМЦНН по проведению анализа профилей наркотиков из Базы данных ЕМЦНН по исследованиям употребления наркотиков», проект СТ.03.Р1.200, ЕМЦНН, Лиссабон.

Курье, С. и другие. (редактир.) (2008), Различия здоровья молодых людей: Исследование по здоровому образу жизни детей школьного возраста (НБСC): международный отчет из исследования 2005/2006, Ряд политик ВОЗ: Политика по здоровью для детей и подростков, №5, ВОЗ, Региональный офис в Европе, Копенгаген.

## ЧАСТЬ II

### ПРОБЛЕМНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ (PDU/HRDU)

Версия 1

Январь 2009 г.

Впервые опубликовано на английском языке как „An overview of the problem drug use (PDU) key indicator“.

#### **О настоящем документе**

Данный документ был опубликован Европейским Мониторинговым Центром по Наркотикам и Наркомании на сайте в январе 2009 г. Последняя версия данного документа доступна в формате PDF на сайте ЕМЦНН: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

Более подробная и актуальная информация по ключевому доступна на сайте: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview_en) (PDF „HRDU indicator revision summary“)

#### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ**

Общий контекст, цели и мероприятия ключевого показателя проблемного употребления наркотиков (PDU/HRDU) ЕМЦНН суммированы в данном документе, а также предоставлены краткое описание показателя и соответствующие руководящие принципы для проведения оценки по распространению и заболеваемости проблемного употребления наркотиков на местном и национальном уровнях в рамках Европейского Союза. Под проблемным употреблением наркотиков понимается «инъекционное употребление наркотиков или продолжительное/регулярное употребление опиоидов, кокаина и/или амфетаминов». Данные паттерны употребления наркотиков зачастую исследуются неэффективно при опросах населения, используемых в показателе распространения среди населения. Информация в данном показателе часто извлекается из результатов исследования, где применяются методы оценки распределения. Существуют три основные категории методов: методы умножения, метод множественного показателя (обычно используемый для оценки национального распространения) и метод сбора и повторного сбора (обычно используемый для оценки местного распространения), хотя использовались также и другие методы. Информация по заболеваемости, связанная с проблемным употреблением наркотиков или инъекционным употреблением, также является частью данного показателя. Результатом основной разработки показателя PDU/HRDU явилось совершенствование различных методов и стимулирование их применения в увеличивающемся числе различных ситуаций.

#### **Введение в показатель**

Распространение проблемного употребления наркотиков является одним из пяти ключевых эпидемиологических показателей, используемых ЕМЦНН для мониторинга аспектов феномена употребления наркотиков по всему Европейскому Союзу. Выполнение пяти ключевых показателей ЕМЦНН поддерживается Резолюциями Совета Европейского Союза. В отличие от показателя смертности вследствие употребления наркотиков или показателя инфекционных заболеваний вследствие употребления наркотиков, данный показатель предоставляет оценку особого паттерна употребления наркотиков в отличие от влияния на здоровье или негативных социальных последствий употребления наркотиков. В противоположность показателю «Употребление наркотиков среди населения в целом», данный показатель ориентирован на более проблематичные паттерны употребления наркотиков, таких как не инъекционное употребление или инъекционное употребление героина, которое причиняет больший вред личности и обществу. ЕМЦНН разработал свое действующее определение проблемного употребления наркотиков, однако действующее определение оценок, используемое для данного показателя, часто различается по



странам Европейского Союза и является независимым по используемым методам (и источникам предоставления данных).

Показатель проблемного употребления наркотиков был разработан в динамике времени. Разработка происходила вследствие увеличивающегося использования (и увеличивающегося повышения качества) небольшого количества методов оценок по распространению, а методы зачастую применяются в специфических исследованиях (в отличие от опросов общего населения или других ключевых показателей). Следовательно, разработка показателя PDU/HRDU стимулирует применение методов оценки распространения с целью повышения качества методов и увеличения охвата областей, в которых применялись данные методы.

## Цель ключевого показателя

Показатель PDU/HRDU проводит сбор информации по наиболее проблематичным паттернам употребления наркотиков (таких как: частое или продолжительное употребление героина, амфетаминов или кокаина (или инъекционное употребление таких наркотиков)), в отличие от показателя «Употребление наркотиков среди населения в целом», где информация по данной проблеме не является исчерпывающей. Показатель проблемного употребления наркотиков также необходим для введения других ключевых показателей в контекст (например, при помощи рассмотрения данных по спросу на лечение для изучения внедрения такого лечения) или для оценки показателя смертности вследствие употребления наркотиков, а также показателя инфекционных заболеваний вследствие употребления наркотиков. Целью данного ключевого показателя, на уровне ЕС, является получение надежных и сопоставимых показателей по распространению проблемного употребления наркотиков и инъекционного употребления наркотиков на местном и национальном уровнях по всей Европе. На национальном уровне государства могут применять оценки распространения с целью изучения эффективности политик, нацеленных на сокращение уровней употребления наркотиков и последствий влияния на здоровье, а также социальных последствий проблемного употребления наркотиков. Для эффективного размещения ресурсов по всем областям внутри страны также могут использоваться и местные оценки.

Ключевой показатель может подразделяться на два способа: географический уровень, при котором применяются методы (как местный, так и национальный уровни), а также определение случая проблемного употребления наркотиков. При определении случая, инъекционное употребление наркотиков изучается отдельно от более широкого определения случая проблемного употребления наркотиков. К тому же, часть показателя проблемного употребления опиата или стимулятора (в отличие от инъекционного подопределения) может быть разделена на проблемное употребление опиата или проблемное употребление стимулятора.

Оценки по распространению на местном уровне могут использоваться для сравнения паттернов проблемного употребления наркотиков в странах, в то время как оценки распространения на местном и национальном уровнях могут использоваться для предоставления сравнения по странам. Последующие оценки распространения в динамике времени могут использоваться для изучения тенденций (увеличения или сокращения в распространении).

Оценка заболеваемости является важной частью данного показателя. Информация, источником которой являются лечебные заведения, вместе с оценками «времени задержки» лиц, начинающих употреблять наркотики, и первой необходимостью в их лечении, могут также использоваться в статистических моделях для описания заболеваний в прошлом и прогнозирования будущего распространения.

## Методология

### Стандарты мониторинга ЕМЦНН

ЕМЦНН проводит сбор данных по показателю проблемного употребления наркотиков посредством стандартного шаблона в онлайн-системе сбора данных Fonte («стандартная таблица 7 и 8»).

В идеальном варианте новые национальные оценки по распространению извлекаются ежегодно, однако минимальный стандарт предполагает то, что национальные оценки должны обновляться, как минимум, каждые три года. Все обновленные оценки по местному распространению должны предоставляться ЕМЦНН в отчете, при необходимости. Фокусные пункты Reitox должны стимулировать проведение исследования оценок локального и национального распространения при использовании методов, рекомендованных ЕМЦНН (методы умножения, множественный метод показателя и метод сбора и повторного сбора), а также в каждой стране необходимо ежегодно проводить встречу соответствующих экспертов. Также раз в год ЕМЦНН организывает собрание по ключевому показателю проблемного употребления наркотиков с представителями всех стран-участниц.

Следующая информация из исследований оценки по распространению - характер и диапазон источников распределения данных (включая определение случая проблемного употребления наркотиков, подразумеваемого в каждом источнике), географический охват оценок, используемые методы, локальная оценка (как в рамках установленного числа проблемных наркоманов, так и процента распространения проблемного употребления наркотиков на население в целом и население в возрасте от 15 до 64 лет), и показатель надежности оценок (доверительные интервалы в 95 % или результаты анализов реагирования) - суммируется в стандартном шаблоне в Fonte. С помощью таблиц оценки могут быть представлены по следующим категориям: полу и возрастной группе (в возрасте от 15 до 24, от 25 до 34 и от 35 до 64 лет). Если национальная оценка разбивается на местные оценки, необходимо также представить эти более низкие оценки уровня. Любые имеющиеся оценки заболеваемости вследствие проблемного употребления наркотиков в настоящее время не предоставляются для ЕМЦНН посредством стандартного шаблона, хотя и являются частью ключевого показателя.

### Методологический подход

Разработка данного показателя была, по существу, связана с разработкой методов оценок распространения и их применения по распространению в Европейском Союзе. Имеется два основных общеиспользуемых метода. Модель множественного (многогранного) показателя (MIM) использовалась для оценки распространения на национальном уровне, в то время как метод сбора и повторного сбора данных трех или четырех примеров (CRC) часто использовался для оценки распространения на местном уровне. Метод сбора и повторного сбора данных двух примеров и множественный метод также использовался для оценки распространения, в основном на местном уровне, но зачастую и на национальном уровне. Руководящие принципы для использования различных методов разрабатываются в ряде проектов ЕМЦНН с 1997 г. Совсем недавно были также разработаны руководящие принципы оценки заболеваемости.

## Ключевые ссылки

Более детальную информацию по ключевому показателю PDU/HRDU, включая методологические руководящие принципы и примеры по странам и городам, можно найти на веб-сайте ЕМЦНН <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>



## ЧАСТЬ III

### СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ ОТ НАРКОТИКОВ (TDI)

Версия 1

Январь 2009 г.

Впервые опубликовано на английском языке как „An overview of the treatment demand key indicator (TDI)“.

#### **О настоящем документе**

Данный документ был опубликован Европейским Мониторинговым Центром по Наркотикам и Наркомании на сайте в январе 2009 г. Последняя версия данного документа доступна в формате PDF на сайте ЕМЦНН: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

Более подробная и актуальная информация по ключевому доступна на сайте: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/tdi-overview\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/tdi-overview_en) (PDF „Overview of the TDI key indicator“ версия 2, 2017).

#### **Благодарность**

ЕМЦНН выражает благодарность Д-ру Майклу Донмалл из Университета Манчестер за помощь в подготовке данного документа в рамках контракта ЕМЦНН СТ.06.RTX.234.1.0.

#### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ**

Показатель спроса на лечение (TDI) является одним из пяти ключевых эпидемиологических показателей, который вносит свой вклад в общую цель ЕМЦНН по предоставлению объективной, достоверной и сопоставимой информации на европейском уровне в отношении наркотиков, наркозависимости и последствий употребления наркотиков (План действий ЕС по наркотикам 2000–04). Данная информация предназначена для предоставления Сообществу и странам-участницам для «лучшего понимания проблемы наркотиков и разработки оптимального реагирования на нее посредством измеримого и устойчивого совершенствования в базе знаний и инфраструктуре знаний» (стратегия по наркотикам ЕС, 2005–12).

Для достижения данной цели Центру необходимо собирать, анализировать, сравнивать и распространять информацию на уровне ЕС для того, чтобы: «обеспечить усовершенствованную сопоставимость, объективность и достоверность данных при помощи создания показателей и общих критериев, носящих необязательный характер, соответствие с которыми может быть рекомендовано Центром с целью большей согласованности с методами показателя, используемыми странами-участницами и Сообществом» ЕМЦНН/7/01.

#### **Введение в показатель**

Показатель спроса на лечение от наркотиков (TDI) является одним из пяти ключевых эпидемиологических показателей, который вносит свой вклад в общую цель ЕМЦНН по предоставлению объективной, достоверной и сопоставимой информации на европейском уровне в отношении наркотиков, наркозависимости и последствий употребления наркотиков (План действий ЕС по наркотикам 2000–04). Данная информация предназначена для предоставления Сообществу и странам-участницам для «лучшего понимания проблемы наркотиков и разработки оптимального реагирования на нее посредством измеримого и устойчивого совершенствования в базе знаний и инфраструктуре знаний» (стратегия по наркотикам ЕС, 2005–12).

Для достижения данной цели Центру необходимо собирать, анализировать, сравнивать и распространять информацию на уровне ЕС для того, чтобы: «обеспечить усовершенствованную сопоставимость, объективность и достоверность данных ... при помощи создания показателей

и общих критериев, носящих необязательный характер, соответствие с которыми может быть рекомендовано Центром с целью большей согласованности с методами показателя, используемыми странами-участницами и Сообществом» ЕМЦНН/7/01.

### Пять ключевых эпидемиологических показателей

Пункты, приведенные ниже, были впервые описаны в плане действий по наркотикам Европейского Союза 2000–04:

1. потребление наркотиков среди общего населения (GPS);
2. проблемное употребление наркотиков (PDU/HRDU);
3. спрос на лечение от наркотиков (TDI);
4. смертельные случаи, связанные с наркотиками, и смертность среди потребителей наркотиков (DRD);
5. инфекционные заболевания, связанные с наркотиками (DRID).

### Ключевое определение TDI

Стандартное, анонимное предоставление отчета о полученных ключевых данных по проблеме наркоманов (направляемых на лечение), собранные на национальном и объединенные на европейском уровне.

Показатель спроса на лечение (TDI) состоит из рекомендаций по методу, определению и пунктам, которые необходимо собрать по проблемным наркоманам, направляемым в лечебные наркологические учреждения. Эти данные собираются и сравниваются на национальном уровне и ежегодно передаются в ЕМЦНН, которые затем обрабатываются и предоставляются в отчете по числу и характеристикам клиентов, направляемых в лечебные наркологические заведения в Европе.

## Цель TDI

Целью TDI является получение (в странах-участницах ЕС) сопоставимой, достоверной информации по количеству и характеристикам проблемных наркоманов, направляемых для лечения. Такая информация по количеству и профилю проблемных наркоманов, подвергаемых лечению, и их паттерны употребления могут помочь в:

- предоставлении показателя спроса на лечение
- предоставлении показателя тенденций в проблемном употреблении наркотиков
- оценке минимальной необходимости ресурсов
- предложении перспективы по наличию лечебных заведений
- определении паттернов использования и понимания лечебных заведений
- планировании и оценке услуг для наркоманов
- оценке по распределению при использовании совместно с другими наборами данных.

К сожалению, не представляется возможным проконтролировать очень большое число употребляемых наркотиков (запрещенных или нелегальных). Информация по количеству людей, желающих получить лечение в наркологических лечебных заведениях, вносит понимание в общие тенденции проблемного употребления наркотиков, а также предлагает перспективу по организации и внедрению лечения.

TDI разработан для удовлетворения европейских требований. Предполагается, что каждая страна/страна-участница будет иметь более конкретные и, зачастую, дополнительные национальные требования, для которых будут/были разработаны местные или национальные системы.

## Методология

### Ключевой метод TDI

TDI предлагает однотипную структуру для предоставления отчетности по количеству и характеристикам клиентов, относящихся к специальным лечебным наркологическим заведениям. TDI проводит сбор информации о клиентах (имеющих проблемы с употреблением одного или более наркотиков) и их обращение в лечебные наркологические заведения. Ключевая информация, состоящая из 20 пунктов, собирается анонимно по каждому направляемому клиенту и касается социальных характеристик, контактной информации лечения и профиля наркотиков. TDI ежегодно определяет количество лечебных заведений, принимающих на лечение наркозависимых для получения дозы наркотиков, а также наркозависимых, поступающих на лечение в первый раз.

### Стандартный протокол TDI 2.0

Протокол TDI представляет собой протокол, разработанный в Европе, предоставляющий детальные руководящие принципы показателя. Протокол состоит из Протокола версии 2.0 показателя спроса на лечение, разработанный совместно с группой Помпиду и ЕМЦНН и более детального Технического Приложения. Протокол предоставляет требования системы, классификацию лечебных центров, определения терминов (например, лечение, охват, потребность в оказании первой медицинской помощи), определение истории болезни, основной список пунктов из 20 параметров, охватывающих информацию по лечению, социо-демографические характеристики, профили употребления наркотиков и динамику при инъекционном употреблении, руководящие принципы по методам сбора данных, кодировку, анализ и отчеты по результатам, а также правила перевода для существующих национальных систем, процедур контроля качества и рассмотрение этических вопросов.

Протокол ЕМЦНН основан на работе Группы Помпиду Совета Европы и на имеющихся европейских системах отчетности, в частности, из Германии, Нидерландов, Испании и Объединенного Королевства.

### Ключевые определения TDI

**Определение случая** – лицо, которое начинает лечение по употреблению наркотиков в лечебном центре в течение календарного года с 1 января по 31 декабря. Если лицо проходит лечение более одного раза в течение того же года и в том же самом или другом центре, тогда считается только последнее лечение в году.

Лечение – считается начавшимся, как только клиент официально поступает на лечение в лечебный центр.

**Первое лечение** – это лечение, которое имеет место первый раз в жизни наркомана, когда человек проходит лечение по проблемам, связанным с наркотиками.

**Лечебные наркологические центры** – определяются как:

- амбулаторные
- стационарные
- низкопороговые услуги
- врачи общей практики
- лечебные пункты в тюрьмах.

**Первичные и вторичные наркотики** – определяются для каждого клиента. Первичные наркотики – это те наркотики, которые причиняют наибольшие проблемы клиенту (как определяют их сами клиенты или диагнозы на основе МКБ-10). Употребление первичных наркотиков зачастую является основной причиной спроса на лечение. Вторичные наркотики (до четырех для каждого клиента) – это те наркотики, которые используются в дополнение к первичным наркотикам.

Двойной счет – протокол включает процедуры для минимизации двойного счета с соблюдением конфиденциальности. Рекомендуется использование атрибутора<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Рекомендуется атрибутор (инициалы, дата рождения и пол) или эквивалентный метод для минимизации множественного счета.

Список ключевых пунктов TDI:

Контактная информация по лечению

1. Вид лечебного центра
2. Дата лечения – месяц
3. Дата лечения – год
4. Лечился ли когда-либо ранее
5. Источник назначения

Социо-демографическая информация

6. Пол
7. Возраст
8. Год рождения
9. Жилищные условия (с кем)
10. Жилищные условия (где)
11. Национальность<sup>3</sup>
12. Трудовой статус
13. Законченное высшее образование

Информация, имеющая отношение к наркотикам

14. Первичный наркотик
15. Уже получивший заместительную терапию<sup>4</sup>
16. Обычный метод введения (вещества)<sup>5</sup>
17. Частота употребления<sup>5</sup>
18. Возраст первого употребления<sup>5</sup>
19. Другие наркотики, употреблявшиеся в последнее время<sup>6</sup>
20. Когда-либо инъецированные/инъецированные за последнее время (последние 30 дней)

Данные пункты полностью описаны в протоколе, но сбор информации необязательно проходит по такой форме, поскольку каждая страна-участница может получить эти данные из своих национальных систем. Национальные системы часто собирают большое количество дополнительной информации, рассматриваемой как соответствующая или важная для стратегического планирования и других целей.

### Выполнение TDI

Успешное выполнение рассчитано на организационное («нисходящее») обязательство с вовлечением политического/бюрократического руководства и практического («восходящего») обязательства с вовлечением поддержки на уровне практикующего врача.

Показатель спроса на лечение может быть внедрен в качестве новой национальной инициативы или же будет основываться на существующих национальных структурах. Информационные системы должны соответствовать местным/национальным требованиям, если они представляют ценность для планирования и оценки услуг в стране.

---

<sup>3</sup> Национальность была включена в протокол 2.0, но с 2004 г. была исключена из списка основных пунктов.

<sup>4</sup> Заместительная терапия была включена в протокол 2.0, но затем была исключена из списка

<sup>5</sup> О первичных наркотиках.

<sup>6</sup> До четырех вторичных наркотиков.

### **Организационная структура TDI**

Каждая страна-участница имеет назначенного эксперта в области спроса на лечение в своих национальных фокусных пунктах; данный эксперт предоставляет анализы данных для проекта ЕС и принимает участие в ежегодном собрании.

Данные собираются на уровне лечебного центра и объединяются на региональном уровне/ уровне страны. Важно гарантировать предоставление инфраструктуры для сбора данных непосредственно от источника (это может достигаться посредством компьютерных систем или на основе бумажного стандарта). Также важно предоставить соответствующую базу навыков и числа сотрудников для объединения, анализа и интерпретации данных на Региональном уровне/уровне страны. Непрерывное обучение/программа поддержки для персонала на всех уровнях является необходимым для обеспечения хорошей практики и для поддержки высококачественных стандартов.

### **Оценка качества TDI**

Различия в охвате среди стран-участниц влияют на сопоставимость данных. Для того чтобы интерпретировать данные, необходимо иметь хорошее общее представление вопросов охвата в каждой стране. Определения данных и критерии включения/исключения могут также отличаться от рекомендованных в протоколе TDI. Идет продолжительная работа для совершенствования всех аспектов качества и охвата данных.

К тому же, изменения в политике влияют на наличие и употребление услуг лечения наркомании (например, распространение программ метадона) и это может повлиять на цифры в лечении в динамике времени. Важно, чтобы данные, основанные на лечении, интерпретировались в контексте, в котором они собираются.

### **Этические вопросы TDI**

При сборе личной информации о людях, направленных на лечение, необходимо быть осторожным, чтобы гарантировать полное соответствие с национальными и региональными стандартами в отношении защиты данных и этики. Для того чтобы минимизировать двойной счет людей, TDI рекомендует использовать атрибутор (инициалы, дата рождения и пол). Тем не менее, его зачастую рассматривают как личную информацию, которая может потребовать конкретного соответствия со стандартами в отношении употребления и безопасного хранения.

### **Стандарты мониторинга TDI**

Ожидается, что страны-участницы выполнят TDI в своей стране в соответствии со стандартным протоколом 2.0, настолько полнее насколько это предоставляется возможным. Ожидается, что сбор данных, вопросы качества и анализ будут рассматриваться на местном и национальном уровнях, а окончательные обработанные совокупные данные в форме таблиц Excel (стандартные таблицы 34 и 03) будут передаваться в ЕМЦНН через фокусные пункты к 30 сентября каждого года после руководящих принципов ЕМЦНН для национальной отчетности. Таблицы предоставляют возможность комментирования соответствующих изменений по предыдущим годам.

ЕМЦНН объединяет таблицы TDI и предоставляет стране специальный отзыв по вопросам качества и своевременности возврата, а также широкий спектр анализов по всей Европе.

## ЧАСТЬ IV

### СМЕРТЕЛЬНЫЕ СЛУЧАЕ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ, И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ (DRD)

Версия 1

Впервые опубликовано на английском языке как „An overview of the drug-related deaths and mortality among drug users (DRD) key indicator“.

#### **О настоящем документе**

Данный документ был опубликован Европейским Мониторинговым Центром по Наркотикам и Наркомании на сайте в январе 2009 г. Последняя версия данного документа доступна в формате PDF на сайте ЕМЦНН: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

Более подробная и актуальная информация по ключевому доступна на сайте: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> (PDF „Overview of the DRD key indicator“, версия 2, 2017).

#### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ**

Показатель смертельные случаи, связанные с наркотиками, и смертность среди потребителей наркотиков, представляет собой сложное явление, которое составляет значительный процент смертей среди молодежи во многих европейских странах. Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании (ЕМЦНН) совместно с местными экспертами определили на сегодняшний день эпидемиологический показатель с двумя компонентами: смертельные случаи, явившиеся непосредственно результатом употребления запрещенных наркотических веществ (смертельные случаи, обусловленные действием наркотиков) и процент смертности среди наркоманов.

Данные два компонента выполняют несколько функций общественного здравоохранения и методологии в качестве показателя влияния употребления наркотиков на общее состояние здоровья и компонентов данного влияния, а также могут определить особо опасные паттерны использования и потенциально новые опасности.

Соответствующее выполнение компонента по смертельным случаям, непосредственно являющиеся результатом употребления наркотиков, требует наличия качественных источников информации: регистрации общей смертности и/или регистрации особых случаев смертности. Регламентированная процедура ЕМЦНН устанавливает общие критерии и процедуры для того, чтобы выделить и предоставить отчет о случаях из существующих журналов записей. Расчет оценки процента смертности среди наркоманов требует дальнейшего исследования, для которой и была разработана рабочая регламентированная процедура. Качество информации ключевого показателя зависит от качества ее источников и увеличится с усовершенствованием исследований, проводимых после смерти наркозависимого, с полным использованием этой информации для освидетельствования смерти и кодирования.

Значительный прогресс в данном показателе был достигнут за последние 12 лет, во многих странах Европейского Союза (ЕС) существуют Журналы Записей Общей и Особой смертности, где также проводились и проводятся групповые исследования. Однако в некоторых странах все еще необходимо выполнить значительную работу для улучшения качества и полноты информации по смертности, связанной с употреблением наркотиков. Данное улучшение необходимо рассматривать в общем контексте с улучшением качества информации по внешним причинам смерти и смертности среди молодежи.

## Введение в показатель

Показатель смертельные случаи, связанные с наркотиками, и смертность среди потребителей наркотиков, в частности, более интенсивные и опасные формы употребления, является одной из многочисленных причин смертельных случаев среди молодежи во многих европейских странах. С 1990 по 2006 г.г. от 6 500 до 8 500 смертельных случаев произошли непосредственно в результате употребления наркотиков в Европе (согласно имеющейся информации), в большинстве случаев имело место присутствие опиатов. В дополнение к этому, считается, что большое количество смертельных случаев относится непосредственно к употреблению наркотиков (например, ВИЧ/СПИД как результат инъекционного употребления, несчастных случаев, самоубийств, насилия, иных факторов).

Смертность вследствие употребления наркотиков представляет собой комплексную концепцию, которая может пониматься с различных позиций, иногда они могут привести к противоречащим заключениям с точки зрения политики и общественного здравоохранения.

Показатель ЕМЦНН в настоящее время включает в себя два взаимодополняющих компонента. Первый и ключевой компонент – национальный, при котором население принимается за основу, где подсчет статистики смертельных случаев ведется непосредственно по употреблению наркотиков (смертельные случаи, обусловленные действием наркотиков, отравления и передозировки). Второй компонент представляет собой расчет общего и специфического уровня смертности среди проблемных наркоманов (при помощи группового исследования смертности).

Первый компонент зачастую относится к «показателю смертельных случаев вследствие употребления наркотиков». Он широко используется в политических дебатах, научных публикациях и содержит цифры, предоставляемые ежегодно странами-участницами для ЕМЦНН. Целью данного компонента является представление реальной достоверной и сопоставимой информации по количеству, проценту и характеристикам людей, умирающим непосредственно от употребления запрещенных наркотиков. Данные извлекаются из существующих стандартных статистических систем, таких как Журналы Записей Общей Смертности, которые обычно ведутся государственными статистическими комитетами или Журналы Записей Особой Смертности, а также из регистрационных записей особых случаев или системы регистрации судебно-медицинских учреждений. Данные этих регистрационных записей в основном охватывают все население как на государственном, так и на региональном уровне.

Второй компонент ключевого показателя дополняет стандартную статистику, предоставляет данные по общему и конкретному проценту смертности, основываясь на информации близких людей наркоманов и, как правило, находясь в контакте со службами лечения от наркомании. Процент смертности включает в себя смертельные случаи, непосредственно вызванные употреблением наркотиков (передозировками) и смертельными случаями, которые могут косвенно относиться к употреблению наркотиков, такие как инфекционные заболевания, травмы и насилие, самоубийства и другие причины смерти, относящиеся к иным аспектам (таким как курение, употребление алкоголя, проблемы психического здоровья или социальная стигмация). Однако данный компонент менее доступен во всех странах, так как он основан на конкретных исследованиях, которые более ресурсоемки и, зачастую, ограничены во времени и географическом охвате в сравнении с первым компонентом ключевого показателя.

Разработка обоих компонентов показателя явилась сложной областью. Одной из основных трудностей стала концептуальная – какой тип типологии смертных случаев должен быть включен в определение случая (смертельные случаи, прямо или косвенно относящиеся к употреблению, связанные с преступлением вследствие употребления наркотиков, смертельные токсикологические случаи). В дополнении к этому существуют важные методологические задачи во всех странах, такие как, трудность в освидетельствовании, кодировка внешних причин смерти (например, передозировка, насилие, несчастные случаи или самоубийство) и различия в расследовании неестественных смертей. Существуют также различия в использовании результатов расследований смертельных случаев на практике для освидетельствования и кодировки смерти.

За последние 12 лет странами-участницами и ЕМЦНН был достигнут значительный прогресс, тем не менее, во многих странах необходимо продолжить выполнение важной работы как в Регистрационных Записях Общей, так и Особой Смертности.



## Цель показателя

Основной целью показателя является улучшение понимания влияния различных форм употребления наркотиков, их аналогов и основных факторов на здоровье с целью информирования о разработке и оценке политики, работ по предупреждению, нацеленных на сокращение проблем со здоровьем, в частности, смертности, относящейся к употреблению наркотиков.

Данные о количестве, характеристиках и обстоятельствах смертности людей, скончавшихся непосредственно от употребления наркотиков, могут выполнять дополнительные функции, в особенности при предоставлении совместно с другими индикаторами. Некоторые наиболее важные цели представляют собой следующее:

- Предоставление информации о влиянии употребления наркотиков на здоровье в сообществе, в частности, определение и оценка наиболее опасных последствий употребления наркотиков;
- Определение опасных паттернов употребления (например, инъекция или полинаркомания), риск среди наиболее уязвимых групп проблемных наркоманов;
- Определение новых рисков, таких как новые вещества или комбинация веществ, зараженные или намеренно испорченные партии;
- Помощь в мониторинге тенденций распространения особых проблем, связанных с наркотиками повышенного риска, такими как употребление героина, вводимого внутривенно;
- Оценка распространения проблемного употребления наркотиков (оценка увеличения) в комбинации с другой информацией;
- Помощь в разработке гипотезы относительно причин: почему проценты или характеристики смертельных случаев, связанных с употреблением наркотиков, различаются между странами и внутри самой страны.

Смертность среди наркоманов является важным компонентом данного индикатора. Немаловажным являются исследования в области смертности среди проблемных наркоманов, поскольку они предоставляют информацию, являющуюся, в некоторой степени, независимой (общая смертность) от практики освидетельствования и кодировки.

- Общая смертность является показателем распространения вреда, связанного с различными паттернами употребления наркотиков;
- Смертность, связанная с особыми случаями, формирует более глубокое понимание компонентов вреда, связанного с проблемным употреблением наркотиков, неучтенных в стандартных источниках;
- Информация по смертности может основываться на интерпретации стандартной статистики по смертельным случаям, связанной с употреблением наркотиков (занижение показателей в отчетности, вопросы кодировки);
- Исследования смертности помогают связать статистические данные о смертельных случаях, вызванных употреблением наркотиков (количество передозировок) с оценками распространения среди групп населения повышенного риска (например, количество наркоманов, употребляющих опиаты внутривенно).

Заметные различия общей смертности, паттерны смертности наблюдались в группах смертности различных европейских стран.

Проблемные наркоманы, употребляющие опиаты, являлись предметом большинства групповых исследований смертности, проводимых до настоящего момента в Европе. При условии изменения паттернов употребления наркотиков рекомендуется формировать группы других типологий наркоманов (например, тех, кто употребляет кокаин), так как их паттерны проблем со здоровьем значительно отличаются от опиатных наркоманов и являются наиболее трудной для учета стандартной статистикой.



## Методология

### Стандарты мониторинга ЕМЦНН

Стандарты мониторинга ЕМЦНН по смертельным случаям вследствие употребления наркотиков (смертельных случаев, обусловленных действием наркотиков) требуют учета их общего количества на национальном уровне, непосредственно относящихся к злоупотреблению запрещенными веществами. В дополнение, информация будет собираться по характеристикам жертвы, а также по веществам, которые явились причиной смерти для каждого учтенного случая.

Информацию необходимо извлекать из существующих информационных систем: Регистрационные Записи Общей Смертности (РЗОС) или Регистрационные Записи Особой Смертности (РОС). Идеальным является извлечение информации из обеих систем для оценки совместимости и перекрестной проверки в случае, если данные системы существуют в определенной стране.

Применение стандартной регламентированной процедуры ЕМЦНН требует того, чтобы существующий национальный регистр смертельных случаев или соответствующие регистрационные записи были достаточно качественными и полностью охватывали возможные смертельные случаи, вызванные употреблением наркотиков.

Стандартная регламентированная процедура ЕМЦНН для смертельных случаев вследствие употребления наркотиков (доступная на <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>) описывает процедуры для извлечения данных из существующих источников (РЗОС, РОС), выбирает соответствующие случаи для показателя, предоставляет краткое описание информации, которые необходимо ежегодно включать в годовые отчеты («ключевые цифры»). Ключевые цифры должны сообщаться странами-участницами в ЕМЦНН в рамках представления ежегодного национального отчета, посредством стандартных форм с разделением по половому, возрастному признакам, а также с учетом информации об использованных веществах (присутствие либо отсутствие опиатов).

Информация по второму компоненту - оценки смертности среди наркоманов - требует проведения последующего исследования хорошо определенных групп или наркоманов (групповые исследования).

Рабочий протокол предлагает основные требования для согласования групповых исследований в отношении окружающей обстановки для выздоровления (наркологические центры); целевого населения (наркоманы, по крайней мере, единожды получившие лечение во время периода выздоровления); сбор информации, необходимой для истории болезни (в значительной степени совместимой с показателем потребности в лечении, ППЛ); дополнительных методов (связь с населением или регистрационные записи смертности); аналитических методов для расчета риска смертности.

Защита данных и этические вопросы должны учитываться и соблюдаться как при выполнении статистики, основанной на населении, так, в частности, и в группах смертности.

Основные факторы, используемые для того, чтобы помочь получить высокий уровень выполнения показателя, включают в себя:

- Существование РЗОС хорошего качества (в частности, для внешних причин смертельных случаев, включая смертельные случаи вследствие употребления наркотиков), где результаты расследований после смерти наркозависимого принимаются во внимание для освидетельствования и кодировки смерти, имеется возможность в предоставлении информации в соответствии с протоколом DRD;
- Дополнительное (или, по сути, альтернативное) существование Регистрационной Записи Особой Смертности с хорошим качеством, национальным охватом и возможностью предоставления информации в соответствии с протоколом DRD;
- В идеальном случае оба регистрационных журнала предоставят одинаковые оценки по количеству случаев и тенденций динамики во времени;
- Проведение последних или текущих групповых исследований смертности среди проблемных наркоманов с достаточным количеством участников для предоставления достоверных оценок.

## Методологический подход и информационные области

### Определение случая

Определение смертельных случаев вследствие употребления наркотиков (более точно, называемые как смертельные случаи, обусловленные действием наркотиков) для ЕМЦНН просто и относительно ограничено. Под данным понятием подразумеваются «люди, которые умирают непосредственно из-за употребления запрещенных веществ; хотя зачастую оно встречается в сочетании с другими веществами, такими как алкоголь или медикаменты, воздействующие на психику. В основном эти смертельные случаи происходят вскоре после употребления данного вещества». Подобные случаи также известны как передозировки или отравления.

### Действующие критерии

Стандартная регламентированная процедура ЕМЦНН видоизменила данное определение в действующие критерии для извлечения соответствующих данных о смертельных случаях как из РЗОС, так и из РОС (виды смертных случаев), таким образом, предоставляется лучшая возможность оценить количество смертельных случаев, попадающих под данное определение. Для РЗОС данные действующие критерии представлены списком кодов Международной Классификации Болезней (МКБ) ВОЗ 10e издание.

Для РОС данные критерии включают классы смертельных случаев, которые должны быть определены (передозировки всех возможных случаев, зарегистрированных в данных журналах регистрации, например, дорожно-транспортные происшествия, насилие).

Для РЗОС список кодов МКБ-10 известен как «Выбор В». В основном они включают случаи, где первопричиной смерти (условие, инициированное процессом, которое привело к смерти) является: (1) умственные и бихевиористические расстройства вследствие употребления веществ, влияющих на психику (опасное употребление, зависимость, другие умственные и бихевиористические (коды F) из-за препаратов опия, каннабиноидов, кокаина, других стимуляторов, галлюциногенов, многократное употребление наркотиков или (2) отравления (коды X и Y), которые являются случайными, намеренными или неопределенного намерения из-за веществ под влиянием наркотиков (с T40-0 по T40-9) или психостимуляторов (T43.6).

Для РОС действующие критерии ЕМЦНН известны как «Выбор D». Он указывает на то, что случаи будут выбраны при смерти, наступившей из-за отравления в результате несчастного случая, самоубийства, убийства или неопределенного намерения вследствие употребления запрещенных наркотиков.

В дополнение к определению смертельного случая особенно важными являются качество и надежность стандартных источников информации для получения надлежащего уровня определения смертельных случаев вследствие употребления наркотиков. Подразумевается, что во многих случаях (много, насколько возможно) неестественных или насильственных смертей (например, несчастные случаи, самоубийства) некоторые формы расследования имеют место в определении причины смерти. Форма расследования может быть различного характера и объема, однако более детальные расследования будут предоставлять более высокие результаты качества. Часто результаты данных расследований записываются и сохраняются в учреждениях, которые могут быть базой Особых Журналов Регистрации, содержащую полную информацию для каждого случая (например, токсикология или обстоятельства смерти), хотя охват и продолжительность в течение длительного периода времени не могут быть гарантированы.

Регистрационные Записи Общей Смертности содержат информацию по всем смертельным случаям, произошедшим в стране на основе обязательных освидетельствований смерти. В принципе, охват и продолжительность гарантируются, могут рассматриваться в качестве общего источника информации для всех причин смертельных случаев. Однако, информация, содержащаяся в свидетельствах о смерти, может быть очень ограниченной и, по разным причинам (нехватка ресурсов, административные ограничения, т.д.), в некоторых странах данные Общей Смертности о смертельных случаях могут быть явно занижены вследствие употребления наркотиков в сравнении с Особыми Регистрационными Записями.

Полнота и качество расследований после смерти самостоятельно не гарантируют качество ключевого показателя. В частности, результаты данных расследований не учитываются в процессе освидетельствования и кодировки Регистрационных Записей Общей Смертности. Обмен информацией между учреждениями, проводящими расследования после смерти, и иными сторонами будут повышать точность и надежность статистики смертельных случаев вследствие употребления наркотиков. В данном случае существование как РЗОС, так и РОС повысит шансы

в перекрестном сравнении, достоверности информации по смертельным случаям вследствие употребления наркотиков.

Данный ключевой показатель требует непрерывного институционального вклада, сотрудничества для достижения и поддержки качества. Как правило, определенные официальные процедуры данных по смертности требуют, чтобы несколько официальных органов приняли активное участие в сборе и обработке данных. Необходимо, чтобы национальные координационные центры определили соответствующих партнеров, создали национальную рабочую группу с ключевыми экспертами из государственных статистических комитетов, судебных и токсикологических департаментов, соответствующего полицейского участка, экспертов групп по смертным случаям, работников общественного здравоохранения и эпидемиологов (для более подробной информации о сети национальных фокусных пунктов Reitox см. <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>). Группа должна иметь в наличии соединение технической экспертизы и возможности принятия решений. Параллельно, на международном уровне, ЕМЦНН обменивается информацией и сотрудничает с иными организациями, такими как Евростат и ВОЗ, в сфере статистики причин смертельных случаев в рамках своего соответствующего мандата.

Теоретически, в случае с оценками смертности среди наркоманов групповые исследования (или более точные исследования регистрации) потребуют значительного объема выборочных данных о зарегистрированных и наблюдавшихся наркоманов в течение достаточного периода времени. В данном случае целью является получение достоверных оценок смертности для того, чтобы сделать необходимые выводы (группы повышенного риска для различных влияний на здоровье, возможные определяющие факторы смертности) по обоснованным и соответствующим реакциям общественного здравоохранения. Данные исследования требуют информации, как правило, объединенную из различных лечебных центров/институтов, а также сотрудничества с населением, регистрационными записями смертности.

#### **Дальнейшие разработки**

В дополнение к двум установленным компонентам ключевого показателя дальнейшие компоненты (или аналитические подходы) помогут улучшить понимание влияния на здоровье различных паттернов употребления наркотиков. ЕМЦНН рассмотрел соответствующую оценку общей смертности от наркотиков в сообществе (см. СТ.00.RTX.22: «Координация выполнения стандартных руководящих принципов ЕМЦНН по показателю смертных случаев вследствие употребления наркотиков в странах-участницах ЕС, а также сбор и анализ информации по смертельным случаям вследствие употребления наркотиков» 2002 - Приложение 1). За последние

годы работа некоторых национальных экспертов придавала новый импульс данной теме.

В качестве дополнительной работы ЕМЦНН рассматривает разработку оценок на основе доступных опубликованных данных (например, Евростат) по другим аспектам смертности из-за наркотиков, таких как, ВИЧ/СПИД, другие.

## **Сильные стороны и ограничения информации по смертности вследствие употребления наркотиков**

Количество смертей, обусловленных действием наркотиков, смертность среди наркоманов могут значительно помочь в оценке интенсивности и компонентов вреда, связанного с употреблением наркотиков. Обычно смертность рассматривается как полезный показатель влияния на проблемы здоровья населения, благодаря его универсальному охвату, существованию международных классификаций (Международная классификация болезней ВОЗ), долгосрочных комплексов, сильной правовой основы, ведется сбор информации.

Однако, данные по смертельным случаям, обусловленным действием наркотиков, необходимо интерпретировать внимательно и теоретически, в сочетании с другими показателями данной ситуации с наркотиками, вмешательствами (например, оценки распространения, доступность лечения, усвоение, т.д.). Стандартная статистика смертности все еще имеет некоторые ограничения относительно качества и сопоставления данных:

- Качество и охват предоставления отчетности может влиять на количество зафиксированных передозировок;

- Неполное расследование неестественных или насильственных смертельных случаев, ограниченная отчетность информации по токсикологии в некоторых странах могут ограничить полноту и качество информации;
- Все еще существуют проблемы в употреблении МКБ (например, несколько европейских стран не используют коды Т).

Показатель предоставляет некоторые ограничения вследствие своего собственного определения, концептуализации и не охватывает:

- Некоторые смертные случаи, связанные с употреблением наркотиков (такие как смертность, связанную с медикаментами, воздействующими на психику, алкоголь; без запрещенных наркотиков);
- Роль употребления наркотиков при травмах со смертельным исходом (такие как дорожно-транспортные происшествия и насилие);
- Уровень заболеваний, вследствие передозировки, не приведший к летальному исходу.

Главным образом, данный показатель был разработан для мониторинга веществ с повышенным риском смертельных случаев вследствие передозировки (например, внутривенное употребление героина), все возрастающее распространение веществ может иметь различные паттерны смертности, которые наиболее трудны в определении (например, только кокаин/или в комбинации с алкоголем, табаком и другими факторами).

Значительный прогресс был достигнут в области качества и надежности данных. Во многих странах оценки, полученные из различных источников (РЗОС и РОС), имеют соответствия в количестве и/или тенденциях. Различные групповые исследования наркоманов позволяют провести более точную оценку и собрать статистические данные о населении.

Тем не менее, все еще существуют четкие проблемы качества в некоторых странах, поэтому даже простое сравнение следует проводить очень тщательно. Некоторые проблемы качества об информации по смертельным случаям вследствие употребления наркотиков затрагивают, как правило, не только эти, но и касаются тех смертельных случаев, которые были спровоцированы внешними факторами, включая самоубийства, несчастные случаи и насилие. Последний европейский проект (проект Anamort), финансируемый ГУЗ ЗПП (Главное Управление Здравоохранения и Защиты Прав Потребителей – DG SANCO) при участии всех стран ЕС и Евростат детально проанализировал данный вопрос.

Эффективность дальнейших исследований (групповых) смертности были отмечены в нескольких разделах, включая относительно независимый характер регистрации смертельных случаев и практик кодировки, оценку общего объема смертельных случаев, относящегося (прямо или косвенно) к употреблению наркотиков, возможность оценить («стандартные соотношения смертности») повышенную смертность, сравнивая население одного возраста и половой принадлежности.

Однако данные исследования и их сопоставимость по странам-участницам сталкиваются со следующими проблемами:

- Информация по паттернам употребления наркотиков является неполной во многих группах, ограничивающих потенциал в определении фактора риска, улучшении сопоставимости посредством более стратифицированного анализа (например, контроль за второстепенными наркотиками, длительность употребления, статус инъектирования, иные факторы);
- Существуют различия между наркологическими учреждениями, что затрудняет процесс в их сравнении;
- Различия в предоставлении лечения наркомании (виды лечения, лечебные тактики), трудно оцениваемый уровень при несвоевременном обращении за лечением могут дать объяснение в различии процента смертности;
- Исследования, связанные с регистрацией, требуют гораздо меньшего объема ресурсов в сравнение с активными мероприятиями групповых участников, однако в последнем случае информация о соответствующих изменениях в разрезе времени (например, изменения статуса инъектирования) очень ограничена.

## Ссылки

Веб-страница ЕМЦНН по смертельным случаям вследствие употребления наркотиков и смертности (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>)

Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании (ЕМЦНН). Стандартный протокол

Общее представление о ключевом показателе смертельных случаев вследствие употребления наркотиков и смертности среди наркоманов (DRD)

DRD, версия 3.0. Стандартный протокол ЕМЦНН для государств-членов ЕС по сбору данных и предоставления отчета по цифрам для ключевого показателя смертельных случаев вследствие употребления наркотиков. Лиссабон: ЕМЦНН; 2002.

Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании (ЕМЦНН). Рекомендованные технические инструменты и руководящие инструкции ЕМЦНН. Ключевой эпидемиологический показатель. Смертельные случаи вследствие употребления наркотиков и смертность среди наркоманов. Смертность (все причины) среди наркоманов. Лиссабон: ЕМЦНН; 2000

Дарке С., Дегенхардт Л., Маттик Р.: Смертность среди наркоманов, употребляющих запрещенные наркотики. Эпидемиология, причины и вмешательства/интервенции. Cambridge University Press, 2007.

Баргали А.М., Хикман М., Даволи М., Перуччи С.А., Шифано П., Бустер М. и другие. Смертность, связанная с употреблением наркотиков и его влияние на смертность среди совершеннолетних в восьми европейских странах. Европейский журнал общественного здравоохранения, 2006; 16(2):198-202.

Кратс Г., Бустер М., Висен Ж., Дееренберг И. и Ван Лаар М.: Оценка общей смертности среди проблемных наркоманов. Употребление и злоупотребление наркотическими веществами, 2008; 43:733-747

Висен Ж., Жирадон И., Матиас Ж., Хедрих Д., Виссинг Л.: Спад смертности вследствие передозировки в Европейском Союзе, 2003-2005 г.г., Исследования, приведенные в Ежегодном Отчете ЕМЦНН 2008. Euro Surveill, 2009; 14(2):pii=19088. Доступен в режиме онлайн d=19088

## ЧАСТЬ V

### ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ (DRID)

Версия 1

Январь 2009 г.

Впервые опубликовано на английском языке как „An overview of the drug-related infectious diseases (DRID) key indicator“.

#### **О настоящем документе**

Данный документ был опубликован Европейским Мониторинговым Центром по Наркотикам и Наркомании на сайте в январе 2009 г. Последняя версия данного документа доступна в формате PDF на сайте ЕМЦНН: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>.

Более подробная и актуальная информация по ключевому показателю исследований населения в целом (ИНС) доступна на сайте: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drid-overview\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drid-overview_en) („PDF An overview of the drug-related infectious diseases (DRID) key indicator“, версия 1, 2009).

#### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ**

Данный ключевой показатель собирает данные по инфекционным заболеваниям, в первую очередь, ВИЧ, гепатит В и С среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИНЫ).

Предпочтение отдается данным, собранным у людей, которые инъекционно употребляли наркотики, по крайней мере, один раз за последние 12 месяцев («недавние ПИНЫ»), представленные в отчете календарного года. Однако на практике многие данные относятся к «ПИНам, когда-либо употреблявшим наркотики», т.е. любой человек, который когда-нибудь в своей жизни инъекционно употреблял наркотик в целях, отличных от медицинских. Данные необходимо собирать в инфицированной пропорции – распространение – как из опросов, полученных от потребителей инъекционных наркотиков, так и из диагностических исследований потребителей инъекционных наркотиков.

В том числе идет сбор данных согласно отчетам диагнозов таких как данные из систем оповещения.

ЕМЦНН тесно сотрудничает с государствами-членами ЕС, другими агентствами с целью сбора подобных данных в Европе, разработав методологические принципы (каким образом, на практике это может выполняться самым эффективным, надежным и совместимым способом).

### **Введение в показатель**

#### **Общее представление**

Данный документ суммирует характер уровня контроля инфекционных заболеваний из-за употребления наркотиков в Европейском Союзе (ЕС), описывая общий контекст, цели и мероприятия ключевого показателя (КП) ЕМЦНН по инфекционным заболеваниям вследствие употребления наркотиков (DRID). Он предоставляет краткий обзор показателя и соответствующие руководящие принципы для мониторинга вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вируса гепатита В (HBV) и вируса гепатита С (HCV) у потребителей инъекционных наркотиков (ПИНЫ) на уровне ЕС. Фокусом данного ключевого показателя является получение достоверных и сопоставимых показателей ВИЧ, HBV и HCV инфекций среди ПИНов, в частности, тенденции показателя в пропорции заражения в течение времени.



КП DRID разрабатывался несколько лет посредством постепенного сбора данных в сотрудничестве с национальными координационными центрами. Данная разработка сфокусирована на улучшение сопоставимости, своевременности, качества и охвата полученных данных по HCV, HBV и ВИЧ среди ПИНов в ЕС.

### Контекст

Инфекционные заболевания вследствие употребления наркотиков являются одним из пяти ключевых эпидемиологических показателей, используемых ЕМЦНН для мониторинга употребления наркотиков и как результат его влияния на здоровье. Выполнение пяти КП ЕМЦНН поддерживается решениями Совета ЕС, которые являются ключевыми для согласования действий в стратегии по наркотикам ЕС.

ЕМЦНН имеет совместные соглашения с проектом ECDC и ВОЗ по сбору данных инфекционных заболеваний среди наркоманов в Европе.

Инфекционные заболевания находятся в одном ряду среди самых серьезных последствий потребления инъекционных наркотиков и могут привести к значительным затратам в здравоохранении. ПИНЫ могут выступать как «актив» или очаг инфекции, что может поставить под угрозу его распространение среди населения в целом. Основными инфекциями среди ПИНов, отслеживаемые ЕМЦНН, являются HCV, HBV и ВИЧ, представляющие основные причины инфекционных заболеваний, относящихся к инъекционному потреблению наркотиков в ЕС. Данные проблемы приводят к ряду затрат как для отдельных лиц, так и для общества в целом, включая затраты на медицинскую помощь и лечение тех заболеваний, которые их вызывают.

### Дополнительная информация

Потребитель инъекционных наркотиков (ПИН):

ПИНЫ являются целевой группой для изучения распространения инфекций, связанных с употреблением наркотиков. Определение относится к тем лицам, которые когда-либо в течение своей жизни употребляли наркотики в целях, отличных от медицинских. На практике почти все данные по ПИНам, собранные ЕМЦНН, относятся к той группе лиц среди активных наркоманов, которые «когда-либо употребляли наркотики», находящиеся в контакте с наркологическими службами. И, тем не менее, продолжаются дискуссии по вопросу, каким образом в дальнейшем вести сбор данных (см. Проект протокола DRID), для цели мониторинга данные могут собираться у людей, которые инъекционно употребляли наркотики хотя бы один раз за последние 12 месяцев («недавние ПИНЫ»).

**Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ):** Передача ВИЧ посредством инъекционного употребления наркотиков была выявлена в начале 1980х г.г. во время эпидемии ВИЧ. ВИЧ легко передается с помощью инъекционного употребления наркотиков, внезапные вспышки инфекции ВИЧ среди ПИНов происходили и происходят по всему миру. Инфекция ВИЧ приводит к нарушению иммунной системы в течение многих лет. Данное нарушение приводит к СПИДу, если его не лечить, в конечном счете, к преждевременной смерти. ВИЧ неизлечим, но лечение при использовании комбинаций антивирусных медикаментов может предотвратить прогрессирование болезни.

**Вирус Гепатита В (HBV):** В Европе инфекцией HBV, как правило, подвержены люди зрелого возраста во время сексуальной активности или при инъекционном употреблении наркотиков, являющемуся широко распространенным путем передачи инфекции. Заражение HBV обычно приводит к острой инфекции, изнуряющей организм, которая продолжается в течение многих месяцев; лишь у небольшого количества инфицированных болезнь переходит в хроническую форму. Инфекция HBV излечивается с помощью надежной и эффективной вакцины.

**Вирус Гепатита С (HCV):** В настоящее время это наиболее значительное инфекционное заболевание, поражающее употребляющих наркотики инъекционно, с высоким уровнем распространения, зафиксированного среди ПИНов многих стран.

У четырех из пяти лиц, зараженных HCV, болезнь приобретает хроническую форму с вероятностью развития цирроза и рака печени. Последние разработки наиболее эффективных антивирусных лекарственных препаратов доказывают, что инфекция может быть излечима, однако определенное дозирование помогает не во всех случаях, порой результаты лечения для некоторых видов данного вируса невелики.

## Цель настоящего ключевого показателя

### Цель

Целью данного ключевого показателя является получение реальных, достоверных и сопоставимых показателей инфекций ВИЧ, HBV и HCV среди наркоманов, в частности, (а) измерение уровней инфекции (распространение) в группах ПИНов и ключевых подгруппах; (b) мониторинг тенденций в разрезе времени (увеличение или сокращение уровня распространения) среди этих групп. Данные меры выполняются для того, чтобы определить приоритеты для предупреждения дальнейших инфекций, для прогнозирования нужд и затрат на медицинскую помощь, для мониторинга влияния профилактических мер. Ключевыми подгруппами являются молодежь или новички ПИНЫ, они влияют на количество лиц, которые потенциально подвержены заражению данными инфекциями (заболеваниями) среди общего количества ПИНов. Данные ЕМЦНН по распространению ВИЧ и вирусов Гепатитов В и С среди ПИНов дополнены историями болезни или регистрациями выявленных случаев инфекции у ПИНов, которые отслеживаются странами-участницами.

Помимо прочего эти данные могут быть использованы для формирования косвенных оценок заболеваемости, распространения и развития уровня инъекционного употребления наркотиков (см. ключевой показатель ЕМЦНН по проблемному употреблению наркотиков).

### Разработка

Для достижения данных целей необходим точный индикатор, позволяющий проводить мониторинг географических и временных различий. Длительная разработка данного индикатора была направлена на обеспечение наиболее эффективного, достоверного и сопоставимого мониторинга HCV, HBV и ВИЧ у ПИНов как в ЕС, так и на национальном уровне.

Данная разработка началась с формулирования проекта инструкций, инструментов сбора данных в формате Excel («стандартная таблица 9») примерно в 2000 г. и продолжилась в рамках ежегодных встреч экспертов посредством последней разработки более детального протокола для показателя DRID. Данный показатель будет разрабатываться в дальнейшем таким образом, дабы отразить меняющиеся паттерны инфекционных заболеваний среди ПИНов, в перспективе включающие в себя сбор информации по иным инфекциям таких как гепатит А, туберкулез (ТВ), ботулизм и инфекции, передающиеся половым путём (ИППП). Последняя разработка представляет собой управление сбором ключевых бихевиористических данных, относящихся к инфекционному риску и защитным факторам, полученным в результате исследований и других учений в соответствии с руководящими принципами ВОЗ по контролю за Вторым Поколением ВИЧ.

## Метод

### Обзор

Целью ЕС является сбор существующих, недавно собранных данных на национальном (поднациональном) уровне, насколько это возможно, уточненным по инфекциям HCV, HBV и ВИЧ среди ПИНов.

Также имеют место географические и подгрупповые факторы. Эти данные собираются при помощи национальных фокусных пунктов Reitox.

В настоящее время ЕМЦНН нацелен на сбор данных мониторинга ЕС по распространению инфекции (процент инфицированных лиц) HCV, HBV и ВИЧ среди ПИНов. Истории болезни с диагнозами ВИЧ, HBV и HCV, данные по случаям заболевания СПИДом собираются ЕЦ ПКЗ (Европейский Центр по Предотвращению и Контролю Заболеваний-ЕСDC) и ВОЗ. Все эти данные будут использоваться совместно с агентствами во избежание двойной отчетности и дублирования усилий, а также для наиболее эффективного их использования.

ЕМЦНН разработал проект инструкций и стандартный инструмент для предоставления данных (ранее формат Excel, называемый «стандартная таблица 9 (СТ9)», в настоящее время обработанный в онлайн-системе сбора данных под названием «Fonte»), которые используют национальные фокусные пункты для сбора данных по распространению.

Данные исследований распространения при сравнении с данными из источников историй болезней часто являются более информативными, так как исследования специально разрабатываются для



рассмотрения групп ПИНов, таким образом, предоставляя особую информацию о распространении заболеваний среди ПИНов. Они более полезны, потому что включают информацию по последним и недиагностированным инфекциям, в связи с этим, исследования распространения наиболее четко предоставляют бихевиористические данные. Тем не менее, данные исследований недостаточно охватывают проблемы на национальном уровне, они являются недолгосрочными, поскольку ресурсоемки при проведении.

Данные, собранные посредством систем отчетности историй болезни, такие как истории болезни по ВИЧ или регистрации выявленных случаев HBV и HCV, как правило, наиболее полно охватывают проблему в географическом аспекте. Данные могут иметь недостатки, включая качество информации:

ограниченная или неполная информация по наиболее вероятному риску (категория передачи). Несмотря на то, что данные дают исчерпывающую информацию о диагностируемой инфекции среди населения, они не могут широко использоваться для общего определения распространения инфекции; это может стать проблемой, поскольку недостаточное количество ПИНов проходит диагностическое исследование (диагноз), часто не представляются отчеты по диагностируемым инфекциям (отчетность) или отчетность предоставляется с задержкой (задержка). Например, в случае с гепатитом В и С большой процент новоприобретенных инфекций является бессимптомным, таким образом, регистрация диагностируемых случаев не предоставляет полной реальной оценки заражений инфекциями.

Совокупные данные о распространении заболеваний предоставляются ЕМЦНН, однако, реальные системы, предоставляющие эти данные, включают в себя сбор информации от отдельных лиц. Важно, чтобы существующие системы работали этически приемлемым образом. Например, в некоторых лабораториях анонимного обследования информированное согласие не требуется, в то время как необходимо данное информированное согласие для проведения обширных исследований. Для всех систем этические вопросы, вопросы защиты данных должны быть разрешены в рамках соответствующих национальных политик, международных стандартных норм.

Ключевым вопросом исследований среди ПИНов является их репрезентативность. Вследствие противозаконности употребления наркотиков, предоставляемая информация является неполной и не включает в себя характеристики групп, употребляющих наркотики. В результате, невозможно использование существующих подходов в формировании выборочных данных. Таким образом, исследования ПИНов дали возможность широкого применения выборочных данных, являющихся наиболее прагматичным способом в формировании выборочных данных по «труднотупным» группам. Существует ряд подходов формирования выборочных данных (например, определение места и времени, респондента, услуга предоставления/охраны, т.д.), вышеуказанные подходы должны быть всегда представлены в отчетности для интерпретации. Эффективные исследования ПИНов также как и мониторинг диагностических исследований смогут предоставить наиболее точные данные, в последнем случае широко рекомендуется проведение стандартных ежегодных исследований. Данные диагностических исследований недостаточно точны, не охватывают распространенность заболеваний в полном масштабе, поскольку лица с уже установленным диагнозом не проходят тестирование повторно; тенденции, сложившиеся в течение определенного времени, все еще могут быть использованы как показатели для тенденций, определяющих фактические показатели инфекций (заболеваемости).

ЕМЦНН рекомендует включать в информацию DRID, как минимум, выборочные данные по лечению наркомании и иным аспектам, где те, в свою очередь, должны минимально включать информацию низкопороговых услуг (см. шаблон DRID в Fonte).

Поскольку репрезентативность этих выборочных подходов не определена, их результаты следует трактовать более тщательно, а сравнения в рамках исследования выполнять с особой аккуратностью. Несмотря на то, что присутствует некоторая обеспокоенность в репрезентативности, повторные исследования, использующие один и тот же подход в формировании выборочных данных, может предоставить более информативные данные о тенденциях. Их интерпретация может быть улучшена в случае, если данные будут предоставляться различными слоями одной и той же географической зоны.

Немаловажную роль играет диапазон выборочных данных. Например, небольшой масштаб выборочных данных не в состоянии отразить относительно редкие случаи заболеваний, такие как инфекция ВИЧ в регионах с низким уровнем распространения данного заболевания, что приведет к значительным доверительным интервалам, которые могут затруднить определение тенденций.

**Протокол**

Проект протокола был представлен в конце 2006 г. (протокол реализации ключевого показателя ЕМЦНН: инфекционные заболевания вследствие употребления наркотиков (DRID)). Основной целью данного протокола является определение задач и хорошо разработанных процессов для мониторинга инфекционных заболеваний, рисков и защитных поведений среди наркоманов, сфокусированных на лицах, употребляющих наркотики инъекционно.

Протокол нацелен на улучшение качества данных и их сопоставимость с существующими стандартными источниками, а также результатами исследований посредством определения многосторонних рамок в соответствии со стандартами европейской системы сбора данных. Касательно исследований по распространению заболеваний среди ПИНов, данный протокол представляет собой основной список пунктов данных, а также дополнительный список необязательных пунктов данных, насколько возможно, согласованный с проводимыми исследованиями, которые имеют место в странах ЕС. Протокол предоставляет информацию о соответствующих выборочных подходах, применяемых моделях исследований, сборе и анализе биологических образцов, а также информацию об этических нормах, вопросах защиты данных.

**Стандарты**

Ряд стандартов был определен для данных отчетности DRID, детально описанный в шаблоне DRID («стандартная таблица 9», состоящая из четырех частей) в Fonte. Данные минимальные требования были впервые сформулированы на заседании по DRID для экспертов ЕС в 2001 г. Ниже приводится краткое изложение ключевых вопросов.

**Отчетный период**

Отчетные данные, по возможности, должны предоставляться в течение календарного года. Основным требованием при ежегодном сборе данных является включение данных предыдущего года. Нет необходимости в повторном предоставлении данных, если они не были изменены.

***Минимальные требования в предоставлении отчетности: «основное исполнение»***

Данные распространения:

- Выборочные данные по потребителям инъекционных наркотиков (лица, когда-либо употреблявшие наркотики, предпочтение отдается тем, кто употреблял инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев).
- Распространение HCV и ВИЧ в отчетном году:
  - данные исследований, полученные от наркологических, нелечебных учреждений и/или
  - мониторинг данных диагностических исследований (лечение и иные аспекты);
- Данные, собранные на национальном уровне, в разрезе регионов и основных городов;
- Данные по новым и молодым инъекционным потребителям.

Данные по зарегистрированным / опубликованным случаям:

- Национальные отчеты по случаям заражения ВИЧ должны предоставляться через ЕЦ ПКЗ (Европейский Центр по Предотвращению и Контролю Заболеваний-ECDC)/ВОЗ-Европа. Регистрации/отчеты по случаям заражения HCV и HBV среди ПИНов все еще собираются ЕМЦНН, в ближайшем будущем они будут получены через ЕЦ ПКЗ.

***Минимальные пороговые выборочные данные***

Обязательное составление 100 или более всеохватывающих выборочных данных должны предоставляться в соответствии с их определенными расчетами. Тем не менее, если вышеуказанный объем не представляется возможным, примеры в 50 или более приемлемы. Данные о распространении заболевания могут приниматься для подгрупп в случае, если размер выборочных данных о подгруппе составляет 10 или более, хотя в идеале объем выборочных данных о подгруппе должен быть гораздо больше. Для разрешения вопросов, связанных с небольшим объемом выборочных данных, возможно использование отчетов, подготовленных ЕМЦНН за последние годы. Помимо прочего необходимо предоставление информации по выборочным данным.

Рекомендуется включение данных регистрации и лабораторных исследований, несмотря на общее количество (в случае, если местные этические вопросы или стандарты защиты данных не препятствуют этому). Однако в отчет не следует включать выборочные данные, чей объем составляет меньше 10, либо количество в каждой подгруппе меньше пяти.

#### **Инструмент сбора данных**

До 2007 г. ЕМЦНН собирал данные по DRID, используя СТ9 ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1375](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1375)).

В 2008 г. данный инструмент был заменен на специальный шаблон в рамках Fonte. Данная система является приложением в web, связанным с (централизованной) базой данных. Предоставление данных осуществляется посредством их загрузки на специальный Интернет сайт. Данная система включает в себя процесс редактирования всех данных, их извлечение выполняется при помощи

стандартного или оперативного запроса. Проверка данных осуществляется самим приложением, планируется внедрение некоторых автоматизированных процедур подтверждения. Специальный шаблон СТ9 в Fonte имеет ту же структуру, как и предыдущий СТ9 в формате Excel. См. сайт [www.fonte.emcdda.europa.eu](http://www.fonte.emcdda.europa.eu). ЕЦ ПКЗ имеет определенные механизмы для сбора данных о регистрации и учете в случаях заболевания посредством «TESSy» системы онлайн-приложения [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

#### **Результаты**

ЕМЦНН опубликовал данные DRID в своем Ежегодном отчете по ситуации, относящейся к проблеме использования наркотиков в Европе, и соответствующий статистический бюллетень. Это издание дает общее представление ключевого показателя на уровне ЕС и исследует варианты на уровнях DRID в рамках ЕС. В то же время существуют специальные издания, см. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

## **Выполнение DRID в странах-участницах ЕС**

ЕМЦНН постоянно оценивает уровень выполнения показателя DRID в странах-участницах ЕС.

### **Ключевые ссылки:**

Документы ЕМЦНН по улучшению сопоставимости-инфекционные заболевания вследствие употребления наркотиков:

1. Копия стандартной таблицы 9 в формате PDF;
2. Проект протокола ЕМЦНН DRID. Октябрь 2006 г.;
3. Проект инструкций – ключевой индикатор: инфекционные заболевания вследствие употребления наркотиков (ЕМЦНН 2001). Данные ресурсы доступны на следующем веб-сайте DRID:

[www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid).

Документы ВОЗ и ЮНЭЙДС:

1. Инструкции по контролю второго поколения ВИЧ;
2. Внедрение систем по контролю второго поколения ВИЧ: практические инструкции.





МЕТОДИКА

# ПЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Данная публикация была подготовлена при поддержке Европейского Союза. Содержание данной публикации является исключительной ответственностью авторов и ResAd, s.r.o., и ни в коей мере не может отражать взгляды Европейского Союза или стран-бенефициаров проекта CADAP (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан).

Европейский Союз состоит из 28 государств-членов, которые решили постепенно объединить свои знания, ресурсы и судьбы. В течение периода роста длившегося более 50 лет, они вместе построили зону стабильности, демократии и постоянного развития при этом сохранив многообразие культур, терпимость и гражданские свободы. Европейский Союз привержен принципам передачи своих достижений и ценностей странам и народам, находящимся за его пределами.

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
© Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости, 2009

Published by © ResAd, 2019  
Опубликовано © ResAd, 2019

Distributed free of charge.  
Распространяется бесплатно.