



Европейский центр мониторинга
наркотиков и наркозависимости

RU

Европейский доклад о наркотиках

Тенденции и изменения

2016 г.



Европейский центр мониторинга
наркотиков и наркозависимости

Европейский доклад о наркотиках

Тенденции и изменения

2016 г.

| Правовое уведомление

Данная публикация Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA) защищена авторским правом. EMCDDA не берет на себя ответственность за последствия, могущие возникнуть в связи с использованием данных, которые содержатся в настоящем документе. Содержание настоящей публикации не обязательно отражает официальную точку зрения партнеров EMCDDA, любого из государств — членов ЕС, а также любого из органов или учреждений Европейского союза.

Europe Direct — это служба, которая поможет вам получить ответы на вопросы о Европейском союзе.

Номер для бесплатных звонков (*) 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Предоставленная информация является бесплатной, как и большинство звонков (при этом некоторые операторы, телефоны-автоматы и гостиницы могут взимать плату).

Более подробная информация о Европейском союзе доступна в Интернет (<http://europa.eu>).

Существуют версии данного доклада на болгарском, испанском, чешском, датском, немецком, эстонском, греческом, английском, французском, хорватском, итальянском, латышском, литовском, венгерском, нидерландском, польском, португальском, румынском, словацком, словенском, финском, шведском, турецком и норвежском языках. Все переводы были выполнены Центром переводов для органов Европейского союза.

Люксембург: Отдел официальных публикаций Европейского союза, 2016 г.

ISBN: 978-92-9497-008-4

doi:10.2810/148061

© Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости, 2016
Воспроизведение материалов разрешается при условии указания источника.

Рекомендуемый источник: Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (2016 г.), *Европейский доклад о наркотиках за 2016 г.: тенденции и изменения*, Отдел официальных публикаций Европейского союза, Люксембург.



Европейский центр мониторинга
наркотиков и наркозависимости

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Лиссабон (Lisbon), Португалия (Portugal)

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Содержание

- 5 | Преамбула
- 9 | Введение и благодарности
- 11 | РЕЗЮМЕ
Европейский рынок наркотиков по-прежнему демонстрирует устойчивость
- 17 | ГЛАВА 1
Торговля наркотиками и рынок
- 37 | ГЛАВА 2
Уровень и тенденции потребления наркотиков
- 53 | ГЛАВА 3
Вред, вызываемый потреблением наркотиков, и способы реагирования на проблемы, связанные с потреблением наркотиков
- 71 | ПРИЛОЖЕНИЕ
Таблицы данных для отдельных стран

| Преамбула

С удовольствием представляем 21-й ежегодный анализ ситуации с наркотиками в Европе, подготовленный EMCDDA. Это первый подобный анализ, выпущенный нами в роли директора EMCDDA и председателя правления центра. Как и в предыдущие годы, Европейский доклад о наркотиках за 2016 г. является периодическим обзором последних тенденций и изменений в ситуации с наркотиками в Европе, представленным в форме интегрированного мультимедийного пакета. Этот доклад является уникальным в том смысле, что он обобщает самую последнюю информацию о проблемах, связанных с наркотиками, их потреблении и торговле ими, предоставленную на высшем уровне, и объединяет этот ситуационный анализ с данными о политиках в отношении наркотиков и практическими данными.

В анализе этого года в очередной раз подчеркивается тот факт, что проблема наркомании становится все более сложной в Европе. Этому способствует потребление стимуляторов, новых психотропных веществ; злоупотребление лекарственными средствами и каннабисом. Доклад также напоминает нам о том, что некоторые проблемы прошлого продолжают сохраняться даже тогда, когда изменяются связанные с ними задачи в области политики и практики. Проблема с опиоидами в Европе остается ключевой темой анализа 2016 года, в котором отражено то существенное влияние, которое эти наркотики продолжают оказывать на уровень заболеваемости и смертности. Мы отмечаем тот факт, что взаимосвязь между потреблением героина и синтетических опиоидов становится все более сложной. Этот процесс сопровождается пугающим ростом суммарных данных о смертельных случаях, связанных с потреблением опиоидов. Европейские медицинские учреждения в настоящее время также вынуждены решать более сложные задачи в области здравоохранения, связанные со стареющим поколением потребителей героина, а политики ищут ответ на вопрос о том, каковы наиболее подходящие долгосрочные терапевтические цели для данной группы пациентов. В то же самое время героиновая эпидемия, отмечающаяся в других точках земного шара, напоминает нам о том, что эта сфера требует неустанный внимания и что здесь очень важен непрерывный контроль.

Наш доклад является результатом коллективных усилий, и мы хотели бы поблагодарить всех, чей вклад сделал его составление возможным. Как всегда, основу содержащегося здесь анализа составляет информация, предоставленная



национальными координационными центрами сети Reitox и национальными экспертами. Кроме того, мы выражаем признательность за ту поддержку, которую нам оказали наши партнерские учреждения на европейском уровне, в частности Европейская комиссия, Европол, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний и Европейское агентство лекарственных средств. Мы также с удовлетворением отмечаем, что в доклад за этот год была включена дополнительная информация на уровне отдельных городов, предоставленная европейскими исследовательскими сетями, которая дополняет национальные данные в области анализа сточных вод и неотложной медицинской помощи, связанной с потреблением наркотиков, и способствует нашему пониманию моделей их потребления и вреда, связанного с их потреблением, в Европе.

И, наконец, мы отмечаем, что этот доклад увидел свет в то время, которое является важным с точки зрения разработки политики в области борьбы с наркотиками в Европе и на мировом уровне. На европейском уровне будет проведена оценка достижений текущего плана действий по борьбе с наркотиками, и уже начаты обсуждения тех шагов, которые необходимо предпринять в целях продвижения европейской стратегии по борьбе с наркотиками в будущие годы. Европейские страны также приняли активное участие в международных дебатах, которые были организованы в рамках специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, прошедшей в Нью-Йорке в апреле текущего года. В европейской позиции подчеркивалась значимость сбалансированного, подкрепленного фактами подхода, основанного на стойкой приверженности правам человека. По нашему мнению, одна из причин, по которым мнение Европы в этих дебатах является авторитетным, состоит в том, что мы стремимся понять переменчивый характер стоящих перед нами проблем и критически оценивать способы их решения. Мы гордимся тем фактом, что этот доклад, а также работа EMCDDA и его партнеров продолжает способствовать этому пониманию, и по-прежнему убеждены в том, что качественная информация является предпосылкой для качественных политик и действий в этой сфере.

Лаура д'Арриго,

председатель правления EMCDDA

Алексис Гоосдеел,

директор EMCDDA

Введение и благодарности

Этот доклад основан на информации, предоставленной EMCDDA государствами — членами ЕС, являющейся кандидатом на вступление в ЕС, и, в форме пакета национальной отчетной документации, Норвегией.

Цель доклада — предоставить анализ и обзор ситуации с наркотиками в Европе и способов реагирования на данную проблему. Приведенные статистические данные относятся к 2014 году (либо к последнему году, за который существуют доступные данные). Анализ тенденций основан лишь на данных тех стран, которые предоставили достаточную информацию для описания изменений, произошедших за указанный период. Уровень статистической значимости составляет 0,05, если не указано иное. Читателю следует понимать, что мониторинг моделей и тенденций при скрытом, стигматизированном поведении, которое присуще лицам, потребляющим наркотики, является сложной задачей как с практической, так и с методологической точки зрения. По этой причине в целях анализа данного доклада используются многочисленные источники данных. Несмотря на значимые улучшения, как произошедшие на национальном уровне, так и те, о которых можно сделать вывод на основании анализа ситуации в Европе, необходимо признать существование методологических проблем в этой области. По этой причине следует с осторожностью подходить к интерпретации данных, в особенности при сравнении стран на основании какой-либо отдельного показателя. В онлайн-версию этого доклада и в Статистический бюллетень включены разъяснения, относящиеся к данным доклада и содержащие подробную информацию о методологии, оговорки, касающиеся анализа, и комментарии об ограничениях предоставленных данных. Также доступна информация о методах и данных, используемых для оценки ситуации на европейском уровне. Эта информация может быть представлена в виде вставок.

EMCDDA благодарит следующих лиц за помощь при составлении данного доклада:

- руководителей и сотрудников национальных координационных центров сети Reitox;
- службы и экспертов каждой из стран — членов, которые собирали первичные данные для доклада;
- членов правления и научного комитета EMCDDA;
- Европейский парламент, Совет Европейского союза (в частности горизонтальную рабочую группу по наркотикам) и Европейскую комиссию;
- Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC), Европейское агентство лекарственных средств и Европол;
- Группу Помпиду Совета Европы, Управление ООН по наркотикам и преступности, Европейское региональное бюро ВОЗ, Интерпол, Всемирную таможенную организацию, Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD), рабочую группу по анализу сточных вод в Европе (SCORE), Европейскую сеть экстренной помощи наркоманам (Euro-DEN) и Шведский совет по информированию в области алкоголя и наркотиков (CAN);
- Центр переводов для органов Европейского союза, Missing Element Designers, Nigel Hawtin и Composiciones Rali.

Национальные координационные центры сети Reitox

Reitox — это европейская информационная сеть по вопросам наркотиков и наркомании. Сеть состоит из национальных координационных центров в государствах — членах ЕС, Турции, являющейся кандидатом на вступление в ЕС; Норвегии и при Европейской комиссии. Координационные центры — это национальные органы, деятельностью которых руководят правительства соответствующих стран и которые несут ответственность за предоставление информации о наркотиках Европейскому центру мониторинга наркотиков и наркозависимости. Контактные данные национальных координационных центров предоставлены на веб-сайте EMCDDA.

Резюме

В европейскую политику в области борьбы с наркотиками необходимо включить более широкий круг вопросов, чем прежде, и эти вопросы должны быть более сложными

Европейский рынок наркотиков по-прежнему демонстрирует устойчивость

Анализ, изложенный в этом документе, свидетельствует о том, что европейский рынок наркотиков сохраняет свою устойчивость. При этом некоторые показатели, в частности касающиеся каннабиса и наркотиков стимулирующего действия, демонстрируют тенденцию к росту. В целом, согласно данным о поставках, степень чистоты и эффективность большинства запрещенных веществ является высокой или повышается. Большая часть данных, полученных в результате недавних исследований, свидетельствует о том, что уровень потребления более распространенных видов наркотиков повышается умеренными темпами. Кроме того, рынок наркотиков становится более сложным: новые вещества получают распространение наряду с более традиционными — свидетельство того, что развитию лекарственных препаратов уделяется внимание, — а полинаркомания становится обычным явлением для лиц, страдающих наркозависимостью. Направленные на запрет усилия подрывает тот факт, что

каннабис, синтетические наркотики и даже некоторые опиоиды и новые психотропные вещества сегодня производятся в Европе, вблизи потребительских рынков. В целом данный анализ подчеркивает необходимость включения в европейскую политику в области борьбы с наркотиками более широкого круга вопросов, чем прежде, и эти вопросы должны быть более сложными.

Возрождение MDMA

Возвращение MDMA в качестве распространенного среди молодежи стимулятора представляет собой одну из новых проблем современного рынка наркотиков. Новые источники прекурсоров и методы производства, распространение через Интернет — все эти факторы способствуют возрождению рынка, который уже сегодня характеризуется разнообразием продуктов. Высокодозированные порошки, кристаллы и таблетки множества цветов и форм, продающиеся под разнообразными логотипами, свидетельствуют о наличии спроса и об изощренном целевом маркетинге. Зачастую производители намереваются улучшить восприятие препарата после длительного периода, в течение которого наблюдался спад популярности продукта в связи с его плохим качеством и подделками. Некоторые факты подтверждают успешность подобных мер: отмечается, что MDMA наращивает

популярность как среди наркоманов «со стажем», так и среди тех, кто попал в зависимость от стимуляторов лишь недавно. Все это указывает на необходимость мероприятий по предотвращению и снижению вреда, наносимого подобными препаратами, для нового поколения лиц, которые употребляют высокодозированные продукты, возможно, не осознавая сопутствующие риски.

Новые данные привлекают внимание к региональным моделям употребления стимуляторов и связанному с этим вреду

Согласно этому докладу, более приоритетное внимание необходимо уделять определению и реагированию на местные модели употребления стимуляторов и связанный с этим вред. Последние данные анализа сточных вод подтверждают данные, полученные в результате конфискации и исследования препаратов. Все эти данные наглядно свидетельствуют о региональных различиях в моделях употребления стимуляторов в Европе. Употребление кокаина наиболее распространено в странах Западной и Южной Европы, в то время как в Северной и Восточной Европе более популярны амфетамины. Степень чистоты кокаина и амфетаминов повысилась в течение среднесрочного периода, при этом цены в целом остались на прежнем уровне. Проблемы, связанные со стимуляторами, также становятся все более заметными. В некоторых странах отмечается озабоченность в связи с увеличившимся количеством случаев вступления в программы лечения наркомании среди лиц, употребляющих амфетамины. Практически половина таких лиц принимает препараты в форме инъекций. С введением амфетаминов также связана вспышка ВИЧ-инфекции, которая была недавно зарегистрирована среди некоторых социально отчужденных слоев населения. Еще одной проблемой, приобретающей все более серьезные масштабы, являются инъекции амфетаминов на фоне высокого уровня рискованного полового поведения. Эта проблема отмечается в некоторых европейских городах среди небольших групп мужчин, вступающих в половые контакты с другими мужчинами, и указывает на необходимость усиленного сотрудничества и совместного реагирования служб наркологической помощи и сексуального здоровья.

Реагирование на проблему каннабиса остается ключевой задачей европейских политик в области борьбы с наркотиками

В настоящее время на международном и европейском уровнях ведутся бурные общественные и политические дискуссии по поводу стоимости и преимуществ различных политик в отношении каннабиса. Данные, изложенные в этом докладе, дают информацию для этих дискуссий, иллюстрируя некоторые сложные вопросы, которые

необходимо принимать во внимание. Эта тема важна по той причине, что общий уровень потребления каннабиса, по всей видимости, не снижается, а среди некоторых групп населения, возможно, даже повышается. Примечательно, что в большинстве стран, которые предоставили свои оценочные данные в рамках исследования текущей ситуации с употреблением каннабиса (с 2013 года), отмечалось более широкое употребление этого наркотика.

Новые оценочные данные свидетельствуют о том, что доля каннабиса на европейском рынке запрещенных препаратов в стоимостном выражении является самой большой. Производство каннабиса стало одним из основных источников дохода для организованной преступности. Импорт каннабиса из различных стран и увеличение его производства на внутренних рынках Европы является большой проблемой для правоохранительных органов, создавая дополнительную нагрузку для и без того перегруженных сил полиции и таможни. На долю соответствующих правонарушений (а это преимущественно потребление каннабиса или его хранение без цели сбыта) приходится около трех четвертей всех преступлений, связанных с наркотиками.

Кроме того, возрастает понимание вреда, который наносится здоровью и обществу в результате потребления каннабиса. Этот вред наиболее ярко выражен среди лиц, которые употребляют каннабис на регулярной основе или в течение длительного времени. При этом, согласно оценкам, примерно 1 % взрослого населения Европы потребляет наркотик ежедневно или практически ежедневно. Уровень эффективности каннабиса, как в виде смолы, так и в травяной форме, превышает среднестатистический, и это вызывает тревогу, поскольку у лиц, потребляющих данный наркотик, повышается риск развития острых и хронических заболеваний. Именно с этим наркотиком в настоящее время связано большинство случаев вступления в программы лечения наркомании. При этом данные о записи для участия в программах лечения наркомании следует интерпретировать в контексте способов направления на лечение, а также более широкого толкования того, в чем именно состоит помощь для этих категорий населения. Меры реагирования в этой области должны претворяться в жизнь с учетом того, что в Европе, в отличие от некоторых других регионов мира, каннабис обычно курят, смешивая его с табаком, поэтому важно обеспечить взаимосвязь между политиками контроля над каннабисом и табаком.

Доля синтетических каннабиноидов среди конфискованных новых психотропных веществ является преобладающей

Не менее сложная задача международных и европейских политик в области борьбы с наркотиками состоит в поиске

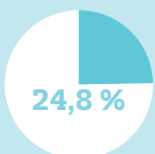
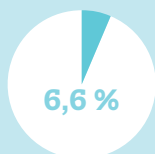
КРАТКИЙ ОБЗОР: ОЦЕНОЧНЫЕ ДАННЫЕ О ПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

Каннабис



Взрослые (15–64)

Употребляли:
 Прошлый год: **22,1 миллион**
 В течение жизни: **83,2 миллион**



Молодые люди (15–34)

Прошлый год: **16,6 миллион**

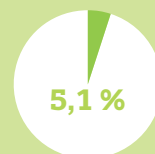
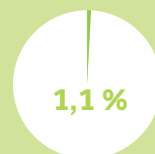


Кокаин



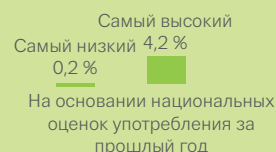
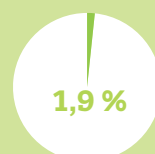
Взрослые (15–64)

Употребляли:
 Прошлый год: **3,6 миллион**
 В течение жизни: **17,1 миллион**



Молодые люди (15–34)

Прошлый год: **2,4 миллион**

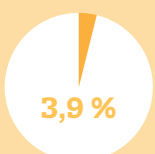
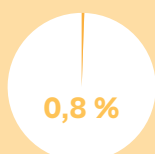


МДМА



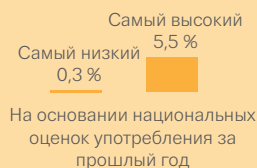
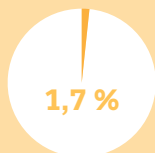
Взрослые (15–64)

Употребляли:
 Прошлый год: **2,5 миллион**
 В течение жизни: **13,0 миллион**



Молодые люди (15–34)

Прошлый год: **2,1 миллион**

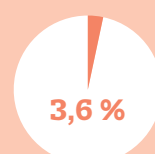
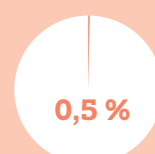


Амфетамины



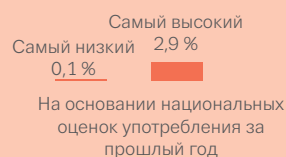
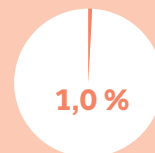
Взрослые (15–64)

Употребляли:
 Прошлый год: **1,6 миллион**
 В течение жизни: **12,0 миллион**



Молодые люди (15–34)

Прошлый год: **1,3 миллион**

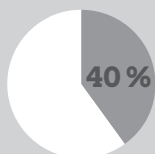


Опиоиды



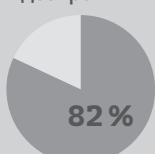
Обращения за лечением наркомании

Основной наркотик в около 40% всех обращений за лечением наркомании в Европейском Союзе



Группа высокого риска среди потребителей опиоидов: **1,3 миллион**

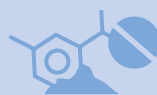
Смертельные передозировки



Опиоиды обнаружены в 82% случаев смертельных передозировок

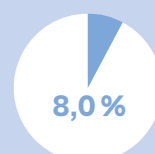
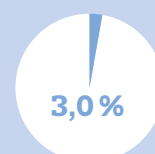
644 000 пользователей опиоидов получили заместительную терапию в 2014 году

Новые психоактивные вещества



Взрослые (15–24)

Употребляли:
 Прошлый год: **3,0 %**
 В течение жизни: **8,0 %**



Источник: 2014 Флэш Евробарометр о молодых людях и наркотиках, 2014

Примечание: Для получения полного набора данных и информации о методике обратитесь к Статистическому бюллетеню, сопровождающему данный документ и опубликованному онлайн.

способов эффективного реагирования на динамичный, постоянно изменяющийся рынок новых видов наркотиков. Объем доступной информации о потреблении психотропных веществ очень ограничен, однако 50 000 случаев их конфискации, зарегистрированных в 2014 году, позволяют сделать вывод об относительной доступности этих наркотических средств. На долю синтетических каннабиноидов приходится свыше 60 % из этих случаев. Этот класс наркотиков также составляет основу состава 98 новых веществ, впервые обнаруженных в 2015 году и зарегистрированных в системе раннего предупреждения о новых психотропных веществах ЕС. Двадцать пять из них — это синтетические каннабиноиды, т.е. наркотические вещества, воздействующие на те же самые рецепторы головного мозга, что и ТГК (одно из основных активных соединений, содержащихся в натуральном каннабисе). При этом, с медицинской точки зрения, многие синтетические каннабиноиды значительно более токсичны, о чем свидетельствуют случаи массового отравления и даже гибели людей. Угроза, которую представляют эти вещества, подчеркивается в предупреждении EMCDDA, опубликованном в феврале 2016 года. Это предупреждение касается синтетического каннабиноида MDMB-CHMICA — наркотика, который считается причиной смерти 13 человек и 23 случаев отравления. Было установлено, что это вещество входит в состав более 20 курительных смесей. Случаи гибели и отравления людей были зарегистрированы в восьми странах, и вполне возможно, что этот список стран является неполным. Потребители данных продуктов, как правило, не знают, какие именно вещества входят в их состав.

Негативный эффект также отмечен в случаях потребления неконтролируемых стимуляторов и опиоидов, зарегистрированных в системе раннего предупреждения. Эффективное и оперативное реагирование на торговлю сомнительными веществами, часть из которых впоследствии оказывается высокотоксичной, — вот еще одна сложная задача политики в этой области. Молодые потребители могут незаметно выступить в роли «подопытных кроликов», и на них будут испытываться вещества, о потенциальной опасности которых практически ничего неизвестно. В качестве примера можно привести синтетический катинон альфа-ПВП, для которого была проведена оценка риска в ноябре 2015 года. Этот сильнодействующий психостимулятор считается причиной 200 случаев острого отравления и гибели более 100 человек в Европе.

Производители новых психотропных веществ делают все больший акцент на потребителей с более высоким «стажем» и более проблемный сегмент рынка наркотиков. Например, доступными являются неконтролируемые синтетические опиоиды, в частности наркотики из группы

фентанилов. Эти наркотики могут быть особенно опасными. В качестве примера можно привести ацетилфентанил, которому в 2015 году был посвящен совместный доклад EMCDDA и Европола. Новые психотропные вещества были также обнаружены в продуктах, которые реализуются на рынке в качестве аналогов лекарственных средств, например в бензодиазепинах — препаратах, злоупотребление которыми, по всей видимости, усугубляет проблему наркомании в некоторых странах.

Рост уровня смертности от передозировки: героин снова в центре внимания

В анализе за этот год также отмечаются новые опасения, связанные с увеличением количества случаев передозировки героина и других опиоидов. Героин занимает видное место в статистике смертей от передозировки и является наиболее распространенным запрещенным препаратом, фигурирующим в новых данных о случаях обращения за неотложной помощью на уровне европейских городов. Вещества, которые являются причиной оказания неотложной помощи, существенно различаются от города к городу. В некоторых регионах более заметную роль играет каннабис, кокаин и другие стимуляторы. В настоящее время на европейском уровне не осуществляется систематический сбор данных об острых проблемах с наркотиками. Согласно результатам пилотного исследования на уровне городов, для улучшенного понимания и отслеживания последствий проблем, возникающих в связи с наркотиками, полезным может оказаться рутинный мониторинг в этой области.

В ряде стран, преимущественно в Северной Европе, где уже длительное время существуют проблемы, связанные с опиоидами, недавно было зарегистрировано увеличение количества смертельных случаев, вызванных потреблением этих наркотических веществ. Однако понять движущие факторы, которые лежат в основе тенденций в этой области, непросто. Среди возможных объяснений — повышенная доступность и степень чистоты героина, старение потребителей и их уязвимость, изменяющиеся модели потребления наркотиков (включая потребление синтетических опиоидов и лекарственных средств). Изменения в процедуре отчетности также могут иметь значение. Данные о предложении, включая повышенные оценочные показатели производства героина в Афганистане, рост объемов конфискованных партий этого наркотика и более высокая степень его чистоты — все это свидетельствует о вероятном повышении его доступности. Тем не менее, в настоящее время не существует веских доказательств в пользу увеличения количества новых случаев героиновой наркомании, количество случаев вступления в программы лечения героиновой наркомании

сокращается или остается неизменным, а случаи передозировки в основном отмечаются среди старшего поколения лиц, потребляющих опиоиды. И все же в некоторых странах наблюдается небольшой рост количества смертельных случаев, связанных с передозировкой, среди более молодых групп потребителей, и этот факт требует пристального внимания.

Употребление синтетических опиоидов: повод для беспокойства

Синтетические опиоиды и наркотические лекарственные средства, по всей видимости, играют важную роль в статистике смертности от наркотиков в отдельных регионах Европы. Существует беспокойство по поводу злоупотребления бензодиазепинами и другими лекарственными средствами, приобретенными без назначения врача или полученными из нелегального источника, однако данные о влиянии этих наркотиков на европейскую статистику смертности от передозировки являются скудными. О синтетических опиоидах известно больше. В некоторых странах синтетические опиоиды, которые, как правило, являются лекарственными препаратами, используемыми для заместительной терапии, являются более частой причиной гибели людей, нежели в других регионах. В этой связи наблюдается увеличение количества обращений за наркологической помощью со стороны лиц, потребляющих эту категорию наркотиков. С учетом серьезных проблем в сфере общественного здоровья, связанных со злоупотреблением опиоидными препаратами, в странах Северной Америки и других регионах, следует повысить бдительность, чтобы предотвратить ухудшение ситуации в этой области на европейском уровне. Кроме того, как указано в тексте этого доклада, снижению риска, связанного с использованием лекарственных средств не по назначению, может способствовать соответствующая нормативно-правовая база и клинические рекомендации.

Новые фармакологические решения для сокращения вреда, связанного с потреблением наркотиков

В ближайшие годы планируется разработка ряда новых фармакологических решений, которые, возможно, помогут решить некоторые проблемы, связанные с потреблением наркотиков. В данном докладе описаны две области, в которых применяются новые виды терапии и инновационные методы распространения лекарственных средств. В ряде стран ЕС в целях сокращения уровня смертности от передозировки применяют препарат налоксон, который является опиоидным антагонистом. Этот препарат выдают потребителям опиоидов, используя локальные программы распространения, а также потребителям, освобождающимся

из мест лишения свободы. В будущем программа выдачи налоксона на руки может найти более широкое применение в Европе. Возможно, будут развиваться препараты с действующим веществом налоксон, вводимые в полость носа. Подобный препарат недавно был одобрен для продажи в аптеках в США. Также становятся доступными новые лекарственные препараты, которые являются более эффективными для лечения инфекций, вызываемых вирусом гепатита С, у инъекционных наркоманов, в том числе тех, которые находятся на лечении в наркологических клиниках. Новые виды терапии способны существенно улучшить состояние здоровья потребителей наркотиков, однако основная задача состоит в том, чтобы преодолеть барьеры, препятствующие потреблению этих препаратов, и обеспечить достаточные ресурсы для удовлетворения потребностей в подобном лечении.

Новые угрозы и возможности со стороны рынка Интернет-торговли лекарственными средствами

Одна из новых серьезных задач политики в области борьбы с наркотиками состоит в поиске методов реагирования на использование Интернета в качестве средства коммуникации и нового способа торговли лекарственными средствами. Внимание в основном сосредоточено на угрозе, которую представляет теневой фармацевтический Интернет-рынок. Также необходимо осознавать возрастающую роль сайтов видимого Интернета, в особенности в том, что касается торговли контрафактными лекарственными средствами и новыми психотропными веществами, и социальных сетей для обмена информацией в Интернете. Кроме того, в целях организации мероприятий по профилактике, лечению и снижению вреда, связанного с потреблением наркотиков, могут эффективно использоваться онлайн-платформы, хотя эту возможность зачастую упускают из виду.

Объем Интернет-торговли лекарственными средствами, который до сих пор являлся небольшим, по всей видимости, возрастает, и потенциал для его роста представляется значительным. Кроме того, изменения, происходящие в этой области высокими темпами благодаря все возрастающей популярности Интернета, применение новых технологий платежей, инновационные методы шифрования информации и новые варианты создания рассредоточенных Интернет-рынков создают препятствия для мер общественного реагирования, которые не могут «угнаться» за переменами. Оптимальные способы реагирования на это растущее «темное облако на горизонте» и применения возможностей этого средства для сокращения количества проблем, связанных с наркотиками, вероятно, приобретут огромную важность в рамках разработки будущей европейской политики в области борьбы с наркотиками.

1

**В глобальном контексте Европа — это
крупный рынок наркотиков**

Торговля наркотиками и рынок

В глобальном контексте Европа — это крупный рынок наркотиков, который получает подпитку благодаря внутреннему производству и контрабанде из других регионов мира. Южная Америка, Западная Азия и Северная Африка являются основными поставщиками запрещенных препаратов в Европу; Китай и Индия, в свою очередь, снабжают европейский регион новыми психотропными веществами. Кроме того, некоторые наркотики и их прекурсоры перевозятся по территории европейского континента транзитом, следуя в другие страны. В Европе также производится каннабис и синтетические наркотики. Каннабис в основном предназначен для местного потребления, в то время как некоторые синтетические наркотики экспортируются в другие страны.

Мониторинг рынков и поставок наркотических средств и законодательств о наркотиках

Для анализа, содержащегося в этой главе, используются отчетные данные о случаях конфискации наркотиков и их прекурсоров и пресечении их поставок; ликвидации заводов по производству наркотиков, нарушениях законодательства о наркотиках, розничных ценах на наркотические вещества, их эффективности и степени чистоты. В некоторых случаях, при отсутствии данных ключевых стран о конфискации анализ тенденций затрудняется. Полные наборы данных и методологические пояснения содержатся в Статистическом бюллетене, опубликованном онлайн. Следует отметить, что тенденции оказываются под влиянием ряда факторов, среди которых — привычки и предпочтения пользователей, изменения в производстве и сбыте, уровень активности правоохранительных органов и эффективность запретных мер.

Также здесь представлены данные об уведомлениях и случаях конфискации новых психотропных веществ, зарегистрированных в системе раннего предупреждения ЕС по заявке национальных партнеров EMCDDA и Европола. Поскольку эта информация получена из отчетов о конкретных случаях, а не из систем рутинного мониторинга, оценочные данные о случаях конфискации приведены в минимальном объеме. Данные будут подвержены влиянию таких факторов, как возрастающий уровень информированности об этих веществах, их правовой статус и процедуры отчетности, используемые правоохранительными органами. С подробным описанием системы раннего предупреждения ЕС можно ознакомиться на веб-сайте EMCDDA, пройдя по ссылке Мероприятия в отношении новых наркотиков.

Вспомогательная информация о европейских законах и политиках в отношении наркотиков доступна на веб-сайте EMCDDA.

Во многих странах Европы крупные рынки каннабиса, героина и амфетаминов существуют с 1970-80-х гг. Со временем появились и другие вещества, включая, в 1990-е гг., MDMA и, в 2000-е гг., кокаин. Европейский рынок продолжает развиваться, и в последнее десятилетие на нем появился целый ряд новых психотропных веществ. Недавние перемены на рынке запрещенных препаратов, в значительной степени обусловленные глобализацией и развитием новых технологий, включают изобретение новых методов производства и способов контрабанды наркотиков и освоение новых маршрутов их транспортировки.

К мероприятиям, направленным на предотвращение торговли наркотиками, относятся действия правительств и правоохранительных органов. Осуществление этих мероприятий нередко требует сотрудничества на международном уровне. На уровне Европейского союза усилия координируются с помощью стратегии по борьбе с наркотиками и планов действий ЕС и политики ЕС по борьбе с организованной и серьезной преступностью. Подходы отдельных стран отражены в их государственных стратегиях и законах в отношении наркотиков. Данные об арестах и случаях конфискации в настоящее время являются наиболее достоверными критериями оценки усилий в области пресечения сбыта наркотиков.

Рынки наркотиков: финансовая оценка

Рынки наркотиков — это сложные системы производства и распространения запрещенных препаратов, создающие большой доход на различных уровнях их организации. Согласно самым скромным подсчетам, в 2013 году объем розничного рынка наркотиков в Европейском союзе составил 24,3 миллиарда евро (диапазон вероятных значений составляет от 21 до 31 миллиарда евро). Наибольшая доля на европейском рынке наркотиков (38 %) принадлежит продуктам каннабиса, оценочная розничная стоимость которых составляет 9,3 миллиарда евро (диапазон вероятных значений — 8,4-12,9 миллиарда евро). Далее следуют героин (28 %) и кокаин (24 %) с оценочной розничной стоимостью в 6,8 миллиарда евро (6-7,9 миллиарда евро) и 5,7 миллиарда евро (4,5-7 миллиарда евро), соответственно. Амфетамины, розничная стоимость которых оценивается на уровне 1,8 миллиарда евро (1,2-2,5 миллиарда евро), имеют меньшую долю рынка (8 %) и опережают MDMA с его стоимостью почти в 0,7 миллиарда евро (0,61-0,72 миллиарда евро), который занимает 3 % рынка. Эти оценочные значения

основаны на очень ограниченном наборе данных, что привело к построению широких предположений, и поэтому должны рассматриваться как исходные минимальные значения, которые необходимо будет пересмотреть, когда обосновывающая их информация будет уточнена.

Новые методы поставки: онлайн-рынки наркотиков

Рынки наркотиков традиционно имели то или иное физическое местоположение, однако в последнее десятилетие начали появляться новые Интернет-технологии, которые способствуют развитию торговых площадок в глобальной сети. Рынки наркотиков могут функционировать в видимом Интернете. Как правило, на них осуществляется розничная торговля неконтролируемыми химическими прекурсорами, новыми психотропными веществами и фальсифицированными или контрафактными лекарственными средствами. Могут они действовать и в «глубокой паутине», в виде теневых рынков или криптомаркетов, таких как AlphaBay или уже закрывшийся Silk Road («Шелковый путь»). По некоторым сведениям, продукты каннабиса и MDMA выставляются на продажу на теневом Интернет-рынке чаще других наркотиков, наряду с некоторыми лекарственными препаратами.

Теневой Интернет-рынок — это платформа для Интернет-торговли или рынок, основанный на технологиях, которые обеспечивают защиту персональной информации. Именно это и привлекает продавцов преимущественно запрещенных товаров и услуг. Эти рынки во многом похожи на такие торговые площадки, как eBay или Amazon. Здесь потребители также могут осуществлять поиск и сравнение продуктов и поставщиков. Для того чтобы сохранить в тайне сделку и физическое местоположение серверов, используется ряд стратегий. К ним относятся сервисы анонимизации, например Tor (the Onion Router), которые позволяют скрыть адрес Интернет-протокола (IP-адрес) компьютера; децентрализованные криптовалюты, которые достаточно сложно отследить, в частности биткоин и лайткоин, для совершения платежей; кодирование коммуникации между участниками рынка. Деятельность продавцов регулируется на этих рынках и с помощью систем репутации. Среди последних разработок — повышенные меры безопасности для защиты от продавцов-мошенников, включая применение сложных систем с депонированием ключа, и децентрализация рыночных платформ в качестве способа реагирования на угрозы со стороны правоохранительных органов. В настоящее время считается, что доля этих рынков в общем обороте наркотиков является незначительной, и многие сделки заключаются на уровне потребителей. Однако существует

потенциал для дальнейшего развития торговли наркотиками в глобальной сети.

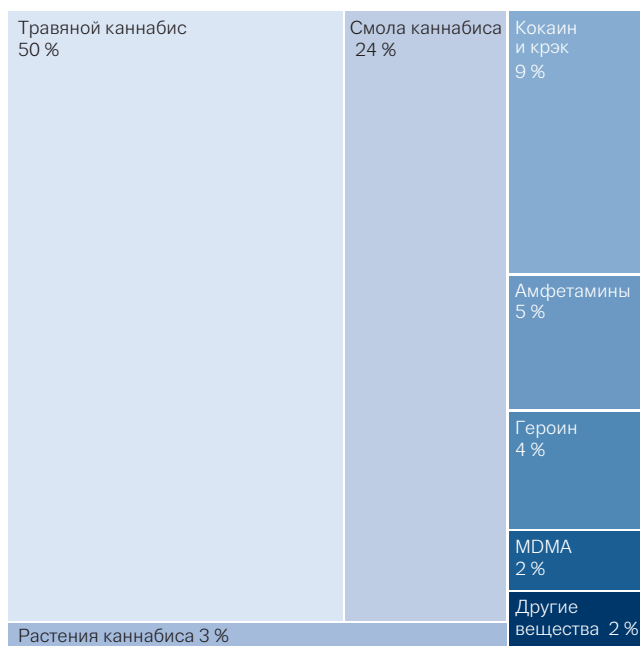
Конфискация наркотиков: каннабис доминирует

В Европе ежегодно регистрируется свыше одного миллиона случаев конфискации наркотиков. Как правило, это наркотики, изъятые у пользователей в небольших количествах, однако солидную долю представляют и многокилограммовые партии, конфискованные у наркоторговцев и производителей.

Наиболее часто конфискуемым наркотиком является каннабис, на долю которого приходится более трех четвертей всех случаев конфискации в Европе (78 %) (рисунок 1.1). Этот факт свидетельствует о том, что каннабис пользуется довольно большим предпочтением

РИСУНОК 1.1

Количество зарегистрированных случаев конфискации наркотиков с разбивкой по видам наркотиков, 2014 г.



КАННАБИС

Смола

Количество случаев конфискации

229 000 EC

243 000 EC + 2

Конфискованное количество

574
тонны (EC)

606
tonnes (EC + 2)

Цена (евро/г)

22 €
12 €
9 €
3 €



Эффективность (% ТГК)

29 %
18 %
12 %
7 %

Трава

Количество случаев конфискации

453 000 EC

501 000 EC + 2

Конфискованное количество

139
тонны (EC)

232
тонны (EC+2)

Цена (евро/г)

23 €
11 €
7 €
5 €



Эффективность (% ТГК)

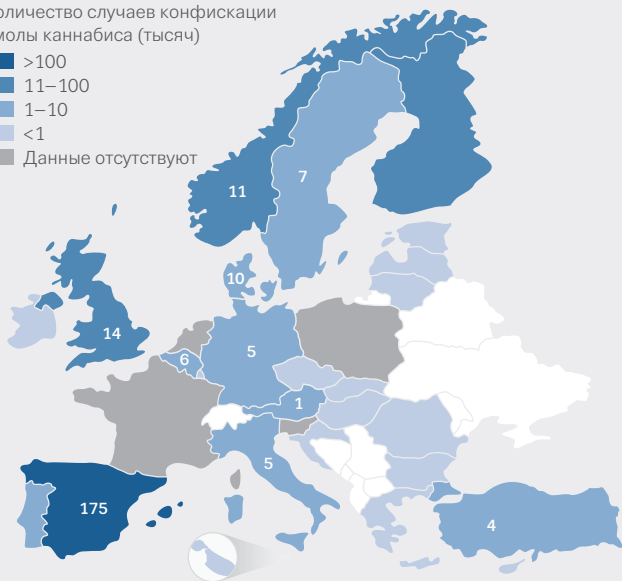
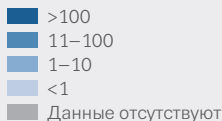
15 %
12 %
8 %
3 %

Примечание: «ЕС + 2» относится к государствам — членам ЕС, Турции и Норвегии. Цена и эффективность продуктов каннабиса: средние значения для отдельных стран — минимальный, максимальный и межквартильный размах. Страны, для которых приведены данные, различаются показателями.

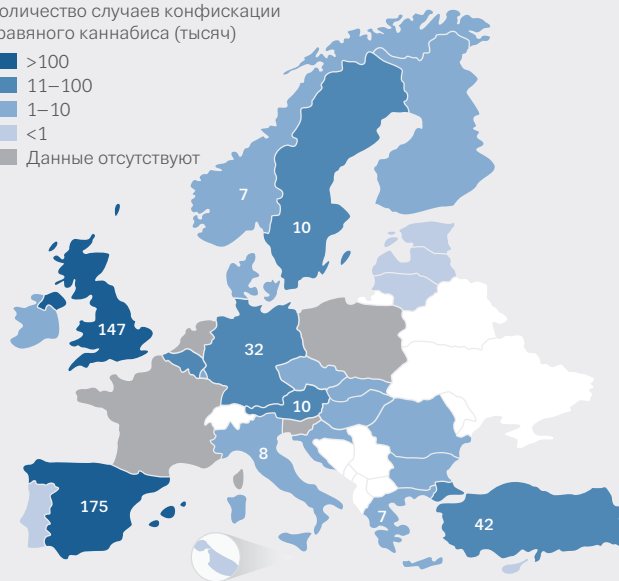
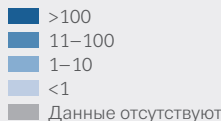
РИСУНОК 1.2

Конфискация смолы каннабиса и травяного каннабиса, данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные

Количество случаев конфискации смолы каннабиса (тысяч)

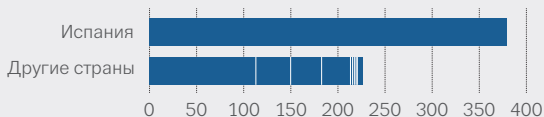


Количество случаев конфискации травяного каннабиса (тысяч)

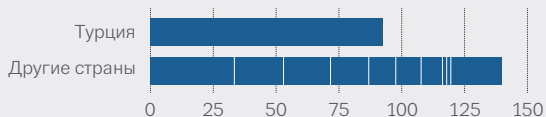


Примечание: Количество случаев конфискации в 10 странах, где зарегистрированы самые высокие показатели.

Количество конфискованной смолы каннабиса (тонн)



Количество конфискованного травяного каннабиса (тонн)



перед другими видами наркотиков. Второе место в общей статистике занимает кокаин (9 %). Более низкие показатели зарегистрированы для амфетаминов (5 %), героина (4 %) и MDMA (2 %).

Около 60 % всех случаев конфискации наркотиков в Европейском союзе в 2014 году пришлось на долю двух стран — Испании и Великобритании. При этом сравнительно высокие показатели были также зафиксированы для Бельгии, Германии и Италии. Следует отметить, что последние данные о количестве случаев конфискации наркотиков во Франции, Нидерландах (странах, где в прошлом регистрировалось большое количество случаев конфискации), Финляндии и Польше являются недоступными. Отсутствие этих данных вносит элемент неточности в изложенный здесь анализ. Еще одной страной с высокой статистикой случаев конфискации является Турция. Здесь осуществляется перехват наркотиков, следующих транзитом в другие страны Европы и на Ближний Восток, а также предназначенных для местного потребления.

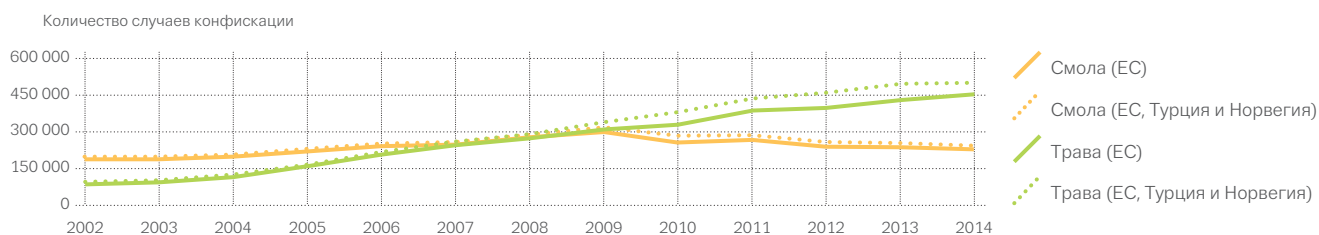
Каннабис: разнообразные продукты

Травяной каннабис (марихуана) и смола каннабиса (гашиш) — это два наиболее популярных продукта, которые можно встретить на европейском рынке наркотиков. Траву каннабиса, которую потребляют в Европе, выращивают на континенте или ввозят из других регионов. Сырье для травяного каннабиса, который производится в Европе, в основном выращивают в помещениях. Большое количество смолы каннабиса импортируют морским или воздушным путем из Марокко.

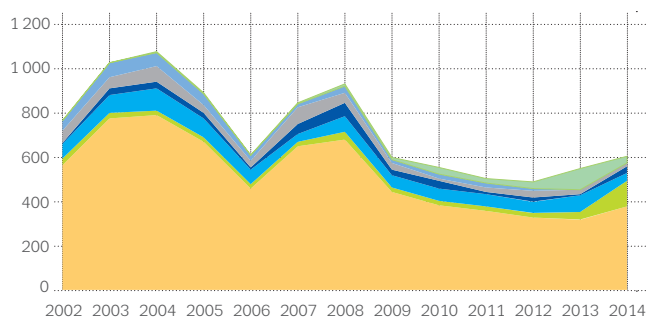
В 2014 году в Европейском союзе было зарегистрировано 682 000 случаев конфискации каннабиса (453 000 случаев конфискации травяного каннабиса, 229 000 — смолы каннабиса). Кроме того, было отмечено 33 000 случаев изъятия растений каннабиса. При этом количество конфискованной смолы каннабиса в Европейском союзе превышает количество изъятых травяного каннабиса (574 тонны по сравнению с 139 тоннами). Это частично обусловлено тем фактом, что смолу каннабиса перевозят крупными партиями на большие расстояния и через границы государств, и поэтому продукт легче изымается.

РИСУНОК 1.3

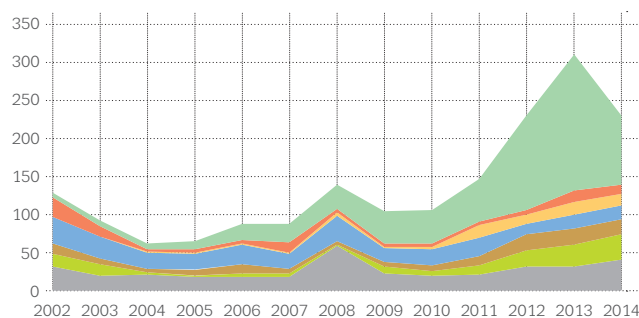
Динамика изменения количества случаев конфискации каннабиса и количества конфискованного каннабиса (смола и трава)



Смола (тонн)



Трава (тонн)



Если проанализировать количество конфискованного каннабиса, то существенный объем приходится на долю всего нескольких стран, через которые проходят основные маршруты контрабанды этого наркотика. К примеру, в Испании, которая является основным пропускным пунктом для смолы каннабиса, производящейся в Марокко, было зарегистрировано около двух третей общего количества этого продукта, конфискованного в Европе в 2014 году (рисунок 1.2). В последние годы в Турции конфискуется больше травяного каннабиса, чем в любой другой европейской стране.

В Европейском союзе также зарегистрированы случаи конфискации других продуктов каннабиса, включая около 200 случаев изъятия масла каннабиса.

С 2009 года статистика случаев конфискации травяного каннабиса в Европе превышает показатели для смолы каннабиса, и этот разрыв продолжает увеличиваться (рисунок 1.3). С этого же года количество конфискованного травяного каннабиса в Европейском союзе продолжает возрастать. По последним данным, количество конфискованной смолы в Европейском союзе увеличилось, при этом в Турции было отмечено резкое сокращение объемов изъятого травяного каннабиса.

Количество случаев конфискации травяного каннабиса может служить индикатором объемов производства этого наркотика в той или иной стране. В связи с методологическими проблемами статистику случаев конфискации растений каннабиса следует рассматривать с осторожностью. При этом количество изъятых растений в 2002 году составляло 1,5 миллиона, увеличившись более чем вдвое, до 3,4 миллиона, в 2014 году.

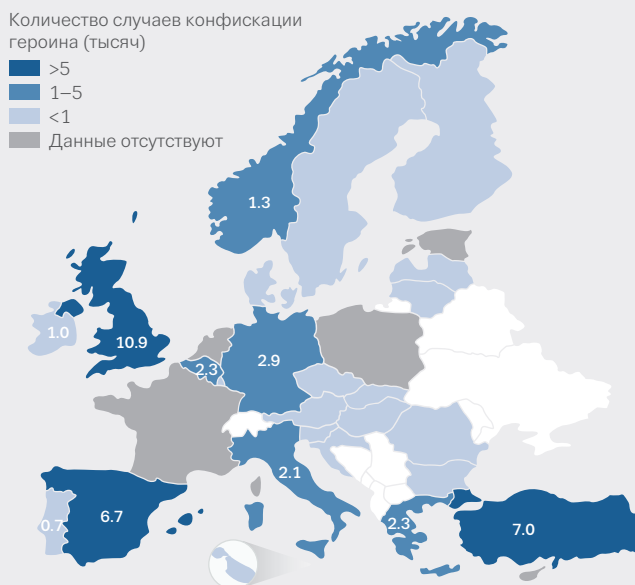
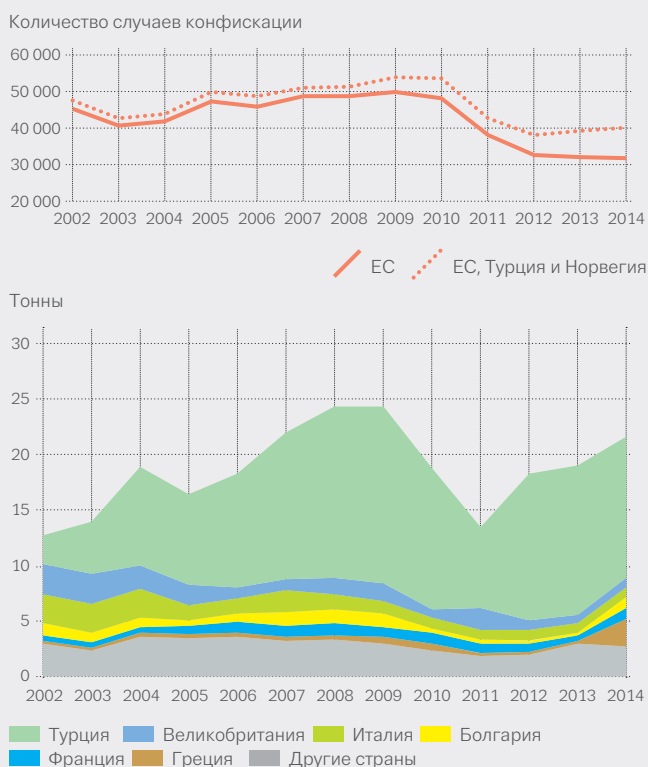
Анализ зарегистрированных тенденций в странах, которые систематически предоставляют отчетность, свидетельствует о значительном повышении эффективности (уровня тетрагидроканнабиола, или ТГК) как травяного каннабиса, так и смолы в период с 2006 по 2014 год. К числу факторов, способствующих такому повышению, может относиться введение интенсивных методов производства на европейском континенте, а также недавно начатое выращивание сильнодействующих растений в Марокко.

Опиоиды: изменение рынка?

Героин — это самый распространенный опиоид на европейском рынке наркотиков. В Европу героин традиционно импортировали в двух формах. Более популярным видом является коричневый героин

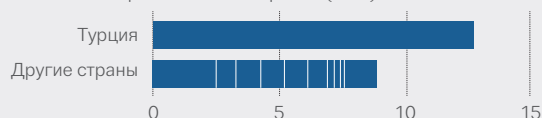
РИСУНОК 1.4

Количество случаев конфискации героина и конфискованное количество: данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные в динамике



Примечание: Количество случаев конфискации (тысяч) в 10 странах, где зарегистрированы самые высокие показатели.

Количество конфискованного героина (тонн)



(химическая базовая форма), который ввозили в основном из Афганистана. Менее распространенная форма — это белый героин (соль), который традиционно импортировали из Юго-Восточной Азии, а сегодня производят в Афганистане и соседних странах. Среди других опиоидов, конфискованных правоохранительными органами европейских стран в 2014 году, — опиум и такие лекарственные препараты, как морфин, метадон, бупренорфин, трамадол и фентанил. Некоторые лекарственные опиоиды, вероятно, поставлялись в обход официальных каналов сбыта, другие производились специально для черного рынка.

Афганистан по-прежнему остается крупнейшим мировым производителем запрещенного опиума. Считается, что большая часть героина, поставляемого в Европу, производится именно в этой стране, в соседнем Иране или Пакистане. Производство опиоидов в Европе традиционно сводилось к продуктам из опийного мака, которые изготавливались в домашних условиях в некоторых странах на востоке континента. Однако случаи обнаружения двух лабораторий по преобразованию морфина в героин в Испании и одной — в Чешской Республике в 2013-2014 гг. свидетельствуют о том, что героин также может производиться в Европе.

Героин попадает в Европу по четырем контрабандным маршрутам. Двумя наиболее крупными из них являются

«балканский маршрут» и «южный маршрут». Первый из этих двух маршрутов пересекает Турцию, далее следует по территории одной из балканских стран (Болгарии, Румынии или Греции) и ведет в Центральную, Южную или Западную Европу. Недавно появилось ответвление «балканского маршрута», которое проходит через Сирию и Ирак. В последнее время отмечается возрастающее значение «южного маршрута». Поставки героина, следующие этим маршрутом, попадают в Европу воздушным или морским путем, напрямую или транзитом через страны Западной, Южной или Восточной Африки. К другим маршрутам, которые в настоящее время имеют не такой большой вес, относятся «северный маршрут» и новый героиновый маршрут, который, по всей видимости, следует через Южный Кавказ и далее по Черному морю.

В 2010-2011 гг., после относительной стабильности рынков ряда европейских стран, сохранявшейся в течение десятилетия, наступил период снижения доступности героина. Свидетельством тому является статистика случаев конфискации героина, количество которых сократилось с 50 000 в 2009 году до 32 000 в 2014 году. Наблюдалась долгосрочная тенденция к сокращению количества героина, изъятого в Европейском союзе: с 10 тонн в 2002 году до 5 тонн в 2012 году, — а затем, в 2014 году, этот показатель резко возрос до 8,9 тонн. Такой разворот тенденции объясняется тем фактом, что произошел рост количества случаев конфискации крупных партий

наркотика (свыше 100 кг), а в некоторых странах эта статистика стала рекордной в 2013 или 2014 году. В частности, по последним данным, в Греции и, в меньшей степени, в Болгарии было зарегистрировано существенное увеличение количества изъятого героина. С 2003 года в Турции было конфисковано больше героина, чем в любой стране ЕС. В 2014 году этот показатель составил 13 тонн (рисунок 1.4).

Тенденции, отмечаемые в странах, которые систематически предоставляют отчетность, позволяют предположить, что степень чистоты героина в Европе увеличилась в 2014 году. Этот факт наряду с увеличением количества изъятого героина и другими изменениями может указывать на возможный рост доступности этого наркотика в будущем.

Европейский рынок стимуляторов: географический раскол

На европейском рынке наркотиков представлен целый ряд запрещенных стимуляторов. Наблюдаются различия между отдельными регионами с точки зрения видов наиболее часто конфискуемых стимуляторов (рисунок 1.5). В основном эти различия объясняются местонахождением крупных производств, портов прибытия и маршрутов наркотрафика. К примеру, такой стимулятор, как кокаин, чаще всего изымается во многих странах на западе и на юге континента, что четко указывает на регионы, через которые этот наркотик попадает в Европу. Наибольшее

РИСУНОК 1.5

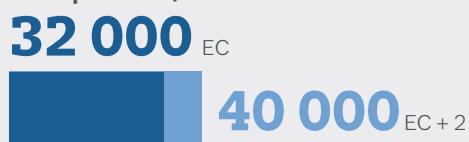
Наиболее часто конфискуемый стимулятор в Европе, данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные



количество случаев конфискации амфетаминов регистрируется в Северной и Центральной Европе. При этом метамфетамин изымается чаще других стимуляторов в таких странах, как Чешская Республика, Словакия, Латвия и Литва. MDMA — это стимулятор, который наиболее часто конфискуется в таких странах, как Румыния и Турция.

ГЕРОИН

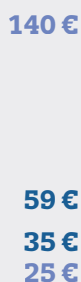
Количество случаев
конфискации



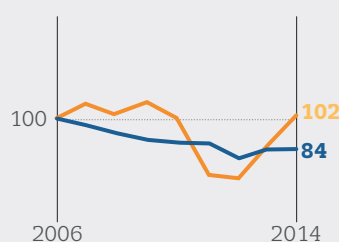
Конфискованное количество



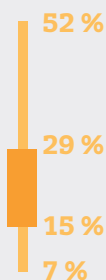
Цена (евро/г)



Зарегистрированные
тенденции:
цена и чистота



Чистота (%)



Примечание: «ЕС + 2» относится к государствам — членам ЕС, Турции и Норвегии. Цена и чистота коричневого героина: средние значения для отдельных стран — минимальный, максимальный и межквартильный размах. Страны, для которых приведены данные, различаются показателями.

Кокаин: стабилизация рынка

В Европе получили распространение две формы кокаина. Наиболее популярной является порошковая форма (солянокислая соль кокаина, HCl), реже встречается крэк-кокаин — форма наркотика (свободное основание), которую употребляют посредством курения. Кокаин производят из листьев коки. Практически эксклюзивными производителями этого наркотика являются Боливия, Колумбия и Перу, откуда кокаин поставляется в Европу воздушным и морским путем. Для транспортировки кокаина в Европу используются самые разнообразные методы. К ним относятся курьерские воздушные перевозки коммерческими рейсами, коммерческие воздушные перевозки грузов; посылки, отправленные с помощью службы экспресс-доставки, почтовые отправления и частные воздушные суда. Если говорить о морском пути, то большие партии кокаина могут ввозиться на частных яхтах и в морских контейнерах. Общая доля Испании, Бельгии, Нидерландов (на основании данных за 2012 год), Франции и Италии составляет 84 % от общего оценочного количества кокаина, конфискованного в 2014 году, которое составило 61,6 тонны (рисунок 1.6).

В 2014 году в Европейском союзе было зарегистрировано около 78 000 случаев изъятия кокаина. Ситуация сохраняет относительную стабильность с 2010 года, хотя и статистика случаев конфискации, и конфискованные объемы существенно снизились по сравнению с пиковыми годами (см. рисунок 1.6). Несмотря на то что Испания по-прежнему остается лидером по количеству конфискованного кокаина, отмечаются признаки диверсификации маршрутов входящего наркотрафика в Европе: недавно зарегистрированы случаи конфискации этого наркотика в портах Восточного Средиземноморья, Балтийского и

Черного морей. Зафиксированные тенденции в целом свидетельствуют о том, что степень чистоты кокаина, которая в последнее время повышалась, на сегодняшний день остается неизменной.

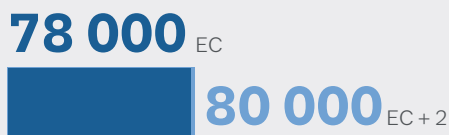
Прекурсоры: популярность неконтролируемых веществ возрастает

Прекурсоры необходимы для производства синтетических стимуляторов и других наркотических веществ. Их доступность оказывает большое влияние на рынок и методы производства, применяемые в подпольных лабораториях. Поскольку использование многих прекурсоров разрешено законом, некоторые из них регулируются нормативно-правовыми актами ЕС и ведется тщательный мониторинг торговли этими веществами. Производители синтетических наркотиков стремятся свести этот контроль к минимуму, используя для изготовления прекурсоров неконтролируемые химические вещества. Однако такой подход способен увеличить риск обнаружения производства, поскольку он требует большего количества исходных веществ и приводит к большему количеству отходов.

Данные о конфискованных прекурсорах и их пресеченных поставках, предоставленные государствами — членами ЕС, подтверждают тот факт, что для производства наркотиков в Европейском союзе, в частности амфетаминов и MDMA, продолжают использоваться как контролируемые, так и неконтролируемые вещества (таблица 1.1). В 2014 году количество конфискованного предпрекурсора БМК альфа-фенилацетоацетонитрила (АРААН) составило 6062 кг, сократившись по сравнению с показателем за

КОКАИН

Количество случаев конфискации



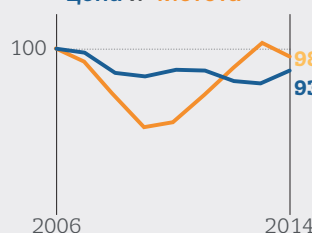
Конфискованное количество



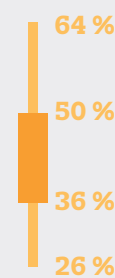
Цена (евро/г)



Зарегистрированные тенденции: цена и чистота



Чистота (%)



Примечание: «ЕС + 2» относится к государствам — членам ЕС, Турции и Норвегии. Цена и чистота кокаина: средние значения для отдельных стран — минимальный, максимальный и межквартильный размах. Страны, для которых приведены данные, различаются показателями.

РИСУНОК 1.6

Количество случаев конфискации кокаина и конфискованное количество: данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные в динамике

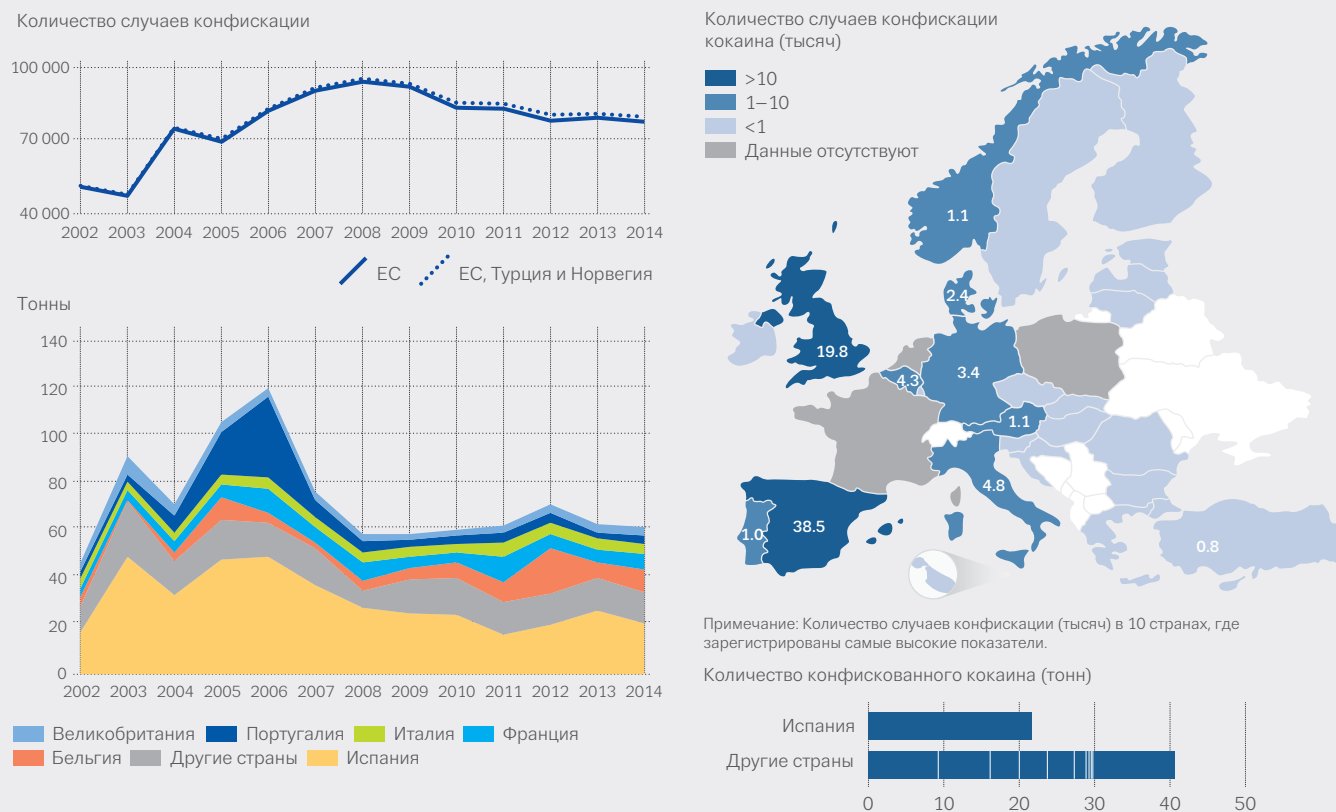


ТАБЛИЦА 1.1

Сводная таблица данных о случаях конфискации и пресечения поставок прекурсоров, использующихся для изготовления отдельных синтетических наркотиков в Европе, за 2014 г.

Прекурсор/предпрекурсор	Случаи конфискации		Пресеченные поставки (*)		ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	
	Количество случаев	Количество вещества	Количество случаев	Количество вещества	Количество случаев	Количество вещества
MDMA и родственные вещества						
Пиперонилметилкетон (литров)	1	5	0	0	1	5
Сафрол (литров)	0	0	2	1 050	2	1 050
Пиперональ (кг)	3	5	4	2 835	7	2 840
Глицидные производные пиперонилметилкетона (кг)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Амфетамин и метамфетамин						
Бензилметилкетон (литров)	14	2 353	0	0	14	2 353
Фенилуксусная кислота (кг)	1	100	2	190	3	290
Эфедрин, россыпью (кг)	19	31	1	500	20	531
Псевдоэфедрин, россыпью (кг)	8	12	0	0	8	12
Альфа-фенилацетоацетонитрил (кг)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

(*) Пресеченной является поставка, которая была запрещена, приостановлена или добровольно аннулирована экспортером в связи с подозрениями о намерениях использовать товар не по назначению в незаконных целях.

2013 год, равным 48 802 кг. Такое существенное снижение может быть связано с тем, что с декабря 2013 года это вещество подлежит контролю в соответствии с законодательством ЕС. Одновременно с этим на рынке по-прежнему доступен MDMA, в то время как объем его конфискованного прекурсора — сафрола, составлявший 13 837 литров в 2013 году, в 2014 году был сведен к нулю. Это позволяет сделать вывод об использовании альтернативных прекурсоров. В 2014 году статистика случаев конфискации неконтролируемых предпрекурсоров MDMA, в особенности ПМК-глицидата, увеличилась.

Амфетамин и метамфетамин

Амфетамин и метамфетамин — это близкородственные синтетические стимуляторы, которые относятся к группе амфетаминов. В некоторых наборах данных трудно установить различия между этими веществами. В Европе

большей популярностью всегда пользовался амфетамин, однако в последнее время все чаще регистрируются данные о доступности на рынке метамфетамина.

Оба вида наркотиков производятся в Европе для внутреннего потребления. Некоторая часть амфетамина и метамфетамина также производится в целях экспорта, в основном на Ближний Восток, где находится рынок каптагона, который, по некоторым данным, содержит амфетамины; на Дальний Восток и в Океанию. Европа также является перевалочной базой для метамфетамина, который контрабандным путем перевозится из Западной Африки и Ирана на ближневосточные рынки. Производство амфетамина в основном сосредоточено в Бельгии, Нидерландах, Польше, Германии и, в меньшей степени, в странах Балтии. Недавно произошло одно изменение — конечный этап производства был перенесен в другой регион. Теперь на территориях некоторых странах

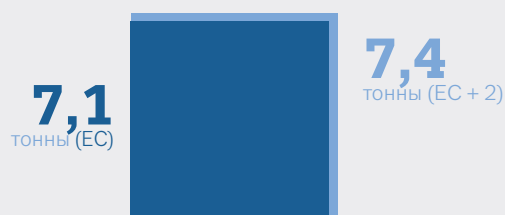
АМФЕТАМИНЫ

Амфетамины

Количество случаев конфискации



Конфискованное количество



Цена (евро/г) | Чистота (%) | Зарегистрированные тенденции:



Метамфетамин

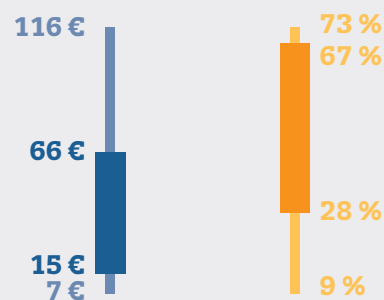
Количество случаев конфискации



Конфискованное количество



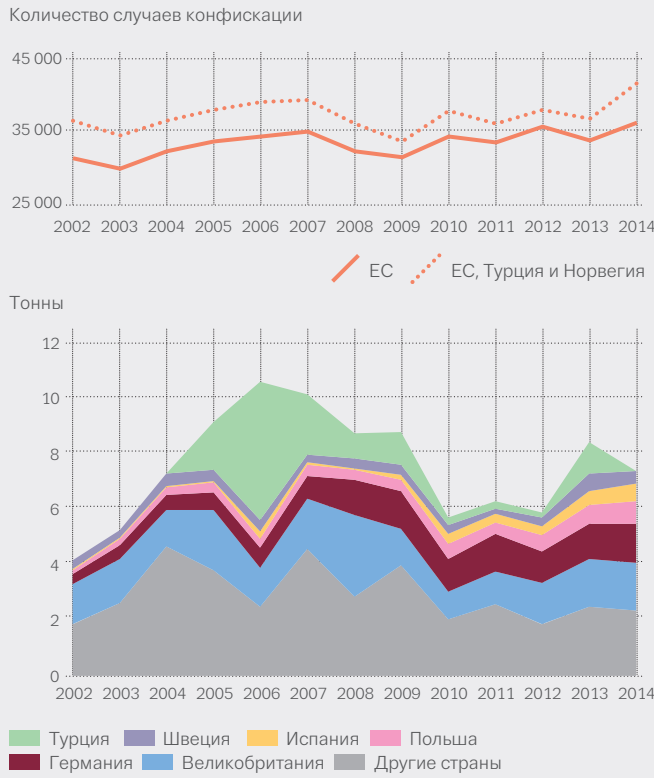
Цена (евро/г) | Чистота (%)



Примечание: «ЕС + 2» относится к государствам — членам ЕС, Турции и Норвегии. Цена и чистота амфетаминов: средние значения для отдельных стран — минимальный, максимальный и межквартильный размах. Страны, для которых приведены данные, различаются показателями. Зарегистрированные тенденции для метамфетамина недоступны.

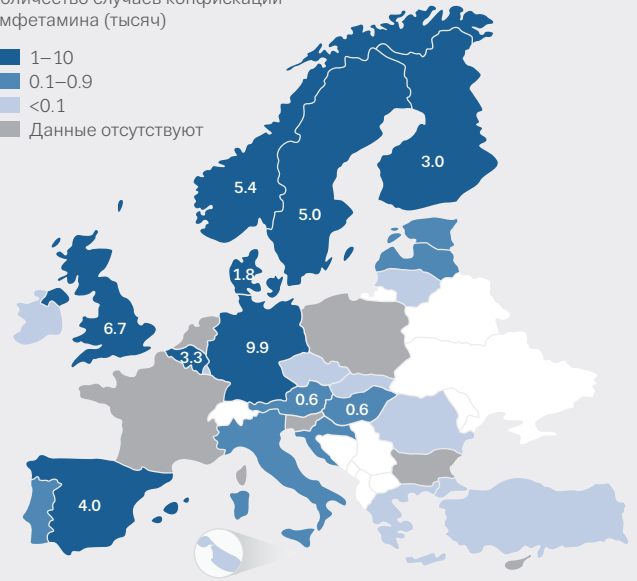
РИСУНОК 1.7

Количество случаев конфискации амfetамина и конфискованное количество: данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные в динамике



Количество случаев конфискации амfetамина (тысяч)

- 1–10
- 0.1–0.9
- <0.1
- Данные отсутствуют



Примечание: Количество случаев конфискации (тысяч) в 10 странах, где зарегистрированы самые высокие показатели.

Количество конфискованного амfetамина (тонн)

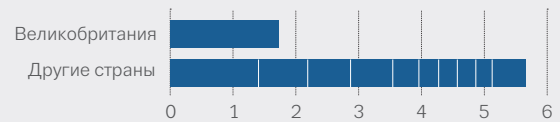
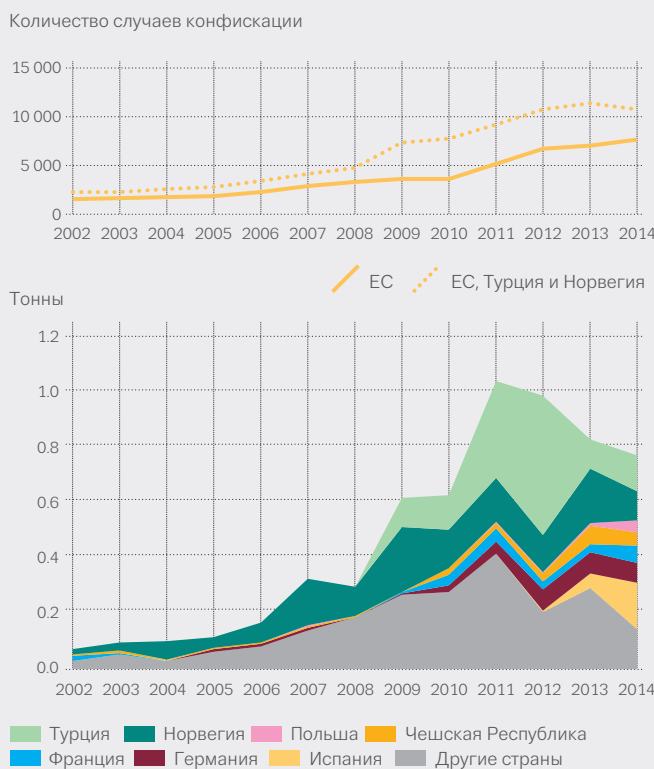


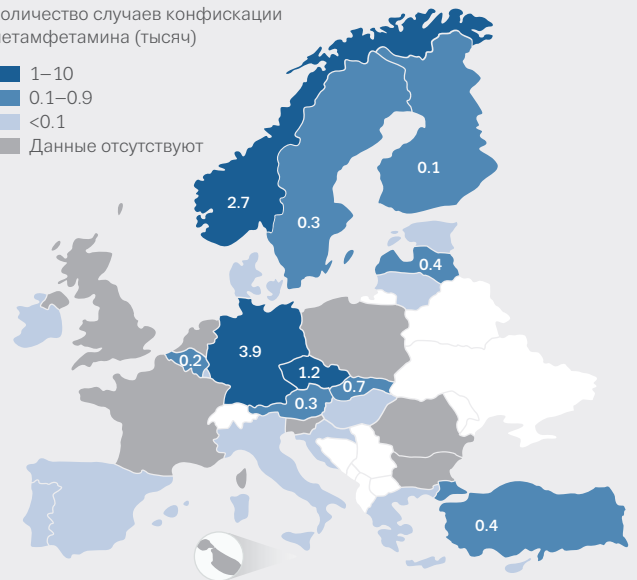
РИСУНОК 1.8

Количество случаев конфискации метамfetамина и конфискованное количество: данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные в динамике



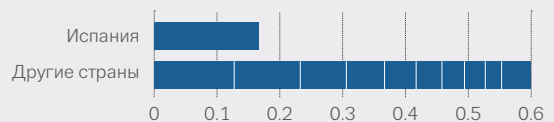
Количество случаев конфискации метамfetамина (тысяч)

- 1–10
- 0.1–0.9
- <0.1
- Данные отсутствуют



Примечание: Количество случаев конфискации (тысяч) в 10 странах, где зарегистрированы самые высокие показатели.

Количество конфискованного метамfetамина (тонн)



регистрируются случаи преобразования базового масла в сульфат амфетамина.

Большое количество европейского метамфетамина производится в Чешской Республике и близлежащих регионах. При этом некоторые производственные мощности существуют в Нидерландах и Литве, в то время как в Болгарии отмечается рост количества ликвидированных лабораторий.

Согласно отчетным данным, в Литве и Болгарии для производства метамфетамина используется бензилметилкетон (БМК), а в Чешской Республике и близлежащих регионах — эфедрин и псевдоэфедрин. В Чешской Республике метамфетамин традиционно производился самими пользователями в небольших цехах для своего собственного или местного потребления. Этим объясняется большое количество производственных объектов, обнаруженных в стране (из 294 объектов, ликвидированных в Европе в 2013 году, 261 находился в Чешской Республике). В последнее время отмечается рост объемов производства метамфетамина и использование новых прекурсоров. Существуют данные об организованных криминальных группировках, которые занимаются производством этого наркотика для внутреннего и зарубежных рынков.

В 2014 году в государствах — членах ЕС было зарегистрировано 36 000 случаев конфискации амфетамина общим весом 7,1 тонны. Общее количество амфетамина, изъятого в Европейском союзе, увеличилось начиная с 2002 года (рисунок 1.7). Статистика случаев конфискации метамфетамина намного более низкая и в 2014 году составила около одной пятой соответствующего показателя для амфетаминов. В Европейском союзе было зарегистрировано 7600 случаев конфискации метамфетамина общим весом 0,5 тонны (рисунок 1.8). С 2002 года наблюдается тенденция к увеличению количества случаев конфискации метамфетамина и общего количества изъятого препарата.

Как правило, средняя зарегистрированная степень чистоты образцов метамфетамина превышает этот же показатель для амфетамина. Несмотря на то что, по последним данным, зарегистрированные тенденции свидетельствуют о повышении степени чистоты амфетамина, средняя степень чистоты этого наркотика остается достаточно низкой.

MDMA: рост количества высокодозированных продуктов

Синтетическое вещество MDMA (3,4-метилендиоксиметамфетамин) является родственными амфетаминам

химическим соединением, но при этом отличается от них своим действием. Таблетки экстази традиционно являются основным продуктом MDMA на рынке наркотиков, хотя зачастую они содержат ряд MDMA-подобных компонентов и неродственных MDMA веществ. В определенный период в докладах высказывались предположения, что большинство таблеток, которые продавались под видом экстази в Европе, содержали низкие дозы MDMA или вовсе не содержали его, однако последние данные свидетельствуют о том, что эта ситуация изменилась. Данные, представленные в докладах, указывают на рост доступности таблеток, содержащих высокие дозы MDMA, а также MDMA в форме порошка и кристаллов.

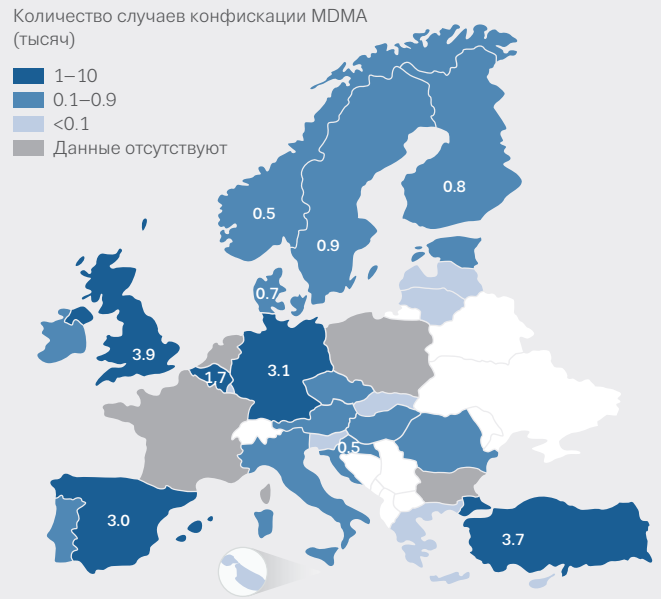
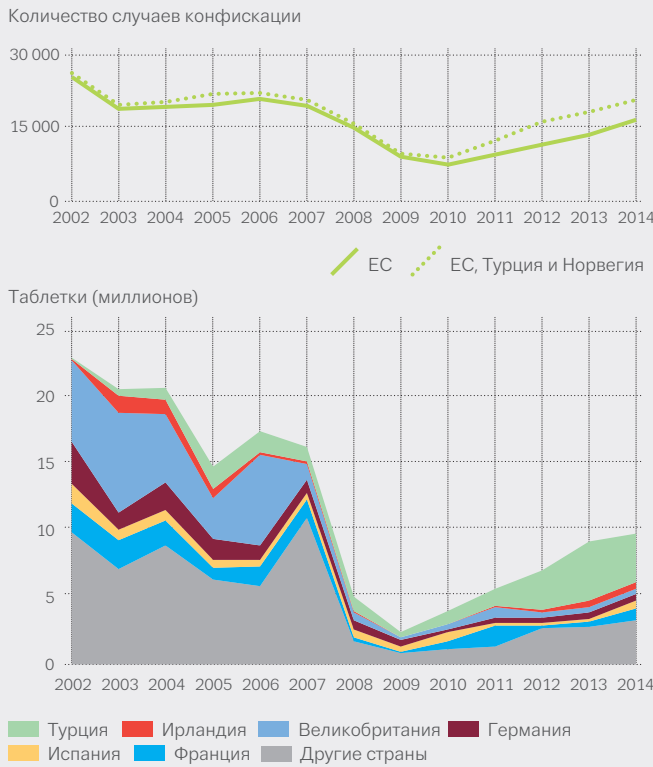
По некоторым данным, на европейском континенте производство MDMA сосредоточено в Нидерландах. Здесь традиционно регистрируется самое большое количество заводов по производству этого наркотика. В конце последнего десятилетия были отмечены признаки снижения объемов производства MDMA, однако в настоящее время появились факты, свидетельствующие о возобновлении активности. В частности, сообщается о крупных заводах, которые недавно были ликвидированы в Нидерландах и Бельгии.

Оценка последних тенденций в отношении статистики случаев конфискации MDMA представляется сложной задачей в силу отсутствия данных для некоторых стран, которые могут существенно повлиять на общий показатель. Нидерланды не представили данные за 2014 год, недоступной является и статистика случаев конфискации для Финляндии, Франции, Польши и Словении за этот же период. Согласно данным, представленным Нидерландами, в 2012 году в этой стране было изъято 2,4 миллиона таблеток MDMA. Если предположить, что в 2014 году это показатель остался на прежнем уровне, то можно вычислить, что в Европейском союзе за этот же год было конфисковано около 6,1 миллиона таблеток MDMA. Это превышает статистику за 2009 год более чем в два раза. Кроме того, в 2014 году было конфисковано 0,2 тонны порошка MDMA. Большое количество изъятого MDMA также отмечается в Турции. В 2014 году здесь было конфисковано 3,6 миллиона таблеток (рисунок 1.9).

Тенденции, зарегистрированные в странах, которые систематически предоставляют отчетность, также свидетельствуют о том, что содержание MDMA в препаратах увеличилось с 2010 года, а доступность продуктов с высоким содержанием MDMA стала поводом для совместных мероприятий по оповещению со стороны Европола и EMCDDA в 2014 году.

РИСУНОК 1.9

Количество случаев конфискации MDMA и конфискованное количество: данные за 2014 г. или наиболее актуальные данные в динамике



Примечание: Количество случаев конфискации (тысяч) в 10 странах, где зарегистрированы самые высокие показатели.



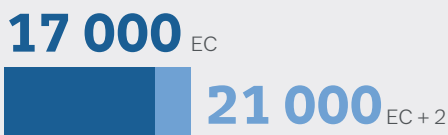
Конфискация ЛСД, гамма-гидроксибутирата, кетамина и мефедрона

В Европейском союзе конфискуется и ряд других запрещенных наркотических средств. Например, в 2014 году было зарегистрировано 1700 случаев изъятия ЛСД в

общем количестве 156 000 доз. Кроме того, в Бельгии было конфисковано 3 кг этого наркотика — самое большое количество, когда-либо зафиксированное в этой стране. Что касается большинства других наркотиков, то недостаток данных не позволяет провести сравнение между отдельными странами и проанализировать

MDMA

Количество случаев конфискации



Конфискованное количество



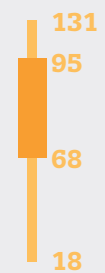
Цена (евро/таблетка)



Зарегистрированные тенденции:



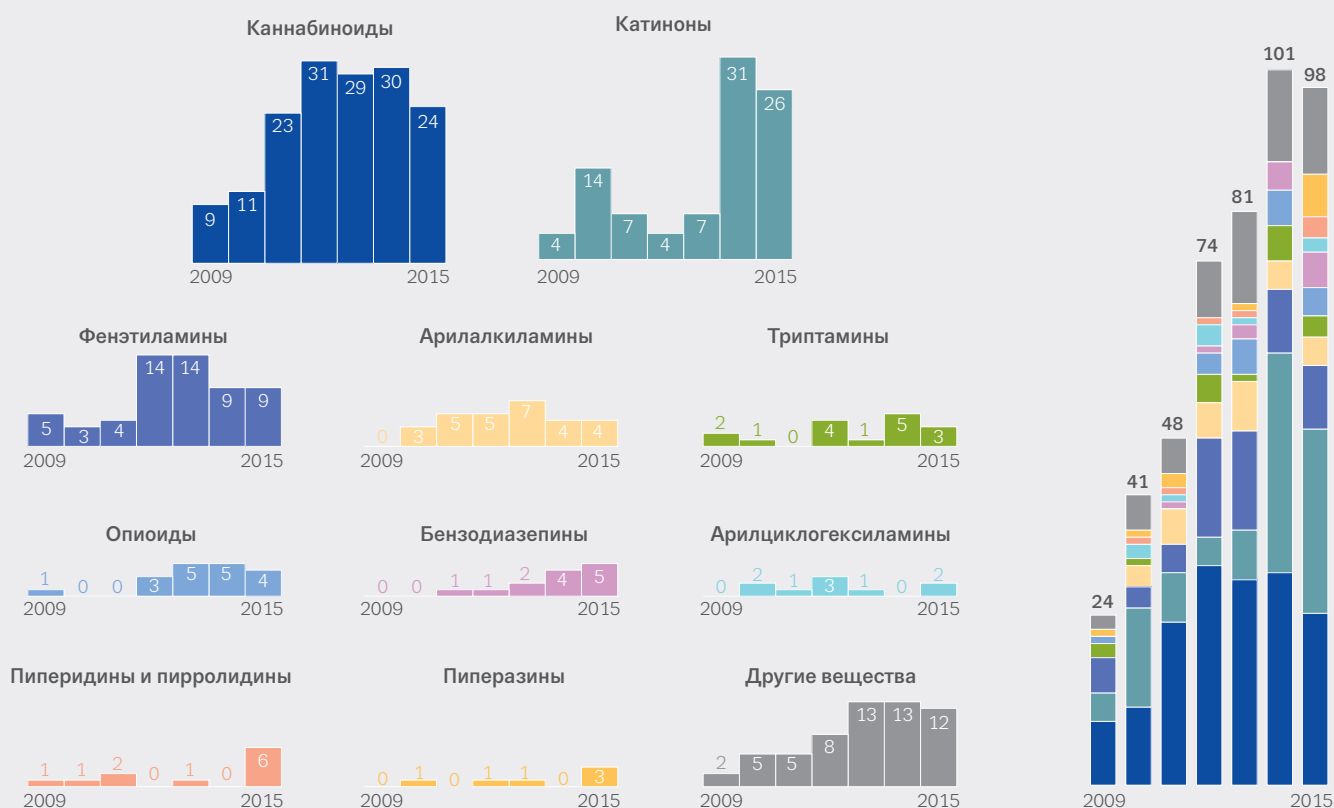
Чистота (мг MDMA/таблетка)



Примечание: «ЕС + 2» относится к государствам — членам ЕС, Турции и Норвегии. Цена и чистота MDMA: средние значения для отдельных стран — минимальный, максимальный и межквартильный размах. Страны, для которых приведены данные, различаются показателями.

РИСУНОК 1.10

Количество и категории новых психотропных веществ, впервые зарегистрированных в системе раннего предупреждения ЕС, 2009-2015 гг.



существующие тенденции. В 2014 случаи конфискации гамма-гидроксibuтирата и гамма-бутиролактона были зарегистрированы в 18 странах. Всего было отмечено 1243 подобных случая, общее количество изъятых наркотических веществ составило 176 кг и 544 литров. При этом более одной трети всех случаев приходится на Бельгию (40 %) и Норвегию (34 %). В одиннадцати странах было зарегистрировано 793 случая конфискации кетамина. Общий вес изъятых партий наркотика составил 246 кг. Более половины всех случаев было зафиксировано в Великобритании. В 10 странах было отмечено 1645 случаев конфискации мефедрона. Всего было изъято 203 кг этого наркотика. Практически все это количество было конфисковано в Великобритании (101 кг) и на Кипре (99 кг).

Новые психотропные вещества: разнообразие на рынке

EMCDDA отслеживает широкий перечень новых психотропных веществ. К ним относятся синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны, фенэтиламины, опиоиды, триптамины, бензодиазепины, арилалкиламины и ряд других препаратов. В 2015 году было обнаружено 98 новых веществ, в результате общее количество отслеживаемых новых препаратов превысило 560. Из них

380 (70 %) были обнаружены в течение последних 5 лет (рисунок 1.10).

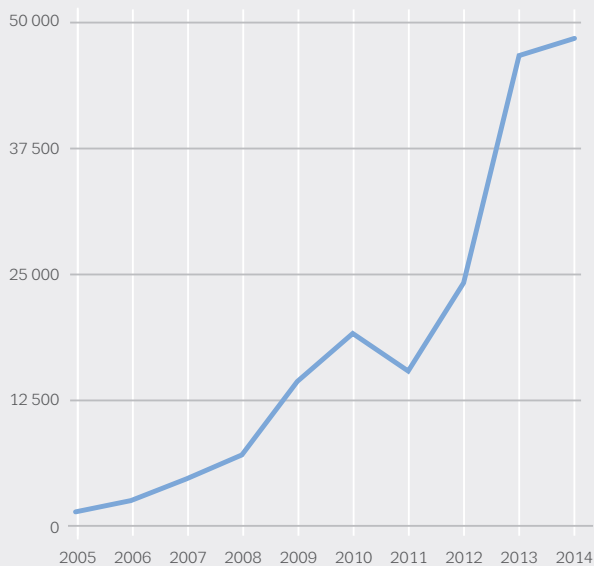
С 2008 года в ряде различных продуктов было обнаружено 160 синтетических каннабиноидов, включая 24 новых каннабиноида, зарегистрированных в 2015 году. Синтетические каннабиноиды поступают в продажу как «законные» заменители каннабиса. На этикетке можно увидеть следующие надписи: «экзотические курительные смеси» или «не для употребления человеком», — с помощью которых торговцы пытаются обойти законы о защите прав потребителей и о лекарственных средствах. Это наиболее многочисленная группа новых наркотических веществ, отслеживаемых EMCDDA. Наличие этих препаратов свидетельствует о высоком спросе на каннабис в Европе и способности производителей выпускать на рынок новые каннабиноиды, когда за уже существующими осуществляется контроль.

Синтетические катиноны представляют собой вторую по величине группу веществ, отслеживаемых EMCDDA. Впервые эти препараты были обнаружены в Европе в 2004 году. С тех пор было выявлено 103 новых катинона, из них 26 — в 2015 году. Синтетические катиноны, как правило, поступают в продажу как «законные» заменители стимуляторов, в частности амфетамина, MDMA и кокаина.

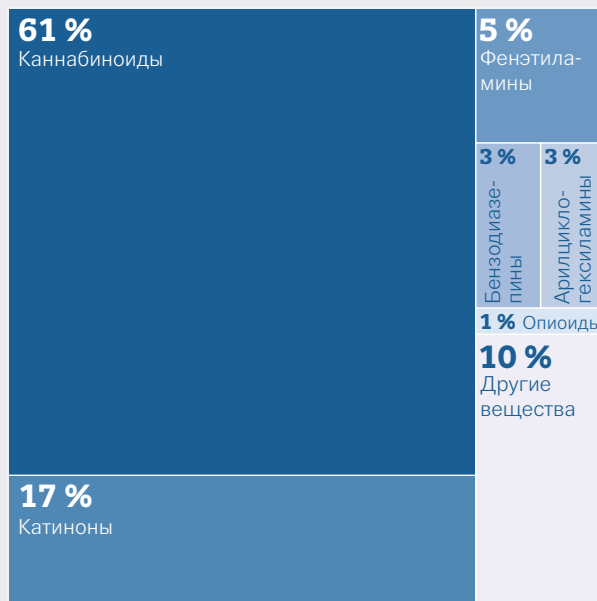
РИСУНОК 1.11

Количество случаев конфискации новых психотропных веществ, зарегистрированных в системе раннего предупреждения ЕС, по категориям в 2014 г. в динамике

Количество случаев конфискации



Примечание: Данные для государств — членов ЕС, Турции и Норвегии.



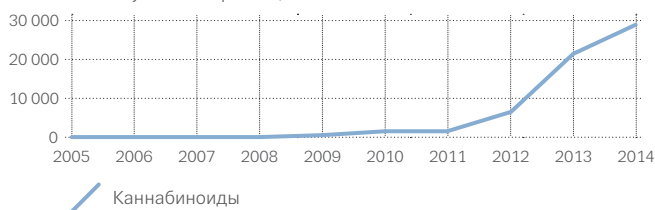
В настоящее время EMCDDA отслеживает 14 новых неконтролируемых бензодиазепинов. Иногда эти вещества находят свое применение у фальсификаторов, изготавливающих поддельные лекарственные препараты, которые затем продаются в Европе. Среди подобных примеров — поддельные таблетки алпразолама, партия

которых была перехвачена в 2015 году и которые содержали флюбромазол, и диазепам, содержащие феназепам. В некоторых европейских странах подобные контрафактные лекарственные препараты занимают значимую долю рынка наркотиков.

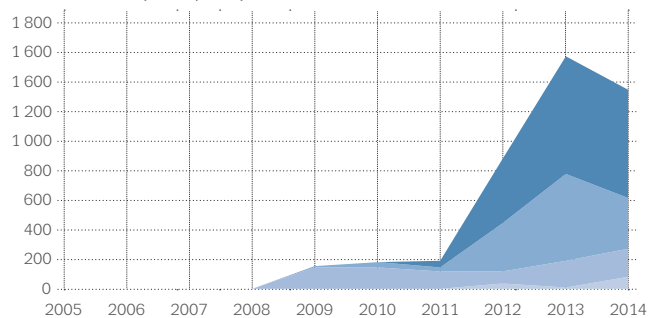
РИСУНОК 1.12

Конфискация синтетических каннабиноидов и катинонов, зарегистрированных в системе раннего предупреждения ЕС: динамика изменения количества случаев конфискации и конфискованного количества

Количество случаев конфискации



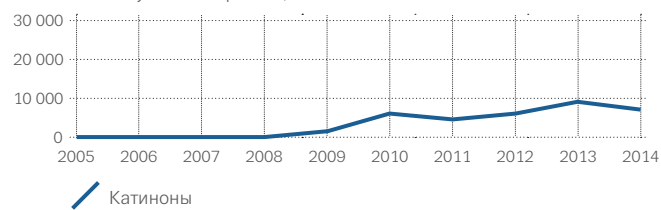
Каннабиноиды (килограмм)



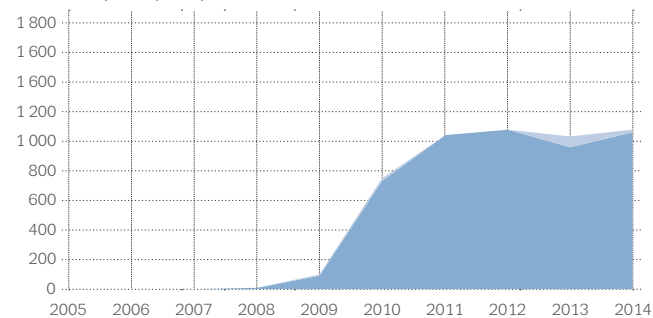
■ Все прочие формы ■ Растительное сырье ■ Порошок ■ Форма не указана

Примечание: Данные для ЕС, Турции и Норвегии.

Количество случаев конфискации



Катиноны (килограмм)



■ Порошок ■ Все прочие формы

Рост количества случаев конфискации новых психотропных веществ

Данные о конфискации наркотических средств, зарегистрированные в системе раннего предупреждения ЕС на уровне отдельных случаев, указывают на непрерывный рост рынка новых наркотиков. В 2014 году по всей Европе было проведено около 50 000 рейдов, в результате которых правоохранительные органы изъяли новые наркотические вещества общим весом 4 тонны (рисунок 1.11). На долю синтетических каннабиноидов приходится большая часть этих случаев — практически 30 000. Общий вес изъятых наркотиков составил 1,3 тонны (рисунок 1.12). Синтетические катиноны представляют собой вторую по величине группу изъятых веществ. Всего было зарегистрировано свыше 8000 случаев конфискации этих препаратов (8343) общим весом более 1 тонны (1082 кг). Общая доля синтетических каннабиноидов и катинонов в статистике случаев конфискации составила почти 80 %, а изъятое количество этих наркотических веществ превысило 60 % от общего показателя за 2014 год. К другим группам наркотиков относятся неконтролируемые бензодиазепины и сильнодействующие наркотические анальгетики, например фентанилы, которые нередко продают под видом героина.

В статистике случаев конфискации новых психотропных веществ за 2014 год ведущая роль принадлежала синтетическим каннабиноидам, на долю которых пришлось свыше 60 % всех случаев и почти 35 % от общего количества изъятых препаратов (рисунок 1.11). Большая часть конфискованного продукта имела форму порошка, который нередко изымался большими партиями. Остальная часть в основном представляла собой растительное сырье, спрыснутое наркотическим веществом. Подобные порошки используются при производстве продуктов, поступающих в продажу в качестве «законных наркотиков». Количество изъятого продукта исчисляется миллионами доз. К основным пяти видам каннабиноидов, конфискованных в порошковой форме в 2014 году, относятся AM-2201 (70 кг), MDMB-CHMICA (40 кг), AB-FUBINACA (35 кг), MAM-2201 (27 кг) и XLR-11 (5F-UR-144) (26 кг).

В 2014 году на долю синтетических катинонов пришлось свыше 15 % всех случаев конфискации новых психотропных веществ и почти 30 % от общего количества изъятых наркотических веществ (рисунок 1.11). К основным пяти видам изъятых катинонов относятся мефедрон (222 кг) и его изомеры 3-ММС (388 кг) и 2-ММС (55 кг), а также пентедрон (136 кг) и альфа-ПВП (135 кг).

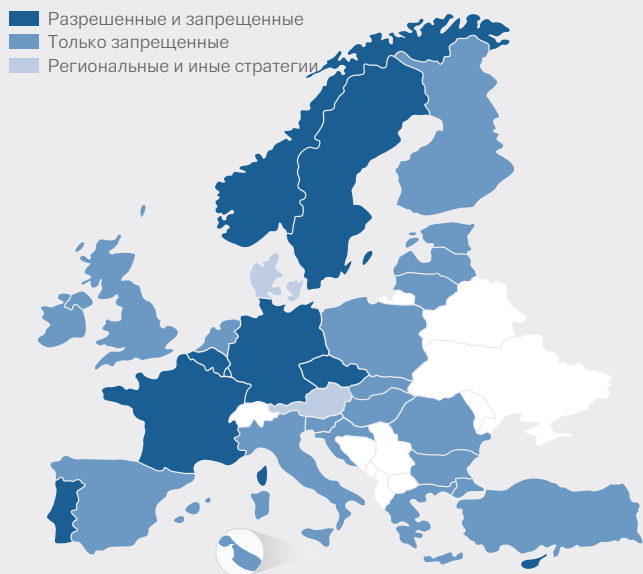
Рынки наркотиков: реагирование в области политики

Глобальный характер торговли и контрабанды наркотиков осложняет реализацию ответных мер. Политики могут прибегнуть к ряду мер по сокращению поставок наркотических веществ, включая стратегию по борьбе с наркотиками и законные вмешательства наряду с законодательным регулированием и действиями правоохранительных органов. Координация инициатив по сокращению поставок наркотических веществ в Европе осуществляется рядом органов ЕС. В этом процессе задействовано несколько инструментов стратегического планирования: стратегия ЕС по борьбе с наркотиками на 2013-2020 гг. и текущий план действий на 2013-2016 гг., политика ЕС по борьбе с организованной и серьезной преступностью и стратегии безопасности ЕС. Множество аспектов политики, затрагиваемых этими стратегиями, свидетельствует о масштабе задач, стоящих перед правоохранительными органами, и постоянно возрастающей изощренности, с которой действуют организованные преступные группы, занимающиеся наркоторговлей. Среди таких аспектов — политики в сфере безопасности, развития, а также морская и миграционная политика. Они включают мероприятия, направленные на совершенствование деятельности полиции на основе данных разведки, наблюдения за морским пространством и перевозками, выявления и блокирования незаконных финансовых потоков, контроля границ, передвижения промышленных химикатов, а также альтернативные меры совершенствования. В целях реализации политик по сокращению поставок наркотических веществ Европейский союз также сотрудничает с рядом международных партнеров.

На национальном уровне к государствам — членам ЕС предъявляются требования по регулированию целого ряда не менее сложных факторов, стимулирующих развитие рынка наркотиков. Большинство стран реализуют стратегии национальной безопасности и охраны правопорядка, которые затрагивают и сокращение поставок наркотических веществ. Кроме того, все члены ЕС, за исключением двух стран, используют государственные стратегии по борьбе с наркотиками для формулирования своих политик в отношении наркотиков, которые зачастую одновременно включают инициативы по сокращению поставок и по снижению спроса. Исключением является Австрия, где действуют региональные стратегии по борьбе с наркотиками, и Дания, где принята национальная политика в отношении наркотиков, которая выражается в ряде стратегических документов, нормативно-правовых актов и конкретных действиях. Стратегии по борьбе с наркотиками — это документы, которые, как правило, составляются на определенный срок и содержат цели и приоритеты; в них

РИСУНОК 1.13

Государственные стратегии по борьбе с наркотиками и планы действий: доступность и охват



также указываются конкретные меры и лица, ответственные за реализацию этих мер. В последнее время площадка для реализации политики в отношении наркотиков становится все более сложной. Это подтверждается сложившейся ситуацией, при которой круг вопросов, охватываемых примерно одной третьей частью государственных стратегий стран — членов ЕС, был расширен и на сегодняшний день, помимо запрещенных наркотических средств, включает разрешенные препараты и, в некоторых случаях, аддиктивное поведение (см. рисунок 1.13).

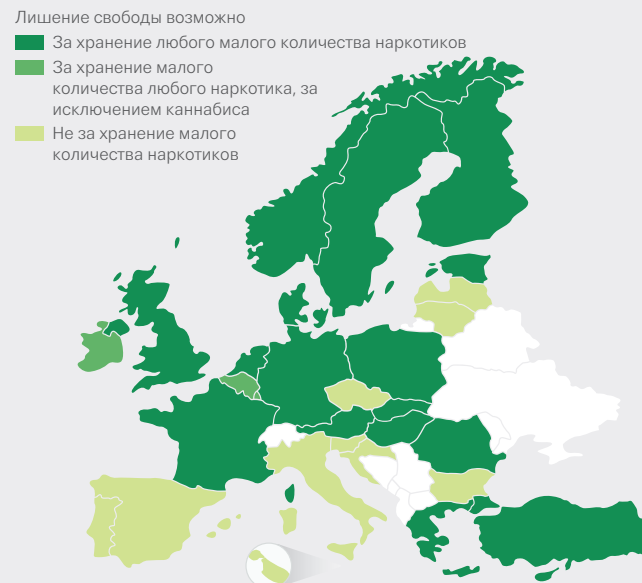
Реагирование на поставку и хранение наркотиков на законодательном уровне

Государства — члены ЕС предпринимают меры для предотвращения поставок запрещенных наркотических средств в соответствии с тремя Конвенциями Организации Объединенных Наций, которые устанавливают международные стандарты для контроля производства, торговли и хранения более 240 психотропных веществ. Каждая страна обязана относиться к контрабанде наркотиков как к уголовному правонарушению, однако предусмотренные законом меры наказания различаются между отдельными государствами. В отдельных странах за правонарушения, связанные с торговлей наркотиками, устанавливается единый широкий диапазон ответственности, в то время как в других государствах существуют различия между мелкими и серьезными правонарушениями и предусматривается соответствующий уровень ответственности для каждого из них.

Каждое государство также обязано относиться к хранению наркотиков без цели сбыта как к уголовному правонарушению, при этом должны быть соблюдены

РИСУНОК 1.14

Наказание, предусмотренное законом: возможность лишения свободы за хранение наркотиков без цели сбыта (мелкие правонарушения)



принципы конституции и законодательства соответствующего государства. Это положение находит различное толкование, что отразилось в различиях в правовых подходах стран Европы и других регионов. Примерно с 2000 года в Европе наблюдалась общая тенденция к снижению вероятности назначения тюремного заключения или другого вида лишения свободы за хранение малого количества наркотиков без цели сбыта. Некоторые страны продвинулись в этом вопросе еще дальше: в них отсутствует уголовная ответственность за хранение наркотиков без цели сбыта. Как правило, за совершение подобных правонарушений здесь предусмотрен штраф (рисунок 1.14).

Нарушения законов о наркотиках: долгосрочный рост количества

Реализация законов, направленных на пресечение торговли и хранения наркотиков, отслеживается с помощью данных о зарегистрированных нарушениях законов о наркотиках. В Европейском союзе в 2014 году было зарегистрировано примерно 1,6 миллиона таких нарушений (большинство из них, 57 %, — в отношении каннабиса) с участием около 1 миллиона правонарушителей. В период с 2006 года по 2014 год количество зарегистрированных правонарушений увеличилось почти на одну треть (34 %).

В большинстве европейских стран основная часть зарегистрированных нарушений законов о наркотиках связана с употреблением или хранением без цели сбыта. Для Европы в целом было установлено, что свыше 1 миллиона подобных правонарушений были зарегистрированы в 2014 году. По сравнению с 2006 годом

их количество возросло на 24 %. Свыше трех четвертей зарегистрированных правонарушений, связанных с хранением наркотиков, пришлось на долю каннабиса. Тенденции к росту количества правонарушений, связанных с хранением каннабиса, амфетаминов и MDMA, сохранились и в 2014 г. (рисунок 1.15).

Общее количество зарегистрированных правонарушений, связанных с торговлей наркотиками, возросло на 10 % с 2006 года, составив более 214 000 случаев в 2014 году. Как и в ситуации с правонарушениями, связанными с хранением, на долю каннабиса пришлось большинство случаев. При этом процент правонарушений, связанных с торговлей кокаином, героином и амфетаминами, превышал долю правонарушений, связанных с хранением этих веществ. В 2014 отсутствовали тенденции к сокращению количества правонарушений, связанных с героином и кокаином, и наблюдалось резкое увеличение количества зарегистрированных правонарушений, связанных с торговлей MDMA (рисунок 1.15).

Предотвращение использования заместительных лекарственных препаратов не по назначению

Использование заместительных опиоидных препаратов не по прямому назначению, в обход терапевтических целей и их продажа на рынке запрещенных наркотических средств вызывает беспокойство. В данном контексте «использование не по прямому назначению» подразумевает распространение, продажу, торговлю или передачу рецептурных препаратов посторонним лицам. Подобные

действия могут быть умышленными (намеренная передача другому лицу) или неумышленными (случайная передача, например в случае потери или кражи).

На национальном уровне реализуются различные стратегии, чтобы предотвратить использование заместительных препаратов. К числу таких стратегий относится тренинг врачей и пациентов; реализация стратегий, обеспечивающих соблюдение режима лечения с помощью соответствующих назначений, и контроль доз; разработка формул, препятствующих использованию препарата не по назначению; использование автоматов по продаже лекарств; применение мер контроля, например токсикологические анализы, подсчет количества таблеток и скрытый мониторинг. На системном уровне регулирование может осуществляться с помощью реестров операций, совершенных аптеками, и дисциплинарных мер, направленных на пресечение необоснованной выдачи рецептов на лекарственные препараты.

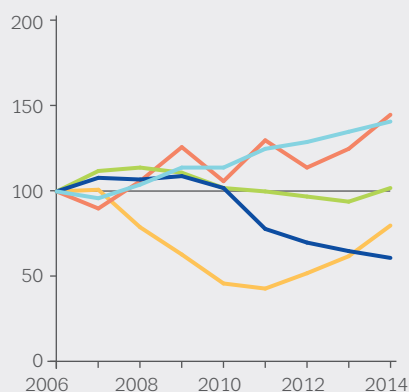
Согласно недавно опубликованному Европейскому обзору, многие из описанных мер способны сократить количество случаев использования медицинских препаратов не по назначению, при этом в редких случаях сообщается о возможных непредвиденных последствиях реализации таких стратегий. В настоящее время задача состоит в том, чтобы обеспечить беспрепятственный доступ пациентов к заместительным препаратам, реализуя профилактические и регулирующие меры, направленные на сведение утечки этих препаратов на черный рынок к минимуму.

РИСУНОК 1.15

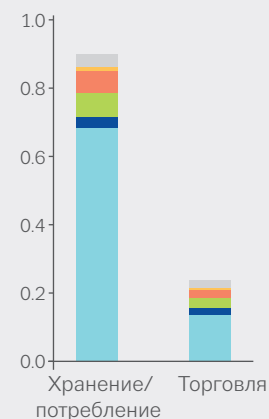
Нарушения законодательства о наркотиках в Европе, связанные с потреблением или хранением наркотиков с целью сбыта или торговлей наркотиками: тенденции и правонарушения, зарегистрированные в 2014 году

Правонарушения, связанные с хранением/потреблением

Зарегистрированные тенденции

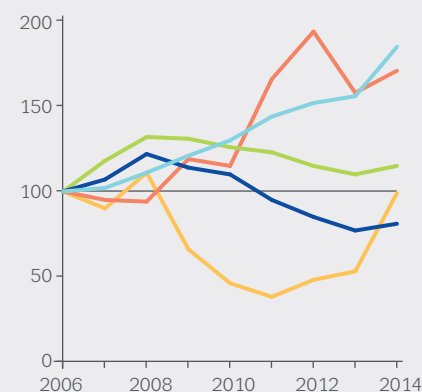


Количество правонарушений (миллионов)



Правонарушения, связанные с торговлей

Зарегистрированные тенденции



Героин MDMA Кокаин Каннабис Амфетамины Другие вещества

Примечание: На основании данных о правонарушениях, в которых упоминается тип наркотиков.

ПОДРОБНЕЕ

Публикации EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

Совместные публикации EMCDDA и Европола

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Все публикации доступны на сайте
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**В Европе потребляется большее количество
наркотических веществ**

Уровень и тенденции потребления наркотиков

В настоящее время в Европе потребляется большее количество наркотических веществ, чем в прошлом. Широкое распространение получили случаи полинаркомании, а характер потребления отдельных видов наркотиков варьируется от экспериментирования до привычки и зависимости. В целом наркотики чаще употребляют мужчины, и это различие нередко становится особенно заметным в силу более активного и регулярного характера потребления. Каннабис потребляется примерно в пять раз чаще, чем другие наркотические вещества. Несмотря на то что случаи употребления героина и других опиоидов по-прежнему довольно редки, как правило, способы потребления этих наркотиков, включая инъекции, наносят наибольший вред здоровью.

Мониторинг потребления наркотиков

EMCDDA формирует и поддерживает наборы данных в отношении потребляемых наркотиков и способов их потребления в Европе.

Данные опросов населения нередко дают общее представление о статистике случаев потребления наркотиков в целях развлечения. Такие результаты опросов могут быть дополнены данными анализа следов лекарственных препаратов в сточных водах отдельных населенных пунктов, который выполняется во всех городах Европы.

Исследования, в ходе которых осуществляется примерная оценка случаев потребления наркотиков, сопряженного с высоким риском, способны помочь с определением степени наиболее застарелых проблем в этой области, а данные о лицах, вступающих в специальные программы лечения наркомании, при рассмотрении вкупе с другими показателями, могут обеспечить понимание природы и тенденций в сфере потребления наркотиков, сопряженного с высоким риском.

Каждый четвертый житель Европы пробовал запрещенные препараты

По некоторым данным, свыше 88 миллионов взрослых людей, или чуть более одной четвертой части населения Европейского союза в возрасте от 15 до 64 лет, пробовали запрещенные препараты в тот или иной период своей жизни. Случаи потребления наркотиков чаще регистрируются среди мужчин (54,3 миллиона), чем среди женщин (34,8 миллиона). Наиболее популярным наркотиком является каннабис (51,5 миллиона мужчин и

32,4 миллиона женщин), более низкие показатели зафиксированы для лиц, потребляющих кокаин (11,9 миллиона мужчин и 5,3 миллиона женщин), MDMA (9,1 миллиона мужчин и 3,9 миллиона женщин) и амфетамины (8,3 миллиона мужчин и 3,8 миллиона женщин) на протяжении всей жизни. Модель потребления каннабиса на протяжении всей жизни встречается в отдельных странах Европы с различной частотой. Диапазон различий является существенным — от четырех из каждых десяти взрослых во Франции и одной третьей части всего взрослого населения Дании и Италии до менее одного из каждых десяти человек в Болгарии, Венгрии, Румынии, Турции и на Мальте.

Статистика случаев потребления наркотиков за прошлый год дает наглядное представление о современной ситуации в этой области и в основном сосредоточена на молодежи (в возрасте от 15 до 34 лет). Примерно 17,8 миллиона взрослых молодых людей потребляли наркотики в прошлом году, из них мужчин насчитывалось вдвое больше, чем женщин.

Потребление каннабиса: различия между странами

Каннабис является наиболее распространенным запрещенным веществом среди всех возрастных групп. Как правило, его потребляют посредством курения, при этом в Европе его обычно смешивают с табаком. Характер потребления каннабиса варьируется от случайного до регулярного и зависимого.

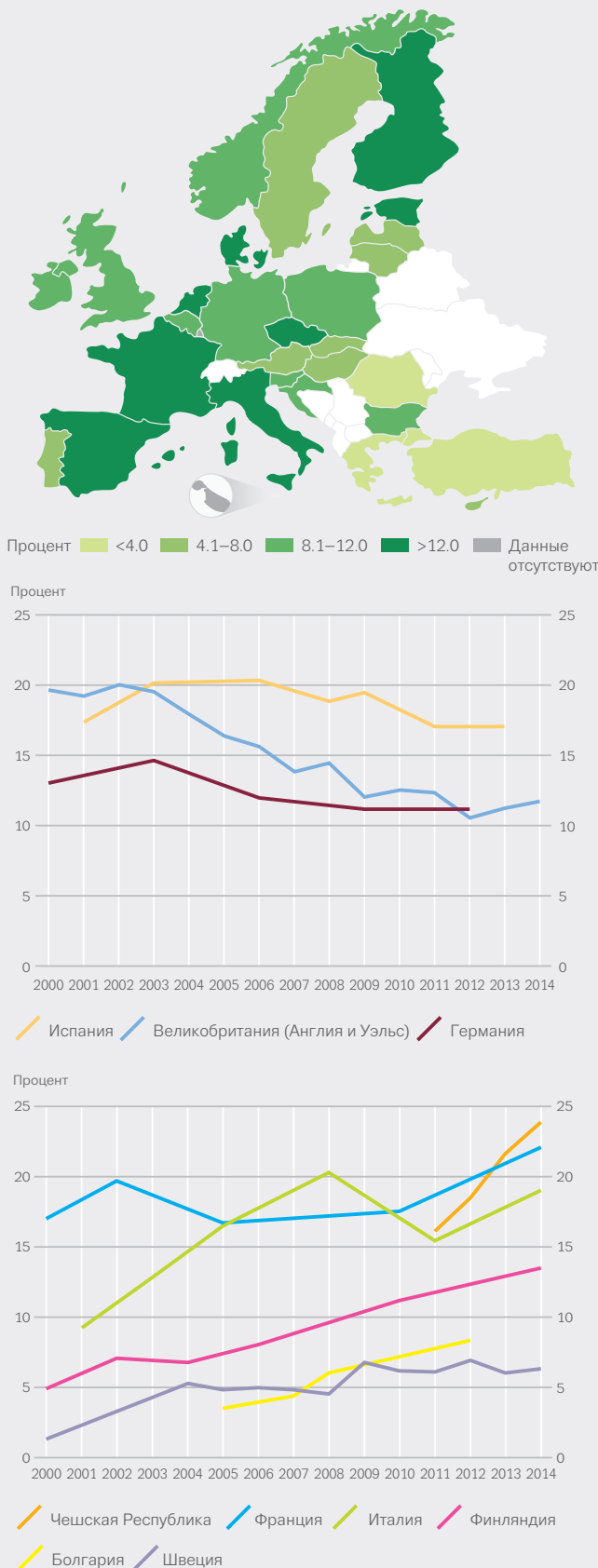
В прошлом году каннабис потребляли примерно 16,6 миллионов молодых европейцев (в возрасте от 15 до 34 лет), или 13,3 % данной возрастной группы, из них 9,6 миллиона человек в возрасте от 15 до 24 лет (16,4 % данной возрастной группы). Соотношение мужчин и женщин среди молодых людей, потреблявших каннабис в прошлом году, составляет два к одному.

Согласно результатам последнего исследования, в прошлом году страны по-прежнему демонстрировали различия в статистике случаев потребления каннабиса (рисунок 2.1). Из общего количества стран, где с 2013 г. были проведены новые исследования, в восьми были зарегистрированы более высокие показатели, в четырех показатели остались на прежнем уровне, а в одном государстве был отмечен более низкий показатель по сравнению с соответствующим исследованием за предыдущий период.

Лишь небольшое количество стран располагает достаточными данными для проведения статистического

РИСУНОК 2.1

Уровень распространения каннабиса среди молодежи (от 15 до 34 лет) в прошлом году: последние данные (вверху) и статистически значимые тенденции (в центре и внизу)



анализа средне- и долгосрочных тенденций потребления каннабиса среди взрослой молодежи (в возрасте от 15 до 34 лет) в прошлом году. Результаты исследований, проведенных в странах, где отмечался сравнительно высокий уровень распространения наркотиков, в частности в Германии, Испании и Великобритании, однозначно свидетельствуют о том, что уровень распространения каннабиса за последнее десятилетие снизился или остался неизменным, в то время как во Франции в период после 2010 года зарегистрирован рост. В том что касается стран с традиционно более низкой частотой случаев потребления каннабиса, в Финляндии на протяжении длительного периода времени регулярно фиксировался рост уровня распространения наркотика, в результате чего этот показатель возрос до среднеевропейского значения, в то время как в Швеции уровень распространения каннабиса остается низким, лишь незначительно увеличившись за последнее десятилетие. Если говорить о странах, обладающих меньшим количеством сопоставимых данных, то показатели Болгарии свидетельствовали о тенденции к росту до 2012 года, в то время как по результатам ежегодного исследования в Чешской Республике был зарегистрирован рост в период с 2011 года по 2014 год.

Согласно результатам последнего этапа Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD), опубликованным в 2011 году, на долю каннабиса пришлось большинство случаев потребления запрещенных веществ среди школьников в

возрасте 15-16 лет. Более свежая статистика случаев потребления каннабиса среди школьников, в данном случае в возрасте 15 лет, была получена в результате исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC). В ходе исследования, которое проводилось в 2013-2014 гг., было выяснено, что в Швеции уровень потребления каннабиса на протяжении всей жизни составляет 5 % для девочек и 7 % для мальчиков, в то время как во Франции эти показатели равны 26 % и 30 %, соответственно.

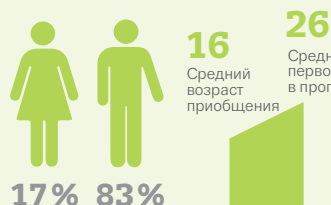
Лечение потребителей каннабиса: повышенные потребности

Опросы населения позволяют сделать вывод о том, что примерно 1 % взрослых европейцев потребляет каннабис ежедневно или практически ежедневно. Это значит, что в прошлом месяце они принимали наркотик в течение 20 и более дней. Возраст почти 60 % из них — от 15 до 34 лет, более трех четвертей — мужчины.

При рассмотрении вкупе с другими показателями, данные о лицах, вступающих в программы лечения каннабисной наркомании, способны обеспечить понимание природы и масштаба потребления каннабиса в Европе, которое сопряжено с высоким риском. В целом количество случаев первичного вступления в программы лечения наркомании среди лиц, потребляющих каннабис, увеличилось с 45 000 в 2006 году до 69 000 в 2014 году. Из них количество лиц,

ПОЛЬЗОВАТЕЛИ КАННАБИСА, ВСТУПАЮЩИЕ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

Характеристики



Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения

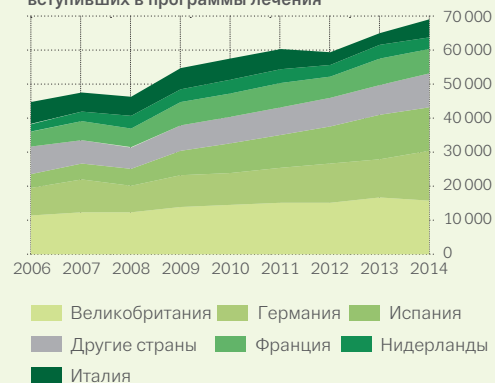


Частота потребления за последний месяц

Средняя частота потребления — 5.4 дней в неделю



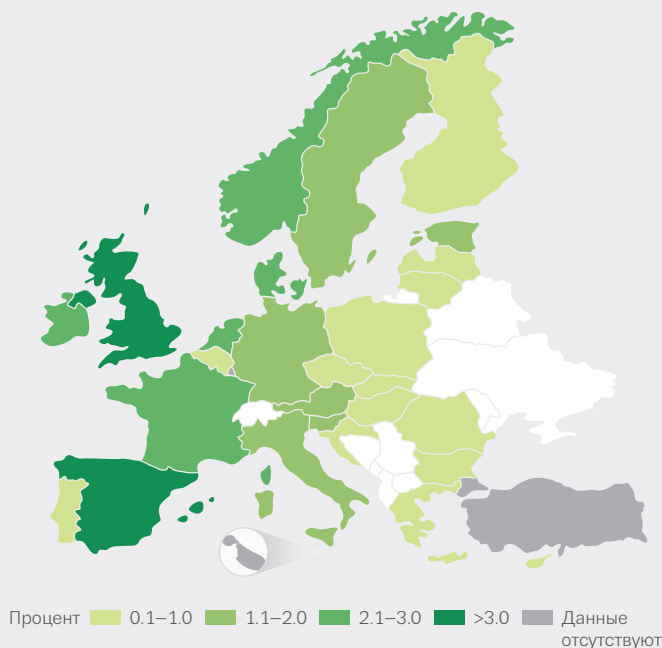
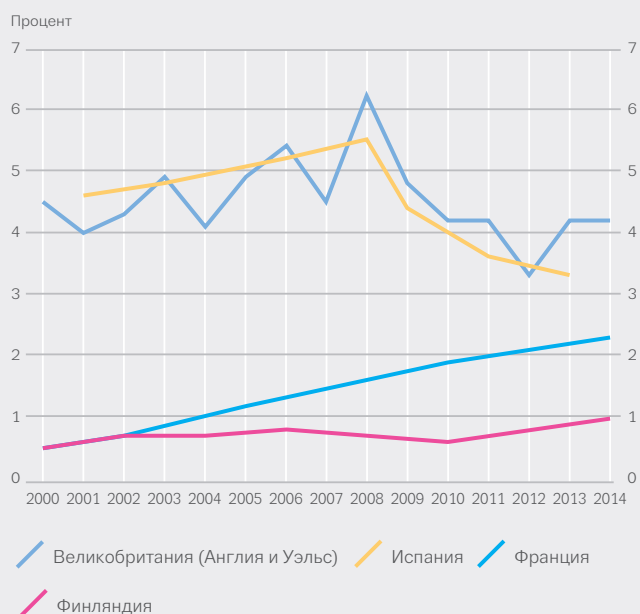
Динамика изменения количества лиц, впервые вступивших в программы лечения



Примечание: Характеристики относятся ко всем лицам, которые вступили в программы лечения и для которых основным наркотиком является каннабис. В связи с изменениями в национальной системе предоставления данных статистика за 2014 год для Италии не является прямо сопоставимой с данными за предыдущие годы.

РИСУНОК 2.2

Уровень распространения кокаина среди молодежи (от 15 до 34 лет) в прошлом году: статистически значимые тенденции и последние данные



ежедневно потреблявших наркотик, возросло до 54 % в 2014 году с 46 % в 2006 году. Причины увеличения численности лиц, вступающих в программы лечения наркомании, остаются невыясненными. Такая ситуация может быть обусловлена изменением уровня распространения каннабиса и активным потреблением этого наркотика, а также другими факторами, к числу которых относится доступность более вредных и сильнодействующих продуктов, повышенная доступность лечения каннабисной наркомании и изменение способов направления пациентов на лечение.

Кокаин: изменение уровня распространения

Кокаин является самым распространенным запрещенным стимулятором в Европе, который наиболее популярен в южной и западной части континента. Кокаиновый порошок (кокаина гидрохлорид), как правило, втягивают в нос (назальное употребление), реже — потребляют в форме инъекций. Крэк-кокаин (кокаиновое основание) обычно курят.

По некоторым данным, около 2,4 миллиона молодых людей в возрасте от 15 до 34 лет (1,9 % этой возрастной группы) потребляли кокаин в прошлом году. Многие из них принимают наркотик в целях развлечения, при этом

максимальное количество случаев потребления приходится на выходные и праздничные дни. Среди лиц, потребляющих кокаин на регулярной основе, следует различать более социально интегрированных потребителей, которые часто вдыхают порошок через нос, и социально отчужденных пользователей, которые делают себе инъекции кокаина или курят крэк и при этом могут также потреблять опиоиды.

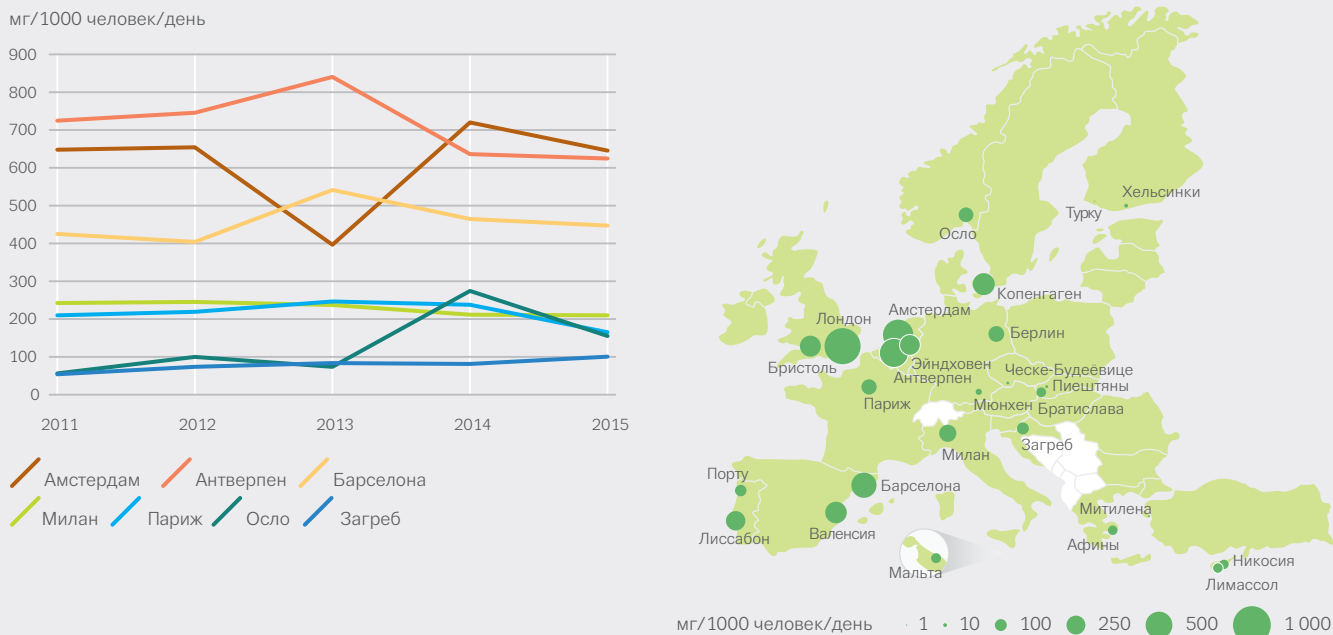
Только в Испании, Нидерландах и Великобритании в прошлом году уровень распространения кокаина среди взрослой молодежи составлял 3 % и более. Снижение уровня распространения кокаина, которое отмечалось в прошлые годы, не подтверждается более поздними исследованиями. Из общего количества стран, где с 2013 г. были проведены новые исследования, в шести были зарегистрированы более высокие показатели, в двух показатели остались на прежнем уровне, и в четырех государствах были отмечены более низкие показатели по сравнению с соответствующим исследованием за предыдущий период.

Статистический анализ долгосрочных тенденций потребления кокаина, отмечавшихся среди взрослой молодежи в прошлом году, осуществим лишь для небольшого количества стран. В Испании и Великобритании до 2008 были зафиксированы тенденции

Кокаин является самым распространенным запрещенным стимулятором в Европе

РИСУНОК 2.3

Следы кокаина в сточных водах отдельных европейских городов: динамика и последние данные



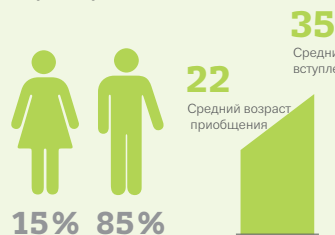
Примечание: Среднедневное количество бензоилэконгина в миллиграммах на 1000 человек. Карта: Отбор образцов проводился в отдельных европейских городах в течение одной недели в 2015 году. Источник: Рабочая группа по анализу сточных вод в Европе (SCORE).

к росту уровня распространения наркотика, а затем следовал период стабильности или спад. Согласно данным, предоставленным Великобританией, спад был свойственен для более молодой части взрослого населения (в возрасте от 16 до 24 лет), в то время как старшая возрастная группа демонстрировала стабильные

показатели или рост. Во Франции отмечается тенденция к росту: в 2014 году уровень распространения кокаина в этой стране превысил 2%. В Финляндии уровень распространения увеличился, при этом общий уровень потребления остается низким. В 2014 году он впервые достиг 1%.

ПОЛЬЗОВАТЕЛИ КОКАИНА, ВСТУПАЮЩИЕ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

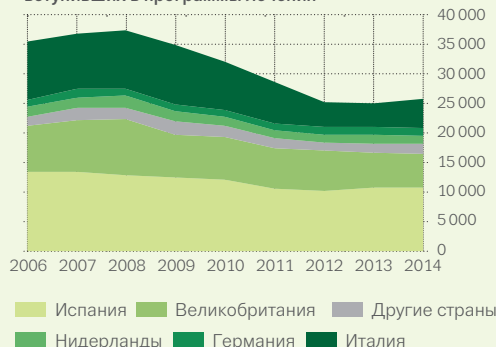
Характеристики



Частота потребления за последний месяц



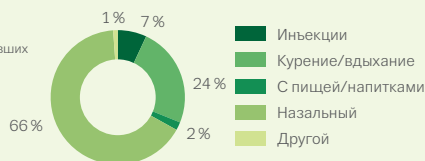
Динамика изменения количества лиц, впервые вступивших в программы лечения



Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения



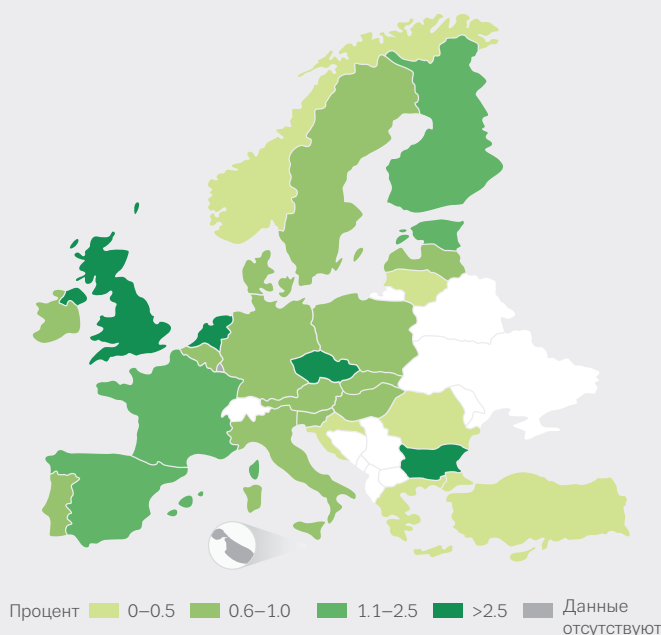
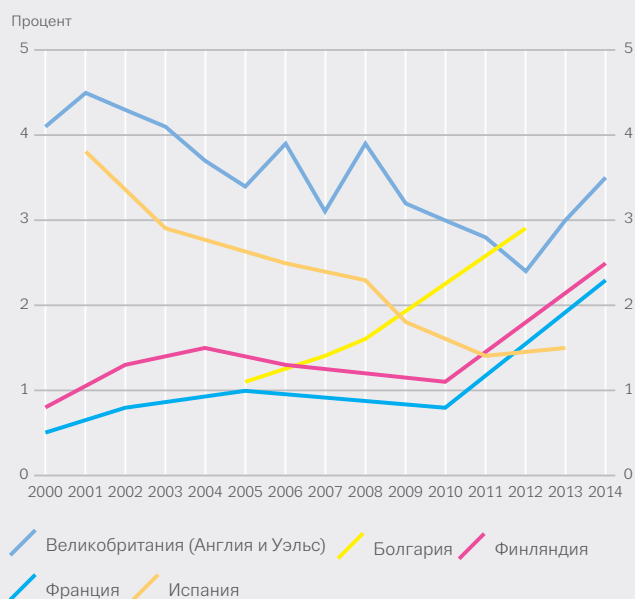
Способ применения



Примечание: Характеристики относятся ко всем лицам, которые вступили в программы лечения и для которых основным наркотиком является кокаин или крак. В связи изменениями в национальной системе предоставления данных статистика за 2014 год для Италии не является прямо сопоставимой с данными за предыдущие годы.

РИСУНОК 2.4

Уровень распространения MDMA среди молодежи (от 15 до 34 лет) в прошлом году: статистически значимые тенденции и последние данные



Анализ водопроводной воды на следы кокаина, проводившийся в рамках одного исследования, которое охватывало ряд городов, дополняет результаты опросов населения. Результаты исследования представлены в виде стандартного количества (массовой нагрузки) следов наркотика на 1000 человек в день. В ходе анализа, который был выполнен в 2015 году, наиболее высокая массовая нагрузка бензоилэконгина (основного метаболита кокаина) была обнаружена в городах Бельгии, Испании, Нидерландов и Великобритании (см. рисунок 2.3). Общие тенденции, отмеченные в 2015 году, остались такими же, как и в предыдущие годы: большинство городов продемонстрировало снижающийся либо стабильный уровень массовой нагрузки в период с 2011 года по 2015 год.

Лечение кокаиновой наркомании: стабильная потребность

Уровень распространения особо проблематичных моделей потребления кокаина в Европе сложно оценить, поскольку данные о текущем состоянии дел были получены только в пяти странах, а также в силу применения различных определений и методик оценки. Согласно результатам оценки, проведенной в Германии в 2012 году, уровень кокаиновой зависимости среди взрослого населения страны составлял 0,2 %. По приблизительным подсчетам, количество лиц, нуждавшихся в лечении кокаиновой наркомании в Италии в 2014 году, составляло 0,64 %, а в Испании в 2013 году

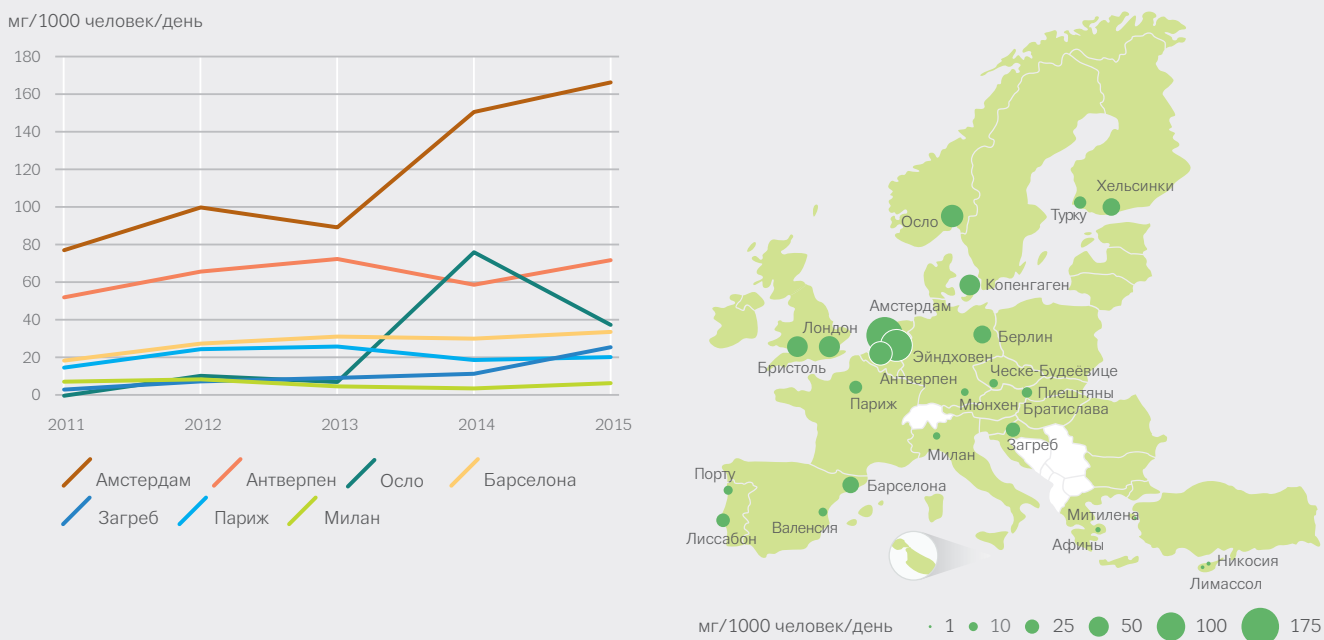
оценочный уровень потребления кокаина, которое сопряжено с высоким риском, составил 0,29 %. По результатам оценки, проведенной в Великобритании в 2011-2012 гг., уровень потребления крэк-кокаина среди взрослого населения Англии составил 0,48 %. Большинство этих лиц также потребляли опиоиды. Согласно прошлогодним данным, в Португалии оценочный уровень потребления кокаина, которое сопряжено с высоким риском, составил 0,62 %.

На долю Испании, Италии и Великобритании приходится около 74 % всех зарегистрированных случаев вступления в программы лечения кокаиновой наркомании в Европе. В целом 60 000 пациентов, вступивших в специализированные программы лечения наркомании в 2014 году, включая 27 000 лиц, записавшихся в эти программы впервые, заявили, что кокаин является для них основным наркотиком. С 2012 года, после периода спада, общее количество лиц, впервые вступающих в программы лечения кокаиновой наркомании, сохраняется на одном уровне.

В 2014 году крэк-кокаин был заявлен в качестве основного наркотика примерно 5500 пациентами, вступившими в программы лечения наркомании в Европе. На долю Великобритании приходится более половины этих лиц (3000); Испании, Франции и Нидерландов — большая часть оставшегося количества (2000).

РИСУНОК 2.5

Следы MDMA в сточных водах отдельных европейских городов: динамика и последние данные



Примечание: Среднедневное количество MDMA в миллиграммах на 1000 человек. Карта: Отбор образцов проводился в отдельных европейских городах в течение одной недели в 2015 году.

Источник: Рабочая группа по анализу сточных вод в Европе (SCORE).

MDMA: изменение тенденций и рост потребления

MDMA (3,4-метиленидиокси-метамфетамин) традиционно употребляется в форме таблеток экстази, однако в последнее время в продажу стали все чаще поступать кристаллы и порошки. Таблетки, как правило, глотают, наркотик в порошковой форме втягивают носом (назальное потребление).

В последние годы из источников информации о результатах мониторинга в ряде стран начали поступать предупреждения об изменениях на европейском рынке MDMA, включая доклады о росте потребления.

В ходе большинства европейских исследований сбора данных о потреблении экстази традиционно уделялось больше внимания, чем информации о MDMA, однако сегодня ситуация изменилась. По некоторым данным, 2,1 миллиона молодых людей в возрасте от 15 до 34 лет потребляли MDMA (экстази) в прошлом году (1,7 % этой возрастной группы). Показатели для отдельных стран варьируются от 0,3 % до 5,5 %. Среди молодых людей, потреблявших MDMA в прошлом году, соотношение мужчин и женщин составляет 2,4 к 1.

До недавнего времени во многих странах уровень распространения MDMA, достигший пикового значения в начале - середине 2000-х гг., шел на спад. Сегодня эта

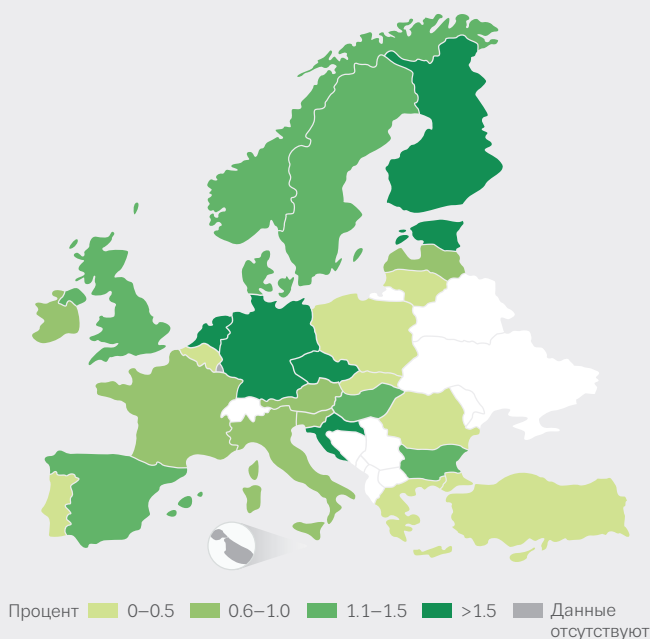
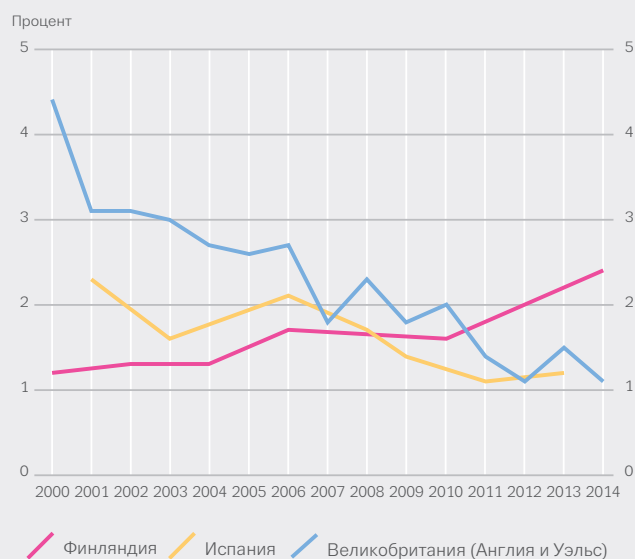
тенденция, по-видимому, изменилась. В странах, где с 2013 г. были проведены новые исследования, полученные результаты свидетельствуют об общем росте уровня распространения MDMA в Европе. При этом в девяти странах были зарегистрированы более высокие показатели, а в трех — более низкие по сравнению с соответствующим исследованием за предыдущий период. В некоторых из тех стран, где существуют данные, позволяющие провести более глубокий анализ прошлогодних тенденций потребления MDMA среди молодых людей, с 2010 года наблюдается рост уровня потребления этого наркотика. В течение этого периода в Болгарии, Финляндии и Франции долгосрочные тенденции к росту сохранялись, а в Великобритании в 2011-2012 гг. произошел перелом, после которого спад сменился статистически значимым ростом (рисунок 2.4). В Нидерландах в 2014 году уровень распространения составил 5,5 %, однако этот показатель не может быть напрямую сопоставлен с данными более ранних исследований.

В ходе анализа, проводившегося в ряде городов в 2015 году, максимальная массовая нагрузка MDMA была

**Потребление MDMA
зачастую сопровождается
приемом других веществ**

РИСУНОК 2.6

Уровень распространения амфетаминов среди молодежи (от 15 до 34 лет) в прошлом году: статистически значимые тенденции и последние данные



зарегистрирована в сточных водах бельгийских и нидерландских городов (рисунок 2.5). В большинстве городов уровень нагрузки MDMA в сточных водах в 2015 году превышал соответствующий показатель за 2011 год. При этом в некоторых городах отмечался резкий рост, который может быть связан с увеличением степени чистоты MDMA, а также с повышенной доступностью и уровнем потребления этого наркотика.

Потребление MDMA зачастую сопровождается приемом других веществ, включая алкоголь. Результаты опросов, проводящихся среди молодых людей, которые регулярно посещают ночные мероприятия, как правило, свидетельствуют о повышенном уровне потребления наркотиков по сравнению с общей массой населения. Это особенно справедливо в отношении MDMA, который традиционно являлся частью атмосферы ночных заведений, в особенности тех, где звучала электронная танцевальная музыка. Согласно современным данным, в странах, где отмечается повышенный уровень распространения MDMA, этот наркотик больше не является нишевым или субкультурным. Теперь MDMA покинул стены танцевальных клубов и мест для вечеринок и приобрел популярность среди многих молодых людей, которые потребляют этот наркотик в более традиционной обстановке, например в ночных барах или на домашних вечеринках.

Потребление MDMA редко называют причиной вступления в специализированные программы лечения наркомании.

В 2014 году менее 1% (почти 800 случаев) лиц, впервые вступивших в программы лечения наркомании в Европе, указали этот наркотик в качестве причины своего участия в программах.

Потребление амфетаминов: различия в тенденциях отдельных стран

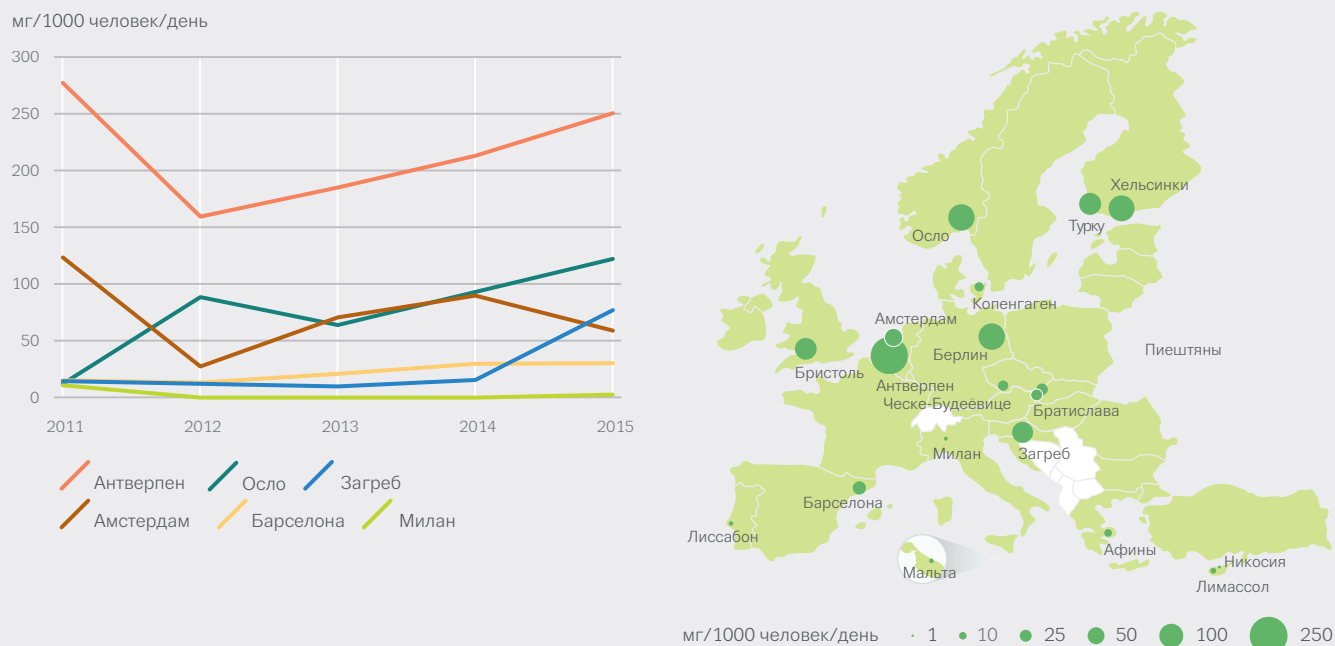
Амфетамин и метамфетамин, которые являются близкородственными стимуляторами, оба потребляются в Европе, хотя амфетамин распространен намного больше. Потребление метамфетамина традиционно ограничивалось Чешской Республикой, позднее к ней присоединилась Словакия. Однако в последние годы уровень потребления препарата увеличился и в других странах. Некоторые наборы данных не позволяют провести различие между этими двумя веществами. В таких случаях используется обобщенный термин «амфетамины».

Оба препарата можно принимать перорально или интраназально. Инъекции распространены среди наркоманов, входящих в группу высокого риска, в некоторых странах. Метамфетамин также можно курить, однако такой способ потребления в Европе не распространен.

Примерно 1,3 миллиона (1%) молодых людей (в возрасте от 15 до 34 лет) принимали амфетамины в прошлом году.

РИСУНОК 2.7

Следы амфетамина в сточных водах отдельных европейских городов: динамика и последние данные



Примечание: Среднедневное количество амфетамина в миллиграммах на 1000 человек. Карта: Отбор образцов проводился в отдельных европейских городах в течение одной недели в 2015 году.

Источник: Рабочая группа по анализу сточных вод в Европе (SCORE).

Уровень распространения этих препаратов в отдельных странах варьируется от 0,1 % до 2,9 %. Доступные данные позволяют предположить, что приблизительно с 2000 года в большинстве европейских стран тенденции потребления амфетаминов сохраняли относительную стабильность. Из общего количества стран, где с 2013 г. были проведены новые исследования, в семи были зарегистрированы более высокие показатели, в одной показатели остались на прежнем уровне, а в четырех государствах был отмечен более низкий показатель по сравнению с соответствующим исследованием за предыдущий период. Уровень распространения этого наркотика среди молодых людей, недавно зарегистрированный в Нидерландах, составил 2,9 %, однако этот показатель не может быть напрямую сопоставлен с данными более ранних исследований.

Из небольшого количества стран, позволяющих провести анализ статистически значимых тенденций, в Испании и Великобритании с 2000 года отмечается снижение уровня распространения амфетаминов (рисунок 2.6). В Финляндии, напротив, в этот же период был зарегистрирован неуклонный рост уровня распространения этих препаратов, который в настоящее время является одним из самых высоких в Европе.

В результате анализа водопроводной воды, выполненного в различных европейских городах в 2015 году, было обнаружено значительное количество амфетаминов.

Массовые нагрузки амфетамина существенно различались. Наиболее высокий уровень был зарегистрирован в городах на севере Европы (см. рисунок 2.7). В городах на юге континента уровень амфетамина был намного более низким. Наиболее высокий уровень массовой нагрузки был отмечен в городах Чешской Республики, Словакии и Норвегии. В целом данные за 2011-2015 гг. свидетельствуют об относительной стабильности тенденций для обоих наркотиков.

Лечение потребителей амфетаминов: возрастающая потребность

Проблемы, связанные с хроническим и долгосрочным потреблением амфетамина, а также с его применением в виде инъекций, традиционно являлись наиболее свойственными странам Северной Европы. В свою очередь, проблемы, связанные с долгосрочным потреблением метамфетамина, наиболее остро ощущались в Чешской Республике и Словакии. Последние оценочные данные о применении метамфетамина, сопряженном с высоким риском, доступны для Чешской Республики и Кипра. В Чешской Республике в 2014 году уровень потребления, сопряженный с высоким риском, среди взрослого населения (в возрасте от 15 до 64 лет) составил около 0,51 %. При этом заметный рост уровня потребления, в основном в виде инъекций, наблюдался в

период с 2007 по 2014 год (примерно с 20 000 пользователей до свыше 36 000 пользователей). Соответствующий показатель для Кипра составляет 0,02 % или 127 пользователей в 2014 году. В Норвегии в 2013 году уровень потребления амфетамина и метамфетамина, сопряженного с высоким риском, составлял примерно 0,33 %, или 11 200 взрослых. В Латвии самый большой процент из 2177 пользователей (0,17 %), потребляющих стимуляторы и входящих в группу высокого риска, по всей вероятности, приходится на долю пользователей амфетаминов. Общее количество пользователей, потребляющих стимуляторы и входящих в группу высокого риска, в стране сократилось с 2010 года, когда этот показатель составлял 6540 человек (0,46 %).

В ряде стран по-прежнему регистрируются случаи приема метамфетамина в виде инъекций с одновременным потреблением других стимуляторов и гамма-гидроксибутирата (ГНВ). Подобные случаи отмечаются в небольших группах мужчин, вступающих в половые контакты с другими мужчинами. Подобная практика внутривенного введения наркотиков, предназначенных для перорального приема, является серьезной проблемой, поскольку она сопряжена с рискованным поведением — как в отношении наркотиков, так и в отношении половых контактов.

Примерно 32 000 пациентов, вступивших в специализированные программы лечения наркомании в

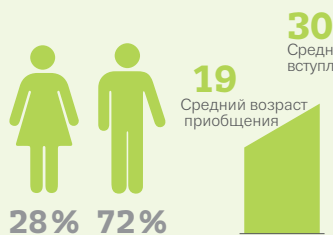
Европе в 2014 году, включая 13 000 лиц, записавшихся в эти программы впервые, заявили, что амфетамины являются для них основным наркотиком. Пользователи, для которых амфетамин является основным наркотиком, составляют значительную долю лиц, впервые записавшихся в программы лечения наркомании, в Болгарии, Германии, Латвии, Венгрии, Польше и Финляндии. Большинство лиц, которые вступили в программы лечения наркомании и для которых метамфетамин является основным наркотиком, проживают в Чешской Республике и Словакии. На долю этих стран приходится практически 95 % от общего числа пользователей метамфетамина, вступивших в подобные программы (8700 человек). В целом с 2006 года в Европе число пользователей, которые впервые вступили в программы лечения наркомании и для которых амфетамины являются основным наркотиком, возросло на 50 %. В основном это произошло за счет увеличения численности таких лиц в Германии и, в меньшей степени, в Чешской Республике.

Потребление кетамина, гамма-гидроксибутирата и галлюциногенов

В Европе распространен и ряд других веществ с галлюциногенными, анестезирующими, диссоциативными и ингибиторными свойствами. К таким препаратам относится ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты),

ПОЛЬЗОВАТЕЛИ АМФЕТАМИНОВ, ВСТУПАЮЩИЕ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

Характеристики

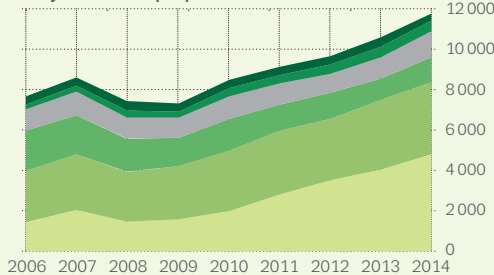


Частота потребления за последний месяц

Средняя частота потребления — 3.9 дней в неделю



Динамика изменения количества лиц, впервые вступивших в программы лечения

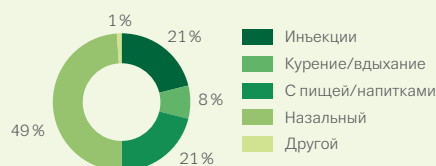


Германия Чешская Республика
Великобритания Другие страны
Словакия Нидерланды

Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения



Способ применения



Примечание: Страны, для которых приведены данные, различаются показателями. Характеристики относятся ко всем лицам, которые вступили в программы лечения и для которых основным наркотиком являются амфетамины.

галлюциногенные грибы, кетамин и гамма-гидроксibuтират (ГНВ).

Потребление кетамина и ГНВ (включая его прекурсор гамма-бутиролактон (GBL)) в целях развлечения отмечается среди подгрупп потребителей в Европе на протяжении последних двадцати лет. Показатели уровня распространения ГНВ и кетамина среди взрослых и школьников в тех странах, где потребляются эти виды препаратов, остаются низкими. Согласно результатам последних исследований, в прошлом году уровень распространения ГНВ среди взрослого населения в Нидерландах (в возрасте от 15 до 64 лет) составил 0,4 %, в Норвегии (от 16 до 64 лет) — 0,1 %, среди молодежи (от 15 до 34 лет) в Румынии — 0,5 %. Повышенный уровень потребления ГНВ и большее количество проблем, связанных с этим наркотиком, зарегистрировано среди отдельных социальных групп в городах и отдельных местностях некоторых стран, включая Нидерланды, Норвегию и Великобританию. В прошлом году уровень распространения кетамина среди молодежи (в возрасте от 15 до 34 лет), зарегистрированный в Дании и Испании, составил 0,3 %, а в Великобритании этот же показатель для возрастного диапазона от 16 до 24 лет был равен 1,6 %, что подчеркивает стабильность тенденции, отмечающейся с 2008 года.

Общий уровень распространения ЛСД и галлюциногенных грибов в Европе в целом является стабильно низким на протяжении ряда лет. Согласно результатам исследований в отдельных странах, в прошлом году уровень распространения обоих этих веществ среди молодежи (в возрасте от 15 до 34 лет) составил менее 1 %, за исключением Финляндии, где уровень распространения ЛСД был равен 1,3 %, галлюциногенных грибов — 1,9 %, а также Великобритании, Нидерландов и Чешской Республики, где уровень распространения галлюциногенных грибов составлял 1 %, 1,3 % и 2,3 %, соответственно.

Потребление новых наркотиков

Аналитическая оценка применения новых наркотиков предоставлена в экспресс-исследовании «Евробарометр» за 2014 год на тему «Молодежь и наркотики» — телефонном опросе, проведенном среди 13 128 молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет в 28 странах-членах ЕС. Хотя изначально цель «Евробарометра» состояла в том, чтобы выяснить отношение к наркотикам, в опрос был включен вопрос о потреблении «веществ, имитирующих эффект запрещенных наркотических средств». В настоящее время эти данные являются единственным источником информации на эту тему в

масштабе всего ЕС, хотя из методологических соображений к интерпретации результатов следует подходить с осторожностью. В целом 8 % респондентов заявили, что потребляют подобные вещества на протяжении всей жизни, из них 3 % принимали их в прошлом году. Таким образом, эта статистика увеличилась по сравнению с долей респондентов подобного исследования, проводившегося в 2011 году, которая составила 5 %. 68 % из числа респондентов, которые заявили о потреблении веществ, имитирующих эффект запрещенных наркотических средств, взяли эти вещества у одного из своих друзей.

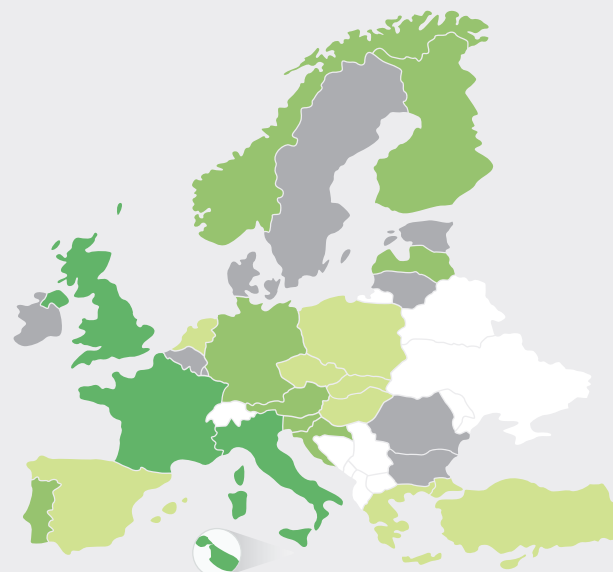
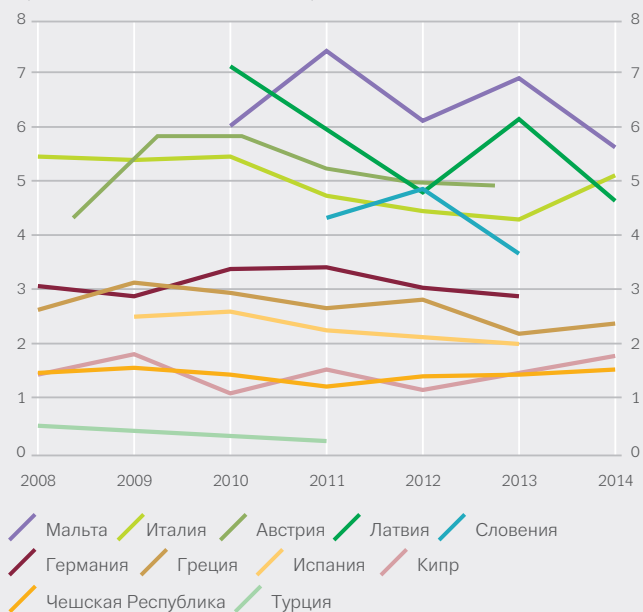
Все большее число стран включает новые психотропные вещества в опросы населения, хотя различия в методах и вопросах ограничивают сопоставимость результатов между странами. С 2011 года 11 европейских стран предоставляют свои внутренние оценочные данные о потреблении новых психотропных веществ (за исключением кетамина и ГНВ). Для возрастной группы, на которую распространялось исследование «Евробарометр» (молодежь в возрасте от 15 до 24 лет), прошлогодний уровень распространения этих веществ колеблется в диапазоне между 0,0 % (в Польше) и 9,7 % (в Ирландии). Данные исследования, проводившегося в Великобритании (в Англии и Уэльсе), доступны в отношении употребления мефедрона. В ходе последнего исследования (за 2014-2015 гг.) было установлено, что прошлогодний уровень потребления этого наркотика среди молодых людей в возрасте от 16 до 24 лет составлял 1,9 %. Этот показатель остался неизменным со времени проведения предыдущего исследования и сократился по сравнению с 4,4 % в 2010-2011 гг. после введения мер контроля. Согласно результатам исследования, проведенного в Финляндии в 2014 году, прошлогодний уровень потребления синтетических катинонов среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет составлял 0,2 %. Вместе с тем во Франции около 4 % населения страны в возрасте от 18 до 34 лет заявили, что когда-либо курили синтетические каннабиноиды.

В Европе наиболее распространённым запрещённым опиоидом является героин

РИСУНОК 2.8

Национальные данные об уровне потребления опиоидов, связанного с высоким риском, в прошлом году: отдельные тенденции и последние данные

Случаи на 1 000 человек населения в возрасте от 15 до 64 лет



Коэффициент на 1 000: 0.0–2.5, 2.51–5.0, >5.0, Данные отсутствуют

Пользователи героина: стабильная потребность в лечении

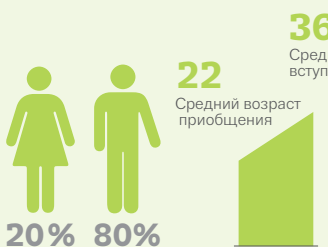
В Европе наиболее распространенным запрещенным опиоидом является героин, который курят, втягивают через нос или употребляют в форме инъекций. Наблюдаются случаи злоупотребления и рядом других

синтетических опиоидов, например метадон, бупренорфин и фентанил.

По некоторым данным, средний уровень потребления опиоидов, сопряженного с высоким риском, среди взрослого населения (в возрасте от 15 до 64 лет) составляет 0,4 %. Это эквивалентно 1,3 миллиона пользователей, потребляющих опиоиды и входящих в

ПОЛЬЗОВАТЕЛИ ГЕРОИНА, ВСТУПАЮЩИЕ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

Характеристики

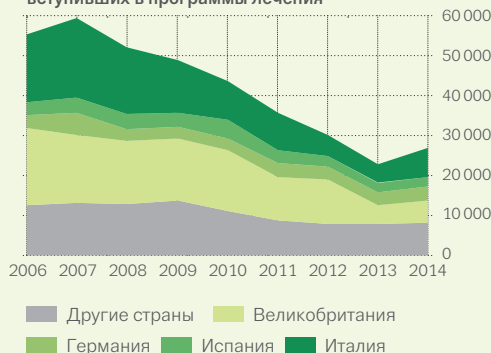


Частота потребления за последний месяц

Средняя частота потребления — **5.8** дней в неделю



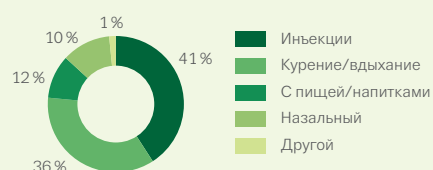
Динамика изменения количества лиц, впервые вступивших в программы лечения



Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения: **18%**



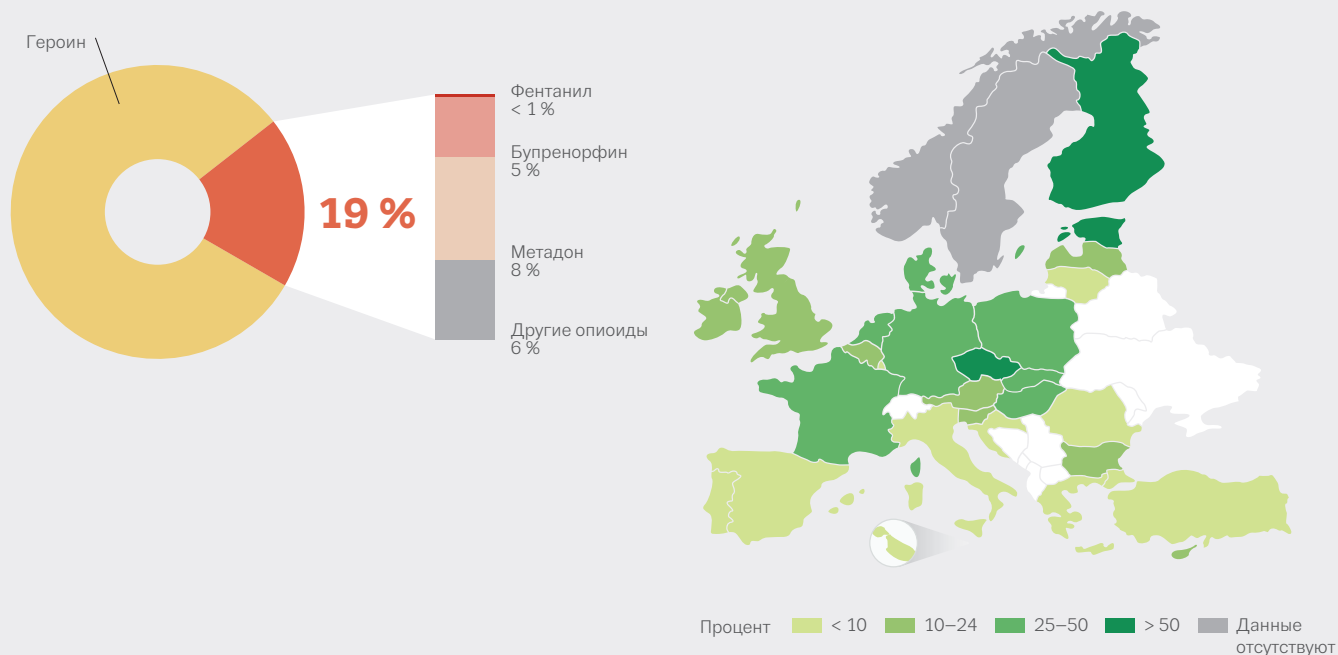
Способ применения



Примечание: Характеристики относятся ко всем лицам, которые вступили в программы лечения и для которых основным наркотиком является героин. В связи с изменениями в национальной системе предоставления данных статистика за 2014 год для Италии не является прямо сопоставимой с данными за предыдущие годы.

РИСУНОК 2.9

Лица, которые вступили в программы лечения и которые заявили опиоиды в качестве основного наркотика: с разбивкой по типу опиоида (слева) и проценту лиц, заявивших другие опиоиды, отличные от героина (справа)



группу высокого риска, которые были зарегистрированы в Европе в 2014 году. На уровне отдельных стран показатели уровня потребления опиоидов, сопряженного с высоким риском, варьировались в диапазоне от менее 1 до примерно 8 случаев на 1000 человек в возрасте от 15 до 64 лет (рисунок 2.8). На долю Великобритании, Франции, Италии, Германии и Испании приходится около 75 % зарегистрированных пользователей, потребляющих опиоиды и входящих в группу высокого риска, в Европейском союзе. Из 11 стран, в которых многократно регистрировались данные об уровне потребления опиоидов, сопряженного с высоким риском, в период с 2008 по 2014 год, статистически значимое снижение было отмечено лишь в Испании и Турции, в то время как в других странах тенденции сохраняли стабильность (рисунок 2.8).

Европа пережила несколько волн героиновой наркомании: первая захлестнула многие страны на западе континента в середине 1970-х гг., вторая «накрыла» другие страны, в особенности расположенные в Центральной и Восточной Европе, в середине и конце 1990-х гг. Как следствие, в некоторых странах эта тенденция распространилась из крупных городов в более мелкие и в сельскую местность. С 2010-2011 гг. показатели многих европейских стран начали свидетельствовать о снижении количества лиц, вовлеченных в потребление героина, а также о существовании стареющего поколения лиц, потребляющих опиоиды и входящих в группу высокого риска, многие из которых получали заместительную терапию.

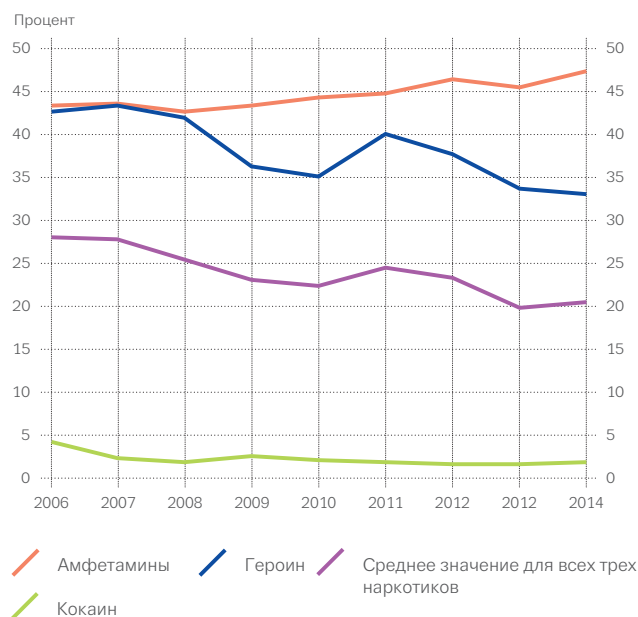
Последние данные позволяют предположить, что тенденция к снижению количества новых лиц, вступающих в программы лечения наркомании, в настоящий момент стабилизируется.

Из 185 000 пациентов, вступивших в специализированные программы лечения наркомании в Европе и заявивших, что опиоиды являются для них основным наркотиком, 34 000 человек записались в эти программы впервые. Количество потребителей героина, записавшихся в программы лечения наркомании, которое в 2007 году достигло пикового значения в 59 000 человек, или 36 % всех пациентов, записавшихся в эти программы, к 2013 году сократилось больше чем вдвое, составив 23 000 человек (16 % пациентов, записавшихся в программы). По всей вероятности, в настоящий момент эта тенденция стабилизировалась. Согласно последним данным, в 17 странах было зарегистрировано стабильное или сокращающееся количество пациентов, записавшихся в программы лечения наркомании; в 9 странах был отмечен рост количества таких лиц.

Все чаще отмечаются случаи злоупотребления синтетическими опиоидами

РИСУНОК 2.10

Лица, которые впервые вступили в программы лечения и которые заявили инъекции в качестве основного способа потребления их основного наркотика



мужчин, вступающих в половые контакты с другими мужчинами. Последние данные об уровне распространения инъекционной наркомании доступны для 16 стран, где они варьируются в диапазоне от менее 1 до свыше 9 случаев на 1000 человек в возрасте от 15 до 64 лет.

Что касается пациентов, которые впервые вступили в программы лечения наркомании в 2014 году и для которых героин является основным наркотиком, то 33 % таких лиц заявили, что инъекции являются для них предпочтительным способом потребления наркотика. Количество таких лиц сократилось с 2006 года, когда оно составляло 43 % (рисунок 2.10). Уровни распространения инъекционной наркомании в отдельных странах этой группы различаются: от 11 % в Испании до более 90 % в Латвии и Румынии. Что касается пациентов, которые впервые вступили в программы лечения наркомании и для которых основным наркотиком являются амфетамины, то инъекции являются предпочтительным способом потребления наркотика для 47 % таких лиц. Отмечается небольшой общий рост количества этих лиц с 2006 года. Свыше 70 % представителей этой группы проживают в Чешской Республике и являются потребителями метамфетамина. Уровень распространения инъекций в качестве предпочтительного способа потребления всех трех основных инъекционных наркотиков вместе взятых среди лиц, впервые вступивших в программы лечения наркомании в Европе, снизился с 28 % в 2006 году до 20 % в 2014 году.

Синтетические опиоиды: растущая обеспокоенность

Несмотря на то что наиболее популярным опиоидом по-прежнему является героин, все чаще отмечаются случаи злоупотребления синтетическими опиоидами. Сообщается, что в 2014 году в 18 европейских странах более 10 % всех опиоидных наркоманов, вступивших в специализированные программы, обратились за наркологической помощью в связи с проблемами, вызванными потреблением других опиоидов, отличных от героина. Количество таких стран увеличилось с 2013 года, когда оно составляло 11 (рисунок 2.9). К числу опиоидов, о которых заявляли лица, вступившие в программы лечения наркомании, относятся метадон, бупренорфин, фентанил, кодеин, морфин, трамадол и оксикодон. В некоторых странах негероинового опиоида в настоящее время являются наиболее распространенным видом опиоидов среди наркоманов, вступающих в программы лечения наркомании. Например, в Эстонии большинство лиц, которые вступили в программы лечения наркомании и заявили, что в качестве основного наркотика потребляют один из опиоидов, принимали фентанил, в то время как в Финляндии и Чешской Республике чаще всего встречается злоупотребление таким негероиновым опиоидом, как бупренорфин.

Инъекционная наркомания: героин утрачивает популярность

Инъекционная наркомания чаще всего связана с потреблением опиоидов, хотя в некоторых странах серьезную проблему представляет инъекционное потребление стимуляторов, например амфетаминов и кокаина. Инъекционная форма потребления синтетических катинонов, которая получила не слишком широкое распространение, по-прежнему регистрируется среди отдельных групп населения, включая инъекционных опиоидных наркоманов; пациентов, вступивших в программы лечения наркомании, в некоторых странах и небольших групп

Инъекционная наркомания чаще всего связана с потреблением опиоидов

ПОДРОБНЕЕ

Публикации EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Совместные публикации EMCDDA и ESPAD

2012

Summary of the 2011 ESPAD report.

Все публикации доступны на сайте www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Запрещенные наркотические
препараты являются одним из
источников проблем, связанных со
здоровьем всего человечества**

Вред, вызываемый потреблением наркотиков, и способы реагирования на проблемы, связанные с потреблением наркотиков

Общеизвестно, что запрещенные наркотические препараты являются одним из источников проблем, связанных со здоровьем всего человечества. Потреблению запрещенных препаратов сопутствует ряд хронических и острых заболеваний, течение которых осложняется под влиянием различных факторов, включая способ употребления, индивидуальную восприимчивость и социальный контекст потребления наркотиков. К хроническим проблемам относится наркозависимость и инфекционные заболевания, связанные с потреблением наркотиков. Существует и ряд острых заболеваний. Характер некоторых из них зависит от потребляемого наркотика, при этом наиболее подробно описанной из подобных проблем является передозировка. С потреблением опиоидов по-прежнему связан наибольший процент случаев заболеваемости и смертности, хотя общее количество таких случаев сравнительно невелико. Инъекционные

наркоманы подвергаются повышенному риску. Проблемы со здоровьем, связанные с потреблением каннабиса, несомненно, менее значительны, чем при потреблении опиоидов, однако высокий уровень распространения каннабиса может сказаться на состоянии здоровья населения в целом. Что касается вреда, вызываемого потреблением новых психотропных веществ, то комментарий на этот счет представляется сложной задачей из-за большого количества веществ в этой группе и недостатка информации о них.

Такие подходы, как профилактика наркомании и ранние интервенции, направлены на предотвращение потребления наркотиков и сопутствующих проблем, в то время как лечение, включающее психосоциальные и фармакологические методы, является основным способом реагирования на наркозависимость. Некоторые ключевые интервенции, например опиоидная заместительная терапия и программы обмена игл и шприцев, были отчасти разработаны в качестве способа реагирования на опиоидную инъекционную наркоманию и сопутствующие ей проблемы, в частности распространение инфекционных заболеваний и случаи смерти от передозировки.

Мониторинг вреда, вызываемого потреблением наркотиков, и способов реагирования на проблемы, связанные с потреблением наркотиков

Инфекционные заболевания и уровни смертности и заболеваемости, связанные с потреблением наркотиков, являются основными видами вреда, которые постоянно отслеживаются EMCDDA. Эти сведения дополняются более узкими данными об обращениях за медицинской помощью по поводу острых проблем, связанных с потреблением наркотиков, а также данными системы раннего предупреждения ЕС, которая отслеживает вред, наносимый новыми психотропными веществами. Более подробная информация доступна онлайн в разделе «Основные эпидемиологические показатели», в Статистическом бюллетене и системе раннего предупреждения.

Информация о медицинских и социальных способах реагирования на наркоманию и вред, вызываемый потреблением наркотиков, предоставляется EMCDDA национальными координационными центрами сети Reitox и экспертными рабочими группами. Экспертные рейтинги обеспечивают дополнительную информацию о доступности интервенций в тех случаях, когда официальные наборы данных недоступны. Источником информации для данной главы также послужили обзоры научных данных об эффективности интервенций в области здравоохранения. С вспомогательной информацией можно ознакомиться на веб-сайте EMCDDA в разделах «Модели медицинского и социального реагирования» и «Портал передовых практик».

Вред, вызываемый потреблением каннабиса: новые данные научных исследований

В научных исследованиях, как правило, подчеркивается связь между потреблением наркотиков и различными видами вреда, однако установление причинно-следственного характера этой связи представляется более сложной задачей. Вред, вызываемый потреблением каннабиса в качестве наиболее распространенного в Европе наркотика, может иметь последствия на уровне всего населения. В одном недавно опубликованном международном обзоре (ВОЗ) содержится анализ доказательств вреда, вызываемого потреблением каннабиса. Авторы обзора сделали вывод о том, что, хотя установление причинно-следственной связи между потреблением каннабиса и негативными медицинскими и социальными факторами представляется сложной задачей, некоторую связь можно установить с помощью наблюдательных исследований. С точки зрения негативных

последствий хронического потребления каннабиса, было установлено, что лица, потребляющие каннабис на регулярной основе и в течение длительного срока, подвержены вдвое большему риску развития психотических симптомов и расстройств, более высокому риску респираторных заболеваний, а также у них может развиваться синдром зависимости. Регулярное потребление каннабиса в подростковом возрасте ассоциировалось с повышенным риском развития шизофрении, а в случае потребления этого наркотика в юные годы — способно вызывать слабоумие. Однако состояние соматической системы и психики в период, предшествующий началу потребления наркотических веществ, и другие факторы, способные исказить результаты, могут оказать влияние на общую картину, поэтому эта тема требует дальнейшего изучения.

Профилактика: семейные программы

Потребление каннабиса среди молодых людей, нередко сопровождающееся потреблением алкоголя и табака, является одной из проблем, на которые ориентированы стратегии профилактики в Европе. Существует широкий перечень подходов к профилактике потребления наркотиков и решению проблем, связанных с их потреблением, среди молодых людей. Экологические и универсальные стратегии охватывают целые группы населения, избирательная профилактика направлена на уязвимые слои общества, которые могут подвергнуться большему риску возникновения проблем, связанных с потреблением наркотиков; показанная профилактика сосредоточена на лицах, относящихся к группе риска.

Многие мероприятия по профилактике наркомании организуются в школах, которые располагают довольно надежной доказательной базой для некоторых подходов. По аналогии с этим, те интервенции, которые направлены на отдельные семьи, оказались эффективными для предотвращения некоторых типов проблемного поведения, включая потребление наркотиков.

В рамках семейных профилактических программ родители, как правило, учатся оказывать своим детям поддержку в целях достижения соответствующих возрасту результатов развития (включая контроль над побуждениями, социальную компетентность и отсрочку удовольствия), которые связаны с более низким риском потребления

Многие мероприятия по профилактике наркомании организуются в школах

РИСУНОК 3.1

Способы направления на лечение пациентов, вступивших в специализированные программы лечения наркомании, в Европе в 2014 году



Примечание: К системе уголовного правосудия относятся суды, полиция и система административного надзора; к системе здравоохранения — терапевты, другие наркологические клиники, а также санитарные, медицинские и социальные службы; к «самостоятельному направлению» — сам пациент, его семья и друзья. В графе «Динамика» направление через образовательные службы отнесено к категории «Другие».

наркотиков и других поведенческих проблем. Универсальная профилактика на семейном уровне нацелена на все семьи той или иной совокупности населения, когда интервенции сосредоточены на различных этапах развития ребенка, в то время как избирательные программы направлены на социально отчужденные и уязвимые семьи, включая те, в которых проблемы, связанные с потреблением наркотиков, отмечаются у родителей. Несмотря на то что профилактические интервенции для уязвимых семей существуют в большинстве стран, экспертные рейтинги за 2013 год содержат данные, свидетельствующие о том, что охват подобных мероприятий нередко является ограниченным.

Сравнительно немного известно и о сути семейных интервенций. Одним из исключений является программа укрепления семей, в ходе которой родители приобретают навыки воспитания и которая реализуется в 13 европейских странах. Цель этой программы, рекомендуемой на международном уровне, также состоит в том, чтобы устранить препятствия для участия в ней уязвимых родителей, например путем предоставления транспорта и услуг по уходу за детьми.

Также были разработаны новые подходы, которые ограничены во времени и требуют меньшего количества

ресурсов для их реализации. Например, программа EFFEKT, которая состоит из нескольких коротких сессий, продемонстрировала, что более высокое качество контроля со стороны родителей и установление правил нередко являются эффективными способами, позволяющими ограничить потребление алкоголя и улучшить контроль над побуждениями у молодых людей в Нидерландах и Швеции.

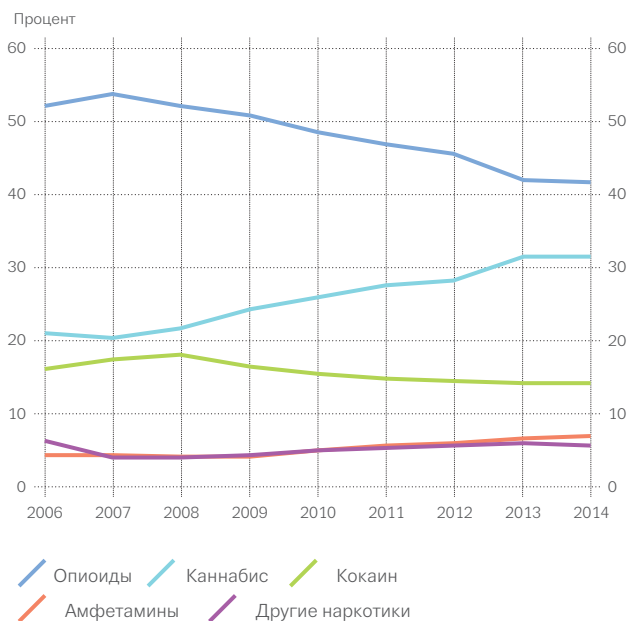
Специализированное лечение: способы направления

Для сравнительно небольшого, но все же имеющего значение количества лиц, испытывающих проблемы с наркотиками, включая наркозависимость, основным видом интервенции является лечение. Основная цель политики состоит в обеспечении нормального доступа к соответствующей медицинской помощи.

Оценка путей, которыми пользуются лица, потребляющие наркотики, чтобы вступить в программы лечения, отражена в данных о способах направления на лечение. В 2014 году 45 % пациентов, вступающих в специализированные программы лечения наркомании, направили себя на лечение самостоятельно либо были направлены одним из членов семьи, хотя данные варьировались в зависимости от

РИСУНОК 3.2

Динамика изменений процента пациентов, вступающих в специализированные программы лечения наркомании, с разбивкой по основному наркотику



вида наркотика (см. рисунок 3.1) и страны. Одна четвертая часть всех лиц, вступивших в программы лечения наркомании, была направлена учреждениями здравоохранения, а 17 % — органами уголовного правосудия. Пациенты, потребляющие каннабис, чаще других вступали в программы по направлению органов уголовного правосудия. В Венгрии на долю органов уголовного правосудия приходится около трех четвертых (74 %) всех случаев направления на лечение среди лиц, потребляющих каннабис. В период с 2006 по 2014 год общие тенденции способов направления на лечение преимущественно сохраняли стабильность.

В ряде стран применяются специальные схемы, цель которых состоит в том, чтобы перенаправлять наркозависимых лиц, совершивших преступления в связи с наркотиками, из системы уголовного правосудия в программы лечения. Это может достигаться с помощью таких инструментов, как распоряжение суда о направлении на лечение или отсрочка исполнения наказания при условии лечения, однако в некоторых странах подобные лица могут быть направлены на лечение на более ранних этапах.

Лечение наркомании: преимущественно амбулаторная форма

По некоторым данным, 1,2 миллиона человек проходили лечение от наркомании в Европейском союзе в 2014 году (1,5 миллиона, включая Норвегию и Турцию). Среди лиц, проходящих специализированное лечение, пользователи опиоидов составляют самую многочисленную группу и

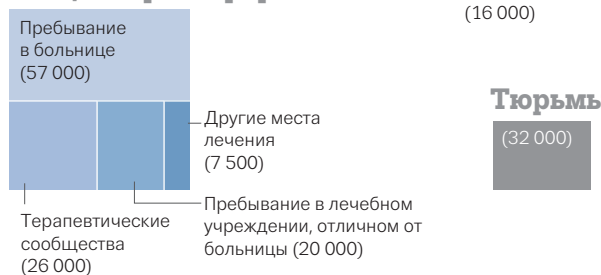
РИСУНОК 3.3

Количество лиц, получавших лечение наркомании в Европе в 2014 году, с разбивкой по месту лечения

Амбулаторная форма



Стационарная форма



Другие места лечения (16 000)

Тюрьмы

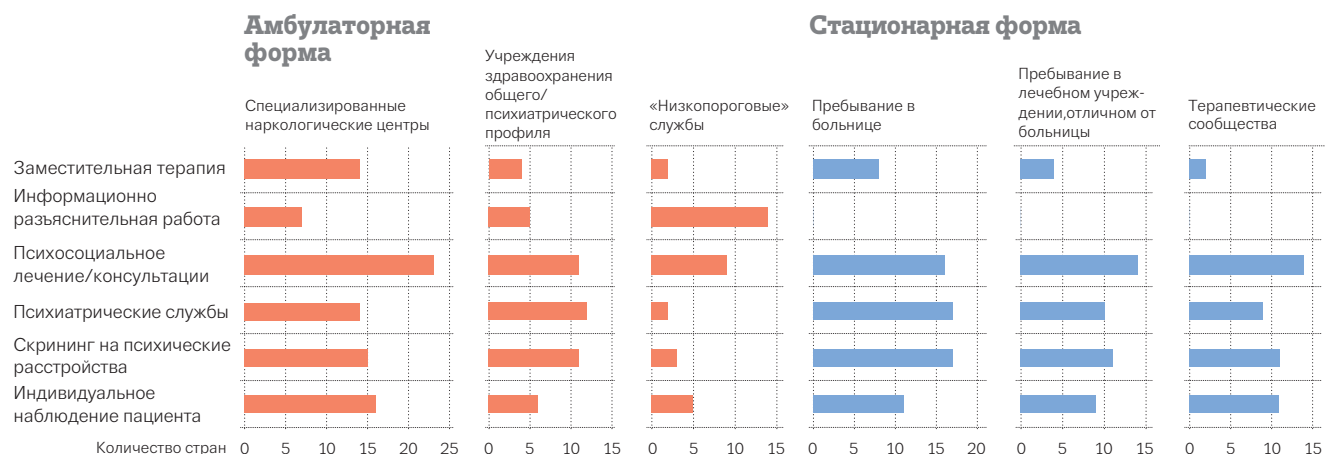
(32 000)

потребляют наибольшую долю доступных ресурсов, связанных с лечением, в основном в форме заместительной терапии. Пользователи каннабиса и кокаина составили вторую и третью по величине группы лиц, вступающих в программы лечения (рисунок 3.2). Для этих пациентов основным методом лечения являются психосоциальные интервенции. Однако при этом наблюдаются существенные различия между странами, когда в некоторых из них на долю пользователей опиоидов приходится до 88 % лиц, вступающих в программы лечения, в то время как в других — менее 10 %.

Лечение наркомании в Европе в основном проходит амбулаторно. При этом специализированные амбулаторные центры являются основными поставщиками подобных услуг с учетом количества пациентов, находящихся на лечении (рисунок 3.3). Вторым крупнейшим поставщиком являются медицинские учреждения. К этой категории относятся кабинеты врачей-терапевтов, которые в основном и являются ответственными за назначение опиоидной заместительной терапии в некоторых крупных странах, например в Германии и Франции. В других странах, например в Словении и Финляндии, ключевую роль в

РИСУНОК 3.4

Обзор широкой доступности (>75 %) выбранных видов интервенции с разбивкой по месту (экспертные рейтинги)



оказании подобной амбулаторной помощи играют центры психического здоровья.

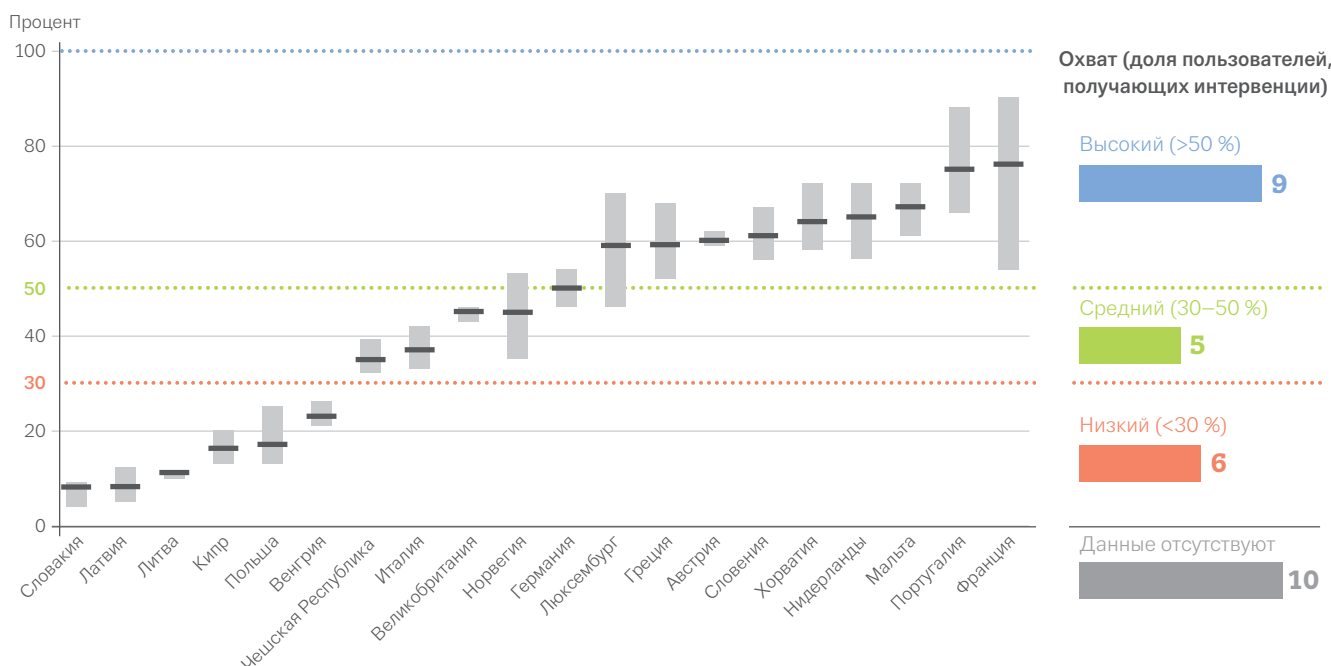
В небольшом количестве случаев лечение наркомании в Европе осуществляется в условиях стационара, включая центры постоянного пребывания при больницах (например психиатрических), психотерапевтические клиники и специализированные реабилитационные центры. Относительная значимость амбулаторного и стационарного типов в рамках государственной системы лечения наркомании в отдельных странах сильно различается. Комментарий экспертов позволит сформировать мнение о

доступности избирательных интервенций в условиях разных типов организации лечения в Европе (см. рисунок 3.4).

Все большее число интервенций в целях профилактики и лечения наркомании становится доступным благодаря Интернету. Интервенции на основе Интернета способны расширить охват аудитории и географический охват программ лечения, включив в них лиц, испытывающих проблемы с наркотиками и не имеющих иного доступа к специализированным услугам в области лечения наркомании.

РИСУНОК 3.5

Процент пользователей, входящих в группу высокого риска и получающих опиоидную заместительную терапию (оценочные данные)

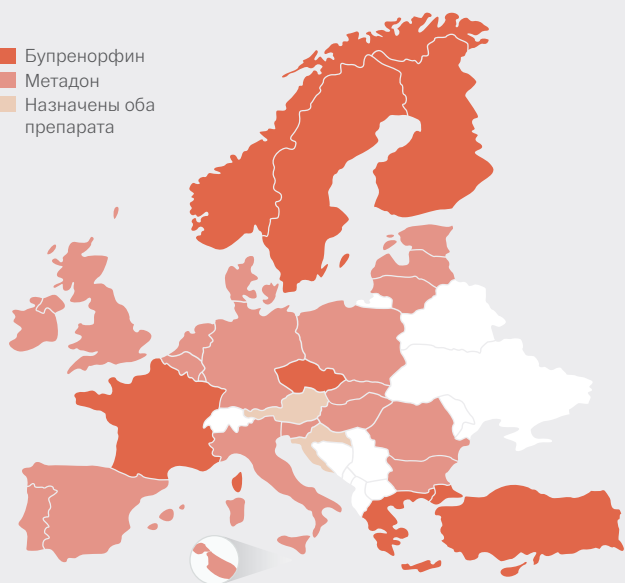


Примечание: Данные отображены в виде точечной оценки и интервалов

РИСУНОК 3.6

Основной препарат опиоидной заместительной терапии

■ Бупренорфин
■ Метадон
■ Назначены оба препарата



Метадон является наиболее часто назначаемым препаратом опиоидной заместительной терапии

Заместительная терапия для лечения опиоидной наркомании

Заместительная терапия, как правило, в сочетании с психосоциальными интервенциями, является основным видом лечения опиоидной зависимости. Существуют данные, подтверждающие пользу подобного подхода, когда положительные результаты отмечаются в отношении соблюдения курса терапии, потребления запрещенных опиоидов, зарегистрированного рискованного поведения, а также вреда и смертности, связанных с наркотиками.

По некоторым данным, в 2014 году в Европейском союзе заместительную терапию получали 645 000 пациентов (680 000 с учетом Норвегии и Турции), с 2010 года их количество сократилось примерно на 50 000 человек. Оценочные данные об опиоидных наркоманах позволяют предположить, что как минимум 50 % от их общего количества получают заместительную терапию. Однако из методологических соображений эти данные следует рассматривать с осторожностью, и при этом существуют существенные различия между странами (рисунок 3.5).

Метадон является наиболее часто назначаемым препаратом опиоидной заместительной терапии, который принимает 61 % пациентов, находящихся на заместительной терапии. Еще 37 % пациентов получают лечение на основе бупренорфина, который является основным препаратом заместительной терапии в семи странах (рисунок 3.6). Другие лекарственные средства, например медленно высвобождающийся морфин или диацетилморфин (героин), назначают реже. По некоторым данным, эти препараты получают 2 % пациентов, находящихся на заместительной терапии.

Альтернативные способы лечения опиоидной наркомании, которые являются менее распространенными, нежели заместительная терапия, доступны во всех европейских странах. В девяти странах, которые предоставили соответствующие данные, от 2 % до 30 % всех находящихся на лечении пользователей опиоидов получают интервенции, не включающие заместительную терапию (рисунок 3.7).

РИСУНОК 3.7

Адаптация программ лечения к нуждам пациентов

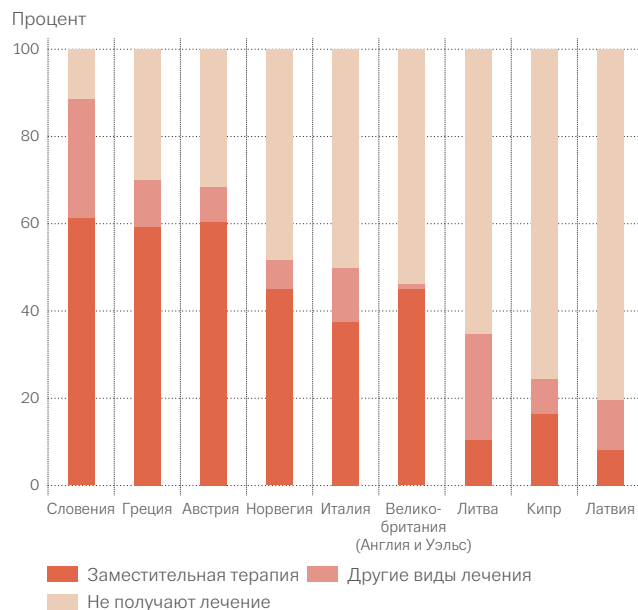
Пациенты, получающие лечение в Европе, имеют различные нужды и зачастую требуют интервенций, направленных на устранение целого ряда сложных проблем. Таким образом, налаживание сотрудничества между наркологическими службами и другими поставщиками медицинских и социальных услуг является залогом эффективного реагирования в этой сфере.

Поскольку большинство лиц, вступающих в программы лечения наркомании, обычно употребляют несколько психотропных веществ, а некоторые из этих лиц испытывают проблемы с множеством веществ, большую роль играет оценка наркологических служб и планы лечения в отношении полинаркомании. В данном случае следует учитывать тот факт, что выявление некоторых комбинаций веществ представляет особую значимость в связи с высоким риском, который они представляют, включая повышенный риск передозировки. Одним из таких примеров является потребление опиоидов в сочетании с бензодиазепинами. Согласно анализу, три четверти пациентов, вступающих в программы лечения наркомании, формально зарегистрированы как полинаркоманы. При этом пользователи, потребляющие опиоиды, кокаин и амфетамины в качестве основных наркотиков, чаще всего заявляют об употреблении каннабиса и алкоголя в качестве сопутствующих проблем. Кроме того, многие пользователи, потребляющие опиоиды в качестве основного наркотика, принимают кокаин в качестве второстепенного наркотика.

Коморбидность наркомании и психических расстройств подразумевает одновременное наличие двух этих клинических заболеваний у одного пациента. Также существует связь между некоторыми психическими расстройствами и нарушениями, связанными с потреблением наркотиков. Таким образом, коморбидность представляет проблему, которую решают как наркологические, так и психиатрические службы. Согласно недавно опубликованному обзору, наиболее часто диагностируемые случаи психиатрической коморбидности среди наркоманов включают большое депрессивное расстройство, тревожный невроз (как правило, это панический синдром и посттравматическое стрессовое расстройство) и расстройства личности (в основном это социопатия и синдром пограничного состояния). Несмотря на всю важность этого вопроса, существуют сложности с оценкой масштаба этой проблемы, поскольку доступные данные являются немногочисленными и неоднородными.

Существуют факты, свидетельствующие о том, что женщины испытывают более сложные потребности, связанные с лечением наркомании (в особенности это

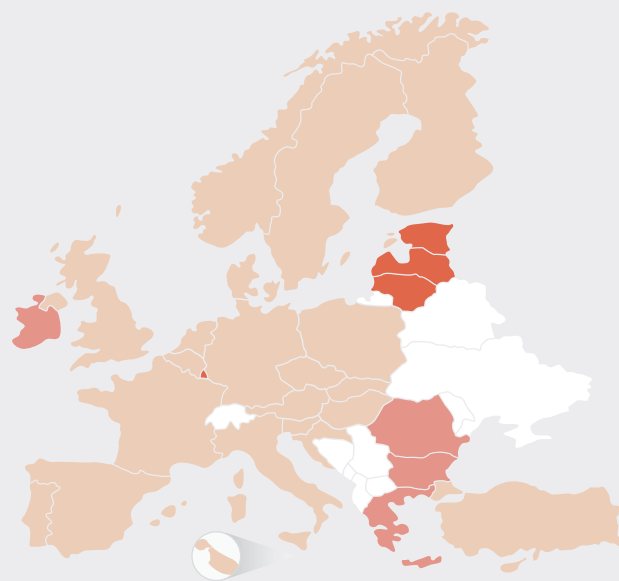
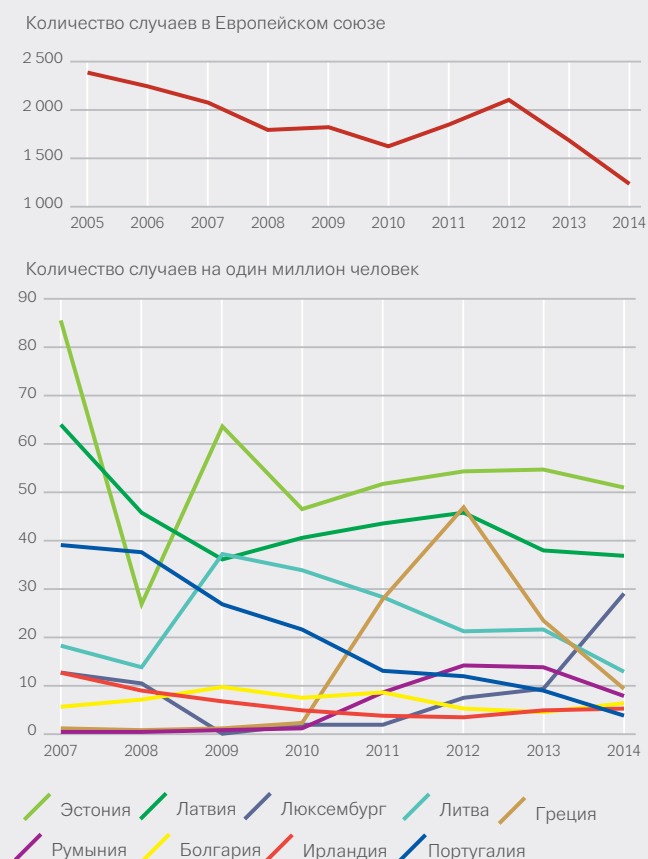
Процент пользователей, входящих в группу высокого риска и получающих лечение опиоидной наркомании (оценочные данные)



Женщины испытывают более сложные потребности, связанные с лечением наркомании

РИСУНОК 3.8

Новые случаи ВИЧ-инфекции, связанные с инъекционной наркоманией: общее количество, отдельные тенденции и последние данные



Количество случаев на один миллион человек

- <5.1
- 5.1–10.0
- >10.0

Примечание: Данные для 2014 г. (источник: ECDC).

касается коморбидности и обязанностей по уходу за детьми), и требуют более адресного обслуживания с учетом гендерной специфики. Несмотря на то что в целом на долю лиц, вступающих в специализированные программы лечения наркомании, приходится всего 20 % женщин (т.е. соотношение мужчин и женщин составляет 4:1), этот процент различается между странами, варьируясь в диапазоне от 5 % до 34 %. Гендерный дисбаланс является менее заметным среди лиц, впервые вступивших в программы лечения. Причины, по которым женщины реже вступают в программы лечения наркомании, самые разнообразные, включая различный уровень распространения проблем, связанных с потреблением наркотиков, между представителями обоих полов и различную степень вероятности, с которой мужчины и женщины заявляют об этих проблемах, а также трудности с доступом и адекватностью оказываемых услуг.

Вспышки ВИЧ-инфекции: инъекционные наркоманы, потребляющие стимуляторы

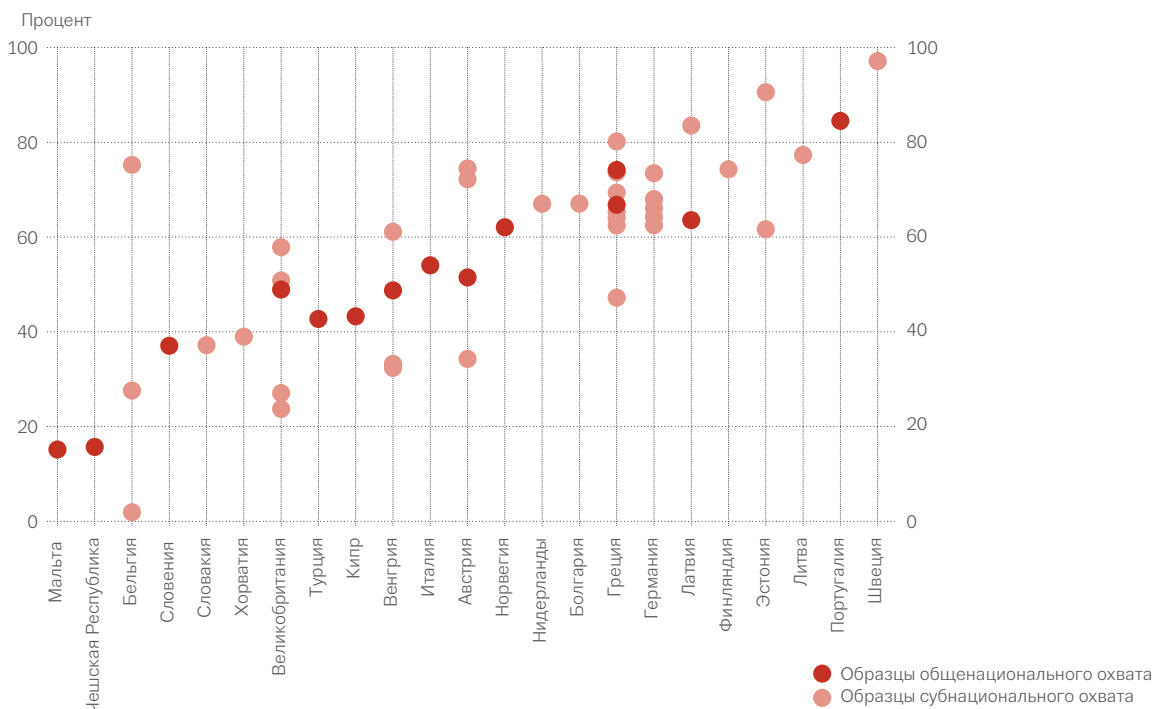
Наркоманы, в особенности инъекционные, относятся к группе риска заражения инфекционными заболеваниями, которое происходит при совместном использовании принадлежностей для инъекций и незащищенных половых

контактах. Инъекционная наркомания по-прежнему играет ведущую роль при передаче гемоконтактных инфекций, например вируса гепатита С (HCV), а в некоторых странах и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Среди всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией с известным путем передачи, зарегистрированных в Европе, процент, приходящийся на долю инъекционной наркомании, остается стабильно низким (менее 8 % в течение последнего десятилетия). При этом более высокие показатели зафиксированы в Литве (32 %), Латвии (31 %), Эстонии (28 %) и Румынии (25 %).

Последние данные свидетельствуют о том, что тенденция к долгосрочному сокращению количества новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных среди инъекционных наркоманов в Европейском союзе, продолжается. В 2014 году среднее количество новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией, связанных с инъекционной наркоманией, составляло 2,4 на один миллион человек, сократившись более чем вдвое по сравнению с 2005 годом (5,6 на один миллион человек). При этом более высокие показатели были зарегистрированы в ряде стран, например в Эстонии и Латвии. В Греции и Румынии — странах, где ранее отмечались вспышки заражения, — количество новых случаев сократилось по сравнению с 2012 годом (рисунок 3.8).

РИСУНОК 3.9

Уровень распространения антител к вирусу гепатита С в 2013-2014 гг.



В 2014 году в Европейском союзе было зарегистрировано 1236 новых случаев заражения ВИЧ, связанных с инъекционной наркоманией. Это самый низкий уровень по сравнению с соответствующими показателями, которые отмечались в течение более десяти последних лет. При этом отдельные вспышки ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов были зафиксированы в Ирландии, Великобритании (Шотландии) и Люксембурге в 2015 году. Изменения в моделях потребления наркотиков, в особенности более широкое распространение инъекционного способа потребления стимуляторов, и высокий уровень социальной изоляции — вот основные факторы, которыми обусловлены многие из недавно зарегистрированных вспышек ВИЧ-инфекции.

В 2014 году в Европе на долю инъекционной наркомании приходилось 15 % новых зарегистрированных случаев заражения СПИД, или 590 случаев, — чуть более четверти того количества, которое было зафиксировано десять лет тому назад. Ранняя диагностика имеет критическое значение для предотвращения перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа и особенно важна для инъекционных наркоманов, которые являются группой риска по заражению ВИЧ, где отмечается наибольший процент лиц, обращающихся в медицинские учреждения лишь на поздней стадии развития инфекции (61 %). Кроме того, некоторым странам, например Греции, Латвии и Румынии, где количество новых случаев СПИД по-прежнему остается высоким, может потребоваться совершенствование методов тестирования и лечения ВИЧ.

Уровень распространения HCV среди инъекционных наркоманов

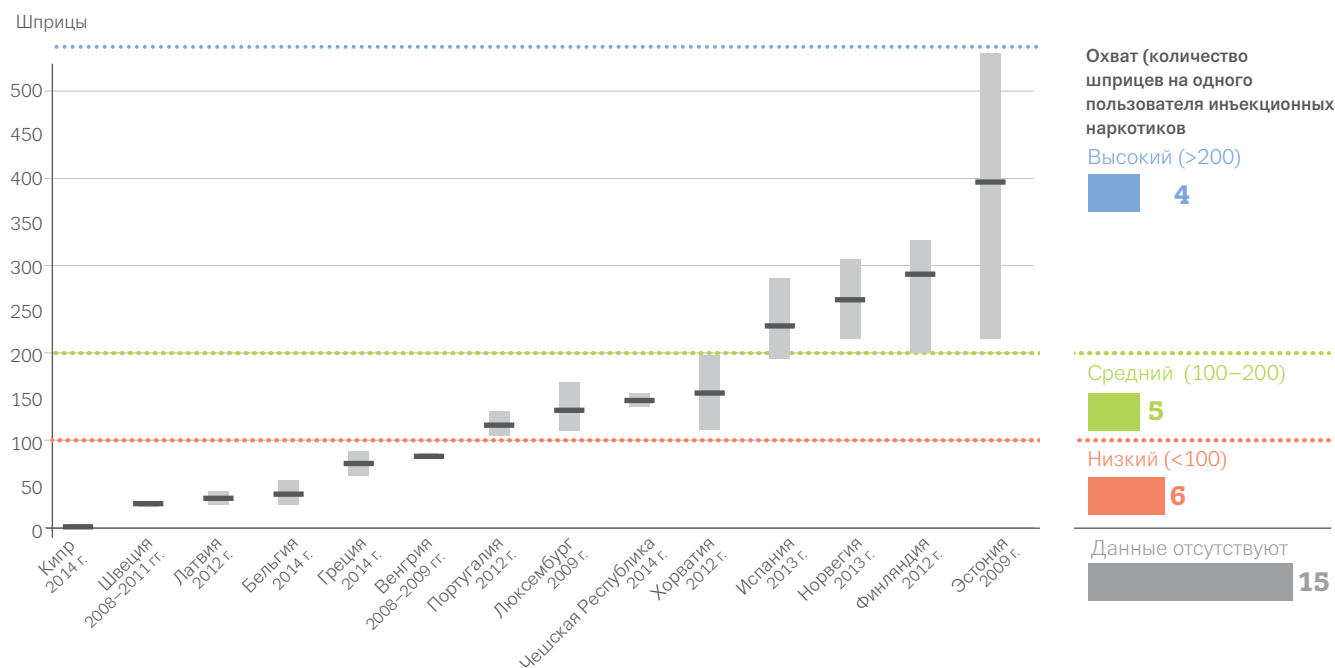
Вирусный гепатит, в особенности инфекция, вызываемая вирусом гепатита С (HCV), широко распространен среди инъекционных наркоманов в Европе. Это заболевание способно привести к ряду серьезных долгосрочных последствий, поскольку HCV-инфекция, которая зачастую усугубляется злоупотреблением алкоголем, по всей вероятности, является основной причиной роста количества заболеваний печени, включая цирроз и рак, среди старшего поколения наркоманов, входящих в группу высокого риска.

Уровень распространения антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови инъекционных наркоманов, свидетельствующий о наличии текущей или прошлой инфекции, в отдельных странах в 2013-2014 гг. варьировался от 15 % до 84 %. При этом в 6 из 13 стран, предоставивших соответствующие данные, этот показатель превышал 50 % (рисунок 3.9). Из общего числа стран, предоставивших данные о национальной тенденции за период с 2006 по 2014 год, в пяти была отмечена тенденция к росту распространения антител к вирусу гепатита С среди инъекционных наркоманов, в то время как на Мальте и в Норвегии наблюдался спад.

Инъекционная наркомания является фактором риска других инфекционных заболеваний, включая гепатит В, столбняк и ботулизм. В Европе были зарегистрированы групповые и единичные случаи заражения раневым ботулизмом среди

РИСУНОК 3.10

Количество шприцев, выданных в рамках специализированной программы, на одного пользователя инъекционных наркотиков (оценочные данные)



Примечание: Данные отображены в виде точечной оценки и интервалов

инъекционных наркоманов, включая случаи заболевания, зафиксированные в Норвегии и Великобритании в период с 2013 по 2015 год. Также часто встречаются случаи бактериального инфицирования места инъекции. Например, в Шотландии в 2015 году была зарегистрирована крупная вспышка инфекций мягких тканей.

Инфекционные заболевания: профилактические мероприятия

Основные подходы, направленные на сокращение количества инфекционных заболеваний, связанных с потреблением наркотиков, среди инъекционных наркоманов, включают назначение опиоидной заместительной терапии, предоставление материалов для инъекций, тестирование и лечение гепатита С и антиретровирусную терапию ВИЧ-инфицированных пациентов.

Заместительная терапия существенно снижает риск заражения инфекциями для инъекционных опиоидных наркоманов. Некоторые аналитические данные свидетельствуют о том, что защитный эффект терапии повышается тогда, когда лечение охватывает большое количество пациентов и сочетается с высоким уровнем распространения среди них шприцев.

Существуют доказательства того, что программы обмена игл и шприцев способны снизить степень риска, связанного с инъекционным потреблением наркотиков, и, таким

образом, могут снизить вероятность распространения ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов. Практически во всех странах существуют специальные пункты, в которых осуществляется бесплатная выдача стерильных принадлежностей для инъекций. При этом географическое распределение пунктов выдачи шприцев, а также данные о количестве выданных шприцев существенно различаются между отдельными странами (рисунок 3.10). Информация о выдаче шприцев в рамках специализированных программ предоставлена 23 странами. Общее количество шприцев, выданных с этих странами в 2014 году, составляет 36 миллионов штук. Этот показатель является заниженным, поскольку несколько крупных стран, например Франция, Германия, Италия и Великобритания, предоставляют неполные данные о выдаче шприцев.

Тестирование и лечение инфекционных заболеваний способно сократить частоту возникновения и уровень распространения инфекций среди наркоманов. В результате тестирования может повыситься личная осведомленность пациента о статусе инфекции и могут быть получены данные, подтверждающие правильность уже пройденного курса лечения. Однако социальное отторжение и изоляция, а также ограниченные знания о скрининге и вариантах терапии по-прежнему являются препятствиями для лечения. Клинические данные свидетельствуют о необходимости инициации антиретровирусной терапии сразу же после диагностики ВИЧ-инфекции, чтобы предотвратить дальнейшее снижение иммунитета.

В свою очередь, при решении проблем, связанных с новыми моделями потребления инъекционных наркотиков и полового поведения в небольших группах мужчин, которые вступают в половые контакты с другими мужчинами, важную роль играют адресные интервенции, направленные на сокращение вреда и обеспечение сексуального здоровья. Большое значение может иметь и установление контактов между наркологическими и сексологическими службами наряду с медицинским просвещением, предоставлением стерильных принадлежностей для инъекций и, в некоторых случаях, с антиретровирусной профилактикой, предшествующей контакту с инфицированным лицом.

Гепатит С: новые виды терапии

Мероприятия, направленные на предотвращение заражения вирусом гепатита С, схожи с профилактикой ВИЧ. Поскольку HCV-инфекция широко распространена среди инъекционных наркоманов, сокращение количества лиц, способных передавать это заболевание, с помощью терапии является важным компонентом полноценного комплекса профилактических мероприятий. Авторы новых европейских рекомендаций советуют назначать терапию гепатита С наркоманам на индивидуальной основе и осуществлять ее в многопрофильном учреждении. С 2013 года доступны полностью пероральные безинтерфероновые режимы терапии препаратами прямого противовирусного действия. Этим видам терапии начинает отводиться ведущая роль в лечении HCV-инфекции. Эти препараты являются высокоэффективными, имеют меньше побочных эффектов, а лечение с их помощью занимает меньше времени, чем на основе лекарств старого поколения. Кроме того, терапия, основанная на применении этих препаратов, может осуществляться специализированными наркологическими службами в амбулаторных условиях, что способно повысить ее эффективность и доступность.

Новые препараты для лечения HCV-инфекции являются более дорогостоящими по сравнению с лекарствами старого поколения. В ходе одного исследования, проводившегося в 21 стране ЕС в 2015 году, специалисты EMCDDA установили, что средняя стоимость трехмесячного курса лечения одним из новых препаратов составляла примерно 60 000 евро, в то время как стоимость терапии на основе препаратов предыдущего поколения варьировалась от 17 000 до 26 000 евро. С учетом высокого уровня распространения HCV-инфекции среди инъекционных наркоманов, обеспечение оптимального доступа к новым перспективным препаратам по-прежнему остается основной задачей политиков.

Здоровье заключенных: потребность в комплексном реагировании

Среди заключенных отмечается больший процент лиц, потребляющих наркотики в течение всей жизни, чем среди основной массы населения. Наркоманам, находящимся в заключении, также свойственны более вредные модели потребления. Эти факты подтверждаются данными недавно проведенных исследований, в ходе которых выяснилось, что от 6 % до 48 % заключенных когда-либо в своей жизни вводили себе инъекционные наркотики. Благодаря высокому уровню распространения наркомании заключенные представляют собой категорию населения со сложными потребностями в медицинском уходе. Таким образом, тщательная оценка состояния здоровья при поступлении в тюрьму является одним из основных видов интервенций для таких лиц. ВОЗ рекомендует комплекс профилактических мер для тюрем, включая бесплатную и добровольную сдачу анализов на наличие инфекционных заболеваний, распространение презервативов и стерильных материалов для инъекций, лечение инфекционных заболеваний и наркозависимости.

Во многих странах установлены партнерские связи между медицинскими службами и поставщиками сообщества, которые обеспечивают медицинское просвещение и лечение заболеваний в тюрьмах, а также непрерывный уход при заключении в тюрьму и освобождении из нее. Доступность опиоидной заместительной терапии в тюрьмах зарегистрирована в 27 из 30 стран, в которых осуществляется мониторинг EMCDDA. Выяснено, что в целом заместительная терапия становится доступной все большему количеству заключенных, что свидетельствует о ее растущей доступности для всего сообщества. Выдача стерильных материалов для инъекций является менее распространенной мерой: наличие программ обмена шприцев в тюрьмах отмечено лишь в трех странах.

Статистика неотложной помощи: картина острых проблем

Данные о неотложной медицинской помощи позволяют составить уникальную картину острых проблем со здоровьем, связанных с потреблением наркотиков. В ходе анализа, проводившегося в 2014 году Европейской сетью мониторинга неотложной помощи, связанной с употреблением наркотиков (Euro-DEN), выяснилось, что наибольший процент из 5409 случаев обращения за помощью приходился на долю мужчин (76 %) и молодых людей (средний возраст для мужчин составлял 32 года, для женщин — 28 лет). Euro-DEN осуществляет мониторинг случаев обращения за неотложной помощью, связанной с потреблением наркотиков, в 16 выбранных (контрольных) больницах, находящихся в 10 странах Европы. С

РИСУНОК 3.11

потреблением героина были связаны 24 % случаев обращения за неотложной помощью, кокаина — 17 %, каннабиса — 16 %.

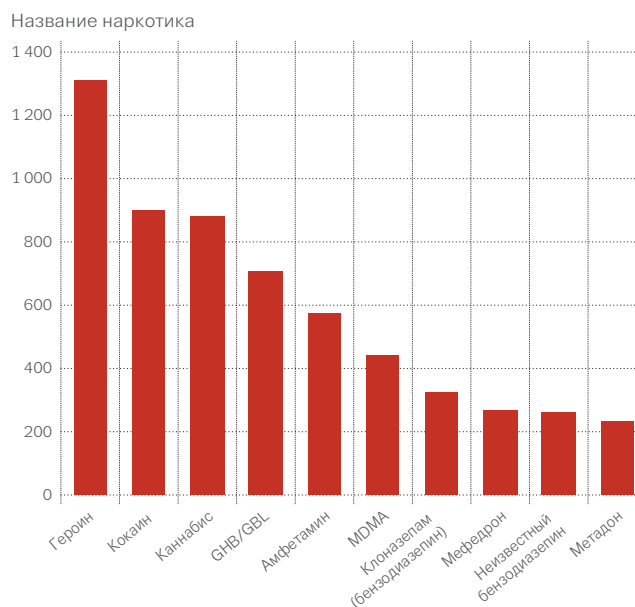
Во многих случаях обращения за неотложной помощью было установлено, что она связана с потреблением нескольких наркотиков: зарегистрировано 8358 идентификаций для 5409 случаев обращения за помощью (рисунок 3.11). Две трети случаев обращения были связаны с потреблением стандартных наркотиков, например героина, кокаина, каннабиса, амфетамина и MDMA; одна четверть — препаратов, отпускаемых по рецепту, или безрецептурных лекарственных средств (как правило, опиоидов и бензодиазепинов); 6 % — новых психотропных веществ. Героин указывался в качестве причины обращения чаще других наркотиков, а также чаще других опиоидов (в 67 % из всех случаев обращения, связанных с опиоидами), затем следовал метадон (12 %) и бупренорфин (5 %). При этом модели употребления зависели от конкретной местности. Свыше трех четвертей всех обращений, связанных с потреблением новых психотропных веществ, пришлось на долю катинона, две трети — мефедрона.

Вид наркотика, с которым были связаны случаи обращения за неотложной помощью, варьировался в зависимости от местности, отражая местные модели рискованного потребления наркотиков. Например, случаи оказания неотложной помощи, связанные с потреблением героина и амфетамина, были наиболее частыми в Осло; гамма-гидроксипропаната/гамма-бутиролактона, кокаина, мефедрона и MDMA — преобладали в Лондоне, воспроизводя местные модели потребления, ассоциирующиеся с ночными развлечениями.

Большинство лиц, обратившихся за помощью в связи с потреблением наркотиков, были выписаны из больницы в течение 12 часов с момента поступления (79 %). Всего было зарегистрировано 27 случаев летального исхода (0,5 % всех случаев обращения за помощью), большинство из них было связано с опиоидами.

Данные о неотложной медицинской помощи позволяют составить уникальную картину острых проблем со здоровьем, связанных с потреблением наркотиков

Десять наркотиков, которые наиболее часто являлись причиной обращения за неотложной помощью в контрольные больницы в 2014 году



Примечание: Результаты 5409 случаев обращения за неотложной помощью в 16 контрольных больниц, находящихся в 10 странах Европы. Источник: Европейская сеть мониторинга неотложной помощи, связанной с употреблением наркотиков (Euro-DEN).

Лишь несколько стран внедрили национальные системы мониторинга, позволяющие анализировать тенденции острой интоксикации вследствие потребления наркотиков. Согласно данным, зарегистрированным в странах с более долгосрочным мониторингом, количество случаев обращения за неотложной помощью, связанных с острой интоксикацией вследствие потребления героина, возрастает в Великобритании и снижается в Чешской Республике и Дании. В двух последних странах отмечается увеличение количества случаев обращения за неотложной помощью в связи с потреблением других опиоидов. Продолжительный рост количества случаев обращения за неотложной помощью, связанных с потреблением каннабиса, зарегистрирован в Испании, в то время как в Нидерландах отмечается увеличение количества случаев обращений в пункты первой помощи на фестивалях в связи с интоксикацией MDMA, а также в связи с острой интоксикацией новым психотропным веществом 4-FA (4-фторамфетамин).

Новые наркотики: угрозы здоровью

Новые вещества связывают с рядом случаев в Европе, когда был нанесен серьезный ущерб здоровью людей, включая случаи острого отравления и летального исхода. Существует также вред, связанный с моделями потребления инъекционных наркотиков, в частности с такими стимуляторами, как мефедрон, альфа-ПВП, MDPV и

пентедрон. Случаи массового отравления, несмотря на свою редкость, способны создать большую нагрузку на систему здравоохранения. В одной подобной ситуации, зарегистрированной в Польше в 2015 году, синтетические каннабиноиды стали причиной более 200 случаев обращения за неотложной помощью в больницы в течение нескольких дней.

С начала 2014 года серьезный вред, связанный с потреблением одного нового вещества, заставил EMCDDA направить 34 оповещения об угрозе общественному здоровью в адрес членов системы раннего оповещения ЕС. В течение этого периода была проведена оценка риска для семи новых веществ. Совсем недавно возникла озабоченность в связи с новыми опиоидами, например ацетилфентанилом, который был включен в совместный отчет EMCDDA и Европола в 2015 году, после того как была установлена его связь с 32 случаями гибели людей. Многие фентанилы являются сильнодействующими и могут продаваться ничего не подозревающим пользователям под видом героина, создавая риск передозировки и летального исхода.

Способы реагирования на новые наркотики: ключевые виды интервенций

По некоторым данным, в целом существующие интервенции для профилактики, лечения и снижения вреда, связанного с потреблением стандартных видов наркотиков, являются достаточными или могут быть с легкостью адаптированы к нуждам пользователей новых наркотиков. Тем не менее, проблемы, связанные с потреблением новых психотропных веществ и других наркотиков, например гамма-гидроксибутирата, кетамина и мефедрона, представляют особые трудности в некоторых условиях, в частности в тюрьмах, сексологических клиниках и «низкопороговых» наркологических службах. В докладах указываются следующие трудности, с которыми сопряжены интервенции для профилактики, лечения и снижения

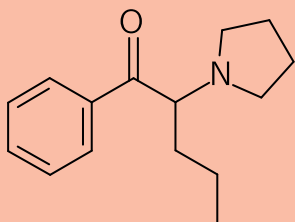
вреда, связанного с потреблением этих веществ: доступ к труднодоступным категориям населения, потребляющим наркотики (например мужчинам, вступающим в половые контакты с другими мужчинами); управление хаотичными моделями потребления инъекционных наркотиков среди уязвимых групп и контроль случаев острой психической реакции, связанных с потреблением новых наркотиков среди заключенных. В этих случаях важную роль играет разработка видов интервенций, сосредоточенных на потреблении новых наркотиков и сопряженном с этим вреде для здоровья, включая, в частности, адресные материалы и консультации по снижению вреда и специализированные рекомендации по лечению.

Смерть от передозировки: рост количества случаев, наблюдающийся в последнее время

Потребление наркотиков является общепризнанной причиной предотвратимых случаев смерти среди взрослого населения Европы. Общий процент смертности, устанавливаемый в результате исследований с участием наркоманов, входящих в группу высокого риска, как правило, составляет 1-2 % в год. Пользователи опиоидов в Европе в 5-10 раз более подвержены риску гибели, чем их «коллеги по цеху» того же возраста и пола. Повышенный уровень смертности среди пользователей опиоидов прежде всего обусловлен передозировкой, однако важную роль играют и другие причины, косвенно связанные с потреблением наркотиков: инфекции, несчастные случаи, насилие и самоубийство.

В Европе передозировка наркотиков по-прежнему остается основной причиной смерти среди наркоманов, при этом свыше трех четвертей жертв передозировки приходится на долю мужчин (78 %). В большинстве европейских стран тенденция к росту количества смертей от передозировки наблюдалась в период с 2003 года примерно до 2008-2009 гг., когда общий уровень начал впервые падать.

Оценка риска для альфа-ПВП



В ноябре 2015 года на европейском уровне была проведена оценка риска для альфа-ПВП (альфа-пирролидинопентиофенона). Альфа-ПВП — это синтетический катинон и сильнодействующий психостимулятор, обладающий схожим с MDPV действием. Альфа-ПВП доступен на европейском рынке наркотических препаратов по крайней мере с февраля 2011 года и был обнаружен во всех 28 государствах — членах ЕС. Установлена связь этого препарата с 191 случаем острого отравления и 115 случаями смерти. Альфа-ПВП являлся основной причиной либо способствующим фактором в 20 % из указанных случаев смерти; в пяти из них этот препарат был единственным наркотиком, обнаруженным в организме людей.

К интерпретации данных о передозировке, в особенности общеευропейских показателей, следует подходить с осторожностью. Это объясняется регулярным занижением показателей в некоторых странах, а также процессами регистрации, в результате которых данные предоставляются с задержкой. Таким образом, предварительное минимальное значение представлено ежегодными оценочными данными. По некоторым данным, в 2014 году в Европейском союзе произошло не менее 6800 случаев гибели людей от передозировки. Это количество выше пересмотренного показателя за 2013 год, и, как и в прошлые годы, доля Великобритании (36 %) и Германии (15 %) вместе взятых является самой большой. Последние данные, предоставленные рядом стран, которые обладают сравнительно надежными системами отчетности, в частности Ирландией, Литвой и Великобританией, свидетельствуют о явном росте этого показателя. Заметная тенденция к росту наблюдается и в Швеции, хотя частично это может объясняться включением в статистику лиц в возрасте 50 лет и старше, гибель которых не связана с потреблением запрещенных наркотических средств. В Турции также отмечается существенный рост, однако в определенной степени это может являться результатом совершенствования процедур отчетности.

Свидетельствуя о том, что стареющее поколение европейских пользователей опиоидов наиболее подвержено риску смерти от передозировки, зарегистрированное количество случаев гибели от передозировки в период с 2006 по 2014 год увеличилось в старших возрастных группах и уменьшилось в младших. Однако в некоторых странах недавно отмечался небольшой рост количества случаев смерти от передозировки среди лиц в возрасте до 25 лет.

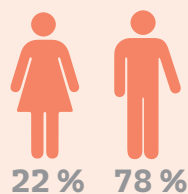
Присутствие героина и его метаболитов, зачастую в комбинации с другими веществами, отмечалось в большинстве случаев смертельной передозировки, зарегистрированных в Европе. В токсикологических отчетах регулярно фигурируют и другие опиоиды, включая метадон, бупренорфин, фентанилы и трамадол, с которыми связывают значительное количество случаев смерти от передозировки в некоторых странах. К примеру, в Великобритании (Англии и Уэльсе) в 394 из 1786 смертельных случаев, связанных с употреблением опиоидов и зарегистрированных в 2014 году, фигурировал метадон, в 240 — трамадол. К числу других стран, в которых передозировка опиоидов, за исключением героина, сыграла фатальную роль, относятся Франция, Ирландия (преимущественно метадон) и Финляндия, где в 2014 году было отмечено 75 случаев передозировки бупренорфина.

Употребление таких стимуляторов, как кокаин, амфетамины, MDMA и катиноны, привело к меньшему количеству случаев смерти от передозировки в Европе, хотя их доля варьируется в зависимости от страны. В Великобритании (Англии и Уэльсе) количество смертельных случаев, связанных с потреблением кокаина, выросло со 169 в 2013 году до 247 в 2014 году. В Испании, где в течение нескольких лет сохранялся стабильный уровень количества смертей, связанных с потреблением

Пользователи опиоидов в Европе в 5-10 раз более подвержены риску гибели, чем их «коллеги по цеху»

УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННЫЙ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Характеристики



Средний возраст в момент смерти

38

Количество смертельных случаев при наличии в организме опиоидов

82 %

Возраст в момент смерти



Динамика изменения количества случаев смерти от передозировки

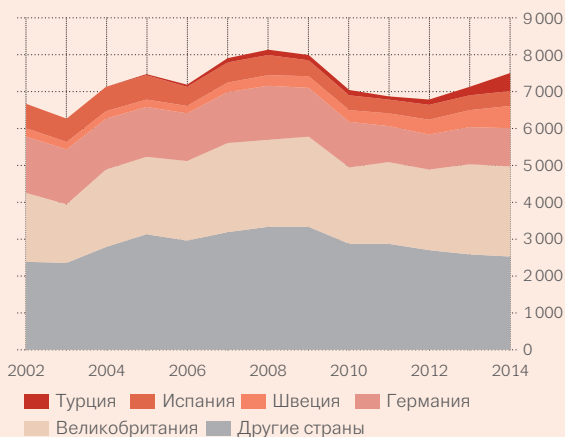
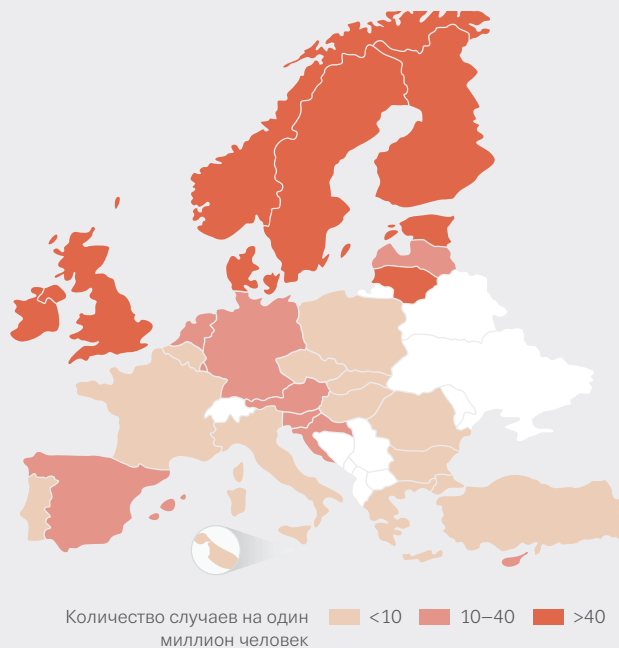
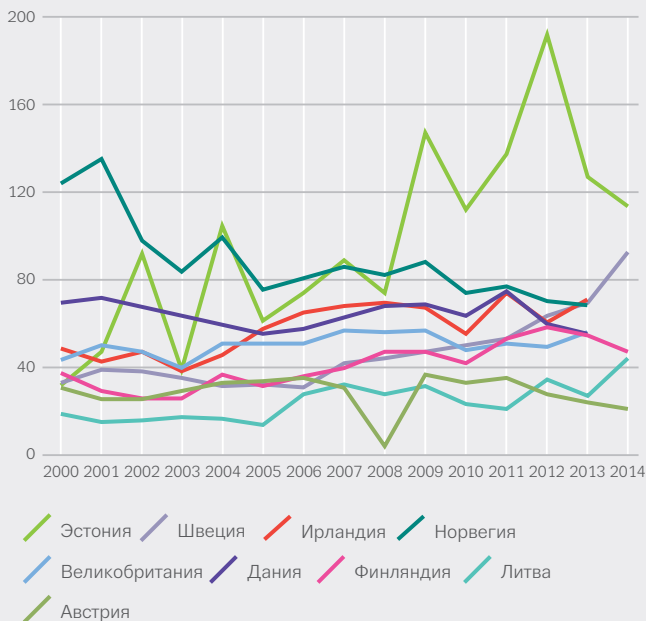


РИСУНОК 3.12

Уровень смертности, связанный с потреблением наркотиков, среди взрослого населения (от 15 до 64 лет): отдельные тенденции и последние данные

Количество случаев на один миллион человек



Примечание: Тенденции в девяти странах, где были зарегистрированы самые высокие показатели в 2013 или 2014 году.

кокаина, в 2013 году этот наркотик являлся второй по уровню распространения причиной смерти от передозировки (236 случаев).

Самый высокий процент смертности — в Северной Европе

По некоторым данным, в 2014 году уровень смертности от передозировки в Европе составлял 18,3 случая на один миллион жителей в возрасте от 15 до 64 лет. Показатели сильно различаются между отдельными странами и подвержены влиянию таких факторов, как уровень распространения и модели потребления наркотиков, а также методологических проблем, например занижению и практикам шифрования. Показатели, превышающие 40 смертельных случаев на один миллион жителей, были зарегистрированы в 8 странах. Самый высокий уровень смертности отмечается в Эстонии (113 случаев на один миллион жителей), Швеции (93 случая) и Ирландии (71 случай) (рисунок 3.12). Последние данные свидетельствуют о различных тенденциях.

Предотвращение случаев передозировки и смерти, связанной с потреблением наркотиков

Сокращение количества случаев смертельной передозировки и смерти по другим причинам, связанным с

потреблением наркотиков, является одной из основных задач в области здравоохранения в Европе. Адресные меры реагирования в этой сфере сосредоточены на предотвращении случаев передозировки и на повышении уровня выживаемости после передозировки. Лекарственная терапия, в частности опиоидная заместительная терапия, предотвращает случаи передозировки и снижает риск смертности пользователей, находящихся на лечении. Для предотвращения случаев передозировки и оказания профессиональной помощи в случае передозировки создаются специальные контролируемые пункты потребления наркотиков. В настоящее время 70 подобных пунктов действуют в шести странах.

Налоксон — это опиоидный антагонист, способный обратить действие наркотика при передозировке, который применяется в отделениях интенсивной терапии, а также персоналом службы скорой помощи. В последние годы налоксон все чаще стали выдавать на руки пользователям опиоидов, их супругам, друзьям и членам их семей, одновременно обучая пользователей наркотиков распознавать и реагировать на передозировку. Налоксон также стал доступен для использования персоналом тех служб, которые регулярно контактируют с пользователями наркотиков. В рамках недавнего европейского обзора было выяснено, что программы выдачи налоксона действуют в восьми европейских странах. «Налоксоновые наборы», как правило, предоставляются наркологическими и

медицинскими службами в виде наполненных лекарством шприцев, при этом в Норвегии и Дании существуют адаптеры для интраназального введения препарата.

В рамках недавнего систематического обзора эффективности выдаваемого налоксона было выяснено, что образовательные мероприятия и тренинги, сопровождающиеся выдачей налоксона, снижают уровень смертности от передозировки. Подобные меры могут оказаться особенно полезными для некоторых категорий населения, подверженных повышенному риску передозировки, в частности для лиц, недавно освободившихся из мест лишения свободы. В рамках оценки национальной программы выдачи налоксона в Шотландии было выяснено, что благодаря этому препарату процент смертельных случаев, связанных с потреблением опиоидов и произошедших в течение одного месяца после освобождения пострадавших из мест лишения свободы, сократился на 36 %.

Службы сокращения спроса на наркотики: стандарты качества

По мере того как службы сокращения спроса на наркотики набирают популярность, все больше внимания стало уделяться качеству услуг, что в итоге привело к принятию Советом ЕС в сентябре 2015 года «Минимальных стандартов качества в области сокращения спроса на наркотики в Европейском союзе». Шестнадцать стандартов в области профилактики, снижения вреда и социальной реинтеграции устанавливают минимальные эталоны качества для интервенций. Эти недавно принятые стандарты являются большим достижением в области борьбы с наркотиками на уровне ЕС и объединяют специальные знания и процессы принятия политических решений, существующие в 28 странах. Стандарты аргументируют необходимость в том, чтобы интервенции были основаны на фактах и чтобы персонал получал необходимую подготовку. Они также способствуют распространению передового опыта на европейском уровне и содействуют обмену знаниями.

Понимание расходов на мероприятия, связанные с наркотиками

Понимание расходов на мероприятия, связанные с наркотиками, является одним из основных аспектов оценки политики в этой области. И все же доступная информация о подобных расходах в Европе, которые несут местные и государственные бюджеты, по-прежнему является скудной и противоречивой. В 18 странах, которые предоставили данные за последние 10 лет, приблизительные расходы государственного бюджета, связанные с наркотиками, составляют 0,01 %-0,5 % валового внутреннего продукта (ВВП). При этом от 15 % до 53 % всех расходов государственного бюджета, связанных с наркотиками, приходится на интервенции в сфере здравоохранения.

В ходе недавнего исследования выяснилось, что средняя стоимость стационарного лечения заболеваний, связанных с потреблением наркотиков, в 15 странах, предоставивших соответствующие данные, составляет 0,013 % ВВП. Однако этот процент сильно варьируется между отдельными странами. Для более глубокой оценки расходов на лечение заболеваний, связанных с потреблением наркотиков, в условиях стационара потребуется более регулярная регистрация случаев обращения за неотложной помощью.

ПОДРОБНЕЕ

Публикации EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Risk assessments reports
MT-45 [Council Decision 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Council Decision 2015/1873/EU].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Risk assessment reports
MDPV [Council Decision 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Council Decision 2015/1875/EU].
AH-7921 [Council Decision 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Council Decision 2015/1876/EU].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

Risk assessment report Mephedrone [Council Decision 2010/759/EU].

Совместные публикации EMCDDA и ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Все публикации доступны на сайте
www.emcdda.europa.eu/publications

Приложение

Национальные оценочные данные об уровне распространения наркомании, включая уровень потребления опиоидов, сопряженного с высоким риском; уровень распространения заместительной терапии, количество лиц, вступающих в программы лечения наркомании; уровень распространения инъекционной наркомании, уровень смертности, связанный с потреблением наркотиков; уровень распространения инфекционных заболеваний, связанных с потреблением наркотиков; статистику выдачи шприцев и конфискации наркотических препаратов. Данные взяты из и входят в подгруппу данных Статистического бюллетеня EMCDDA за 2016 год, в котором приведены примечания и метаданные. Данные относятся к 2014 году, если не указано иное.

ТАБЛИЦА А1

ОПИОИДЫ

Страна	Оценочные данные об уровне потребления опиоидов, сопряженном с высоким риском		Количество лиц, вступивших в программы лечения в течение года						Доля пациентов, потребляющих опиоиды, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения
			Доля пациентов, потребляющих опиоиды, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения			Доля пациентов, потребляющих опиоиды инъекционным путем (основной способ потребления)			
			Общее количество лиц, вступивших в программы лечения	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения	Количество лиц, проходивших лечение ранее	Общее количество лиц, вступивших в программы лечения	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения	Количество лиц, проходивших лечение ранее	
Год, для которого проводилась оценка	количество случаев на 1000 человек	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	общее количество	
Бельгия	–	–	28.9 (3 079)	11.5 (434)	37.5 (2 352)	18.4 (541)	12 (51)	19.3 (431)	17 026
Болгария	–	–	84.8 (1 530)	64.5 (207)	96 (932)	73 (772)	69.9 (116)	75.5 (580)	3 414
Чешская Республика	2014	1.4–1.8	17 (1 720)	7 (333)	25.9 (1 387)	82.6 (1 412)	79.8 (264)	83.2 (1 148)	4 000
Дания	–	–	17.5 (663)	7.1 (102)	26.3 (502)	33.9 (193)	23 (20)	–	2 600
Германия	2013	2.7–3.2	34.9 (29 655)	13.1 (3 304)	44 (26 351)	34.1 (11 225)	32.2 (1 460)	34.4 (9 765)	77 500
Эстония	–	–	90 (253)	89.5 (51)	97.3 (179)	78.8 (197)	64.7 (33)	83.2 (149)	919
Ирландия	–	–	49.8 (4 745)	27.5 (1 036)	65.5 (3 456)	42.2 (1 908)	35.7 (362)	43.6 (1 441)	9 764
Греция	2014	2.1–2.8	69.2 (3 250)	55.3 (1 060)	78.9 (2 176)	33.4 (1 078)	27.7 (291)	36.3 (786)	10 226
Испания	2013	1.6–2.5	24.8 (12 863)	10.9 (3 066)	42.1 (9 515)	15.8 (1 916)	9.9 (282)	17.7 (1 608)	61 954
Франция	2013–14	4.4–7.4	30.5 (12 634)	13.8 (1 240)	44.5 (8 662)	19.9 (2 119)	13.8 (155)	22 (1 620)	161 388
Хорватия	2010	3.2–4	79.9 (6 241)	19.9 (210)	89 (5 516)	73.3 (4 529)	44.9 (88)	74.3 (4 063)	6 867
Италия	2014	4.6–5.8	56 (28 671)	40.6 (7 416)	64.5 (21 255)	47.2 (13 209)	45.9 (2 992)	58.4 (10 217)	75 964
Кипр	2014	1.5–2.4	25.4 (271)	11.5 (65)	42.2 (204)	56.8 (154)	50.8 (33)	59.3 (121)	178
Латвия	2014	3.4–7.5	46.2 (382)	24.7 (102)	67.8 (280)	91 (343)	87.1 (88)	92.4 (255)	518
Литва	2007	2.3–2.4	88.2 (1 905)	66.6 (227)	92.6 (1 665)	84.4 (1 607)	84.6 (192)	84.3 (1 402)	585
Люксембург	2007	5–7.6	53.9 (146)	46.4 (13)	51 (100)	50.3 (72)	15.4 (2)	52 (51)	1 121
Венгрия	2010–11	0.4–0.5	4.2 (196)	1.6 (51)	9.5 (118)	60.2 (109)	55.1 (27)	63.5 (73)	745
Мальта	2014	5.3–6.2	72.8 (1 277)	27.5 (58)	79 (1 219)	63.4 (786)	47.3 (26)	64.1 (760)	1 013
Нидерланды	2012	1.1–1.5	10.5 (1 113)	5.7 (346)	16.9 (767)	6.5 (44)	9.3 (18)	5.4 (26)	7 569
Австрия	2013	4.9–5.1	50.8 (1 737)	29.2 (435)	67.3 (1 302)	35.9 (479)	23.1 (79)	40.3 (400)	17 272
Польша	2009	0.4–0.7	14.8 (1 061)	4.7 (162)	25 (877)	61.5 (632)	39.1 (61)	65.1 (555)	2 586
Португалия	2012	4.2–5.5	53.8 (1 538)	26.3 (357)	78.8 (1 180)	18.3 (255)	12.5 (39)	19.9 (216)	16 587
Румыния	–	–	41.8 (1 094)	15.1 (211)	74 (852)	92.4 (1 007)	85.7 (180)	94 (799)	593
Словения	2013	3.4–4.1	75.9 (318)	55.5 (61)	83.1 (250)	32.3 (101)	20.7 (12)	35.7 (89)	3 190
Словакия	2008	1–2.5	21.9 (543)	12.7 (147)	30.5 (387)	71.2 (376)	55.9 (81)	76.8 (288)	375
Финляндия	2012	3.8–4.5	57.8 (372)	41.9 (111)	68.9 (261)	79.1 (291)	68.2 (75)	83.7 (216)	3 000
Швеция	–	–	24.7 (7 737)	14.7 (1 680)	30.2 (5 838)	62.1 (175)	20 (4)	47.4 (27)	3 502
Великобритания	2010–11	7.9–8.4	52.1 (50 592)	23.2 (7 911)	68 (42 045)	33.3 (15 380)	20.8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Турция	2011	0.2–0.5	70.3 (7 476)	61.1 (3 420)	80.6 (4 056)	30 (2 243)	20.5 (702)	38 (1 541)	28 656
Норвегия	2013	2–4.2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Европейский союз	–	–	39.2 (175 586)	18.6 (30 396)	52.6 (139 628)	37.8 (60 910)	31.4 (8 248)	40.4 (50 978)	644 324
ЕС, Турция и Норвегия	–	–	39.6 (185 036)	20.0 (33 816)	53.2 (143 684)	37.4 (63 153)	30.2 (8 950)	40.3 (52 519)	680 413

Данные о пациентах, проходящих заместительную терапию, относятся к 2014 году или более позднему периоду, для которого они доступны: Дания и Финляндия — 2011 г.; Турция — 2012 г.; Испания и Мальта — 2013 г.; данные для Ирландии основаны на данных переписи населения от 31 декабря 2013 г.

ТАБЛИЦА А2

КОКАИН

Страна	Оценочные данные об уровне распространения				Количество лиц, вступивших в программы лечения в течение года					
	Общая масса населения			Школьники	Доля пациентов, потребляющих кокаин, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения			Доля пациентов, потребляющих кокаин инъекционным путем (основной способ потребления)		
	Год исследования	В течение всей жизни, взрослые (от 15 до 64 лет) %	В течение последних 12 месяцев, молодежь (от 15 до 34 лет) %		В течение всей жизни, учащиеся (15-16 лет) %	Общее количество лиц, вступивших в программы лечения	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения	Количество лиц, проходивших лечение ранее	Общее количество пациентов	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения
	%	%	%	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	
Бельгия	2013	–	0.9	2	17 (1 809)	16.7 (628)	16.9 (1 058)	4.9 (84)	1.2 (7)	6.1 (60)
Болгария	2012	0.9	0.3	4	1.6 (29)	6.5 (21)	0.8 (8)	7.1 (2)	0 (0)	25 (2)
Чешская Республика	2014	0.9	0.6	1	0.3 (27)	0.3 (12)	0.3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Дания	2013	5.2	2.4	2	5.1 (193)	5.8 (84)	5.2 (99)	10.1 (17)	0 (0)	–
Германия	2012	3.4	1.6	3	5.9 (4 978)	5.3 (1 340)	6.1 (3 638)	16.9 (2 650)	7.8 (292)	19.8 (2 358)
Эстония	2008	–	1.3	2	0.4 (1)	–	–	–	–	–
Ирландия	2011	6.8	2.8	3	8.7 (828)	11.2 (424)	6.8 (358)	1.4 (11)	0.5 (2)	2.6 (9)
Греция	2004	0.7	0.2	1	5.1 (239)	5.2 (100)	5 (139)	14.7 (35)	6 (6)	21 (29)
Испания	2013	10.3	3.3	3	38.2 (19 848)	38 (10 734)	38.6 (8 726)	2.3 (426)	1.2 (128)	3.5 (291)
Франция	2014	5.4	2.4	4	6.1 (2 530)	5.4 (489)	7.7 (1 508)	9.9 (224)	2.6 (12)	13.7 (186)
Хорватия	2012	2.3	0.9	2	1.7 (132)	3.1 (33)	1.5 (90)	3.1 (4)	3.4 (1)	3.3 (3)
Италия	2014	7.6	1.8	2	23.7 (12 165)	27.4 (5 006)	21.7 (7 159)	6.2 (739)	4.7 (227)	7.4 (512)
Кипр	2012	1.3	0.6	4	10.3 (110)	7.1 (40)	14.1 (68)	9.2 (10)	7.5 (3)	10.4 (7)
Латвия	2011	1.5	0.3	4	0.7 (6)	1.2 (5)	0.2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Литва	2012	0.9	0.3	2	0.2 (5)	0.3 (1)	0.2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Люксембург	–	–	–	–	19.9 (54)	25 (7)	18.4 (36)	34.7 (17)	50 (3)	31.4 (11)
Венгрия	2007	0.9	0.4	2	1.8 (86)	1.9 (59)	1.9 (23)	5.9 (5)	1.7 (1)	17.4 (4)
Мальта	2013	0.5	–	4	15.9 (279)	40.3 (85)	12.6 (194)	21.9 (60)	9.4 (8)	27.5 (52)
Нидерланды	2014	5.1	3.0	2	26.3 (2 791)	22 (1 344)	31.9 (1 447)	0.2 (4)	0.1 (1)	0.3 (3)
Австрия	2008	2.2	1.2	–	8.4 (288)	9.7 (145)	7.4 (143)	4.2 (10)	1.6 (2)	7.2 (8)
Польша	2014	1.3	0.4	3	1.4 (98)	1.3 (44)	1.5 (51)	1.1 (1)	0 (0)	2.1 (1)
Португалия	2012	1.2	0.4	4	13.5 (385)	17.5 (237)	9.8 (147)	5.7 (20)	2.8 (6)	10.4 (14)
Румыния	2013	0.8	0.2	2	0.8 (21)	1.1 (15)	0.5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Словения	2012	2.1	1.2	3	6 (25)	5.5 (6)	6.3 (19)	62.5 (15)	16.7 (1)	77.8 (14)
Словакия	2010	0.6	0.4	1	0.9 (23)	1.4 (16)	0.6 (7)	4.3 (1)	6.3 (1)	0 (0)
Финляндия	2014	1.9	1.0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Швеция	2008	3.3	1.2	1	0.9 (284)	1.6 (189)	0.5 (87)	3.1 (1)	0 (0)	0 (0)
Великобритания ⁽¹⁾	2014	9.8	4.2	2	12.6 (12 236)	16.9 (5 752)	10.4 (6 399)	1.4 (161)	0.3 (16)	2.3 (144)
Турция	–	–	–	–	1.3 (134)	1.2 (66)	1.4 (68)	–	–	–
Норвегия	2014	5.0	2.3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Европейский союз	–	5.1	1.9	–	13.3 (59 470)	16.4 (26 816)	11.8 (31 430)	6.7 (4 498)	2.6 (717)	9.8 (3 709)
ЕС, Турция и Норвегия	–	–	–	–	12.8 (59 688)	15.9 (26 882)	11.6 (31 498)	6.7 (4 498)	2.6 (717)	9.7 (3 709)

Оценочные данные об уровне распространения для школьников взяты из национальных школьных исследований либо из проекта ESPAD.

⁽¹⁾ Оценочные данные об уровне распространения для общей массы населения относятся только к Англии и Уэльсу.

ТАБЛИЦА АЗ

АМФЕТАМИНЫ

Страна	Оценочные данные об уровне распространения				Количество лиц, вступивших в программы лечения в течение года					
	Общая масса населения			Школьники	Доля пациентов, потребляющих кокаин, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения			Доля пациентов, потребляющих кокаин инъекционным путем (основной способ потребления)		
	Год исследования	В течение всей жизни, взрослые (от 15 до 64 лет) %	В течение последних 12 месяцев, молодежь (от 15 до 34 лет) %		В течение всей жизни, учащиеся (15-16 лет) %	Общее количество лиц, вступивших в программы лечения	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения	Количество лиц, проходивших лечение ранее	Общее количество пациентов	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения
	%	%	%	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	% (от общего количества)	
Бельгия	2013	–	0.5	2	9.8 (1 047)	9.4 (353)	10.7 (669)	12.6 (128)	5.3 (18)	–
Болгария	2012	1.2	1.3	5	4.7 (84)	15.9 (51)	1.6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Чешская Республика	2014	2.6	2.3	2	69.7 (7 033)	75.1 (3 550)	65 (3 483)	78.1 (5 446)	73.8 (2 586)	82.6 (2 860)
Дания	2013	6.6	1.4	2	9.5 (358)	10.3 (149)	8.9 (170)	3.1 (9)	0 (0)	–
Германия	2012	3.1	1.8	4	16.1 (13 664)	19.3 (4 860)	14.7 (8 804)	1.5 (277)	0.9 (55)	1.8 (222)
Эстония	2008	–	2.5	3	3.9 (11)	3.5 (2)	1.6 (3)	72.7 (8)	100 (2)	66.7 (2)
Ирландия	2011	4.5	0.8	2	0.6 (55)	0.8 (30)	0.5 (24)	5.5 (3)	3.3 (1)	8.3 (2)
Греция	2004	0.1	0.1	2	0.4 (18)	0.7 (13)	0.2 (5)	22.2 (4)	30.8 (4)	0 (0)
Испания	2013	3.8	1.2	1	1.3 (671)	1.4 (391)	1.2 (261)	1.2 (8)	0.8 (3)	1.6 (4)
Франция	2014	2.2	0.7	4	0.6 (232)	0.7 (66)	0.5 (96)	8.2 (16)	9.7 (6)	11.4 (9)
Хорватия	2012	2.6	1.6	1	1.2 (96)	2.7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Италия	2014	2.8	0.6	1	0.2 (83)	0.3 (57)	0.1 (26)	6.1 (5)	7.1 (4)	4.3 (1)
Кипр	2012	0.7	0.4	4	4.3 (46)	3.5 (20)	5.4 (26)	4.3 (2)	5 (1)	3.8 (1)
Латвия	2011	2.2	0.6	4	13.9 (115)	15 (62)	12.8 (53)	63.1 (70)	66.7 (40)	58.8 (30)
Литва	2012	1.2	0.5	3	3.4 (73)	8.2 (28)	2.3 (42)	32.9 (24)	32.1 (9)	35.7 (15)
Люксембург	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Венгрия	2007	1.8	1.2	6	12.5 (584)	12.3 (383)	12.4 (154)	13 (74)	9.6 (36)	22.2 (34)
Мальта	2013	0.3	–	3	0.2 (4)	–	0.3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Нидерланды	2014	4.4	2.9	1	6.6 (702)	6.2 (376)	7.2 (326)	0.8 (3)	0 (0)	1.8 (3)
Австрия	2008	2.5	0.9	–	4.6 (157)	5.9 (88)	3.6 (69)	5.3 (7)	5.2 (4)	5.4 (3)
Польша	2014	1.7	0.4	4	28.1 (2 019)	27.7 (956)	29.5 (1 036)	4.8 (91)	2.3 (21)	7.5 (70)
Португалия	2012	0.5	0.1	3	0 (1)	0.1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Румыния	2013	0.3	0.1	2	0.2 (4)	0.2 (3)	0.1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Словения	2012	0.9	0.8	2	0.5 (2)	–	0.7 (2)	–	–	–
Словакия	2010	0.5	0.3	1	42.7 (1 060)	47.8 (553)	38.9 (493)	32.8 (337)	26.1 (140)	40.3 (194)
Финляндия	2014	3.4	2.4	–	12.1 (78)	13.2 (35)	11.3 (43)	84.2 (64)	80 (28)	87.8 (36)
Швеция	2008	5	1.3	1	0.5 (141)	–	–	–	–	–
Великобритания (¹)	2014	10.3	1.1	1	2.9 (2 830)	3.7 (1 250)	2.5 (1 540)	21.6 (464)	12.2 (101)	27.6 (354)
Турция	2011	0.1	0.1	2	0.3 (27)	0.4 (21)	0.1 (6)	–	–	–
Норвегия (²)	2014	4.1	1.1	1	13.4 (1 147)	–	–	–	–	–
Европейский союз	–	3.6	1	–	7 (31 168)	8.2 (13 305)	6.6 (17 411)	20.8 (7 139)	22.5 (3 059)	19.7 (3 950)
ЕС, Турция и Норвегия	–	–	–	–	6.9 (32 342)	7.9 (13 326)	6.5 (17 417)	20.8 (7 139)	22.4 (3 059)	19.7 (3 950)

Термин «амфетамины» относится к амфетамину и метамфетамину.

Оценочные данные об уровне распространения для школьников взяты из национальных школьных исследований либо из проекта ESPAD.

(¹) Оценочные данные об уровне распространения для общей массы населения относятся только к Англии и Уэльсу.

(²) Термин «лица, вступившие в программы лечения» относится к пациентам, заявившим о потреблении других стимуляторов, отличных от кокаина, в дополнение к амфетаминам.

ТАБЛИЦА А4

MDMA

Страна	Оценочные данные об уровне распространения				Количество лиц, вступивших в программы лечения в течение года		
	Год исследования	Общая масса населения		Школьники	Доля пациентов, потребляющих MDMA, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения		
		В течение всей жизни, взрослые (от 15 до 64 лет) %	В течение всей жизни, учащиеся (15-16 лет) %	В течение всей жизни, учащиеся (15-16 лет) %	Общее количество пациентов % (от общего количества)	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения % (от общего количества)	Количество лиц, проходивших лечение ранее % (от общего количества)
Бельгия	2013	–	0.8	2	0.6 (65)	0.9 (34)	0.5 (31)
Болгария	2012	2.0	2.9	4	0.2 (3)	0.6 (2)	0.1 (1)
Чешская Республика	2014	6.0	3.6	3	0 (4)	0.1 (3)	0 (1)
Дания	2013	2.3	0.7	1	0.3 (13)	0.5 (7)	0.3 (5)
Германия	2012	2.7	0.9	2	–	–	–
Эстония	2008	–	2.3	3	–	–	–
Ирландия	2011	6.9	0.9	2	0.6 (56)	1 (37)	0.3 (18)
Греция	2004	0.4	0.4	2	0.1 (4)	0.1 (1)	0.1 (3)
Испания	2013	4.3	1.5	1	0.4 (201)	0.6 (167)	0.1 (27)
Франция	2014	4.2	2.3	3	0.4 (148)	0.6 (57)	0.3 (63)
Хорватия	2012	2.5	0.5	2	0.4 (32)	1.3 (14)	0.3 (17)
Италия	2014	3.1	1.0	1	0.3 (147)	0.3 (48)	0.3 (99)
Кипр	2012	0.9	0.3	3	0.1 (1)	–	0.2 (1)
Латвия	2011	2.7	0.8	4	0.4 (3)	0.7 (3)	0 (0)
Литва	2012	1.3	0.3	2	0 (1)	0 (0)	0.1 (1)
Люксембург	–	–	–	–	–	–	–
Венгрия	2007	2.4	1.0	4	1.7 (82)	1.8 (55)	1.9 (23)
Мальта	2013	0.7	–	3	0.9 (16)	–	1 (16)
Нидерланды	2014	7.4	5.5	4	0.4 (45)	0.7 (40)	0.1 (5)
Австрия	2008	2.3	1.0		0.8 (27)	1.3 (19)	0.4 (8)
Польша	2014	1.6	0.9	2	0.2 (11)	0.1 (5)	0.2 (6)
Португалия	2012	1.3	0.6	3	0.2 (5)	0.4 (5)	0 (0)
Румыния	2013	0.9	0.3	2	0.5 (14)	1 (14)	0 (0)
Словения	2012	2.1	0.8	2	–	–	–
Словакия	2010	1.9	0.9	1	0.1 (2)	0.1 (1)	0.1 (1)
Финляндия	2014	3.0	2.5	2	0.2 (1)	0 (0)	0.3 (1)
Швеция	2008	2.1	1.0	1	–	–	–
Великобритания (¹)	2014	9.2	3.5	3	0.3 (302)	0.6 (200)	0.2 (97)
Турция	2011	0.1	0.1	2	1 (103)	1.3 (74)	0.6 (29)
Норвегия	2014	2.3	0.4	1	–	–	–
Европейский союз	–	3.9	1.7	–	0.3 (1 184)	0.4 (712)	0.2 (424)
ЕС, Турция и Норвегия	–	–	–	–	0.3 (1 287)	0.5 (786)	0.2 (453)

Оценочные данные об уровне распространения для школьников взяты из национальных школьных исследований либо из проекта ESPAD.

(¹) Оценочные данные об уровне распространения для общей массы населения относятся к Англии и Уэльсу.

ТАБЛИЦА А5

КАННАБИС

Страна	Оценочные данные об уровне распространения				Количество лиц, вступивших в программы лечения в течение года		
	Общая масса населения			Школьники	Доля пациентов, потребляющих каннабис, в общем количестве лиц, вступивших в программы лечения		
	Год исследования	В течение всей жизни, взрослые (от 15 до 64 лет) %	В течение последних 12 месяцев, молодежь (от 15 до 34 лет) %	В течение всей жизни, учащиеся (15-16 лет) %	Общее количество лиц, вступивших в программы лечения % (от общего количества)	Количество лиц, впервые вступивших в программы лечения % (от общего количества)	Количество лиц, проходивших лечение ранее % (от общего количества)
Бельгия	2013	15	10.1	21	32.9 (3 501)	52.8 (1 984)	22.4 (1 403)
Болгария	2012	7.5	8.3	22	3.2 (58)	8.4 (27)	0.7 (7)
Чешская Республика	2014	28.7	23.9	42	11.8 (1 195)	16.4 (776)	7.8 (419)
Дания	2013	35.6	17.6	18	63.4 (2 397)	72.6 (1 048)	55.5 (1 061)
Германия	2012	23.1	11.1	19	37.9 (32 225)	57.5 (14 458)	29.7 (17 767)
Эстония	2008	–	13.6	24	3.2 (9)	7 (4)	0.5 (1)
Ирландия	2011	25.3	10.3	18	27.8 (2 645)	44.9 (1 696)	16 (847)
Греция	2004	8.9	3.2	8	22.3 (1 046)	36.5 (699)	12.3 (338)
Испания	2013	30.4	17.0	27	32.6 (16 914)	45.7 (12 912)	15.9 (3 585)
Франция	2014	40.9	22.1	39	58 (24 003)	76.7 (6 897)	42.3 (8 248)
Хорватия	2012	15.6	10.5	18	14.1 (1 103)	64.4 (679)	6.5 (401)
Италия	2014	31.9	19.0	20	18.2 (9 321)	28.8 (5 267)	12.3 (4 054)
Кипр	2012	9.9	4.2	7	59.4 (634)	77.2 (436)	37.7 (182)
Латвия	2011	12.5	7.3	24	32.6 (269)	50.8 (210)	14.3 (59)
Литва	2012	10.5	5.1	20	4.3 (92)	14.7 (50)	2.3 (42)
Люксембург	–	–	–	–	25.5 (69)	28.6 (8)	29.6 (58)
Венгрия	2007	8.5	5.7	19	55.5 (2 603)	61.2 (1 910)	43.2 (537)
Мальта	2013	4.3	–	10	9 (158)	31.8 (67)	5.9 (91)
Нидерланды	2014	24.1	15.6	27	47.6 (5 061)	56.2 (3 429)	36 (1 632)
Австрия	2008	14.2	6.6	14	32.2 (1 101)	50.9 (757)	17.8 (344)
Польша	2014	16.2	9.8	23	34.6 (2 483)	44.6 (1 540)	25 (877)
Португалия	2012	9.4	5.1	16	28.4 (812)	50.8 (690)	8.1 (122)
Румыния	2013	4.6	3.3	7	37.2 (973)	61.4 (858)	9 (104)
Словения	2012	15.8	10.3	23	12.2 (51)	36.4 (40)	3.3 (10)
Словакия	2010	10.5	7.3	21	20.5 (509)	28.6 (331)	12.5 (159)
Финляндия	2014	21.7	13.5	12	20.5 (132)	35.1 (93)	10.3 (39)
Швеция	2014	14.4	6.3	6	13.2 (4 141)	20.7 (2 372)	8.9 (1 717)
Великобритания (¹)	2014	29.2	11.7	19	26 (25 278)	46.6 (15 895)	14.8 (9 137)
Турция	2011	0.7	0.4	4	9 (955)	11.3 (634)	6.4 (321)
Норвегия	2014	21.9	8.6	5	22.7 (1 946)	–	–
Европейский союз	–	24.8	13.3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20.1 (53 241)
ЕС, Турция и Норвегия	–	–	–	–	30.4 (141 684)	44.9 (75 767)	19.8 (53 562)

Оценочные данные об уровне распространения для школьников взяты из национальных школьных исследований либо из проекта ESPAD.

(¹) Оценочные данные об уровне распространения для общей массы населения относятся к Англии и Уэльсу.

ТАБЛИЦА А6

ДРУГИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Страна	Количество смертельных случаев, связанных с потреблением наркотиков (от 15 до 64 лет)	Количество диагнозов ВИЧ, связанных с потреблением инъекционных наркотиков (ECDC)	Оценочные данные об уровне распространения инъекционной наркомании		Количество шприцев, распространенных с помощью специализированных программ
	количество случаев на один миллион человек (общее количество)	количество случаев на один миллион человек (общее количество)	Год, для которого проводилась оценка	количество случаев на 1000 человек	общее количество
Бельгия	9 (66)	1 (11)	2014	2.4–4.9	926 391
Болгария	3.1 (15)	6.3 (46)	–	–	417 677
Чешская Республика	5.2 (37)	1 (10)	2014	6.1–6.8	6 610 788
Дания	55.1 (200)	2 (11)	–	–	–
Германия	18.6 (993)	1.4 (111)	–	–	–
Эстония	113.2 (98)	50.9 (67)	2009	4.3–10.8	2 110 527
Ирландия	71.1 (214)	5.4 (25)	–	–	393 275
Греция	–	9.3 (102)	2014	0.6–0.9	368 246
Испания	13 (402)	2.5 (115)	2013	0.2–0.4	2 269 112
Франция	5.4 (227)	1 (64)	–	–	–
Хорватия	20.8 (59)	0 (0)	2012	0.4–0.6	196 150
Италия	8 (313)	2.3 (141)	–	–	–
Кипр	10 (6)	3.5 (3)	2014	0.4–0.7	382
Латвия	10.6 (14)	37 (74)	2012	7.3–11.7	409 869
Литва	44.2 (87)	12.9 (38)	–	–	154 889
Люксембург	21.1 (8)	29.1 (16)	2009	4.5–6.9	253 011
Венгрия	3.4 (23)	0.1 (1)	2008–09	0.8	460 977
Мальта	6.9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Нидерланды	10.8 (119)	0 (0)	2008	0.2–0.2	–
Австрия	21.1 (121)	2.5 (21)	–	–	5 157 666
Польша	8.5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Португалия	4.5 (31)	3.8 (40)	2012	1.9–2.5	1 677 329
Румыния	2.4 (33)	7.7 (154)	–	–	1 979 259
Словения	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Словакия	3.1 (12)	0.2 (1)	–	–	274 942
Финляндия	47.4 (166)	1.3 (7)	2012	4.1–6.7	4 522 738
Швеция	92.9 (569)	0.8 (8)	2008–11	1.3	203 847
Великобритания (¹)	55.9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2.9–3.2	7 199 660
Турция	9.2 (479)	0.1 (10)	–	–	–
Норвегия	67.8 (228)	1.4 (7)	2013	2.1–2.9	2 124 180
Европейский союз	19.2 (6 400)	2.4 (1 236)	–	–	–
ЕС, Турция и Норвегия	18.3 (7 107)	2.1 (1 253)	–	–	–

К сопоставлению количества смертельных случаев, связанных с потреблением наркотиков, следует подходить с осторожностью, поскольку в некоторых странах существуют проблемы, обусловленные шифрованием, неполным охватом и занижением данных.

(¹) Данные о количестве шприцев относятся к Уэльсу и Шотландии (2014 г.) и Северной Ирландии (2013 г.).

ТАБЛИЦА А7

КОНФИСКАЦИЯ

	Героин		Кокаин		Амфетамины		MDMA	
	Конфиско- ванное количес- тво	Количес- тво случаев конфиска- ции	Конфиско- ванное количес- тво	Количес- тво случаев конфиска- ции	Конфиско- ванное количество	Количество случаев конфискации	Конфиско- ванное количество	Количество случаев конфискации
Страна	кг	общее количество	кг	общее количество	кг	общее количество	таблетки (кг)	общее количество
Бельгия	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Болгария	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Чешская Республика	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0.08)	119
Дания	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Германия	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Эстония	<0.01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Ирландия	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Греция	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Испания	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Франция	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Хорватия	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Италия	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Кипр	0	11	32	107	1	73	17 247 (1.1)	28
Латвия	0.8	229	8	44	15	640	119 (0.3)	15
Литва	7	129	116	13	10	130	– (1.9)	16
Люксембург	7	150	5	169	0.07	9	247 (–)	4
Венгрия	70	31	40	143	17	673	13 020 (0.4)	275
Мальта	2	33	5	136	0.01	3	334 (–)	31
Нидерланды	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Австрия	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Польша	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Португалия	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0.6)	145
Румыния	26	218	34	79	4	40	317 966 (0.03)	212
Словения	5	289	182	179	22	–	218 (0.1)	–
Словакия	0.1	78	0.02	17	6	672	419 (–)	44
Финляндия	0.09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Швеция	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Великобритания	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Турция	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Норвегия	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Европейский союз	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
ЕС, Турция и Норвегия	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

Термин «амфетамины» относится к амфетамину и метамфетамину.

Все данные относятся к 2014 году, за исключением Нидерландов (2012 г.), Финляндии (количество случаев конфискации, 2013 г.) и Великобритании (2013 г.).

ТАБЛИЦА А7

КОНФИСКАЦИЯ (продолжение)

Страна	Смола каннабиса		Травяной каннабис		Растения каннабиса	
	Конфискованное количество	Количество случаев конфискации	Конфискованное количество	Количество случаев конфискации	Конфискованное количество	Количество случаев конфискации
	кг	общее количество	кг	общее количество	растения (кг)	общее количество
Бельгия	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (-)	1 227
Болгария	2	14	1 674	3 516	21 516 (-)	100
Чешская Республика	15	73	570	2 833	77 685 (-)	484
Дания	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Германия	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (-)	2 400
Эстония	273	31	352	507	- (13)	30
Ирландия	677	258	1 102	1 770	6 309 (-)	340
Греция	36	176	19 568	6 985	14 173 (-)	587
Испания	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (-)	2 252
Франция	36 917	-	10 073	-	158 592 (-)	-
Хорватия	2	371	1 640	5 591	3 602 (-)	188
Италия	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (-)	1 773
Кипр	0.1	12	203	901	487 (-)	44
Латвия	30	38	27	366	- (11)	16
Литва	841	24	79	341	- (-)	-
Люксембург	1	78	13	1 015	97 (-)	11
Венгрия	8	101	529	2 058	3 288 (-)	146
Мальта	42	39	70	176	8 (-)	5
Нидерланды	2 200	-	12 600	-	1 600 000 (-)	-
Австрия	101	1 380	1 326	10 088	- (281)	408
Польша	99	-	270	-	95 214 (-)	-
Португалия	32 877	3 472	108	555	4 517 (-)	302
Румыния	15	154	145	1 967	- (422)	93
Словения	2	73	535	3 673	11 067 (-)	212
Словакия	0.1	12	113	1 061	496 (-)	20
Финляндия	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Швеция	877	6 547	1 041	10 028	- (-)	-
Великобритания	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (-)	15 744
Турция	30 635	3 972	92 481	41 594	- (-)	3 017
Норвегия	1 919	10 509	505	6 534	- (276)	383
Европейский союз	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
ЕС, Турция и Норвегия	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Все данные относятся к 2014 году, за исключением Нидерландов (2012 г.), Финляндии (количество случаев конфискации, 2013 г.) и Великобритании (2013 г.).

О докладе

В докладе о тенденциях и изменениях представлен анализ такого явления, как наркомания, в Европе, подготовленный на самом высоком уровне и включающий информацию о торговле и потреблении наркотиков, проблемах общественного здоровья, а также о политике в области борьбы с наркотиками и способах реагирования на проблему наркомании. Вместе со Статистическим бюллетенем, опубликованным онлайн, обзорами для отдельных стран и «Взглядами на наркотики» этот доклад составляет пакет Европейского доклада о наркотиках за 2016 год.

Об EMCDDA

Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA) является основным источником информации и утвержденным полномочным органом по вопросам, связанным с наркотиками, в Европе. Вот уже более 20 лет центр осуществляет сбор, анализ и распространение научно подтвержденной информации о наркотиках и наркомании и их последствиях, представляя аудитории основанную на фактах картину такого явления, как наркомания, на европейском уровне.

Публикации EMCDDA — это основной источник информации для широкого круга лиц, включая политиков и их советников; специалистов и исследователей в области наркотиков и, в более широком смысле, представителей СМИ и общественность. EMCDDA, штаб-квартира которого расположена в Лиссабоне, является одним из децентрализованных агентств Европейского союза.