



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности



Всемирная организация
здравоохранения

ДИСКУССИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
ЮНОДК/ВОЗ, 2013 год

**Передозировка опиоидов:
предупреждение и снижение
смертности, вызванной
передозировкой опиоидов**

УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ
Вена

Дискуссионный документ
ЮНОДК/ВОЗ, 2013 год

**Передозировка опиоидов:
предупреждение и снижение смертности,
вызванной передозировкой опиоидов**

Вклад Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Всемирной организации здравоохранения в улучшение реагирования государств-членов на обостряющуюся проблему смертности, обусловленной передозировкой опиоидов



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Нью-Йорк, 2013 год

© Организация Объединенных Наций, январь 2013 года. Все права защищены во всех странах мира.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого бы то ни было мнения относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ.

Подготовка к изданию: Секция английского языка и издательских и библиотечных услуг, Отделение Организации Объединенных Наций в Вене.

Выражение признательности

Данный проект дискуссионного документа был подготовлен Сектором по профилактике наркомании и охране здоровья Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и группой по вопросам злоупотребления психоактивными веществами Департамента психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках Совместной программы ЮНОДК/ВОЗ по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи согласно резолюции 55/7 Комиссии по наркотическим средствам, в которой Комиссия просила ЮНОДК во взаимодействии с ВОЗ распространять передовые методы предупреждения передозировки наркотиков и оказания соответствующей медицинской помощи.

ЮНОДК и ВОЗ хотели бы выразить признательность за вклад в разработку данного документа таким участникам, как Элисон Крокет, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); Мэтт Кертис, VOCAL-NY; Луиза Дегенхардт, Национальный центр по исследованию проблем алкоголизма и наркомании, Сидней, Австралия; Поль Дитце, Институт Бёрнета, Мельбурн, Австралия; Габриэль Фишер, Венский медицинский университет; Мауро Гуариньери, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Алишер Латыпов, Евразийская сеть снижения вреда; Уолтер Линг, Комплексные программы по вопросам злоупотребления психотропными веществами, Калифорнийский университет, Лос-Анджелес; Эрика Матуйзайте, Евразийская сеть снижения вреда, Программа политики и адвокации; Даша Очерет, директор Программы политики и адвокации, Евразийская сеть снижения вреда; Элиот Росс Альберс, Международная сеть лиц, употребляющих наркотики (INPUD); Роксанн Сосье, Сурья Консалтинг; Шэрон Станклиф, Коалиция снижения вреда; Клаудиа Стоицеску, Международная ассоциация снижения вреда; Бренда ван дер Берге, Региональное бюро ВОЗ для Европы; Даниэль Вольф, Фонд “Открытое общество”; Виталий Жумагалиев, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Содержание

I. Введение	1
II. Факторы риска передозировки опиоидов	5
A. Доступность опиоидов	5
B. Комбинирование опиоидов и других психоактивных веществ	5
C. Отсутствие лечения.....	6
D. Пониженная толерантность вследствие недавнего периода абстиненции	6
III. Реагирование на передозировку опиоидов	7
IV. Предупреждение летальной передозировки	11
A. Эффективные меры.....	11
B. Разрыв между существующей практикой и современными рекомендациями по предупреждению и лечению передозировки	12
C. Новые потенциальные сферы деятельности по предупреждению и лечению передозировки	13
D. Специальные предложения по предупреждению отмечаемого в последнее время повышения числа случаев передозировки опиоидов рецептурного отпуска.....	16
V. Заключение.....	19

I. Введение

Хотя имеющиеся данные ограничены, по оценкам, ежегодно от передозировки опиоидов умирают 70 000–100 000 человек. В 2010 году передозировка опиоидов являлась, по оценкам, основной причиной 99 000–253 000 случаев смерти в мире, обусловленных незаконным потреблением наркотиков¹. Передозировка опиоидов предотвратима и, при наличии свидетелей, излечима (обратима). В своей резолюции 55/7 под названием “Содействие мерам по предупреждению передозировки наркотиков, в частности передозировки опиоидов” Комиссия по наркотическим средствам призвала государства-члены включить эффективные меры по предупреждению передозировки наркотиков и оказанию медицинской помощи в национальную наркополитику². В этой резолюции Комиссия просила Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) во взаимодействии с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) собирать и распространять информацию об имеющихся передовых методах предупреждения передозировки наркотиков, и в частности передозировки опиоидов, оказания медицинской и неотложной медицинской помощи, включая применение и обеспечение наличия антагонистов опиоидных рецепторов, таких как налоксон, и других мерах, основанных на научных данных.

В этом дискуссионном документе излагаются факты, касающиеся передозировки опиоидов, мер, которые могут быть приняты в целях предупреждения и лечения (коррекции) передозировки опиоидов, и указываются области, требующие дальнейшего исследования.

Опиоиды, которые могут быть химически синтезированы или получены из растений опийного мака, представляют собой группу соединений, которые активируют опиоидные рецепторы головного мозга – класс рецепторов, которые влияют на восприятие боли и ощущение эйфории и участвуют в регулировании дыхания. Некоторые из наиболее общеизвестных и применяемых опиоидов включают морфин, героин, метадон, бупренорфин, кодеин, трамадол, оксикодон и гидрокодон. Они применяются в качестве лекарственных средств для лечения боли и опиоидной зависимости. При применении в избыточном количестве или без надлежащего медицинского контроля опиоиды могут вызывать летальное угнетение дыхания.

В случаях летальной передозировки дыхание жертвы замедляется до точки, в которой уровни кислорода в крови опускаются ниже уровня, необходимого для переноса кислорода к жизненно важным органам. Когда кислородное насыщение (в норме превышающее 97 процентов) опускается ниже 86 процентов, головной мозг отказывается функционировать. Обычно индивидуум становится невосприимчивым (ареактивным), кровяное давление неуклонно снижается, а частота сердечных сокращений замедляется, что в конце

¹ *Всемирный доклад о наркотиках, 2012 год*, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.12.XI. с. 32.

² B. Mathers and others, “Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, No. 2 (2013), pp. 102-123.

концов приводит к остановке сердца. Смерть может наступить в пределах минут после потребления опиоида. Но нередко до наступления смерти бывает более продолжительный период ареактивности, длящийся до нескольких часов. В этот период иногда отмечается громкий храп, что привело к появлению термина “непробуждающиеся храпуны”.

Во всем мире передозировка является ведущей причиной предотвратимой смерти среди лиц, потребляющих наркотики путем инъекций³. Однако трудно точно установить количество летальных передозировок опиоидов в связи с низким качеством или ограниченным характером доступных данных о смертности. Согласно оценкам ЮНОДК, число случаев смерти, связанной с употреблением наркотиков, варьирует в пределах от 0,5 до 1,3 процента смертности по всем причинам на глобальном уровне среди лиц в возрасте 15–64 лет⁴. В связи с этим представляет интерес недавнее Исследование глобального бремени болезней, травм и факторов риска (2010 год), по данным которого в 2010 году отмечено 43 000 случаев смерти, обусловленных опиоидной зависимостью, и 180 000 случаев смерти, вызванных наркотическим отравлением, что в результате составляет более двух миллионов утраченных лет жизни^{5,6}. Только в Соединенных Штатах Америки, по оценкам, в 2010 году было 38 329 случаев смерти, вызванных наркотическим отравлением, включая 16 651 случай летальных передозировок опиоидов, связанных с опиоидными анальгетиками рецептурного отпуска⁷, остальные случаи смерти обусловлены главным образом употреблением героина и/или кокаина⁸. Передозировки опиоидов составляют почти половину всех случаев смерти среди лиц, употребляющих героин путем инъекции, и это превышает число случаев смерти, связанных с ВИЧ и другими болезнями⁹. По данным проводившегося в 2011 году метаанализа 58 когортных исследований, передозировки отмечались чаще, чем другие причины смерти. Метаанализ также показал, что передозировка была наиболее распространенной причиной смертности среди лиц, потребляющих героин, – 6,5 случая смерти на 1000 человеко-лет¹⁰.

Среди 10 процентов лиц, живущих с ВИЧ в Соединенных Штатах, которые также употребляют наркотики путем инъекций, передозировка является распространенной причиной случаев смерти, не связанных со СПИДом¹¹. Недавно проводившийся метаанализ показал, что ВИЧ-серопозитивность обуславливает повышенный риск передозировки: у лиц, потребляющих наркотики, риск передозировки на 74 процента выше, если они

³L. Degenhardt and others, “Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies”, *Addiction*, vol. 106, No. 1 (2011), pp. 32-51.

⁴Всемирный доклад о наркотиках, 2012 год, с. 19.

⁵R. Lozano and others, “Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, vol. 380, No. 9859 (December 2012), pp. 2095-2128.

⁶L. Degenhardt and others, “The epidemiology and burden of disease attributable to opioid dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010” (готовится к выпуску).

⁷C. M. Jones, K. A. Mack and L. J. Paulozzi, “Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 309, No. 7 (February 2013), pp. 657-659.

⁸M. Warner, L. H. Chen and D. M. Makuc, “Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999-2006”, *NCHS Data Brief*, No. 22 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, September 2009).

⁹M. Hickman and others, “Drug-related mortality and fatal overdose risk: pilot cohort study of heroin users recruited from specialist drug treatment sites in London”, *Journal of Urban Health*, vol. 80, No. 2 (2003), pp. 274-287.

¹⁰Degenhardt and others, “Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids”.

¹¹J. E. Sackoff and others, “Causes of death among persons with AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy: New York City”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, No. 6 (September 2006), pp. 397-406.

ВИЧ-позитивны, по сравнению с соответствующими ВИЧ-отрицательными пациентами¹². В Российской Федерации после туберкулеза передозировка является второй причиной смертности среди лиц с ВИЧ¹³.

Сообщаемые на национальном уровне данные о смертности в странах как с низкими, так и с высокими доходами часто недостаточны для оценки уровня смертности, вызываемой передозировкой. Современные данные о смертности из-за передозировки получают главным образом при проведении когортных исследований и с помощью национальных систем информирования, прежде всего в странах с высоким уровнем доходов. Для решения этих проблем некоторые страны теперь применяют стандартное определение случаев заболеваний, тем самым содействуя повышению потенциала, обеспечивающего получение достоверных данных о передозировке¹⁴. Однако в значительном числе стран данные о передозировке ограничены, поэтому для получения точных оценок необходимы альтернативные источники данных, нередко в совокупности с заключениями специалистов¹⁵.

Следовательно, данные о смертности, вызываемой передозировкой, как правило, оказываются заниженными, и сообщаемые на национальном уровне статистические данные в этом отношении, по-видимому, являются устаревшими. Например, на фоне сообщений о ничтожно малых количествах случаев летальных передозировок, поступающих от национальных органов власти в Центральной Азии, 25,1 процента потребителей инъекционных наркотиков, обследованных в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане в 2010 году, сообщили, что были свидетелями случаев смерти людей от передозировки в предшествующие 12 месяцев¹⁶.

Вероятно, среди лиц, потребляющих опиоиды, также высок процент нелетальных передозировок. Например, 59 процентов установленных потребителей инъекционного героина в 16 российских городах сообщили, что в течение жизни у них была по меньшей мере одна нелетальная передозировка¹⁷. Доля потребителей инъекционного героина, сообщавших о нелетальных передозировках на протяжении жизни, была примерно такой же высо-

¹²T. C. Green and others, "HIV infection and risk of overdose: a systematic review and meta-analysis", *AIDS*, vol. 26, No. 4 (2012), pp. 403-417.

¹³Информация, полученная из Российской Федерации: Специальная научная лаборатория по предотвращению и борьбе со СПИДом Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Федерального государственного научно-исследовательского института эпидемиологии (2010 год).

¹⁴C. Cook and A. Fletcher, "Youth drug-use research and the missing pieces in the puzzle: how can researchers support the next generation of harm-reduction approaches?", in *Children of the Drug War: Perspectives on the Impact of Drug Policies on Young People*, D. Barrett, ed. (New York, International Debate Education Association, 2011).

¹⁵P. Coffin, S. Sherman and M. Curtis, "Underestimated and overlooked: a global review of drug overdose and overdose prevention", in *Global State of Harm Reduction 2010: Key Issues for Broadening the Response*, C. Cook, ed. (London, International Harm Reduction Association, 2010).

¹⁶Population Services International, "Central Asian republics (2010): HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs in Almaty, Karaganda, Osh, Chu, and Dushanbe-round one" (2010). См. по адресу: www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf (доступно с 31 октября 2011 года).

¹⁷Сергеев и другие, "Распространенность и обстоятельства передозировки опиатов среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации", цитируется по P. Coffin, S. Sherman and M. Curtis, "Underestimated and overlooked: a global review of drug overdose and overdose prevention", in *Global State of Harm Reduction 2010: Key Issues for Broadening the Response*, C. Cook, ed. (London, International Harm Reduction Association, 2010).

кой в нескольких других городах: 41 процент в Балтиморе¹⁸, 42 процента в Нью-Йорке¹⁹, 68 процентов в Сиднее²⁰, 38 процентов в Лондоне²¹, 30 процентов в Бангкоке²² и 83 процента в городе Бакнинь (Вьетнам)^{23,24}.

Нелетальные передозировки могут в значительной мере способствовать повышению заболеваемости, включая церебральную гипоксию, отек легких, пневмонию и сердечные аритмии, что в результате может приводить к продолжительной госпитализации и церебральным нарушениям²⁵.

¹⁸K. E. Tobin and C. A. Latkin, "The relationship between depressive symptoms and nonfatal overdose among a sample of drug users in Baltimore, Maryland", *Journal of Urban Health*, vol. 80, No. 2 (2003), pp. 220-229.

¹⁹P. O. Coffin and others, "Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose", *Academic Emergency Medicine*, vol. 14, No. 7 (2007), pp. 616-623.

²⁰S. Darke, J. Ross and W. Hall, "Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose", *Addiction*, vol. 91, No. 3 (1996), pp. 405-411.

²¹B. Powis and others, "Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem", *Addiction*, vol. 94, No. 4 (1999), pp. 471-478.

²²M. J. Milloy and others, "Overdose experiences among injection drug users in Bangkok, Thailand", документ, представленный на 20-й Международной конференции по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, Бангкок, 20-23 апреля 2009 года.

²³A. Bergstrom and others, "A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Viet Nam", *Substance Use and Misuse*, vol. 43, No. 1 (2008), pp. 73-84.

²⁴Coffin, Sherman and Curtis, "Underestimated and overlooked: a global review of drug overdose and overdose prevention".

²⁵M. Warner-Smith, S. Darke and C. Day, "Morbidity associated with non-fatal heroin overdose", *Addiction*, vol. 97, No. 8 (2002), pp. 963-967.

II. Факторы риска передозировки опиоидов

Был идентифицирован ряд факторов риска, сопряженных как с летальной, так и нелетальной передозировкой.

A. Доступность опиоидов

Показатели передозировки опиоидов ассоциированы с возросшей доступностью опиоидов, как незаконных, так и отпускаемых по рецепту. Аналогичным образом, снижение доступности и чистоты героина связано с пониженными передозировками опиоидов, таким образом, подтверждается связь между доступностью и передозировкой²⁶. Отмечаемое в последнее время в Соединенных Штатах увеличение количества выписываемых рецептов на опиоиды, по-видимому, способствовало росту числа случаев передозировок, связанных с опиоидами, – число ежегодных случаев смерти из-за опиоидной передозировки возросло с 4000 в 1999 году до более чем 16 000 в 2010 году^{27, 28}.

B. Комбинирование опиоидов и других психоактивных веществ

В случаях летальной передозировки опиоидов очень часто присутствуют другие седативные психоактивные вещества, особенно алкоголь и бензодиазепины (и то и другое воздействует на рецепторы гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК))^{29, 30}. Рецепторы как опиоидов, так и ГАМК участвуют в опосредованном воздействии на дыхание, при этом комбинация опиоидов и ГАМК более эффективна в отношении индуцирования угнетения дыхания, чем при их раздельном применении. Кроме того, исследование, в котором проводилось сравнительное изучение летальной и нелетальной передозировки опиоидов у лиц, употребляющих героин, показало, что основным фактором риска летальной передозировки было применение этих опиоидов в сочетании с использованием других седативных веществ и/или алкоголя³¹. Также в местностях, где преобладает потребление кокаина, отмечается существенное участие кокаина в летальных передозировках опиоидов, что может быть обусловлено нарушением дыхания вследствие курения кокаинового “крэка”, острой гипертензией, вызванной кокаином во время передозировки опиоидов и другими

²⁶L. Degenhardt and others, “The effect of a reduction in heroin supply upon trends on fatal and non-fatal drug overdoses in New South Wales, Australia”, *Medical Journal of Australia*, vol. 182, No. 1 (2005), pp. 20-23.

²⁷Соединенные Штаты Америки, Центры по контролю и профилактике заболеваний, “Prescription painkiller overdoses in the US” (2012). См. по адеpcy: www.cdc.gov/Features/Vitalsigns/PainkillerOverdoses/.

²⁸L. H. Chen, “QuickStats: number of deaths from poisoning, drug poisoning, and drug poisoning involving opioid analgesics—United States, 1999-2010”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 62, No. 12 (2013), p. 234.

²⁹S. Bauer and others, “Mortality in opioid-maintained patients after release from an addiction clinic”, *European Addiction Research*, vol. 14, No. 2 (2008), pp. 82-91.

³⁰S. M. Bird and J. R. Robertson, “Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000-2007: presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era”, *Addiction Research and Theory*, vol. 19, No. 2 (2011), pp. 170-178.

³¹P. Dietze and others, “When is a little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 84, No. 3 (2006), pp. 223-230.

факторами³²⁻³⁴. Сообщалось, что у лиц, комбинирующих инъекции героина и кокаина, риск передозировки возрастает в 2,6 раза³⁵.

C. Отсутствие лечения

Лечение опиоидной зависимости посредством поддерживающей терапии с использованием агониста опиоида (известной также как заместительная опиоидная терапия) снижает риск передозировки опиоидов почти на 90 процентов³⁶. Во многих странах имеется лишь незначительный доступ к такому лечению или он вообще отсутствует³⁷. Кроме того, многие пациенты преждевременно прекращают лечение опиоидной зависимости, при этом риск передозировки опиоидов вновь достигает уровней, наблюдавшихся в отсутствие лечения³⁸.

D. Пониженная толерантность вследствие недавнего периода абстиненции

Недавние периоды абстиненции (в частности, принудительного характера, например в период содержания в месте заключения) являются основным фактором риска летальной передозировки опиоидов. Важные данные, полученные в ряде “долгосрочных” исследований методом когорт, свидетельствуют о том, что период, следующий сразу после освобождения из тюрьмы³⁹, и период, непосредственно следующий после выписки из лечебного учреждения, в котором проводилась детоксикация, значительно повышают риск передозировки⁴⁰. Основные причины повышенной смертности из-за передозировки среди освободившихся из тюрьмы лиц, которые ранее были опиоидозависимыми, – это утрата индивидуумом толерантности и ошибочная оценка доз при возвращении к употреблению опиоидов после периода абстиненции⁴¹.

³² M. Warner-Smith and others, “Heroin overdose: causes and consequences”, *Addiction*, vol. 96, No. 8 (2001), pp. 1113-1125.

³³ “Illicit drug use in New York City”, *NYC Vital Signs*, vol. 9, No. 1 (2010). См. по адресу: www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf.

³⁴ N. G. Shah and others, “Unintentional drug overdose death trends in New Mexico, USA, 1990-2005: combinations of heroin, cocaine, prescription opioids and alcohol”, *Addiction*, vol. 103, No. 1 (2008), pp. 126-136.

³⁵ K. C. Ochoa and others, “Overdosing among young injection drug users in San Francisco”, *Addictive Behaviors*, vol. 26, No. 3 (2001), pp. 453-460.

³⁶ Всемирная организация здравоохранения, *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением* (Женева, 2009 год).

³⁷ World Health Organization, *ATLAS on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Geneva, 2010).

³⁸ L. Degenhardt and others, “Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: risk factors and lives saved”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 105, Nos. 1-2 (2009), pp. 9-15.

³⁹ Всемирная организация здравоохранения, “Профилактика смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест заключения” (Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ для Европы, 2010 год).

⁴⁰ Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, *Годовой доклад, 2011 год: Состояние проблемы наркотиков в Европе* (Люксембург, Бюро публикаций Европейского союза, 2011 год), глава 7. См. по адресу: www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011.

⁴¹ J. Strang and others, “Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study”, *British Medical Journal*, vol. 326, No. 7396 (3 May 2003).

III. Реагирование на передозировку опиоидов

Передозировка опиоидов, проблема общественного здравоохранения, приобретающая все большие масштабы, может быть легко решена посредством применения налоксона, безопасного вещества, в отношении которого не подтверждена возможность стать предметом злоупотребления. Хотя опиоидная зависимость излечима, это хроническая болезнь, при которой рецидив – это часть естественного хода событий. Предупреждение передозировки позволяет людям продолжать свой путь к выздоровлению и может дать им возможность вести поиск других служб, обеспечивающих спасение жизни.

Передозировка опиоидов идентифицируется по совокупности трех признаков и симптомов, получивших название “триада опиоидной передозировки”. Симптомами триады являются:

- сильно суженные зрачки;
- бессознательное состояние;
- угнетение дыхания.

Лечение передозировки, как указывается в недавно разработанном руководстве ВОЗ, следует начинать, если человек не приходит в сознание, а частота дыхания явно замедлена (то есть менее 10 вдохов в минуту). При лечении передозировки опиоидов основное внимание должно быть обращено на дыхание и оксигенацию, в том числе на вспомогательную вентиляцию легких с применением искусственного дыхания или кислородных подушек и масок, если это возможно⁴².

Для лечения (купирования) передозировки опиоидов ВОЗ рекомендует применять налоксон. Налоксон – антагонист опиоидов кратковременного действия, который очень прочно связывается с рецепторами опиоидов, вытесняя другие опиоиды, которые могут там присутствовать, и не допуская связи с рецепторами других опиоидов. У налоксона долгая клиническая история успешного применения для лечения передозировки опиоидов. В частности, налоксон применяется при передозировках опиоидов в целях противодействия представляющему угрозу для жизни угнетению дыхательной системы и центральной нервной системы, что позволяет жертве передозировки нормально дышать. Это лекарство не оказывает никакого воздействия, если опиоиды отсутствуют, и у него нет потенциала стать предметом злоупотребления. Помимо устранения угнетения дыхания налоксон может индуцировать у зависимого потребителя, находящегося под воздействием опиоидов, симптомы отмены, которые хотя и неприятны, но кратковременны. Серьезные побочные эффекты налоксона чрезвычайно редки.

Налоксон включен в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств и должен быть доступен во всех медицинских учреждениях, в которые могут поступать обраще-

⁴²Всемирная организация здравоохранения, *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением*.

ния в связи с передозировкой опиоидов. В случае подозрения на передозировку опиоидов при любой остановке дыхания следует применять искусственное дыхание и/или подачу кислорода до тех пор, пока не будет введен и не начнет действовать налоксон. Налоксон – быстродействующий препарат, и адекватное дыхание обычно восстанавливается в пределах 3–7 минут после внутримышечного введения налоксона.

Идеальной дозой налоксона является доза, которая улучшает дыхание без индуцирования синдрома отмены опиоидов. Если возникает сомнение, лучше ошибаться в сторону слишком высокой, чем слишком низкой дозы. Если имеется доступ к инъекционному оборудованию и адекватной вентиляции, при повторных дозах можно вводить меньшие количества налоксона, что сводит к минимуму возможность развития синдрома отмены опиоидов, – до тех пор, пока частота дыхания пациента не превысит 10 вдохов в минуту. Несмотря на то что может возникнуть необходимость повторного введения начальной дозы налоксона для коррекции опиоидной передозировки, как было описано выше, эффект будет затем продолжаться в течение 30–90 минут; в большинстве случаев этого достаточно для предотвращения летального исхода. Налоксон может быть введен внутримышечно, внутривенно или подкожно или же его можно вводить в виде спрея в нос с помощью пульверизатора.

В случае недоступности налоксона при передозировке можно применить вспомогательное дыхание либо рот в рот, либо с помощью кислородной подушки или маски или искусственную вентиляцию легких с контролем по давлению.

В идеале жертву передозировки следует транспортировать в больницу, с тем чтобы вести наблюдение по меньшей мере в течение одного часа, хотя потребители незаконных опиоидов нередко отказываются от неотложной помощи из опасения, что может вмешаться полиция. В случаях, когда индивидуум отказывается от ведения наблюдения в течение рекомендуемого периода, то есть в течение часа, исследования показали, что, если жертва может ходить и связно говорить после устранения эффекта быстродействующих опиоидов, таких как героин, риск повторного погружения в потенциально летальное седативное состояние после прекращения действия налоксона сравнительно невелик. По данным одного из исследований, такой риск составляет 1 к 600⁴³. Настоятельно рекомендуется, чтобы медик-профессионал или другое компетентное лицо, осуществляющее уход, оставались с индивидуумом в течение нескольких часов, советовали ему больше не употреблять опиоиды (по меньшей мере до прекращения действия налоксона) и поддерживали его/ее в активном состоянии, не позволяя ему/ей заснуть.

Передозировки опиоидов длительного действия контролировать значительно труднее. В таких ситуациях продолжительность седативного действия может превзойти продолжительность эффекта налоксона. Наиболее безопасным методом лечения передозировок опиоидов длительного действия является вентиляция, если она доступна. Пациентов можно также лечить повторными болюсами налоксона или инфузиями налоксона. Однако смерть может наступить, если произойдет непредвиденный перерыв в инфузии налоксона или если пациент проснется и преждевременно выпишется из медицинского учреждения.

⁴³S. Rudolph and others, "Prehospital treatment of opioid overdose in Copenhagen: is it safe to discharge on-scene?", *Resuscitation*, vol. 82, No. 11 (2011), pp. 1414-1418.

Тем не менее подобные ситуации редко описывают в литературе или в частных сообщениях.

Последствия передозировки должны также включать обсуждение вопроса о продолжающемся применении наркотика или лечении боли после прекращения эффекта налоксона. Всем лицам, потребляющим опиоиды как по рецепту врача, так и незаконно, следует предоставить информацию о факторах, повышающих риск передозировки, и о том, как распознать симптомы передозировки; их следует также уведомить о необходимости вспомогательного дыхания и медицинской помощи в случаях передозировки. Кроме того, позднее могут развиваться отрицательные последствия для здоровья, связанные с нелетальными передозировками, например респираторные инфекции. Таким образом, индивидуумам следует посоветовать пройти основательное обследование в течение нескольких дней после передозировки.

Хотя рекомендованные ВОЗ процедуры лечения передозировки опиоидов, описанные выше, относительно просты, существует ряд факторов, из-за которых индивидуумам не предоставляется первая помощь в случае передозировки или они не имеют к ней доступа. Во-первых, лечение человека с дыхательной недостаточностью является рутинным во многих службах неотложной помощи, но в некоторых учреждениях службы экстренной медицинской помощи могут не включать применение налоксона в повседневную практику лечения передозировки. Кроме того, члены сообщества могут не распознать передозировку, могут не знать о необходимости оказания помощи или, в зависимости от уровня культуры, могут испытывать затруднения в случае необходимости применения искусственного дыхания.

Во-вторых, службы, оказывающие своевременную экстренную помощь, во многих местах отсутствуют, а там, где они доступны, были установлены документально подтвержденные рядом исследований такие факты, как нежелание вызывать машину скорой помощи в случаях передозировки из-за высокой стоимости получения медицинской помощи; страх в связи с возможным вмешательством полиции, страх ареста или страх быть внесенными в официальный реестр потребителей наркотиков; и укоренившееся представление, что службы неотложной помощи либо не откликнутся, либо не будут лечить передозировку эффективно⁴⁴⁻⁴⁹.

⁴⁴Ж. Атаянц, А. Латыпов и Д. Очерет, "Передозировка: обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии" (Вильнюс, Европейская сеть снижения вреда, 2011 год). См. по адресу: www.harm-reduction.org/index.php/library/2238-overdose-review-of-the-situation-and-response-in-12-countries-in-eastern-europe-and-central-asia.html.

⁴⁵N. Bartlett and others, "A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China", *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, No. 4 (2011), pp. 301-305.

⁴⁶Powis and others, "Self-reported overdose among injecting drug users in London".

⁴⁷C. T. Baca and K. J. Grant, "What heroin users tell us about overdose", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, No. 4 (2007), pp. 63-68.

⁴⁸K. E. Tobin, M. A. Davey and C. A. Latkin, "Calling emergency medical services during drug overdose: An examination of individual, social and setting correlates", *Addiction*, vol. 100, No. 3 (2005), pp. 397-404.

⁴⁹Coffin, Sherman and Curtis, "Underestimated and overlooked: a global review of drug overdose and overdose prevention".

IV. Предупреждение летальной передозировки

A. Эффективные меры

1. Снижение уровня доступности опиоидов и вредного употребления опиоидов

В трех международных конвенциях по контролю над наркотиками излагаются меры, направленные на ограничение доступности незаконных опиоидов, при обеспечении доступности опиоидов, используемых в медицинских и научных целях, в частности для лечения наркомании, острых болей, болей при раковых заболеваниях и паллиативного лечения, для которого ВОЗ рекомендует применение опиоидов (“лестница обезболивания”)⁵⁰. Меры, направленные на ограничение количества выписываемых по рецептам лекарств, которые способствуют возникновению передозировки опиоидов, включают запрещение ненадлежащего выписывания рецептов на опиоиды и другие седативные средства и их противоправную продажу в аптеках без рецепта⁵¹. Эффективные программы предупреждения наркомании косвенно способствуют снижению риска передозировки путем сокращения потребления наркотиков.

2. Обеспечение доступа к эффективному лечению лиц с опиоидной зависимостью

Вероятно, наиболее проверенной долгосрочной стратегией предупреждения передозировки опиоидов у лиц, зависимых от героина и других опиоидов, является обеспечение поддерживающего лечения агонистом опиоида с применением метадона или бупренорфина. Метадон повышает толерантность к опиоидам и тем самым снижает эффекты дополнительного применения опиоидов. Поддерживающая терапия с применением метадона уменьшает риск летального исхода из-за передозировки опиоидов примерно в шесть раз⁵². Бупренорфин тоже снижает риск передозировки, частично блокируя рецепторы опиоидов. Введение и быстрое медицинское использование бупренорфина во Франции в 1990 годы сопровождалось резким снижением уровня опиоидных передозировок в этой стране⁵³. Лечение агонистом опиоидов более эффективно, если дозы выше, а лечение длительное⁵⁴.

В сообществах с высокой распространенностью потребления инъекционных наркотиков информационно-пропагандистские программы, которые способствуют доступу к стериль-

⁵⁰Всемирная организация здравоохранения, “Обезболивание при раке: с описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами”, второе издание (Женева, 1996 год).

⁵¹United States, Centers for Disease Control and Prevention, “Opioids drive continued increase in drug overdose deaths” (2013). См. по адресу: www.cdc.gov/media/releases/2013/p0220_drug_overdose_deaths.html.

⁵²Всемирная организация здравоохранения, *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением*.

⁵³M. Auriacombe and others, “French field experience with buprenorphine”, *American Journal on Addictions*, vol. 13, No. 1 (2004), pp. S17-S28.

⁵⁴Всемирная организация здравоохранения, *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением*.

ному инъекционному оборудованию (включая восстановление), к информации (включая информацию о предотвращении передозировки), к медико-санитарной помощи (включая тестирование и консультирование по проблемам ВИЧ и гепатита), также могут содействовать включению в программы лечения лекарственными средствами⁵⁵.

3. Снижение риска передозировки после выхода из тюрьмы

Лечение как метадонем, так и бупренорфином непосредственно до или сразу после освобождения из тюрьмы также высокоэффективно в отношении предотвращения передозировки у заключенных, которые были опиоидозависимыми до попадания в тюрьму. Программы, в которых введение метадона или бупренорфина начинается более чем за две недели до выхода индивидуумов из тюрьмы, могут резко снизить уровень смертности из-за передозировки после освобождения⁵⁶. Дальнейшая эффективная стратегия заключается в том, что, освободившись из тюрьмы, соответствующие лица устанавливают контакт с программами лечения наркотической зависимости в определенном сообществе. В целом весьма полезно обеспечить опиоидозависимым лицам непрерывное лечение лекарственными средствами, включая поддерживающую терапию с применением агониста опиоидов на протяжении переходного периода⁵⁷. Успешные вмешательства перед выходом из тюрьмы обеспечивают участие заключенных в информационных программах предупреждения передозировки; включают поддерживающую опиоидную терапию, осуществляемую либо непрерывно во время пребывания в тюрьме, начиная по меньшей мере за несколько недель до освобождения, либо уже в сообществе, начиная со дня выхода из тюрьмы; и создают условия, при которых освобождение заключенных с наркотической зависимостью планируется во взаимодействии со службами, обеспечивающими лечение лекарственными средствами в сообществе^{58,59}.

Программы, которые в соответствии с конвенциями по контролю над наркотиками содействуют лечению в качестве альтернативы заключению в тюрьму, также снижают риск передозировки, связанной с заключением в тюрьму.

В. Разрыв между существующей практикой и современными рекомендациями по предупреждению и лечению передозировки

1. Доступность опиоидов

Отмечается высокий уровень инвестиций в деятельность по снижению доступности незаконного героина. Однако во многих странах уровень вложений в снижение вредного

⁵⁵ World Health Organization, *mh-GAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* (Geneva, 2010).

⁵⁶ G. Khotari, J. Marsden and J. Strang, "Opportunities and obstacles for effective treatment of drug misusers in the criminal justice system in England and Wales", *British Journal of Criminology*, vol. 42, No. 2 (2002), pp. 412-432.

⁵⁷ Всемирная организация здравоохранения, "Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением".

⁵⁸ M. Farrel and J. Marsden, "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales", *Addiction*, vol. 103, No. 2 (2008), pp. 251-255.

⁵⁹ Всемирная организация здравоохранения, "Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением".

потребления опиоидов и других седативных препаратов, отпускаемых по рецептам, значительно ниже.

2. Доступ к эффективному лечению наркотической зависимости

Представленная в глобальном обзоре ресурсов для предотвращения и лечения расстройств, связанных с применением психотропных веществ (ВОЗ, ATLAS) оценка показывает, что лечение агонистами опиоидов с применением метадона или бупренорфина доступно только в 42 процентах стран и менее чем для 10 процентов нуждающихся в нем лиц в мире⁶⁰. Кроме того, в еще меньшем количестве стран метадон и бупренорфин доступны в рамках пениitenciарной системы.

3. Доступность лечения наркотической зависимости в тюрьмах

В настоящее время во все возрастающем числе стран лечение агонистами опиоидов становится доступным в тюрьмах, однако большинство заключенных по-прежнему лишены доступа к лечению метадонотерапией или бупренорфином как в тюрьме, так и по освобождению. Многие страны не координируют освобождение из тюрьмы с лечением.

4. Эффективное лечение передозировки опиоидов

Хотя налоксон включен в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, по сообщениям, налоксон нередко бывает недоступен⁶¹.

С. Новые потенциальные сферы деятельности по предупреждению и лечению передозировки

Хотя налоксон традиционно применяется медицинским персоналом для лечения передозировки опиоидов, ряд стран недавно разработали стратегии и процедуры, позволяющие распределять налоксон первым реагирующим лицам (например, полицейским, пожарным) и лицам, зависимым от опиоидов, их коллегам, друзьям и членам семей, которые могут присутствовать в момент передозировки. Кроме того, в некоторых странах рассматривается возможность считать налоксон лекарством, которое должно быть доступно в аптеках в безрецептурном отпуске в связи с тем, что для налоксона характерно соотношение низкого риска и значительной пользы. Например, в Италии налоксон отпускают в аптеках без рецепта, а также распределяют посредством информационно-пропагандистских программ и, согласно частным сообщениям, передозировка опиоидов успешно корректируется без каких-либо побочных эффектов⁶².

⁶⁰World Health Organization, *ATLAS on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Geneva, 2010).

⁶¹Ibid.

⁶²A. Favaretto and others, "Prevenzione della morte per overdose da eroina: consegna di naloxone (Narcan®) ai tossicodipendenti afferenti all'unità di strada del Comune di Venezia" (2001). См. по адресу: www.dronet.org/lineeguida/ligu_pdf/narcam.pdf.

В программах по распределению налоксона коллег и членов семей информируют относительно мер предупреждения передозировки и снабжают их налоксоном, с тем чтобы использовать его в случае опиоидной передозировки. Иногда налоксон выписывают лицу, потребляющему опиоиды, чтобы он затем передал налоксон другому лицу для введения в случае необходимости. Такая практика сродни выписыванию рецепта на адреналин лицам с тяжелыми аллергическими реакциями, при этом забота о них возлагается на членов семьи или других лиц, которые в случае необходимости введут адреналин лицу, страдающему от аллергической реакции. В других случаях налоксон может быть выписан непосредственно другу или члену семьи, которые, вероятно, будут присутствовать во время передозировки.

Программы, в которых налоксон оказывается доступным для сообщества, так называемые программы распределения налоксона на основе общины, существуют в той или иной степени в более чем дюжине стран, включая Австралию, Афганистан, Вьетнам, Индию, Италию, Казахстан, Канаду, Китай, Кыргызстан, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты, Таджикистан, Таиланд и Украину, хотя в целом на экспериментальной основе.

В то же время некоторые финансирующие агентства разрешили использовать предназначенные для борьбы с ВИЧ-инфекциями фонды для программ предупреждения передозировки, включая обеспечение доступности налоксона для сообщества потребителей наркотиков. С 2010 года Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией разрешает и рекомендует претендентам на грант включать услуги в связи с проблемой передозировки в национальные предложения⁶³. Основные положения Чрезвычайного плана президента Соединенных Штатов для помощи больным СПИДом, программы Соединенных Штатов по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом также позволяют выделять средства на предоставление налоксона странам, в которых он активно применяется, если это противоречит местным законам и политике⁶⁴.

Накоплен значительный опыт, связанный с программами распределения налоксона, это и пилотные программы, и клинические испытания; ряд испытаний продолжается в настоящее время^{65, 66}. Недавнее обследование в Соединенных Штатах показало, что в результате распределения примерно 53 000 наборов налоксона при посредстве местных программ предупреждения передозировки опиоидов было зафиксировано 10 000 случаев их применения для лечения передозировки⁶⁷. В нескольких городах Соединенных Штатов было отмечено снижение смертности, обусловленной передозировкой, после вступления в действие программ предупреждения передозировки с обеспечением распределения налоксона. Например, за период с 2005 года, когда Нью-Йорк первым начал расширять масштаб программ предупреждения передозировки, по 2011 год было отме-

⁶³ Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, «Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков: информационный бюллетень» (февраль, 2013 год)

⁶⁴ United States, President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), «Comprehensive HIV prevention for people who inject drugs: revised guidance» (July 2010). См. по адресу: www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf.

⁶⁵ L. Beletsky, J. D. Rich and A. Y. Walley, «Prevention of fatal opioid overdose», *Journal of the American Medical Association*, vol. 308, No. 18 (2012), pp. 1863-1864.

⁶⁶ J. Strang, S. M. Bird and M.K.B. Parmar, «Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial», *Journal of Urban Health*, 1 May 2013 (электронный журнал).

⁶⁷ E. Wheeler and others, «Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone: United States, 2010», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 61, No. 6 (2012), pp. 101-105.

чено 22-процентное снижение общего уровня смертности из-за непреднамеренного отравления наркотиками⁶⁸ и 27-процентное снижение смертности из-за непреднамеренного отравления героином. В Массачусетсе, где Министерство здравоохранения разрешает неправительственным организациям распределять налоксон, используя авторитет врача, выписывающего рецепт (даже если врач физически не присутствует), число передозировок значительно снизилось в тех районах, где наблюдатели из ближайшего окружения были обучены распознавать симптомы передозировки, делать искусственное дыхание и применять налоксон, по сравнению с районами, где налоксон был недоступен⁶⁹. В связи с увеличением смертности из-за передозировки среди лиц, потребляющих опиоиды, выписываемые по рецептам, другие программы, например осуществляемый на базе Соединенных Штатов проект “Lazarus”, были адресованы врачам, пациентам, которым выписывали рецепты на опиоиды в целях обезболивания, и их семьям в целях обучить их, как распознавать передозировки и применять налоксон; в результате было отмечено снижение уровня летальной передозировки – документально подтверждено 43-процентное снижение между 2008 и 2010 годом⁷⁰.

Данные исследований показывают, что лица, потребляющие наркотики, охотно оказывают необходимую первую помощь, если становятся свидетелями передозировки⁷¹⁻⁷³. Следовательно, если эту особую популяцию обучить методам предупреждения передозировки и применению методов реагирования, это может способствовать улучшению первой помощи, предоставляемой людьми из ближайшего окружения, и увеличению числа случаев оказания такой помощи^{74,75}. Кроме того, было показано, что непрофессиональные участники такого процесса обучения способны правильно определить, когда требуются искусственное дыхание и налоксон⁷⁶. Математическое моделирование показало, что распределение налоксона потребителям запрещенных опиоидов, по-видимому, экономически эффективно, притом что стоимость добавленных лет жизни, скорректированных по качеству жизни, сопоставима с важными и экономически доступными вмешательствами, такими как контроль кровяного давления⁷⁷.

С другой стороны, распределение налоксона сопряжено с определенным риском. Если лицам без медицинской подготовки рекомендовать вводить инъекции человеку, потерявшему сознание, это может оказаться опасным. Возможные риски включают нестериль-

⁶⁸D. Paone, E. Tuazon and Bradley O'Brien, “Unintentional opioid analgesic poisoning (overdose) deaths in New York City, 2011”, *Epi Data Brief*, No. 27 (New York City Department of Health and Mental Hygiene, May 2013).

⁶⁹A. Y. Walley and others, “Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis”, *British Medical Journal*, vol. 346, 2013.

⁷⁰S. Albert and others, “Project Lazarus: community-based overdose prevention in rural North Carolina”, *Pain Medicine*, vol. 12, No. 2 (2011), pp. S77-S85.

⁷¹J. Strang and others, “Peer-initiated overdose resuscitation: fellow drug users could be mobilised to implement resuscitation”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, No. 6 (2000), pp. 437-445.

⁷²Б. Сергеев и другие, “Распространенность и обстоятельства передозировки опиатов среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации”, журнал “Городское здоровье”, т. 80, № 2, июнь 2003 года, с. 212-219.

⁷³Y. Liu and others, “Attitudes and knowledge about naloxone and overdose prevention among detained drug users in Ningbo, China”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 7, February 2012.

⁷⁴K. H. Seal and others, “Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study”, *Journal of Urban Health*, vol. 82, No. 2 (2005), pp. 303-331.

⁷⁵K. E. Tobin and others, “Evaluation of the Staying Alive programme: training injection drug users to properly administer naloxone and save lives”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, No. 2 (2009), pp. 131-136.

⁷⁶T. C. Green, R. Heimer and L. E. Grau, “Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States”, *Addiction*, vol. 103, No. 6 (2008), pp. 979-989.

⁷⁷P. O. Coffin and S. D. Sullivan, “Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, No. 1 (2013), pp. 1-9.

ность инъекции (что может привести к бактериальному или вирусному инфицированию), поражение, вызванное плохой техникой инъекции, или редкие побочные эффекты, индуцированные налоксоном.

Введение медикамента лицом без медицинского образования тем, кто неспособен дать на это свое согласие, также создает определенные правовые проблемы. В частности, использование инъекционного налоксона вызывает вопросы, поскольку в некоторых странах запрещено делать инъекции тем, кто не является профессиональным медиком. Некоторые юрисдикции приняли специальное законодательство, позволяющее уклониться от юридической ответственности тем, кто вводит налоксон в случаях передозировки.

В некоторых странах персонал служб неотложной помощи, полицейские, пожарные и непрофессионалы получают высококонцентрированные препараты интраназального налоксона, который впрыскивают с помощью пульверизатора в каждую ноздрю. Налоксон хорошо абсорбируется через слизистую носа, и известен ряд исследований, показавших возможность коррекции передозировки опиоидов посредством интраназального введения налоксона⁷⁸. В одном из исследований выявлены лишь минимальные различия между интраназальным и внутримышечным введением налоксона при лечении угнетения дыхания, индуцированного опиоидами^{79, 80}. Поскольку инъекции могут нанести вред, применение интраназальных препаратов налоксона может оказаться предпочтительным⁸¹.

D. Специальные предложения по предупреждению отмечаемого в последнее время повышения числа случаев передозировки опиоидов рецептурного отпуска

Отмечаемое в последнее время увеличение числа случаев передозировки опиоидов рецептурного отпуска побудило Управление государственной политики в области борьбы с наркотиками Соединенных Штатов призвать к комплексному подходу к предупреждению передозировки опиоидов рецептурного отпуска, включая распределение налоксона лицам, которые первыми реагируют в случаях передозировки⁸².

Помимо распределения налоксона, другие предлагаемые меры включают мониторинг выписывания рецептов на опиоиды в режиме реального времени, и в ряде стран такие системы уже применяются. Эти системы помогают создать условия, при которых пациенты не получают рецепты на опиоиды от многих врачей, и позволяют сотрудникам правоприменительных органов проследить схемы выписывания рецептов и распределения

⁷⁸M. Doe-Simkins and others, "Saved by the nose: bystander-administered intranasal naloxone hydrochloride for opioid overdose", *American Journal of Public Health*, vol. 99, No. 5 (2009).

⁷⁹A. M. Kelly and others, "Randomised trial of intranasal versus intramuscular naloxone in prehospital treatment for suspected opioid overdose", *Medical Journal of Australia*, vol. 182, No. 1 (2005), pp. 24-27.

⁸⁰D. Kerr, "Randomized controlled trial comparing the effectiveness and safety of intranasal and intramuscular naloxone for the treatment of suspected heroin overdose", *Addiction*, vol. 104, No. 12 (2009), pp. 2067-2074.

⁸¹H. Ashton and Z. Hassan, "Intranasal naloxone in suspected opioid overdose", *Emergency Medicine Journal*, vol. 23, No. 3 (2006), pp. 221-223.

⁸²United States, Executive Office of the President, *National Drug Control Strategy 2013* (Washington, D.C., 2013). См. по адресу: www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/ndcs_2013.pdf (по состоянию на 24 апреля 2013 года).

опиоидов. Кроме того, опиоиды могут быть прописаны и распределены в меньших количествах, а пациентам может быть рекомендовано должным образом удалять опиоиды (с соблюдением мер безопасности), когда они больше не нужны. Кроме того, возрастает осознание необходимости большей осведомленности профессиональных медицинских работников в отношении рисков, сопряженных с выписыванием рецептов на опиоиды, особенно при хронических болях, не связанных со злокачественными заболеваниями.

Применение опиоидов при хронических болях неракового происхождения остается противоречивой проблемой в связи с отсутствием данных клинических испытаний, демонстрирующих долговременный благоприятный эффект опиоидов как в отношении облегчения боли, так и функционирования.

V. Заключение

Крайне важно, чтобы существующие рекомендации по снижению высоких показателей передозировки среди лиц, потребляющих опиоиды как запрещенные, так и отпускаемые по рецепту, систематически выполнялись и им следовали на глобальном уровне. Усилия, направленные на более глубокое понимание существующих рекомендованных подходов (таких, как поддерживающее лечение с применением агонистов опиоидов и обеспечение доступности налоксона для медицинского персонала и лечебных учреждений), должны иметь первоочередное значение.

Ряд дополнительных подходов предусматривает проведение дальнейших исследований и действий. Сюда следует отнести такие области исследования, как возрастающая проблема передозировки опиоидов рецептурного отпуска и использование опиоидов для лечения хронических болей, не связанных со злокачественными заболеваниями.

Аналогичным образом, опыт с разрешением безрецептурного отпуска налоксона и распределением налоксона среди приятелей и сверстников следует изучить детально. Первоначальный опыт раннего лечения передозировки (включая и реанимацию, и применение налоксона) приятелями и членами семьи продемонстрировал многообещающие результаты, и существует очевидная заинтересованность в этой области со стороны финансирующих учреждений.

Сложности в интерпретации данных, различные модели доступности налоксона и отсутствие четкого руководства по обучению и реализации планов в этой области позволяют сделать вывод, что существует потребность в дальнейшей разработке организациями системы Организации Объединенных Наций основанного на имеющихся данных руководства по вопросам наилучшей организации и осуществления исследовательской работы по предупреждению передозировки.



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности

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

Издание Организации Объединенных Наций
Отпечатано в Австрии



V.13-83195—June 2013—250