

[Барак Обама разрешил обмен шприцев в США](#)

[Заявки на получение стипендии для участия в конференции AIDS 2010 принимаются с 8 декабря 2009 г. до 10 февраля 2010 г.](#)

[ПМИРЦ розпочав надання експертної допомоги партнерським організаціям](#)

[Метадоновые программы внедряются во всех областях Украины](#)

[Александров А. «Практика изготовления и употребления суррогатных опиатов, приготовленных из зерен пищевого мака»](#)

[Волик А. «Примеси в кустарных инъекционных наркотиках: составляющие вреда и профилактика вредных последствий»](#)

[Методика оцінювання міжгалузевої співпраці у галузі ВІЛ/СНІД](#)

[Разработка проекта](#)

[Синдром сгорания и работа в сфере ВИЧ/СПИД](#)

[Рекомендации для врачей по работе с MSM](#)

[Чи можуть віруючі використовувати кондоми?](#)

[Тест на ВИЧ: Ожидание... Но я не боюсь.](#)

[Введение в АРВ-терапию](#)

[Рекомендации по организации программ социального сопровождения уязвимых групп \(«СПИД Фонд Восток-Запад»\)](#)

[Ш. Бодлер «Опиоман»](#)

[У. Берроуз «Джанки – исповедь неисправимого наркомана»](#)

[Анкета оценки бюллетеня](#)

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ УРОВЕНЬ**

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ**

**ПРАКТИКА**

**МЕТОДОЛОГИЯ**

**ДИСКУССИИ**

**ТЕОРИЯ**

**БИБЛИОТЕКА**

**АНКЕТА**

## Дорогие друзья!

В рамках проекта «Безопасность. Знание. Поддержка», реализуемого Полтавским областным благотворительным фондом «Общественное здоровье» с ноября 2009 года работает [Полтавский межрегиональный информационно-ресурсный центр \(ПМИРЦ\) по вопросам ВИЧ/СПИД](#), который предлагает вашему вниманию первый выпуск электронно-информационного бюллетеня. Целью нашего издания является оказание методической помощи и информационной поддержки организациям, реализующим проекты профилактики ВИЧ/СПИД в Украине, а также работающим в сфере социальной работы и общественного здравоохранения. Нашими первоочередными партнерами являются ВИЧ-сервисные государственные и негосударственные организации Полтавской, Сумской и Харьковской областей, но география нашего сотрудничества гораздо шире и включает в себя все регионы Украины.

Уважаемые коллеги, наш бюллетень является прямым продолжателем информационного наследства [Альманаха Снижения Вреда в Украине](#), четыре выпуска которого доступны в сети интернет для ознакомления и использования. Мы очень надеемся, что материалы наших выпусков помогут вам в практической работе, окажутся полезными и актуальными, а также будем рады любой обратной связи с вами.

Редакция бюллетеня принимает отзывы, пожелания и рекомендации относительно содержания, внешнего вида и формата, в котором вам удобно получать бюллетень, а также ждет ваших материалов для пополнения информационного ресурса украинского ВИЧ-сервиса, социальной работы и общественного здравоохранения.

Получателями первого выпуска нашего бюллетеня являются:

- неправительственные организации-члены сети рассылки Украинской Ассоциации Снижения Вреда [uhra\\_members@uhra.org.ua](mailto:uhra_members@uhra.org.ua), куда в большинстве входят проекты, поддерживаемые МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;
- ВИЧ-сервисные организации Полтавской, Сумской и Харьковской областей;
- ЦСССДМ Полтавской, Сумской и Харьковской областей;
- Региональные центры СПИД, кожно-венерологические и наркологические диспансеры Полтавской, Сумской и Харьковской областей;
- Киево-Могилянская Академия, Полтавская украинская медицинская академия, Полтавский Государственный психолого-педагогический университет, и другие, приблизительным числом 157 организаций.

Подписаться на бюллетень вы можете, прислав электронное письмо с темой «Подписка» на [gromazdo@mail.ru](mailto:gromazdo@mail.ru)

Более подробную информацию о работе Полтавского информационно-ресурсного центра вы можете получить на сайте <http://pirc.org.ua/about> (сайт находится в стадии наполнения информацией).

С уважением и надеждой на сотрудничество,  
коллектив ПМИРЦ,  
редколлегия бюллетеня,  
сотрудники ПОбФ «Общественное здоровье».

P.S.

Бюллетень находится в стадии разработки, поэтому приносим извинения за возможные технические недостатки формата выпуска и повторение информации, уже известной вам ранее.

## Заявки на получение стипендии для участия в конференции AIDS 2010

В 2008 году для участия в конференции в Мексике было выделено более 800 стипендий. В рамках AIDS 2010 из общего бюджета конференции была выделена такая же доля на международные стипендии и стипендии для СМИ. Таким образом, организаторы AIDS 2010 надеются на то, что получится предоставить такой же объем стипендий, как и для AIDS 2008.

Стипендии будут предлагаться участникам с разным профессиональным опытом, в том числе тем, кто подает тезисы, заявки на проведение семинаров и программных мероприятий (в рамках Глобальной деревни или Молодежной программы). Ряд стипендий будет выделен для тех участников, которые не вносят вклад в программу конференции; кроме того, стипендии будут предоставлены представителям СМИ.

Учтите, что финансирование ограничено, а спрос на стипендии очень высок.

Заявки на получение стипендии принимаются с 8 декабря 2009 г. до 10 февраля 2010 г.

<http://www.aids2010.org/Default.aspx?pageId=181>



## Барак Обама разрешил обмен шприцев в США

Барак Обаму называют «ВИЧ-активистом во главе страны». Барак Обама для всех останется одной из главных новостей прошлого года. Его избрание породило и обсуждения, связанные с ВИЧ. Некоторые американские СПИД-сервисные организации даже назвали его «ВИЧ-активистом у власти». Как законодатель, сенатор Обама тесно сотрудничал со СПИД-сервисными организациями, разрабатывая новые законы в течение десяти лет. Как кандидат на пост президента, Обама поддерживал следующие меры: создание Национального плана по

СПИДу; отмену федерального запрета на программы обмена шприцев; федеральное финансирование сексуального образования для молодежи; новые шаги по борьбе с дискриминацией по признаку сексуальной ориентации. Он также обещал сохранить международную программу финансирования борьбы с ВИЧ/СПИДом

<http://shagi.infoshare.ru>



## Полтавський міжрегіональний інформаційно-ресурсний центр розпочав надання експертної допомоги партнерським організаціям

19-20 січня фахівці Полтавського ПМІРЦ відвідали з візитом експертно-технічної допомоги м. Охтирка Сумської області, а саме Охтирський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Підставою для візиту став запит Охтирського ЦСССДМ щодо надання методичної допомоги фахівцям соціальних служб Охтирського району у галузі профілактики ВІЛ/СНІДу та надання інформаційно-освітньої допомоги у соціальній роботі з колишніми засудженими.

В ході візиту фахівцям Охтирського ЦСССДМ (директор – Людмила Борисівна Нестеренко) були передані 12 найменувань літератури з первинної профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу загальною кількістю 150 примірників (розробки та видавництва ESCAPE, м. Черкаси); брошури «Женское здоровье», «Мужское здоровье» (AFEW), брошури «ВІЛ та гепатит» (МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»), загальною кількістю 50 примірників кожного найменування, тощо.

В ході співбесіди з Нестеренко Л.Б., були намічені шляхи співпраці щодо надання методичної допомоги фахівцям Охтирського ЦСССДМ по ресоціалізації колишніх засуджених, розвитку недержавних організацій Охтирки задля надання послуг вразливим щодо ВІЛ-інфікування групам населення. Людмила Борисівна запропонувала до співпраці з Полтавським ІРЦ Охтирську молодіжну організацію «Ініціатива». Зі співробітниками НДО «Ініціатива» було укладено домовленість про подальшу співпрацю, зокрема заплановано допомогу у підготовці проекту на МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

З Охтирки експертна група Полтавського ПМІРЦ вирушила до Сумського БФ «Крок назустріч» про результати візиту до якого читайте в наступному випуску бюлетеню та в газеті «Біла Альтанка» № 22.

Фотозвіт про експертний візит до Охтирського ЦСССДМ:  
[http://community.livejournal.com/bila\\_altanka/1733.html](http://community.livejournal.com/bila_altanka/1733.html)



### **Метадоновые программы внедряются во всех областях Украины**

По результатам обращения Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине министр здравоохранения Украины Василий Князевич подписал приказ, который предусматривает продолжение и территориальное расширение заместительной поддерживающей терапии с использованием медицинского препарата "Метадол" (метадона гидрохлорид).

Через 5 лет с начала внедрения программ ЗПТ в Украине, благодаря настойчивым усилиям Минздрава, международных и отечественных неправительственных организаций, заместительная терапия должна стать доступной для наркозависимых больных в 113 лечебных учреждениях во всех без исключения регионах Украины, как в областных, так и в небольших районных центрах. До последнего времени Харьковская область оставалась единственной в стране, где наркозависимые были лишены возможности получать заместительную терапию, пишет николаевская областная интернет-газета "Новости N".

Метадоновые программы внедряются в Украине вопреки усилиям отдельных общественных организаций и органов местного самоуправления. Недавно народный депутат от Партии регионов Вадим Колесниченко внес в Верховную Раду законопроект относительно запрещения использования метадона гидрохлорида и бупренорфина гидрохлорида в целях заместительной терапии, сообщает "Главред" со ссылкой на пресс-службу депутата.

По мнению Вадима Колесниченко, метадоновые программы малорезультативны и нецелесообразны. "Применение метадона в качестве заместительной терапии является фактическим отказом наркозависимому лицу в реализации его права на здравоохранение и предоставлении медицинской помощи, поскольку метадон усиливает наркотическую зависимость и уменьшает эффективность лечения и вероятность выздоровления", - утверждает в пояснительной записке к проекту закона.

Напомним, Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу и другие международные организации выступают с официальной поддержкой заместительной терапии метадоном.

[www.aids.ru](http://www.aids.ru)



## Практика изготовления и употребления суррогатных опиатов, приготовленных из зерен пищевого мака

### Введение

В последние два года многие белорусские потребители инъекционных наркотиков опиоидной группы перешли на другой тип наркотиков — кустарные опиаты из маковых зерен («семки»). Они отличаются большим содержанием побочных токсических ингредиентов, а их употребление часто сопровождается рискованным инъекционным поведением: использованием общих шприцев (в частности, при разделении наркотика из одного шприца на несколько — по числу потребителей и т.д.)

Отсутствие посадок мака, затруднение трафика маковой соломки, героина и метадона делает «семки» одним из самых доступных и распространенных опиатных продуктов, поэтому материалы по снижению вреда и профилактике последствий их употребления будут востребованы ПИН.

### История «семянок»

Первые упоминания об изготовлении и употреблении суррогатных опиатов из маковых зерен в Беларуси относят к весне 2005 года. Первоначальным местом распространения был город Минск, где простой и легальный доступ к дешевому пищевому маковому зерну склонил ПИН к отказу от уже редкого к тому времени нелегального метадона.

Распространение данного вида потребления напоминало «снежный ком» - информация о процедуре изготовления и пробы «продукта» передавалась от ПИН к ПИН, достигнув летом областных, а к осени и районных центров Беларуси. Первые пациенты наркологической службы, сообщавшие об употреблении этого продукта, отмечали дешевизну, доступность, легальность зерна мака, как положительные («нет проблем, чтобы вмазаться»), «почти как заместительная терапия», «не надо с барыгами связываться» и т.д.), так и отрицательные («семки» всегда доступны - с них нет смысла «слезать», трясет сильно, вены сильно «палит» и т.д.) его характеристики. Тем не менее на данный момент более 90% пациентов, находящихся на стационарном лечении опиоидной зависимости в отделениях для лечения наркоманий Минского городского клинического наркодиспансера и Республиканской клинической психиатрической больницы, употребляют именно этот суррогатный наркотик. В регионах наблюдается похожая картина, но поскольку другие специализированные отделения для лечения наркоманий в Беларуси отсутствуют, то можно привести данные только по амбулаторным пациентам областных наркодиспансеров.

Как и следовало ожидать, наибольший процент потребителей, сообщавших об актуальном употреблении опиатов из зерен мака, был в Гомельской (в том числе и в г. Светлогорске) и Минской областях; меньшая доля — в Гродненской и Брестской; единичные сообщения были из Витебской и Могилевской, где по-прежнему достаточно доступны героин и нелегальный метадон.

Кроме того, из 7 пациентов, получающих заместительную терапию метадонном в Гомельском наркодиспансере, 5 сообщили об употреблении «ширки из семянок» за прошедший месяц.

Согласно данным литературы по химико-токсикологическому анализу наркотических средств, основными алкалоидами, содержащимися в ацетилированном опиоиде, получаемом из зерен мака, кроме морфина, являются опиоидные алкалоиды кодеин и ацетилкодеин, а также папаверин и продукты распада тебаина. Именно наличие в анализах мочи тебаина подтверждает пищевой характер приема семян мака, так как в процессе термической обработки при экстрагировании из зерен тебаин разрушается и в моче не обнаруживается.

Содержание морфина в маковых зернах составляет от 20 до 200 мкг/г, а кодеина — от 2 до 80 мкг/г.

По данным о продажах маковых зерен в Беларуси, озвученным в октябре 2007 года на пресс-конференции начальником Управления по противодействию незаконному обороту наркотиков и преступлениям в сфере нравов Главного управления криминальной милиции МВД Республики Беларусь, их рост за последние два года составил более 200%: от 420 тонн в 2004 году до 650 тонн в 2005-м и 890 - в 2006 году. Причем уже в 2005 году более половины макового зерна не использовалось в кондитерской промышленности, а шло наркопопотребителям. Даже включение в мае 2007 года экстракционного опия, получаемого из семян растения рода *Papaver* путем извлечения наркотически активных алкалоидов опия водой или органическими растворителями, в Республиканский перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров не смогло коренным образом изменить ситуацию.

Согласно персональному сообщению одного из руководителей Управления по противодействию незаконному обороту наркотиков и преступлениям в сфере нравов Главного управления криминальной милиции МВД Беларуси данное подразделение изучает возможности решения этой проблемы. Так, в 2007 году проводилась проверка информации о том, что к маковым зернам для повышения «наркотической ценности» и ухода от наказания производители и продавцы добавляют измельченную маковую соломку. Но проверкой не было выявлено ни одного случая данной практики. Все действующие алкалоиды опия так или иначе выделялись из зерен мака. Кроме того, криминалистами производилось изучение различных сортов маковых зерен в зависимости от видов мака и стран-производителей на предмет содержания в них активных алкалоидов опия. Было установлено, что наибольшее содержание опиатов обнаруживается в зернах масличного (голубого) мака — до 0,5% морфина; среди стран — в маке индийского, турецкого и румынского производства. Белорусские правоохранительные органы предложили ограничить реализацию маковых зерен на открытых рынках и в неспециализированных магазинах.

### Эффекты

При введении «ширки из семок» в сравнении с «ширкой из соломки» потребители отмечают большую выраженность неприятных эффектов. Во-первых, это очень сильный зуд по всему телу («колики, ежики»), развивающийся непосредственно после введения и длящийся до 5 минут. Очевидно, в его основе лежит высвобождение гистамина под действием опиатов, а также ингредиентов этого продукта. Для преодоления неприятных ощущений практически все потребители добавляют в раствор антигистаминные препараты — чаще димедрол, реже фенкарол. Комбинация с антигистаминами, во-первых, повышает угнетение нервной системы, а во-вторых, ведет к токсикоманической зависимости от димедрола —

«димедроловые головы». Возможно также массивное раздражение стенок сосудов компонентами «ширки». Вторым неприятным действием является быстрое «пропадание вен» (склероз периферических вен) и необходимость в «открытии паха» (введение опиатов в вены паховой области), что сопровождается повышенным риском травматизма артерий и нервов, образованием тромбов, которые затем могут попасть с кровотоком в легкие и мозг. В-третьих, это достаточно умеренный по силе эффект («приход»), по сравнению с «соломкой» — более медленное и затяжное появление эффекта («разгон короткий» и «слабо идет в тягу»), что может вызывать желание повторного приема наркотиков («догнаться») и повышает риск передозировок. И, наконец, это длительность действия наркотика — в большинстве случаев она не превышает 10—14 часов, что требует более частых (2 раза) инъекций.

ПИН сообщают о некоторых различиях в «ширке», изготовленной из разных сортов маковых зерен: «французские и турецкие — самые лучшие»; «те, что горчат, — лучше, ширка держит до 14 часов, а плохие надо колоть 2 раза в сутки». Экономическим преимуществом зерен является низкая цена: для начинающих потребителей на одну дозу для 3-4 человек достаточно 1 кг, для «стажных» — 1 кг для 2 человек. Стоимость одного килограмма на рынках Минска составляет 35—40 тыс. белорусских рублей, а в регионах — до 50 тыс. (\$1 = 2150 белорусских рублей). Таким образом, суточные расходы на наркотик могут составлять от \$10 до \$15 на человека, что значительно меньше, чем в случае применения маковой соломки (до \$20), метадона (до \$50) или героина (\$20-540).

### Характеристики вреда

Несмотря на некоторые различия в приготовлении «ширки из семок» (в ингредиентах, последовательности действий и процедур), основными прекурсорами являются аммиачный спирт (спиртовой раствор нашатырного

спирта) или пищевая сода (гидрокарбонат натрия), столовый уксус (7-процентный водный раствор), растворитель, димедрол.

Суррогатные опиоиды несут потребителям дополнительные риски, связанные как с продуктами приготовления, так и с особенностями инъекционного введения этих средств. Из всех компонентов наиболее токсичными являются щелочи и кислоты (аммиак, натрия гидрокарбонат, уксусная кислота), которые в непрореагированном виде могут содержаться в готовом растворе.

Токсическое действие непрореагированных компонентов можно разделить на краткосрочное и долгосрочное. К краткосрочным последствиям относятся непосредственное действие щелочных (аммиак, натрия гидрокарбонат) или кислотных (уксусная кислота) продуктов на кровеносную систему, что проявляется в виде флебитов (воспаление вен), тромбозов (образование сгустков крови — тромбов), кровоизлияний (из-за ук-

сусной кислоты) и риска развития токсической кардиомиопатии (поражение сердечной мышцы). К долгосрочным последствиям относят риск развития токсических гепатита и нефрита (воспаления печени и почек), активизацию хронических вирусных гепатитов В и С, утяжеления проявлений ВИЧ-инфекции и риск развития взаимодействий с антиретровирусными препаратами.

Следующими химически активными компонентами «ширки из мака» являются экстрагированные из зерен различные органические соединения (другие алкалоиды, органические кислоты — меконовая, высокомолекулярные жировые, белки, липиды и углеводы, эфиры, масла и т.п.), с возможным повреждающим сосудистую стенку, печень и почки действием. Дополнительные риски создает комбинация опиатов с антигистаминными препаратами (димедролом), повышая риск передозировок и усиления угнетения ЦНС.

С другой стороны, согласно сообщению заведующего токсикологическим отделением Минской больницы скорой помощи, за все время значительного распространения употребления ацетилованного опия из маковых зерен (с 2005 года) случаев передозировок, причиной которых можно было бы считать употребление «семянок» (по сообщениям пациентов и результатам токсикологических анализов), не наблюдалось. Это может объясняться тем, что основной действующий компонент такой «ширки» — кодеин — обладает меньшей способностью угнетать дыхание потребителя.

Наконец, особенности приготовления препарата (на несколько человек) повышают риск передачи парентеральных инфекций — гепатитов и ВИЧ внутри группы потребителей. Все это делает стратегии по снижению вреда от употребления данных суррогатных опиоидов необходимым компонентом программ, ориентированных на ПИН в Беларуси.



### **Природа примесей: прекурсоры, "усилители", "бодяга"**

Примеси в кустарно приготовленных инъекционных наркотиках — опиатах (ширка, ханка) и амфетаминах (винт, джеф, болтушка) — это химические соединения, образовавшиеся в результате применения различных промежуточных веществ при получении готового раствора наркотика. Природу примесей определяют вещества, которые используются в качестве прекурсоров (для приготовления наркотического раствора), в качестве «усилителей» (для усиления наркотического эффекта) или в виде «бодяги» (бодяжные наркотики — наркотики, разбавленные («разбодяженные») какими-либо веществами с целью обманной наживы при продаже или для ослабления действия) дальше

Прекурсор — химическое вещество, исходный компонент или участник промежуточных реакций при синтезе какого-либо вещества. Чаще всего данный термин применяется для обозначения веществ, так или иначе связанных с производством наркотических, сильнодействующих или взрывчатых веществ [1]. Основными прекурсорами для приготовления ширки являются ангидрид уксусной кислоты и ацетонсодержащие растворители [2]. Для приготовления винта (первитина) основными прекурсорами являются: исходный аптечный препарат (солутан, трайфед, теофедрин и другие эфедринсодержащие аптечные препараты), неэтилированный бензин, кристаллический йод, красный фосфор, едкий натр, пищевая сода [4, 5]. Джеф (мулька, болтушка) готовится с применением уксуса и перманганата калия (марганцовка) [3]. Прекурсоры могут быть заменимы на аналоги. Так за неимением ацетонсодержащих растворителей (предпочтительны промышленные растворители № 646, 647) потребители ширки могут использовать соляную кислоту, аммиак, этиловый спирт, даже одеколон [4]. А при изготовлении винта вместо неэтилированного бензина может использоваться петролейный эфир [5].

Усилители — вещества, добавляемые в готовый раствор наркотика с целью усиления и пролонгирования действия. Для ширки таким веществом традиционно является димедрол, реже, но предпочтительнее — сибазон (реланиум). Винт и джеф обычно употребляются без усилителей, но существуют смеси, такие как «варшава» (винт и ширка в одном шприце), которые вызывают так называемый «убойный» приход и могут использоваться потребителями наркотиков с суицидальной целью [6].

Бодяга (сленг.) – добавки в готовом наркотики<sup>1</sup>. Происходит от сленгового глагола «бодяжить» («бадяжить») — разбавлять наркотики чем-либо с целью повышения стоимости за счет увеличения объема (чаще), либо для того чтобы снизить крепость приготавливаемой субстанции (реже). Бодяжный (бадяжный, разбодяженный) наркотик – некачественный наркотик, где посторонних добавок много, а искомого вещества мало. Приём бодяжных наркотиков чреват серьёзными осложнениями для наркопотребителя, так как добавки в наркотик часто вредны и опасны для здоровья. Так, наиболее распространёнными добавками в ширку являются вода, заварка чая или кофе, моча, йод [7]. В проекте снижения вреда БФ «Общественное здоровье» (Полтава) в 2001 году был зафиксирован случай смерти ПИН-участника программы обмена шприцев, причиной которой стала покупка и введение в вену 5% раствора йода под видом раствора ширки [4].

**Примеси в кустарных инъекционных опиатах (ширка): бытовые растворители, уксусный ангидрид, димедрол и другие. Характеристика действия и вредных последствий.**

Ширка (крим. сленг) – экстракт маковой соломки, который получают путём её измельчения и выделения (экстракции) из неё наркотически активных алкалоидов с помощью органических растворителей [8]. Препарат имеет жаргонные названия-синонимы: «ханка», «черняшка», «чёрная», «компот», «химия» (солома, обработанная нашатырным спиртом и ацетоном, после выпаривания вводимая внутривенно). Ацелирование опия и получение препарата «ширка» возникает в СССР в начале 80-х гг. XX века, в связи с введением строгих мер контроля за расходом всех аптечных препаратов [9]. До этого потребители опийных наркотиков европейской части СССР использовали аптечные опиаты (опий в порошке, морфина гидрохлорид), водный отвар маковой соломы («кокнар», «кукнар», «варенье») или поедали мак всухую. В среднеазиатской части СССР было больше распространено курение опиума и пероральное употребление терьяка. Терьяк – высохший на воздухе млечный сок, выделяющийся из надрезов, нанесенных на незрелые коробочки мака.

По своим наркотическим свойствам ширка относится к депрессантам (подавляет нервно-психическое возбуждение). Внутривенное введение ширки вызывает «приход» (резкую реакцию организма на попадание наркотика в мозг в виде «нахлынувшей волны», «удара», «бегания мурашек»). Дальнейшее действие, именуемое на сленге наркопотребителей «тягой» включает в себя эйфорию, общую расслабленность, благодушие и безмятежность. Основные физические эффекты: расслабление мышц, анальгезия. Основной диагностический признак: резкое сужение зрачков [2].

Для понимания вреда, который оказывают примеси в ширке на организм наркопотребителя важно представлять себе процесс приготовления ширки.

После измельчения маковой соломы (что обычно производится на бытовой мясорубке), происходит «содировка» – первый этап, на котором маковая солома заливается водой и кипятится с добавлением пищевой соды или аммиака.

На втором этапе, который именуется «закваска», содированная маковая солома, помещённая, например, в чулок («блин»), заливается промышленным растворителем (№№ 646, 647) или ацетоном. Менее приемлемы, однако могут использоваться спирт, тройной одеколон. «Блин» ставится на водяную баню и нагревается до 30 минут, после чего отжимается (выкручивается вручную).

На первом и втором этапе основным вредным фактором воздействия на организм человека являются горячие пары аммиака и особенно растворителя, который, испаряясь, оказывает токсическое воздействие на центральную нервную систему, как самого потребителя (варщика) так и окружающих. Опыт реализации программы снижения вреда на базе фонда «Общественное здоровье» (г. Полтава, Украина) говорит о том, что более половины всех жалоб и заявлений соседей с требованием закрыть «наркоманский притон», связаны с неприятным и резким запахом, который распространяется по дому (двору) и соседним квартирам. Этот резкий запах является смесью паров ацетонсодержащего растворителя и аммиака и причиняет немалый дискомфорт окружающим, загрязняя окружающую среду в пределах микроклиматической зоны совместного проживания группы людей.

На этапе «отжарки» в отжатый осадок, богатый алкалоидами опия добавляется 5 мл. 10% хлористого кальция и вода. Смесь кипятится («отжаривается»), после чего начинается «доводка» готового раствора до гус-

<sup>1</sup> Сленговое «бодяга» также может употребляться в значении «кустарно приготовленный наркотик». Глагол «бодяжить» может употребляться в значении «готовить наркотик» [6].



той вязкой формы («шоколадка»). В «шоколадку» добавляется 0,5 грамма уксусного ангидрида. Уксусный ангидрид является обязательным и незаменимым прекурсором для приготовления ширки. Он необходим для проведения реакции ацетилирования опиума – ключевой реакции в приготовлении опиоидного раствора. После этого «шоколадка» высушивается на огне и разбавляется 15-20 граммами холодной воды. С этого момента полученный раствор называется «ширкой». Её «перебирают» (фильтруют) через так называемую «метлу» (ватный тампон, намотанный на конец иглы диаметром 0,8 мм – на сленге потребителей наркотиков «выборка»).

Следующий этап – «очистка». На этом этапе в ширку добавляется 1-2 измельчённых таблетки димедрола. Димедрол («демик») добавляется в ширку с целью очистки раствора и усиления наркотических свойств ширки. Сами потребители инъекционных наркотиков (ПИН) считают, что с этой целью лучше и менее вредно добавлять раствор сибазона (реланиум, седуксен, валиум, диазепам), так как именно нерастворимые частицы таблеток димедрола становятся причиной тромбоза с развитием последующих осложнений [4, 10].

Готовый раствор по субъективным критериям ПИН должен иметь темно-коричневый («кофейный») цвет, что говорит о хорошем качестве и относительной чистоте продукта. Однако хромато-масс-спектрометрический анализ ширки свидетельствует о высоком примесном фоне готового раствора, варьирующем от 8 до 20% [2].

Основным алкалоидом ширки является ацетилкодеин. Из компонентов не являющихся алкалоидами в ширке присутствуют компонент опиума меконин, образующийся при восстановительном разложении наркотина, продукты неполного ацетилирования – 3-моно-ацетилморфин, 6-моноацетилморфин, продукты гидролиза и добавки (хинин, стрихнин, кофеин, сахара) и т.п. В связи с высоким примесным фоном в зарубежной терминологии ширку называют «грязным героином» (суд heroin) [2, 20]. В среде украинских ПИН, равно как и в среде экспертов, ширка также считается грязным наркотиком, основным вредным последствием употребления которой являются флебит, тромбоз и посттромботический синдром<sup>2</sup>.

*«При работе с потребителями инъекционных наркотиков на полевых пунктах доверия, обращает на себя внимание тот факт, что подавляющее большинство ПИН в той или иной степени страдают ПТФС – посттромботическим синдромом. Сами потребители инъекционных наркотиков считают, что тромбозы, а также связанные с тромбозами трофические язвы, которые многие ПИН ошибочно называют «абсцессами» — это главный вред, который причиняет им ширка (А.Л. Боркунов, ангиохирург, врач-консультант БФ «Анти-СПИД», Полтава) [11].*

Таким образом, готовый раствор ширки представляет собой нестерильный биоагрессивный раствор, который, несмотря на процеживание через ватный фильтр и «очистку» димедролом, содержит в себе «следы» уксусного ангидрида и растворителя и оказывает помимо наркотического, сильное токсическое действие, в первую очередь на стенки вен [7, 11]. Тот факт, что ПИН, добавляющие в ширку вместо димедрола сибазон (реланиум) страдают тромбозом реже и в значительно меньшей степени, чем «димедрольные» ПИН, говорит о том, что важную патогенетическую роль в возникновении тромбоза играют нерастворимые частицы таблетированного димедрола [4].

Степень относительной «чистоты» ширки зависит от целей приготовления раствора, что характерно отражено в следующем интервью: *«Когда я готовлю для себя, я, конечно, потрачу часа два и больше и хорошо отобью раствор, демика там будет мало, кодеина много – переть будет долго и сильно. А на продажу, конечно, буду экономить, это ж мои деньги... В ширке на продажу демика будет много, могу и каплю ангидрида добавить на 10 миллилитров ширки – приход будет сильным, просто такая ширка грязнее и держит 1,5 -2 часа, а для себя я сделаю такую, что 6-8 часов будет держать плотно...» (Р., варщик-барыга, стаж употребления ширки 20 лет, участник программы снижения вреда, БФ «Общественное здоровье», Полтава, Украина). На вопрос о вредных последствиях димедрола и уксусного ангидрида, данный интервьюер ответил: *«Ну вредно конечно, у меня самого ноги пухлые думаете отчего... Вся грязь же там (показывает на стопы) оседает. Закупорка вен. Если демик заменять на сибазон такого не будет. От большого количества димедрола в ширке – тромбоз. От ангидрида – флебит. Вены горят, закрываются...».**

<sup>2</sup> Посттромботический синдром (ПТФС) – состояние после перенесенного тромбоза, проявляющегося в расширении и уплотнении стенок вен, в появлении стойких отёков, гиперпигментации и уплотнении кожи поражённой конечности, в появлении изъязвлений (трофических язв). По данным разных авторов ПТФС страдают от 40 до 80% ПИН в странах бывшего СССР [7].

Некоторые потребители с целью получения относительно чистой ширки используют вместо растворителя 25% раствор соляной кислоты. Такая ширка считается более приближенной к героину, однако у потребителей она менее популярна, так как даёт невыраженный слабый «приход» [4].

Кроме того, есть указания на использование крови на этапе отбива ширки [13], однако потребители инъекционных наркотиков говорят, что данная практика является исключительной редкостью и ни один из 560-ти опрошенных респондентов-участников программы снижения вреда в г. Полтава, не указал на факт использования крови в процессе приготовления ширки [4].

Таким образом, именно заболевания кровеносных сосудов – флебит, тромбофлебит и посттромбофлебитический синдром – являются основными проявлениями индивидуального вреда, оказываемого примесями в ширке на организм ПИН [4, 7, 11]. Ряд авторов также связывают с употреблением «грязных» инъекционных наркотиков развитие хронического токсического гепатита [10].

**Примеси в кустарных амфетаминах (винт, джеф, болтушка): бензин, эфир, йод, красный фосфор, перманганат калия и другие. Характеристика действия и вредных последствий.**

Винт (нарк. сленг) – первитин (метамфетамин), психостимулятор фенаминовой группы, получаемый кустарно из эфедринсодержащих аптечных препаратов (солутан, трайфед, теофедрин, зестра и им подобных). На сленге потребителей винта препарат может именоваться также как «белый» («белая»), «ширка» (в южных регионах Украины, в частности в Одесской области) [7]. Как и ширка, винт относится к «уличным» наркотикам. Приготовление и употребление винта в СССР исторически относится к середине 80-х годов XX века. Распространение винтовой наркомании, как и опийной, связано с ужесточением мер контроля за отпуском аптечных препаратов в СССР [9]. До этого потребители психостимуляторов имели доступ к аптечным препаратам психостимулирующего действия, а в уголовной среде было распространено приготовление джефа и мульки – кустарных препаратов, приготовленных с применением уксуса и перманганата калия, оказывающих психостимулирующее действие, однако более слабое, чем винт [7].

Химическая формула первитина: гидрохлорид d-1-фенил-2-метиламинопропана. Вводится внутривенно, а также перорально. При длительном употреблении вызывает выраженную психическую зависимость. Синдром отмены проявляется апатико-астеническим синдромом и продолжительным сном. Рецидивы употребления частые. 90 % применяющих винт потребителей приобретают стойкие психические расстройства (слабоумие, паранойя, маниакально-депрессивный психоз, двигательные расстройства, паркинсонизм) [14, 16].

Введение винта вызывает ощутимый прилив энергии, эйфорию, «скачку идей» (*fuga idearum*). На физическом уровне: двигательное возбуждение, анорексия, исхудание (у хронических потребителей). Винт обладает выраженной периферической адреномиметической активностью (сужает периферические сосуды, повышает артериальное давление) и прямым адренергическим действием на ЦНС, в том числе на ретикулярную формацию и некоторые подкорковые структуры, угнетает активность MAO (моноаминоксидазы). В медицине первитин применялся при лечении нарколепсии, психогенных депрессий, алкогольных депрессивных психозов и других заболеваний, сопровождающихся сонливостью, вялостью, астенией. Также применялся для временного устранения чувства усталости, повышения физической и умственной работоспособности.

В рекреационных целях первитин, в связи с его недоступностью, синтезируют кустарным способом с использованием эфедринсодержащих аптечных препаратов. Наиболее часто в качестве основного прекурсора выступают: трайфед, терафун, солутан, колдакт, зестра и другие. Есть данные о получении винта из аптечных препаратов, содержащих псевдоэфедрин и фенилпропаноламин [16].

Приготовление винта проходит в несколько этапов. На первом этапе из исходного аптечного препарата получают эфедрин гидрохлорид с применением бензина (или петролейного эфира), соляной кислоты и щелочи (NaOH или KOH). Как и во время приготовления ширки, процесс сопровождается резкими неприятными испарениями, оказывающими токсическое действие на окружающих. Во время второго этапа дозируются красный фосфор, кристаллический йод и смешиваются с эфедрин гидрохлоридом. На третьем этапе происходит непосредственно варка винта. Четвёртый этап – очистка и подщелачивание полученного раствора [5].

Называть вещество, полученное в домашних условиях, чистым первитином не является верным, так как готовый раствор винта имеет высокий примесный фон, варьирующий в пределах 10-60%. Этот примесный

фон во многом предопределяет вред, оказываемый винтом на организм наркопотребителя. В готовом растворе могут находиться «следы» бензина или эфира ( $\alpha$ -бензилфенэтиламин,  $\alpha$ -бензил-N-метилфенэтиламин, бензилметилкетоксим, дибензилкетон и другие), «следы» исходных аптечных прекурсоров (хлорэфедрин, фенил-2-пропанон и другие), соединения фосфора и неорганические соединения (цинк, йод), а также добавки (глюкоза, крахмал, кофеин, магния сульфат и другие) [2].

Наиболее частым последствием хронического употребления винта является тромбоз вен, тромбоз флебит и посттромбофлебитический синдром, вызванные частым введением нестерильного раствора с высоким процентом токсичных примесей. Обращает на себя внимание характерный вид хронических потребителей винта: на лице и кожных покровах заметны свежие и уже зарубцевавшиеся фурункулы – токсический фурункулез, говорящий о наличии токсичных чужеродных агентов в крови потребителя винта, что также связано с введением в венозную систему «грязного» раствора. Отличительной чертой токсического фурункулеза является невыраженность или полное отсутствие перифокального воспаления, рубцевание по типу струпа [17].

Гораздо более серьёзные последствия для организма потребителя несёт употребление джефа и болтушки (мульки) – кустарных амфетаминов, приготовленных с применением перманганата калия из аптечных препаратов, содержащих эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламин.

Джеф (нарк. сленг.) – эфедрон, наркотик кустарного производства, приготовляемый из эфедринсодержащих аптечных препаратов (теофедрин, эфедрин гидрохлорид) [16, 18]. Препарат имеет синонимы *мулька*, *марцифаль*, характерные для лексикона лиц криминального круга.

Болтушка (нарк. сленг.) – псевдоэфедрон или катинон, приготавливаемый в кустарных условиях из аптечных препаратов, содержащих псевдоэфедрин и фенилпропаноламин (трайфед, колдакт, эффект, фервекс). Лёгкая воспроизводимость рецептуры изготовления болтушки из препаратов от простуды привела к широкому её распространению. Препарат имеет синонимы: *мулька*, *болдафен*.

Основной химической реакцией в получении джефа и болтушки является реакция окисления перманганатом калия в кислой среде эфедрина, псевдоэфедрина, норэфедрина.

№	Прекурсор	Используемый препарат, содержащий прекурсор	Синтезируемое психоактивное вещество
1.	Эфедрин	Эфедрин гидрохлорид, теофедрин, препараты, содержащие эфедрин	Метамфетамин («винт», первитин)
			Меткатинон (эфедрон, «джеф»)
2.	Псевдоэфедрин	«Trifed» и др.	Псевдометкатинон (псевдоэфедрон, «болтушка»)
3.	Норэфедрин	«Эффект», «Coldact» и др.	Катинон (норэфедрон, «болтушка»)

Таблица печатается по: Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 190–192.

Соединения перманганата калия являются основной примесью в готовом растворе джефа и болтушки. Марганец попадает в готовый раствор в процессе синтеза. Так как катинон, меткатинон, псевдометкатинон принципиально токсическими свойствами не отличаются, то возникновение частых осложнений от употребления джефа и болтушки специалисты связывают именно с наличием соединений марганца в конечном продукте, вводимом внутривенно [16, 20]. «Марганцевые» осложнения у потребителей джефа и болтушки проявляются выраженными неврологическими расстройствами (паркинсонизм, парезы, параличи). О серьёзности возникающих расстройств свидетельствует приведённый ниже фрагмент интервью с Володей, волонтером проекта снижения вреда НГО «Закарпаття проти СНІДу» (Ужгород) [19]:

Володя: *Сейчас много появилось «безбашенной» молодёжи, которые мутят болтушку из «флюколда», «эффекта», «фервекса», «колдакта». Бодяжат с марганцовкой и уксусом. Прёт пол часа, зато проблем на всю жизнь... Марганец в раствор попадает по любому и попадает в кровь... Эту штуку у нас называют «крокодил», а этих отморозков «крокодилами»...*

Интервьюер: А почему «крокодил»?

Володя: *А потому, что эта дрянь (болтушка – прим. автора) ниже пояса тебе всё откусывает. Сегодня ты ещё ходишь, а через неделю уже ноги волочишь как хвост. Потому и «крокодил»...*

В рассказе Володи речь идёт о параличе нижних конечностей – часто встречающемся осложнении у потребителей джефа и болтушки. Марганец имеет свойство кумулировать в ЦНС, в особенности в базальных ядрах, миелиновых нервных волокнах. Паралич – отсутствие произвольных движений – обусловлен поражением двигательных центров спинного и головного мозга, проводящих путей центральной и периферической нервной системы в результате токсического поражения соединениями марганца. Парез – ослабление произвольных движений – также распространённое расстройство, встречающееся у потребителей кустарных амфетаминов, связанное с кумуляцией марганца в нервной ткани.

Наряду с параличами и парезами, у потребителей кустарных амфетаминов встречаются следующие расстройства, связанные с токсическим действием примесей марганца: марганцовокислая энцефалопатия, марганцовокислая нейропатия, пирамидные и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, хореоподобные расстройства), атаксия и другие [12].

Таким образом, соединения марганца, составляя основной примесный профиль готовых растворов джефа и болтушки, являются главным фактором вредного воздействия на нервную систему потребителя кустарных амфетаминов, вызывая вышеописанные расстройства.

### **Рекомендации по снижению вреда от примесей в кустарных инъекционных наркотиках**

Основным общим советом для профилактики вредных последствий, оказываемых примесями в кустарных инъекционных наркотиках, может быть только один: прекратить употребление инъекционных наркотиков, так как продолжение этой практики наряду с усугублением наркозависимости, однозначно будет сопровождаться усугублением вредных последствий (например, переход тромбофлебита в посттромбофлебитический синдром и т.п.). Поэтому при проведении социальной работы с ПИН следует проводить мотивационное консультирование, ориентирующее клиентов на переход к менее опасным формам употребления наркотиков (неинъекционное), к участию в программах заместительной терапии, в программах реабилитации.

В таблице ниже приведены советы, которые следует давать ПИН со стойко-сформированной зависимостью от употребления инъекционных наркотиков, не могущих или не готовых в данный момент отказаться от их употребления.

Наркотик	Примесь	Вызываемое расстройство	Рекомендации по снижению вреда
«Ширка» (экстракт макоевой соломки)		Интоксикация парами ацетона при приготовлении раствора (как для потребителей наркотиков, так и для окружающих)	Приготовление раствора в условиях хорошей воздушной вытяжки. Проветривание помещений. Приготовление раствора вне жилой зоны.
		Тромбофлебит, ПТФС	см. Димедрол
		Токсический гепатит	Применение гепатопротекторов (карсил, эссенциале и т.п.). Перерывы в употреблении.
	Уксусный ангидрид	Флебит	Сокращение количества инъекций. Перерывы в употреблении. Применение веноotonиков и ангиопротекторов типа препарата «Троксевазин» (с лечебной и профилактической целью). Компрессы.
	Димедрол	Тромбофлебит, ПТФС	Отказ от использования димедрола. Пероральное употребление димедрола вместо добавления в раствор. Использование раствора сибазона (реланиума) вместо димедрола. Дополнительная очистка раствора. Сокращение количества инъекций. Прекращение (недопущение) инъекций в область паха (соустье паховой и бедренной вены). Антисептическая обработка кожи до и после укола. Своевременное консервативное и хирургическое лечение тромбофлебита и ПТФС.
«Винт» (кустарно приготовленный метамфетамин)	Бензин, едкий натр (едкий кали), соляная кислота	Интоксикация парами при приготовлении раствора (как для потребителей наркотиков, так и для окружающих).	см. «Ширка». Ацетонсодержащие растворители
		Тромбофлебит. ПТФС	Сокращение количества инъекций. Перерывы в употреблении. Прекращение (недопущение) инъекций в область паха

			(соустые паховой и бедренной вены). Антисептическая обработка кожи в до и после укола. Своевременное консервативное и хирургическое лечение тромбофлебита и ПТФС.
		Токсический гепатит	см. «Ширка». Токсический гепатит.
		Токсический фурункулёз	Перерывы в употреблении. Применение антибактериальных мазей. Хирургическая консультация (возможно, требуется назначение курса аутогемотрансфузии)
	Красный фосфор	Разрушение зубов, остеопороз, токсический гепатит	Витаминизация. Перерывы в употреблении.
«Джеф», болтушка (псевдоэфедрон и катинон кустарного приготовления)	Перманганат калия	Параличи, парезы, марганцовокислая энцефалопатия, марганцовокислая нейропатия, пирамидные и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм), атаксия, афазия, астазия-абазия.	Отказ от употребления марганец-содержащих амфетаминов (употребление «винта» как альтернативы).  В ригидных случаях: тщательное приготовление раствора, дополнительная очистка раствора.

Неврологические осложнения употребления марганец-содержащих наркотиков являются необратимыми. В литературе не найдено свидетельств успешных случаев излечения марганцевокислых нейропатий и энцефалопатий, отсутствуют специфические схемы лечения и перспективные разработки. Автор данной статьи обладает только одним фактом улучшения состояния после марганцевокислого паралича: ПИН, 35 лет, парализованный джефом в 1990 году путём усиленных занятий гимнастикой цигун в течении 2-х лет перевёл паралич в парез, освоил ходьбу с опорой и частично восстановил речь.

В отношении потребителей джефа и болтушки необходимо выбирать тактику разъяснения и мотивации к отказу. В виду того, что марганец является нейротропным ядом, снизить вред от употребления наркотиков, содержащих марганец, не представляется возможным. Следовательно, только мотивация к полному отказу от употребления джефа и болтушки может гарантировать потребителям инъекционных амфетаминов относительное здоровье. В случаях, когда ПИН упорно продолжает употребление марганец-содержащих наркотиков, несмотря на информирование о последствиях (это может быть связано с делинквентностью, умственной отсталостью потребителя) следует советовать проводить дополнительную очистку раствора и его тщательное приготовление.

Масштабы употребления инъекционных наркотиков в Белоруссии, Украине, России остаются высокими. По данным UNAIDS в Украине около миллиона граждан являются хроническими или эпизодическими ПИН (по официальной статистике Украинской наркологической Ассоциации – 560 тысяч ПИН). Экстраполяция этих данных на демографическую картину Белоруссии и России даёт цифру в 1-1,5% населения. Сложившаяся ситуация требует модернизации существующих подходов стратегии снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков. Данная стратегия до сих пор ассоциируется с обменом шприцев и зачастую действительно им ограничивается. Мониторинг действующих проектов снижения вреда (работающих при поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине») свидетельствует о том, что профилактической программой в основном охвачены потребители инъекционных опиатов, в то время как потребители винта и болтушки составляют в лучшем случае 10%. Это говорит о необходимости разработки стратегии, направленной именно на эту группу, с учётом психологии потребителей инъекционных амфетаминов, с привлечением волонтеров из их среды.

Основной акцент в профилактических программах следует сделать на информирование и мотивационное консультирование. ПИН-клиент должен знать, какой конкретно вред несёт ему тот или иной компонент употребляемого вещества. Социальный работник, предоставляющий эту информацию (устно или через информационно-образовательные материалы) должен также информировать ПИН об альтернативах, которые возможны в каждом конкретном случае: переход на менее опасное употребление (неинъекционная альтернатива), участие в программах заместительной терапии (для потребителей инъекционных опиатов), участие в группах самопомощи, участие в реабилитационных программах. Речь идёт о переходе ПИН из клиента сервиса низкого порога (чистые шприцы, дезинфектанты, медикаменты) в клиенты высокопороговых программ

Несомненно, как компонент сервиса низкого порога должно существовать грамотное ситуационное консультирование: как приготовить менее токсичный раствор, как очищать раствор, как проводить антисептическую обработку кожи перед и после инъекции, как правильно делать саму инъекцию, как (и какие) применять мази для лечения/профилактики осложнений и т.п. Для обеспечения перечисленного нужно организовать обучение социальных работников, привлекать волонтеров из среды ПИН, мотивировать ПИН к по-

сещению групп самопомощи и электронных форумов, посвященных данной теме. Так, в сети Интернет действует ряд форумов, где потребитель наркотиков может получить совет по менее токсичному и более безопасному приготовлению/употреблению наркотиков. Примером такого форума является <http://www.drugusers.ru/forum/index.php>.

Проблема чистоты употребляемых наркотиков – это действительно проблема. Наркозависимый человек, если он сам не готовит себе препарат, вынужден обращаться к наркодилерам (на сленге – барыга, пушер). Покупка наркотика – это всегда покупка «кота в мешке»: никто на самом деле не знает, что он покупает под названием «ширка» или «винт». Примеси, содержащиеся в продажных уличных наркотиках, могут быть фатальны для наркопотребителя. Частично решить эту проблему можно через проведение информационно-образовательной работы в среде ПИН. Дилеры и варщики также должны становиться клиентами таких информационно-образовательных программ, так как именно от них зависит, какой чистоты будет конечный продукт.

Потребители наркотиков должны знать всё о вреде принимаемого вещества, тогда они в большей степени смогут сделать осознанный выбор.

*Использованные источники:*

1. Постановление Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 644 “О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.
2. *Веселовская Н. В., Коваленко А. Е.* Наркотики (пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-медицинских лабораторий) – 2000 – Москва. Триада-Х.
3. *Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г.* Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 190–192.
4. Данные поточного анкетирования потребителей инъекционных наркотиков-участников программы снижения вреда – 2002-2005. – Полтавский областной благотворительный фонд «Общественное здоровье».
5. Методика приготовления винта. Материалы сети Интернет: <http://drugs.boom.ru/stimyl.html>, <http://www.health-news.ru/drugsexstasy>, <http://www.vintclub.ru>
6. Сленг потребителей наркотиков // «Червона Стрічка», журнал для медицинских работников и СПИД-сервисних организаций, г. Харьков — 2001 — № 2 (4).
7. «Шаг за шагом: проблема сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения». Методические рекомендации под ред. Т. Дешко – 2004 – Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, Киев
8. *Рущенко И. П.* Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований) // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 17–83.
9. *Пятницкая И. Н.* Клиническая наркология. — М., 1975. — 333 с.
10. *Пятницкая И. Н.* Наркомании. — М., Медицина, 1994. — с. 212-301.
11. «Ширка» с точки зрения ангиохирургии. Интервью с хирургом А.Л. Боркуновым // Альманах «Снижение вреда в Украине», Всеукраинская Ассоциация Снижения Вреда — Полтава, 2002. — с. 39–42.
12. *Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н.* Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, вип. 2. — С. 74–76.
13. Риторика и риск. Нарушения прав человека затрудняют борьбу с ВИЧ/СПИД в Украине // Human Rights Watch – 2006 – Т.18 № 2(D)
14. *Г.А. Бурназян*, "Психофармакотерапия" – М., Просвещение, 2002
15. Материалы сети Интернет: [http://behigh.org/drugs/substances/methamphetamine/vint\\_overview.html](http://behigh.org/drugs/substances/methamphetamine/vint_overview.html); <http://narkopedia.ru/index.php?title=Methamphetamine>
16. *Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф., Кузьминов В. Н., Жемчугова Н. И., Осипов А. А.* Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путём кустарной модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 117–122.
17. Данные полевых наблюдений в работе с потребителями винта. Программа снижения вреда, Полтавский областной благотворительный фонд «Общественное здоровье» (Волик А.Н., Боркунов А.Л.)
18. *Баян Ширянов*, "Низший пилотаж" – М, Ad Marginem, 2001. – стр. 62-66



## **Міжгалузева співпраця у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні: методика оцінювання**

Для оптимізації роботи регіональних координаційних рад з питань профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД має бути корисним ознайомлення з авторською методикою щодо здійснення центральними і місцевими органами влади за участю органів місцевого самоврядування процесу самооцінювання діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Аналізується етапність проведення експертизи за основними напрямками у розрізі окремих структурних підрозділів органів виконавчої влади. Пропонується шкала кількісного та якісного вимірювання ефективності міжгалузевої співпраці у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

Детальніше: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DUTP/2007-2/txts/07khoumo.htm>



## **РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА**

Данное издание имеет целью информирование об алгоритме разработки проекта и заявки на соискание гранта в международной донорской организации для повышения качества проектов и соответствующих заявок. Рассчитано также на читателей, которых интересуют методики анализа социальных программ. В нашем бюллетене данная ссылка размещается также по просьбе молодых ВИЧ-сервисных организаций, которые только начинают практиковаться в написании реагирующих проектных предложений. В добрый путь: <http://ifolder.ru/16227832> Файл доступен для скачки до 5 марта 2010 года.

(редакция бюллетеня не несет ответственности за рекламу, всплывающую при загрузке файла)



## **Синдром профессионального сгорания (проф-стресс-синдром)**

– частое и, увы, нелегкое профессиональное заболевание тех, кто много времени и сил отдает работе с ВИЧ-позитивными людьми, потребителями инъекционных наркотиков и другими клиентами из уязвимых групп. Однако, виноваты ли в этом наши клиенты? Нет. Просто в работе с людьми синдром сгорания неизбежен, так как социальная работа – это прежде всего общение, обмен энергиями, взаимоотдача. Как преодолеть и предупредить синдром сгорания? Спросим у наших коллег из Казахстана:

[http://www.mh-center.org/res/bulletin\\_burnout\\_kz\\_ru.pdf](http://www.mh-center.org/res/bulletin_burnout_kz_ru.pdf)



## **Изданы рекомендации для врачей по взаимодействию с гомосексуальными пациентами**

В Санкт-Петербурге в издательстве РГПУ им. А.И.Герцена вышла брошюра "Гомосексуалы на приеме у врача: психологические рекомендации по взаимодействию с пациентами". Эта разработка - не о медицине и не о болезнях, она - о конструктивном взаимодействии с гомосексуальным пациентом, о психологической стороне общения "врач-пациент". На практике оказы-

вається, що от стиля взаємодіявання врача с пациентом, от степени включенности врача в индивидуальную ситуацию пациента зависит здоровье последнего.

Если врач будет готов получить знание о характеристиках сексуальности конкретного человека, он сможет полнее представить картину его жизни и возможных медицинских проблем, четче разработать стратегию и тактику лечения. К сожалению, часто информация о гомосексуальности скрывается пациентом от лечащего врача, что приводит к затруднениям постановки диагноза в условиях искажения данных анамнеза. Автор брошюры предлагает разобраться читателям, почему пациенты скрывают от врача такие важные данные, что можно предпринять для получения полной информации и как к этой информации относиться.

Научно-практические рекомендации написаны в первую очередь для врачей различных специальностей, сопряженных с необходимостью знания о сексуальной ориентации пациентов. Как правило, это гинекологи, андрологи, урологи, проктологи, репродуктологи, инфекционисты, иммунологи, дерматовенерологи, педиатры, врачи общей практики, другие врачи, а также иные категории медицинского персонала.

Автором методических рекомендаций является кандидат психологических наук, психолог Российской ЛГБТ-Сети Мария Сабунаева. Рецензентами выступили доктор психологических наук, профессор Е.П. Кораблина и кандидат медицинских наук, доцент Д.Д. Исаев. Брошюра напечатана по решению редакционно-издательского совета РГПУ им. А.И.Герцена.

Написание и публикация брошюры стали возможным в рамках совместного проекта Межрегионального общественного движения "Российская ЛГБТ-Сеть" и социального проекта LaSky.

Скачать брошюру тут: <http://lgbtnet.ru/publications/doctorpatient.pdf>

Читать далее: <http://parniplus.ru/news/0-0-0-105-10>



## Чи можуть віруючі використовувати кондоми?

Проблема ВІЛ/СНІД торкнулася всіх аспектів суспільного життя в Галичині. Тому не виключенням стала і Церква, як інституція суспільна повинна також висловити свою позицію в питаннях профілактики. Як відомо, найбільші дискусії торкаються дозволу на використання презервативів (кондомів) в статевому житті. Для роз'яснення позиції церковних властей ми звернулися до д-ра канонічного права Ростислава Дзунди, керівника проекту МБФ «Карітас» м. Київ, спеціаліста по роботі серед представників вразливих груп Західноукраїнського ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІД.

- *Хто почав займатись проблематикою ВІЛ/СНІД в УГКЦ?*
- ВІЛ-інфекція встигла стати одним з найбільш страшніших інфекційних хворіб з котрими стикалась сучасна медицина і являється четвертою причиною смерті в світі. Початок діяльності нашої Церкви в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу за даними Галась М.О. „Аналіз спектру послуг, що надаються релігійними організаціями в сфері ВІЛ/СНІД” подається 2001р., проте більш інтенсивною ця діяльність стала опісля проголошення спеціального «Звернення Синоду Єпископів Києво-Галицького Верховного Архієпископства УГКЦ з приводу проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ/СНІДу в Україні» передувало цьому поведення Конференції на тему: «Душпастирська відповідь УГКЦ на виклики, пов'язані з поширенням ВІЛ/СНІД» Під час конференції її учасники неодноразово наголошували, що для подолання вкрай негативної тенденції поширення ВІЛ/СНІДу та пов'язаної з ним стигматизації (відчуження) інфікованих і хворих слід об'єднати зусилля не лише відповідних державних органів та громадських організацій, але й Церков.
- *Чому Церква повинна бути стурбована цією ситуацією?*
- Ситуація з пандемією ВІЛ заслуговує глибокої уваги зі сторони Церкви, оскільки дехто в нашому суспільстві полюбляє заперечувати її вплив, або звинувачувати «жертви» пандемії. Слід зазначити, що рейтинг народної довіри до Церкви перевищує довіру до інших соціальних інститутів, а в регіонах



розвинутої релігійної культури, вона стала активним суб'єктом суспільно-політичного життя. Тому, саме релігійні інституції можуть стати основною рушійною силою у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні. Першою і природною реакцією Церков і релігійних організацій є здійснення духовно-психологічної опіки страждаючих цією недугою людей. Налагоджена робота і з родичами хворих, що також потребують особливого духовного піклування і підтримки. Сьогодні вже ні в кого не викликає сумнівів, що формування суспільної свідомості на духовних основах, створення морального клімату, сприяючого соціальній реабілітації ВІЛ-інфікованих, взаємодія з фахівцями різних галузей, участь в роботі професійних організацій і просвітницька діяльність є тими головними складовими соціального служіння Церков та релігійних організацій, які найбільш витребувані в суспільстві. Найбільш корисною є участь священнослужителів у програмах профілактики, особливо в середовищі молоді, ще один аспект церковної участі є професійна соціальна і психологічна допомога ЛЖВС (людям що живуть з ВІЛ/СНІД) і наркозалежним.

- *Що вже було зроблено?*
- Працівники Карітасу в Україні ведуть щоденну роботу, спрямовану на допомогу та полегшення життя ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у проектах активно працюють волонтери. В своїй роботі з хворими та їхніми близькими Карітас зосереджує увагу на соціальному супроводі та психологічній підтримки. У Львові, на базі Шпиталю імені Андрія Шептицького діє психологічна допомога ВІЛ-інфікованим людям та членам їхніх сімей і забезпечується домашня опіка людям, які живуть з ВІЛ та їхнім родичам. В рамках цих проектів Карітас здійснює доставку необхідних продуктів харчування, допомагає по дому. Важливим є психологічний супровід, бо інфіковані люди та їхнє найближче оточення знаходяться у пригніченому стані. Дякуючи міцній позиції о.А.Нагірняка виконавчого секретаря Комісії соціального служіння Всеукраїнської Ради Церков та релігійних організацій, УГКЦ змогла активно долучитись до програм подолання епідемії на державному та міжконфесійному рівні.
- *Як УГКЦ в цьому плані співпрацює з іншими Церквами та державою?*
- Одним із нових напрямків роботи стало проведення регіональних міжцерковних нарад, круглих столів в обласних містах України. Це особливо актуально в тих регіонах, де представники Церков та релігійних організацій не залучаються до роботи, а також сприяє посиленню спільної позиції Церков в роботі, спрямованій на подолання епідемії. Перші круглі столи на тему: «Посилення ролі Церков та релігійних організацій в регіонах України у профілактиці та контролі за епідемією ВІЛ/СНІД» було проведено в м. Донецьку, м. Севастополі (АР Крим), м. Запоріжжі, м. Дніпропетровську. Планується, що загалом протягом 2010-2012 років буде проведено у всіх регіонах України. Головна мета круглих столів – залучення представників Церков та релігійних організацій регіонів України до формування політики, прийняття рішень та розподілу ресурсів в рамках регіональних програм подолання епідемії ВІЛ/СНІДу Представництво УГКЦ є в Міжконфесійному ресурсному Центрі, та Західноукраїнському ресурсному Центрі з питань ВІЛ/СНІД. Також робоча група Карітасу Європи з ВІЛ/СНІДу розробила спеціальний документ, в якому зібрані рекомендації щодо програм, впровадження яких зменшить вплив епідемії на суспільство.
- *Що ще має зробити Церква?*
- Церква виконує свою місію вчителя, духівника та служителя для кожної людини. Тому, так важливо, щоб кожен хто працює у найменшій парафії вмів надати пасторальну опіку, підтримку, навчити, як справлятися з тими проблемами, а також навчити громаду солідарності та співчуття до тих, хто цього потребує. Слід приділяти багато уваги підготовці майбутніх священників, духовенства, слухачів духовних семінарій. На жаль, не всі священники вміють і мають достатньо знань для адекватної та відповідної поведінки з ВІЛ-позитивними, не досконало обізнані у проведенні психологічного супроводу, важливою є і профілактична робота серед молоді, найбільше вірус уражає молодих людей в продуктивному віці саме в їхньому середовищі є найбільше представників вразливих груп. Заплановано проведення тренінгів з ВІЛ/СНІД для представників церковних засобів масової інформації та прес-секретарів єпархій, а також проведення спеціалізованих тренінгів з навичок психологічного консультування для священнослужителів – представників міжконфесійного співтовариства, що працюють з ВІЛ-інфікованими у повсякденному служінні.
- *Хто підпадає під категорію вразливих до ВІЛ/СНІД груп?*

- На даний момент Україна має епідемію ВІЛ/СНІДу, що сконцентрована переважно серед уразливих груп населення, включаючи споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників сексу (ред. секс бізнесу) та чоловіків, що мають секс з чоловіками. В переважній більшості це молоді люди, студенти, мешканці великих міст, особи котрі часто подорожують, ведуть активний спосіб життя. Власне ці вразливі групи подекуди відчувають стигму і дискримінацію зі сторони Церкви чи громади по відношенню до них тому так важко проникнути в їх середовище і нав'язати контакт. Проте останні дані свідчать, що принаймні у трьох областях – Київській, Одеській та Миколаївській - поширеність ВІЛ серед вагітних жінок перевищує 1%, що свідчить про те, що епідемія переходить на загальне населення.
- *Що УГКЦ пропонує в сфері профілактики?*
- Розуміючи важливість всіх заходів спрямованих на профілактику інфікування ВІЛ в суспільстві, Церква є прихильниками збалансованих програм, спрямованих на формування соціально відповідальної моделі поведінки. Це більшою мірою, відображено у принципах АВС-підходу. Котрий активно реалізується з 2000р. у США, а також дуже добре зарекомендував себе в країнах Африки (Уганда, Ботсвана та ін..), де програми пропаганди презервативів зазнали поразки. АВС (А – abstinence (стриманість від статевого життя до вступу у шлюб або більш пізній початок статевого життя), В – be faithful (вірність у шлюбі або у стосунках лише одному статевому партнерові), С – condom use (використання презервативів/бар'єрних засобів контрацепції) – підхід чітко визначає послідовність пропагування профілактичних заходів – де використання презервативів, останній - вимушений крок. Католицька Церква висловлюється категорично проти використання вірними презервативів чи інших засобів та способів контрацепції. Ця позиція ґрунтовно висвітлена в енцикліці папи Павла VI “Humane vitae” („Людське життя”) з 1968 року. Недавно Папська Рада у справах охорони здоров'я почала готувати широке дослідження, щоб в'яснити, чи може Церква дещо скорегувати свою позицію щодо заборони використання презервативів. На думку архієпископа м. Глазго Маріо Конті, таке рішення в жодному разі не слід трактувати як схвалення контрацепції Церквою, оскільки йдеться про їх використання не з метою контрацепції, а як засобу захисту від інфікування чи ре інфікування.
- *Але ж Папа заборонив використання презервативів?*
- Насправді Папа Бенедикт XVI тільки сказав, що презерватив - не панацея, що потрібно "гуманізувати сексуальність", навчити людей "вести себе праведно по відношенню до власного тіла та тіла другої людини" – це і є правильна відповідь на виклик епідемії, котру «не можна перемогти за допомогою розповсюдження презервативів, які навпаки, ускладнюють цю проблему» створюючи ілюзію безпеки, чомусь дехто ці слова Папи відчитав як заборону використання презервативів як засобу профілактики, хоча Папа тільки сказав про не досконалість такої гумової броні. Церква засудила використання вірними презервативів чи інших засобів та способів контрацепції ще в 1968 році коли і СНІДу не було ні проблематики з ним зв'язаних. Це була відповідь на відразу кілька викликів, передовсім на пануючу тоді мальтузіанську теорію про перенаселення землі людством, тобто не хватить земних ресурсів, як що не зменшити народжуваність, та другим викликом котрим була сексуальна революція на той час, так звана свобода любові. Власне з такими проблемами боролась тоді Церква, але ж не варто поширювати цю заборону на випадки використання презервативу як засобу захисту від інфікування чи ре інфікування в наші часи. Актуально прослідковуємо дещо інше відношення до прикладу Архієпископ Мілана кардинал Карло Марія Мартіні заявив, що для пар, в котрих один із партнерів діагнований ВІЧ/СПІДом, презерватив представляє собою "менше зло». Ну і відомі висловлювання ліберального архієпископа Брюсселя кардинала Годфрида Данеельса, коли він заявив, що "захист від зараження і від смерті - це запобігання, і з моральної точки зору це не являється використання презерватива як засобу забезпечення від вагітності". Кардинал Ксаве Лозанно Барраган заявив італійській La Repubblica: «В скорому часі Ватикан видасть документ про використання презервативів хворими людьми, починаючи з СНІД».
- *Чому Церква так мало бере участь у проектах міжнародних фондів?*
- Для успішного представлення позиції Церков та релігійних організацій розпочався міжконфесійний діалог, еволюція якого триває до нині. Проведено зустріч представників Церков та релігійних організацій України з заступником Генерального секретаря ООН доктором Пітером Піотом, Виконавчим директором Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) на котрій чітко визначили статус Церков та релігійних організацій України, як важливих партнерів в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, отже робота в цій сфері активізується. Планується підписання меморандумів про спів-

працю з Мережею людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, ЮНЕЙДС, та, за успішних перемовин, з міжнародною мережею INERELA+. Підписано рамочний меморандум про співпрацю в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу на 2009р. з Фондом Народонаселення ООН (UNFPA). За будь яких умов завжди повинен вестися діалог. Усі питання повинні вирішуватися з позиції прав людини, бо всі ми працюємо для людей і найціннішим для нас всіх є збереження людського здоров'я та життя. Підтримка діяльності Церков та релігійних організацій у їхній соціальній роботі та, зокрема, в роботі, спрямованій на подолання епідемії ВІЛ/СНІД є запорукою успішного подолання епідемії в майбутньому.

Розмову вела Юлія Прудко, «Острів Галичина»  
<http://www.octpib.info>



### **Тест на ВИЧ: Ожидание... Но я не боюсь**

Я вот готова к любому результату, но неизвестность пока что окончательного облегчения не дает, увы. Знаете, я думаю, если кто-то вдруг из нас с любимым – плюстик, или даже оба... то это же не приговор! Есть намного страшнее болезни, где ситуация безвыходная, например лейкемия (рак крови) – вот это страшно (не понаслышке знаю, это коснулось родного человека)... это действительно страшно! А при ВИЧ+ я считаю, что человек должен понять, *что* он делал не так, какие ошибки совершал на всем своем жизненном пути... [дальше](#)

<http://www.aids.ru>



### **ВВЕДЕНИЕ В АРВ-ТЕРАПИЮ (Для специалистов, работающих с ЛЖВС)**

Этот курс был разработан специалистами Образовательного комитета ГАЛЕН (22 эксперта) и ВОЗ с участием представителей профессиональных медицинских сообществ и общественных объединений ВИЧ-инфицированных. Особое внимание было уделено тому, чтобы учебный курс ГАЛЕН соответствовал существующим требованиям, предъявленным к программам подготовки врачей – специалистов по лечению ВИЧ-инфекции, местным правилам аккредитации таких специалистов и программам специализации и повышения квалификации. <http://ifolder.ru/16227917>



### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОГРАММ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ УЯЗВИМЫХ ГРУПП**

Данное пособие имеет целью помочь заинтересованным специалистам в организации процесса социального сопровождения для уязвимых групп населения: потребителей наркотиков, осужденных и секс-работников. Социальное сопровождение представляет собой действенный и эффективный подход, широко применяемый в программах профилактики ВИЧ-инфекции. Авторы посчитали важным и своевременным представить коллегам обобщение накопленного в этой области теоретического и практического опыта. ПДФ-файл данных рекомендаций будет доступен по адресу <http://ifolder.ru/16226237> до 03 марта 2010 года.



## **Ш. Бодлер «Опиуман»**

### **I. ОРАТОРСКИЕ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ**

"О благодатный, нежный и всеильный опиум! Ты, проливающий целительный бальзам в сердце бедняка и богача, утоляющий боль ран, которые никогда не зарубцуются, и муки, которые вызывают бунт духа. Красноречивый опиум! Ты, обезоруживающий решимость бешенства и возвращающий на одну ночь преступнику надежды его юности и незапятнанные кровью руки; дарующий гордецу минутное забвение

Грехов не искупленных, обид не отомщенных; призывающий лжесвидетелей к суду видений, ради торжества принесенной в жертву невинности; уличающий клятвопреступника; отменяющий приговор неправедных судей. С искусством, какого не достигали Фидий и Пракситель, ты ваяешь на лоне мрака из созданных мозгом фантазий города и храмы, превосходящие роскошью Вавилон и Гекатомпилос; и из хаоса сна, полного видений, ты вызываешь на солнечный свет давно забытые образы красоты и благословенные лица близких, стряхнувшие прах могил. Ты, только ты даешь человеку эти сокровища, ты обладаешь ключами рая, о благодатный, нежный, всеильный опиум!" [дальше](#)



## **У. Берроуз «Джанки – исповедь**

### **неисправимого наркомана»**

"Ломка – обратная сторона кайфа. Главный кайф джанка в том, что ты вынужден, просто обязан его потреблять. У джанки свое время, свой обмен веществ – метаболизм, по-научному. Они адаптируются к своему климату, джанк и греет, и охлаждает. Кайф джанка – жизнь по его законам. И избежать ломки можно с той же вероятностью, как и проехать мимо кайфа после укола" [дальше](#)

**Анкета оценки бюллетеня**

Оцените, пожалуйста, бюллетень в баллах по десятибалльной шкале:

Оцените отдельно содержание и вид бюллетеня по десятибалльной шкале:

*содержание –*

*вид –*

Бюллетень удобен или неудобен для чтения в компьютерном варианте?

Что Вы рекомендуете изменить для его удобства?

Какие изменения Вы рекомендуете сделать в оформлении бюллетеня?

Какие изменения Вы рекомендуете сделать в содержании бюллетеня?

Возможно, есть смысл ввести новые рубрики? Материалы на какие темы Вы хотели бы видеть в наших выпусках?

В каком электронном формате Вам удобно получать бюллетень (.pdf, .txt, .doc, .html)?

Ваши особые замечания к бюллетеню:

Спасибо за Ваши ответы!

Заполненные анкеты с вашими пожеланиями и предложениями  
скопируйте в отдельный документ Word и присылайте на [gromazdo@mail.ru](mailto:gromazdo@mail.ru)



Информационный электронный бюллетень Полтавского межрегионального информационно-ресурсного центра по вопросам ВИЧ/СПИД.

Інформаційний електронний бюлетень Полтавського міжрегіонального інформаційно-ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІДу.

Виходить двома мовами (українською, російською) двічі на квартал (6 разів на рік).

**Редакционная коллегия:**

**Координатор ПМИРЦ:** Андрей Протопопов  
[andriy\\_protopopov@afew.org](mailto:andriy_protopopov@afew.org)

**Редактор выпуска:** Анатолий Волик  
[avolik@inbox.ru](mailto:avolik@inbox.ru)

**Ответственный за выпуск:** Никита Воловод  
[nickvolovod@gmail.com](mailto:nickvolovod@gmail.com)

**ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ  
БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД  
“ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я”**

Ідентифікаційний код **21064464**  
36034 УКРАЇНА, м. Полтава, вул. Половка,  
66-Б, оф.402  
Тел/факс (0532) 518-340  
E-mail: [gromazdo@mail.ru](mailto:gromazdo@mail.ru)

Це видання було підготовлено до друку ПОВФ «Громадське здоров’я» в рамках проекту «Безпека. Знання. Підтримка» в м. Полтава.

Продукція видана за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування і догляд для найуразливіших верств населення в Україні».

Викладені тут думки та точки зору є думками та точками зору організації, яка видала цю продукцію, та не можуть розглядатися як думки або точки зору МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».



**БЕЗПЕКА • ЗНАННЯ • ПІДТРИМКА**

