

[Ежегодный доклад Международного комитета ООН по контролю над наркотиками \(МККН\) за 2009 год](#)

[Приєднуйтесь до сайту AIDSspace!](#)

[Интернет-опрос представителей гражданского общества](#)

[Статистика інфікування ВІЛ/СНІД](#)

[Фильм о профилактике передозировок](#)

[Пресс-релиз ЕССВ о проблеме доступа к лечению наркозависимости](#)

[«Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ»](#)

[«Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні»](#)

[«Заразила или нет?..»](#)

[Підтримувальна терапія наркозалежності: чия заслуга і кому це важливо?](#)

[Годовой бюллетень Украинского центра СПИДа](#)

[Хантер Стоктон Томпсон: Страх и ненависть в Лас-Вегасе. \*Новый перевод.\*](#)

[Е. Радов «Химия и жизнь»](#)

[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 национальный педагогический университет, и другие, приблизительноным 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».

## Ежегодный доклад Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (МККН) за 2009 год

24 февраля опубликован [ежегодный доклад Международного комитета ООН по контролю над наркотиками \(МККН\) за 2009 год](#).

В нем вы сможете ознакомиться с обновленными перечнями веществ, находящихся под международным контролем, включающими наркотические средства, психотропные вещества и вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, содержатся в последних изданиях приложений к статистическим бланкам ("Желтый перечень", "Зеленый список" и "Красный список"), которые также публикуются Комитетом.



## Приєднуйтесь до сайту AIDSspace!

Завдяки AIDSspace ви зможете спілкуватися з однодумцями у всьому світі, обмінюватися ідеями, інформацією та налагоджувати співпрацю з іншими громадами. Цей ресурс також буде періодично публікувати найкращі практики, мультимедійні матеріали, інформаційні матеріали з конференцій, звіти і т.ін. Крім того, передбачена можливість розміщення наявних вакансій, пошуку роботи та інформації щодо потреб у консультантах, запитів тощо. Користувачі зможуть зареєструватися та створити власний профайл.

Наразі цей ресурс доступний англійською мовою. Приєднуйтеся до сайту AIDSspace!



## Интернет-опрос представителей гражданского общества

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД (Альянс) и Международный Совет ВИЧ-сервисных организаций проводит Интернет-опрос представителей гражданского общества с целью сбора данных для разработки проекта документа по Стратегии укрепления систем сообществ (Community system strengthening). Ознакомитесь с полной версией проекта Стратегии укрепления систем сообществ и его кратким изложением можно по адресу:

<http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/civil/index.htm>

Стратегия была разработана с осознанием того, что многие элементы деятельности в сфере борьбы с ВИЧ, туберкулезом, малярией, поддержания репродуктивного здоровья, а также других сфер здравоохранения недостаточно финансируются. Стратегия была специально разработана в помощь организациям, внедряющим элементы укрепления систем сообществ в рамках проектов, поддерживаемых Глобальным фондом, вместе с тем Стратегия может быть адаптирована ко всем видам деятельности, в которые вовлечены сообщества, в сфере здравоохранения посредством проведения деятельности на уровне сообществ. Поучаствовать в опросе можно здесь:

<http://www.surveymonkey.com/s/R98HFHN>



## Статистика інфікування ВІЛ/СНІД

Шляхи інфікування ВІЛ осіб з уперше в житті встановленим діагнозом  
 "ВІЛ-інфекція" серед громадян України

Назва шляху інфікування	Січень 2009 р.	1987 р. – січень 2009 р.
<b>ВІЛ-інфіковані, усього осіб</b>	<b>1 472</b>	<b>162 591</b>
у тому числі інфіковані:		
<b>статевим шляхом</b>	<b>607</b>	<b>52 060</b>
з них:		
<i>гомосексуальним</i>	3	322
<i>гетеросексуальним</i>	604	51 738
<b>парентеральним шляхом</b>	<b>568</b>	<b>81 314</b>
з них унаслідок:		
<i>уведення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</i>	568	81 253
<i>переливання препаратів або компонентів крові</i>	0	22
<i>трансплантації донорських органів, клітин тканин, біологічних рідин</i>	0	0
<i>інших медичних маніпуляцій</i>	0	11
<i>професійного інфікування</i>	0	3
<i>інших не медичних втручань</i>	0	25
<b>від ВІЛ-інфікованої матері до дитини</b>	<b>281</b>	<b>24 733</b>
<b>шлях інфікування не визначено</b>	<b>16</b>	<b>4 484</b>

Директор Українського

Центру СНІД, професор

Н.М. Нізова

## Фильм о профилактике передозировок

Фильм о профилактике передозировок с использованием налоксона. Его создал Департамент здравоохранения Нью-Йорка, причем текст с переводом на русский.

Фильм можно скачать по этой ссылке

[http://www.lovettproductions.com/dohmh/ODPrevention\\_RUSSIAN\\_012910\\_compression.wmv](http://www.lovettproductions.com/dohmh/ODPrevention_RUSSIAN_012910_compression.wmv)



## Доступ к лечению наркозависимости жизненно важен

*Согласно отчету ЕССВ, существующая наркополитика является основным препятствием к доступу к программам лечения наркотической зависимости*

**Вена-Вильнюс, 9 марта 2010** – В Восточной Европе и Центральной Азии, где проживают более 3,7 миллионов потребителей инъекционных наркотиков, эпидемия ВИЧ развивается самыми высокими темпами в мире. При этом менее 1% из проживающих в регионе потребителей наркотиков имеют доступ к опиоидной заместительной терапии, признанной ВОЗ и агентствами ООН жизненно важным и наиболее эффективным методом профилактики ВИЧ и лечения наркотической зависимости.

В связи с открытием 8 марта 2010 года в Вене 53й сессии Комиссии по наркотическим средствам, Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) призывает государства Восточной Европы и Центральной Азии расширить доступ к опиоидной заместительной терапии - жизненно важному лечению для людей, употребляющих наркотики.

Недостаточный охват программами лечения наркозависимости приводит к высокому уровню смертности среди молодежи в ВЕ/ЦА, а передозировки являются главной причиной смертельных исходов среди потребителей инъекционных наркотиков. В целом, ситуация в регионе характеризуется постоянным ростом заболеваемости ВИЧ (от 50% до 85% случаев связаны с употреблением инъекционных наркотиков) и гепатитом С (до 90% новых случаев связаны с употреблением наркотиков), а также заключением в местах лишения свободы большого числа трудоспособных граждан по причине хранения наркотиков или в связи с другими ненасильственными преступлениями – что Управление ООН по наркотикам и преступности охарактеризовало как «непреднамеренные последствия» контроля над наркотиками.

Основываясь на международном опыте и принимая во внимание научные данные, ВОЗ и агентства ООН доказали, что ситуацию можно кардинально изменить путем внедрения мер здравоохранения, включая программы снижения вреда и опиоидной заместительной терапии, и рекомендуют ее скорейшее распространение этих программ. Заместительная терапия - метод лечения наркозависимости, основанный на применении медицинских опиоидов (метадона или бупренорфина). Заместительная терапия признана наиболее безопасным и эффективным методом лечения наркозависимости в мире; она способствует снижению смертности и преступности среди потребителей наркотиков и профилактике ВИЧ и гепатитов. Во времена Советского Союза заместительная терапия была запрещена. «Сегодня внедрение заместительной терапии в ВЕ/ЦА остается политическим вопросом; принятие заместительной терапии в стране является признаком демократизации и соблюдения прав человека», заявила Дарья Очерет, координатор Руководящего комитета ЕССВ.

Несмотря на то, что в начале 2010 года заместительная терапия была доступна в 25 из 29 стран региона, доступ к лечению остается ограниченным. Последний опубликованный ЕССВ отчет «Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к эффективному лечению наркотической зависимости» показал, что в Кыргызстане лишь 3 % от оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков имеют доступ к заместительной терапии, менее 1% - в Казахстане и Таджикистане, а в Узбекистане программ нет вообще, в то время как в рекомендациях ВОЗ и агентств ООН указано, что охват менее 20 % является «низким».

Согласно отчету ЕССВ, существующая наркополитика является основным препятствием к доступу к медицинской помощи для потребителей наркотиков. Отчет призывает государства обеспечить доступ к жизненно

но важным лекарствам, включая метадон и бупренорфин, в рамках обеспечения права граждан на здоровье на наивысшем достижимом уровне.

ЕССВ призывает государства сделать охрану здоровья приоритетом наркополитики; защитить право на неприкосновенность частной жизни пациентов с наркозависимостью; снизить порог программ заместительной терапии, расширив критерии доступа к лечению; обеспечить рецептурную выдачу метадона и бупренорфина; включить программы заместительной терапии в систему первичной медицинской помощи. Полный текст отчета с рекомендациями доступен в электронном виде на английском языке по адресу: [www.harm-reduction.org/images/stories/library/ost\\_final\\_2010.pdf](http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/ost_final_2010.pdf).

Simona Merkinaite  
Eurasian Harm Reduction Network  
NGO with the Special Consultative Status with Economic and Social Council (ECOSOC)  
Address: Siauliu 5-1/21, 01133, Vilnius, Lithuania  
Tel.: +370 5 2609007  
Fax: +370 5 2691601  
E-mail: [simona@harm-reduction.org](mailto:simona@harm-reduction.org)  
Web: [www.harm-reduction.org](http://www.harm-reduction.org)



### «Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ»

Даний посібник розроблено для використання у закладах охорони здоров'я стаціонарної та амбулаторної ланки, в яких надаються послуги з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї людям, що живуть з ВІЛ, у системі підготовки медичних кадрів на до- та післядипломному рівні навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

<http://pirc.org.ua/category/katieghorria-matieriala/dlia-raboty-s-lzhvs>



### «Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні»

Посібник присвячується питанням відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу шляхом забезпечення дотримання прав людини у всіх площинах її життєдіяльності (освіта, охорона здоров'я, сфера праці і т.д.). В книзі приділяється значна увага питанням захисту вразливих до ВІЛ-епідемії груп людей, таких як ув'язнені, споживачі ін'єкційних наркотиків, мігранти та ін.

<http://pirc.org.ua/category/katieghorria-matieriala/pravovyie-voprosy-po-vich/spid>



### «Заразила или нет?..»

«Здравствуйте. Ребята подскажите мне пожалуйста, короче познакомилась с М.Ч., начали встречаться, а в скорее и жить, потом я узнала что у меня ВИЧ+. Но волнует меня не это, а вот что, в итоге я забеременела, вот только не могу понять как, ведь мы с ним без презека не куда. Могла ли я его заразить, если мы предохранялись. И как? Всю голову себе уже сломала, а у него не могу спросить, т.к. он теперь меня и знать не хочет. Подскажите, может кто что знает. 😊 😊» [дальше](#)

<http://www.aids.ru>



## Підтримувальна терапія наркозалежності: чия заслуга і кому це важливо?



Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я

Ukrainian Institute on Public Health Policy (UIPHP)

### Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я (УІДПГЗ) Ukrainian Institute on Public Health Policy (UIPHP)

*Пропонуємо увазі наших читачів українській переклад редакційної статті до одного з чисел Міжнародного журналу з питань політики у сфері подолання наркозалежності.*

“Підтримувальна” терапія наркозалежності: чия заслуга і чому це важливо.

Роберт Дж. Ньюмен (Robert G. Newman)  
“The International Journal of Drug Policy”  
№20, 2009, стор. 1-3

Нещодавно було зроблено заяву, що заслуга у впровадженні метадонової підтримувальної терапії опіатної залежності належить не Вінсенту Доулу (Dr. Vincent Dole) та Марії Нісвандер (Dr. Marie Nyswander), а скоріше канадійцю Роберту Хеллідею (Dr. Robert Halliday). Один з авторів висловився таким чином: “Наприкінці 50-х років минулого століття у м. Ванкувер (Британська Колумбія) Хеллідей започаткував метадонову терапію для лікування героїнової залежності, а у 1963 році впровадив програму метадонової терапії” (Bayes, 2007). Чи можна й чи слід його вважати фактично першим, хто ввів поняття та започаткував практику “підтримувальної” терапії наркозалежності? Схоже на те, що відповідь на це питання – “ні”.

У 1963 році в одній із своїх статей Хеллідей писав: “...зараз уже широко розповсюдженою є точка зору, що наркозалежна людина є хворою у фізичному, психологічному та соціальному сенсі, що потребує медичного та іншого втручання” (Halliday, 1963). Хоча навіть сьогодні твердження про “широку розповсюдженість” здається, на жаль, перебільшенням, Хеллідей зробив чималий внесок до справи подолання наркозалежності шляхом поновленого привертання уваги до точки зору, що її було висловлено сорока роками раніше Комітетом Роллестона в Англії: “...Морфінову та героїнову залежність слід розглядати як патологічний стан, а не просто як різновид розбещеності” (Міністерство охорони здоров'я, 1926 р.); по суті Комітетом було зроблено висновок, що її слід відносити до сфери “відповідальності лікарів” (Berridge, 1980). Щодо фундаментальної концепції наркозалежності як медичної проблеми, що недвозначно відносить її до сфери діяльності лікарів Роллестон, Хеллідей та Доул явно були одностайними. Вони також поділяли й інші погляди, що їх було висловлено у Звіті Роллестона: “...неприйнятним є тривале постачання наркотичних препаратів пацієнту – безпосередньо чи за рецептами – лише задля задоволення наркозалежності”. Цілком в такому ж дусі Хеллідей проголосив “...помилковим ... погляд, згідно з яким наркотичні речовини слід регулярно надавати наркозалежним на основі підтримки” (Halliday, 1963). В той же час, як прихильників, так і критиків Доула та Нісвандер могло б здивувати те, що в одній із своїх найбільш ранніх робіт вони давали відсіч тим, хто “...помилково припускають, що ми даємо наркозалежним метадон як легальний

замінник героїну”, продовжуючи, що вони “...не вважали б це належною медичною практикою” (Dole & Nyswander, 1968)

Проте, коли справа дійшла до рекомендацій та лікарської практики, що мали б бути наслідком цих спільних поглядів, Роллстон та Хеллідей дійшли висновків, що дуже відрізнялися від висновків Доула та Нісвандер. Так, Роллстон недвозначно обмежив призначення (“звичай малих” доз) опіатів “особам, яких – після застосування усіх можливих засобів лікування – не можна повністю позбавити вживання наркотичних речовин...” Навіть у таких виключних випадках Роллстон все ще тримався за ідею “лікування”: “Не слід ... стосовно будь-якого випадку, яким би безнадійним він не здавався на перший погляд, легковажно припускати, що досягнутий мінімум використовуваної наркотичної речовини є таким, що його не можна зменшувати і що його можна застосовувати безмежно” (Ministry of Health, 1926). Небажання Роллстона затверджувати призначення опіатів для наркозалежних, окрім як на дуже вузько визначеній виключній основі (і навіть у цьому випадку – з надією “вилікування” в кінцевому рахунку), не є дивним, враховуючи обмеженість можливостей фармакології на той час. Однак терапевтичний інструментарій, що є у розпорядженні тих, хто займається лікуванням наркозалежних, значно розширився із впровадженням метадону, який можна вживати перорально раз на день. Вкрай важливо, що Доул і Нісвандер довели, що він не лише запобігає симптомам, пов’язаним з абстинентним синдромом, та зменшує або мінімізує “потяг” до наркотиків, але також що у результаті тривалого вживання денної норми може виникати високий ступінь толерантності до наркотичних ефектів усіх опіатів, включаючи й сам метадон (Dole & Nyswander, 1965). Отже, клінічна ефективність метадону, як рекомендують Доул та Нісвандер, не є функцією будь-яких “легальних наркотиків”. Широко відома неспроможність критиків – у Великій Британії та в більшості країн світу – прийняти цей факт, схоже, лягла в основу неослабних “...гарячих дискусій щодо того, чи потрібно призначати наркозалежним “підтримувальні” засоби на довгостроковій основі” (Mars, 2003).

Якби метадон існував у середині 20-х років минулого століття, і якби були зрозумілими його фармакологічні властивості, то у Звіті Роллстона могли б бути красномовні висновки щодо затвердження підтримувальної терапії для всіх опіат-залежних, хто того потребує, з мінімальними обмеженнями щодо прийнятності, дозування та тривалості застосування. А що ж Хеллідей? Він не лише зробив метадон доступним, але й використовував його у своїй медичній практиці, а також вів спостереження та документував його благотворну дію на пацієнтів. І все ж він продовжував наполягати, що лікування за допомогою опіатів має “спрямовуватися на виключення наркотичних речовин та подальшу абстиненцію”. Його компроміс як такий щодо питання призначення наркотичних речовин зводився лише до поради, що “... для окремих пацієнтів може діяти програма більш поступового скорочення вживання наркотичних речовин, протягом якої пацієнтом вживається призначена наркотична речовина (метадон) на безперервній основі протягом декількох тижнів або місяців” (посилання у дужках міститься в оригінальному джерелі, Halliday, 1963). В подальшому він залишився послідовним у своїх поглядах. Так, у своїй останній роботі він дійшов такого висновку: “Вважається, що для деяких пацієнтів, на яких не подіяли інші види терапії, позитивні результати може бути досягнуто за допомогою тривалих режимів відміни (withdrawal) у сполученні з психологічним консультуванням та психотерапією...” (Paulus & Halliday, 1967). Іншими словами, Хеллідей не стільки впроваджував концепцію підтримувальної терапії опіатної залежності, скільки явно її відкидав.

А що ж Доул та Нісвандер? Їхнім внеском *не* було впровадження метадону у лікування наркозалежності; протягом багатьох років метадон беззаперечно вирористовувався для подолання симптомів відміни (withdrawal) (Vogel, Isbell, & Chapman, 1948). Не був їхній внесок пов’язаний і з визначенням доз, що їх вони застосовували для лікування наркозалежності; вони не висловлювали впевненості щодо “високих” чи “низьких” інтервалів дозування (dosage ranges). Не мав їхній внесок відношення навіть до визначення тривалості лікування; вони не відстоювали ні лікування, обмежене в часі, ні лікування тривалістю в життя, ні будь-які проміжні варіанти. *Унікальним же у концепціях, що їх висунули Доул та Нісвандер у середині 60-х років минулого століття, було припущення (так чи інакше присутнє в усіх їхніх публікаціях) про те, що абстиненція не є універсальною необхідною або доречною ні як сутність процесу, ні як мета лікування наркозалежності, і що терапевтичний успіх слід визначати незалежно від того, чи продовжують пацієнти приймати ті медикаменти, що їх було їм прописано з урахуванням їхнього стану.*

Схвалення на адресу Доула та Нісвандер, звичайно, базуються не лише на їхньому концептуальному прориві, а на його практичному застосуванні. Клінічну ефективність підтримувальної терапії було



задокументовано протягом використання метадону та інших опіатних агоністів у світовому масштабі. Так, у Консенсусній Заяві Національних Інститутів Охорони Здоров'я було визначено наступне: “Безпечність та дієвість агоністичної (метадонної) підтримувальної терапії було чітко доведено” (National Institutes of Health, 1997), а у спільному меморандумі ВООЗ, УНЗ ООН та ЮНЕЙДС зроблено висновок: “Замісна підтримувальна терапія є одним з найбільш ефективних засобів лікування опіатної залежності...” (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004). Останні наочні приклади успішного впровадження та масового розповсюдження підтримувальної терапії надходять з Китаю та Ірану. На основі благодійних попередніх результатів декількох “пілотних програм” (Pang, Hao, & Mi, 2007) у Китаї менш ніж за 4 роки засновано понад 500 клінік метадонної підтримувальної терапії (Chatterjee, 2008). У Ірані кількість пацієнтів, що отримують метадон, протягом двох років зростає приблизно з 5 тис. до 100 тис. (Fathi, 2008).

Отже ... знімаймо капелюха перед Хеллідеем та – ще до нього – перед комітетом Роллестона за визначення наркозалежності як медичного стану та необхідності його лікування як такого. Проте, саме безпрецедентна зміна парадигми Доула та Нісвандер привела до революційних змін в ставленні до наркозалежності та безпосередньо спричинила появу допомоги та надії для широченної кількості тих, хто розпачливо її потребує. І йдеться не просто про посмертний “розподіл лаврів” згідно із заслугами. Проблема полягає в тому, що до сьогодні, коли майже мільйон людей в усьому світі отримує метадонну терапію, заперечення концепції, що її було введено Доулом та Нісвандером, все ще залишається скоріше правилом, ніж виключенням, а подолання абстиненції як універсальна задача лікування все ще домінує навіть серед професіоналів у сфері лікування наркозалежності. Так, дослідження 2004 року виявило, що “... лише 52% [американських] амбулаторних центрів метадонної терапії дотримувалися правила, що дозволяло клієнтам залишатися на метадонній терапії необмежений час...” (Levine, Reif, & Lee, et al., 2004). Також нещодавній коментар у журналі Ланцет (Lancet) прозвучав (і правильно прозвучав!) таким чином: “... з політичної точки зору ті види лікування наркозалежності є популярними, що зосереджуються на досягненні абстиненції за період, що триває декілька тижнів або місяців” (Hall & Mattick, 2007). І, звичайно, деякі країни повністю заперечують “підтримувальну терапію”, як то найбільш наочно ілюструється прикладом Російської Федерації, яка “має один з найбільших у світі показників зловживання опіатами”, але законом забороняє лікування метадонном та бупренорфіном (Chatterjee, 2008).

Суттєво важливим є те, що ми повертаємось до основ та тих положень, що їх було розроблено Доулом та Нісвандер. Інакше цей внесок, що породжував великі надії, може перетворитися на втрачену надію.

**Довідка 1:** Роберт Дж. Ньюмен (Robert G. Newman), професор епідеміології та психіатрії Медичного Коледжу ім. Альберта Ейнштейна Єшівського Університету (США та Ізраїль) та ад'юнкт- професор Університету ім. Рокфеллера (США). З 2001 року також обіймає посаду Директора Інституту з Проблем Залежності від Хімічних Препаратів (Інститут ім. Барона Едмонда Ротшильда).

**Довідка 2:** Журнал «*International Journal of Drug Policy*» фактично являє собою світовий форум, метою якого є розповсюдження інформації щодо сучасних наукових досліджень, дискусій, критично-аналітичних робіт, оглядів та концептуальних статей з питань політики у сфері подолання наркозалежності. Видання прагне висвітлювати політичні, соціальні, правові та інші аспекти проблеми вживання психоактивних речовин. Особливу увагу журнал приділяє впливу політики щодо наркозалежності на поведінку наркозалежних, а також її соціальні та інші наслідки.

Цікаво відзначити, що у 60-х роках “удостоївся честі бути запрошеним (що його чимало здивувало) приєднатися до Правління Товариства Анонімних Алкоголіків в якості опікуна-не члена Товариства АА”. Згодом йому стало відомо, що його було рекомендовано на цю посаду завдяки надії Білла В., засновника Товариства АА, на те, що він знайде “аналог метадону, засіб, що міг би подавити непереборний потяг до алкоголю, що інколи виникає в алкогольно-залежній людині”. Протягом останніх років свого дослідження доктор Доул наполегливо шукав такий засіб, але, на жаль, без успіху. (посилання наведено в дужках в оригінальному джерелі, Dole, 1991)



## Годовой бюллетень Украинского центра СПИДа

Епідеміологічна характеристика епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є важливою складовою національної системи моніторингу і оцінки та необхідною для розробки адекватної відповіді країни на епідемію.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2009 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадків захворювання на СНІД та 17 791 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2009 році в країні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення). І хоча з 1999 року число вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зростає щорічно, за період 2006 – 2009 років відмічається зниження темпу приросту даного показника: 16,8%, 10,5%, 7,6%, 5,7%, відповідно.

Скачать полностью бюллетень можно [здесь](#).



## Хантер Стоктон Томпсон: Страх и ненависть в Лас-Вегасе. *Новый перевод.*

"Ты не увидишь его глаз, скрытых за «беспалевными стеклами», но костяшки его пальцев белеют от напряжения, а на брюках – засохшая сперма, потому что он постоянно онанирует, когда не может найти жертву для изнасилования. Когда задаешь ему вопрос, он запинаясь и мямлит. Ему плевать на твой полицейский значок. Наркоман ничего не боится. Он нападает без повода, с любым подвернувшимся под руку оружием – даже твоим" [дальше](#)



## Е. Радов «Химия и жизнь»

"- Я приму снотворное! - решил он, выискивая радедорм среди россыпей химической помощи человеку в минуты плохого настроения. - Все это несерьезно! - громко усмехнулся он, заглатывая пачку внутрь себя. - Завтра я выплюсь хотя бы нормально... Химия все-таки не страшна человеку как носителю духовной силы..." [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:**

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

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

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

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)

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

Це видання було підготовлено до друку ПОБФ «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».



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

**БЕЗПЕКА • ЗНАННЯ • ПІДТРИМКА**

