

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине»

**ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ  
И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
НАРКОТИКОВ-СТИМУЛЯТОРОВ**

**Краткое изложение результатов операционного исследования**

**Изучение поведения и распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков-стимуляторов. Краткое изложение результатов операционного исследования.**/Шульга Л., Варбан М., Погорелая Н., Андреева Т., Замощец А. и др.— К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2010.— 34 с.

**Авторский коллектив:**

Людмила Шульга, магистр наук, общественное здравоохранения,  
МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»,  
Марина Варбан, кандидат психол. наук,  
МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»,  
Наталья Погорелая, канд. соц. наук, независимый консультант,  
Татьяна Андреева, канд. мед. наук, Школа охраны здоровья  
Национального университета «Киево-Могилянская академия»,  
Александр Замощец, Департамент по борьбе с незаконным оборотом  
наркотиков Министерства внутренних дел Украины,  
Максим Овчаренко-Федоров, социолог, независимый консультант,  
Евгения Польщикова, социолог, независимый консультант,  
Юрий Таран, социолог, независимый консультант,  
Ольга Чикета, магистр химии,  
Национальный университет «Киево-Могилянская академия»,  
Анатолий Подрушняк, канд. мед. наук,  
Институт экогигиены и токсикологии им. Л. И. Медведя

Публикация подготовлена и издана в рамках программы «Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечения и ухода для наиболее уязвимых групп населения в Украине», поддержанной Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

*Изложенные в данной публикации мнения являются мнениями исключительно авторов и не могут считаться мнением Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.*

*The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.*

**Тираж:** 1000 экз.

**Верстка:** Влад Коваленко

**Литредакция и корректура:** Елена Кожушко, Игорь Андрущенко

© МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2010.  
Распространяется бесплатно.

## Благодарности

---

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» и авторский коллектив выражает глубокую благодарность за четкую организацию и профессиональное проведение исследования руководителям и сотрудникам:

Винницкого областного общественного конгресса «Сталість», БФ «Реабилитационный центр наркозависимых «Виртус», БФ «Общественное здоровье», ОО «Центр поддержки семьи», ОО «Клуб «Импульс» (Днепропетровская область), БО «Клуб «Світанок», ОО «Фонд «Стимул», Донецкого областного благотворительного фонда «Оберіг», Славянской городской общественной организации «Наша помощь» (Донецкая область), Закарпатского областного благотворительного фонда «Рада життя», БФ «Дроп ин Центр», ОО «Клуб Эней», Центра психосоциальной реабилитации химически зависимой молодежи «Крок за кроком» (г. Киев), БФ «Надежда и спасение», Севастопольской городской организации «Молодежный центр женских инициатив», Бахчисарайского благотворительного фонда «Центр ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя победа» (АР Крым), Луганского благотворительного фонда «Анти-СПИД», Луганского благотворительного фонда «Шаг в будущее», Николаевского областного благотворительного фонда «Новое столетие», ОО «Молодежный центр развития», Благотворительной ассоциации помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом «Свет надежды», БФ «Общественное здоровье» (г. Полтава), Харьковского городского благотворительного фонда «Благо», Херсонского областного благотворительного фонда «Мангуст», Ассоциации содействия решению проблем наркомании «Виктория» (г. Хмельницкий), ОО «Смелянский городской информационно-консультативный центр защиты семьи и личности «Диалог» (Черкасская область), БФ «Новая семья» (г. Черновцы).

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	5
<b>ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	7
Изменения в структуре инъекционного потребления наркотиков .....	7
Социально-демографический портрет потребителя наркотиков-стимуляторов.....	11
Социально-демографический портрет женщины, употребляющей стимуляторы .....	11
Приготовление стимуляторов в домашних условиях .....	14
Риски, связанные с изготовлением наркотиков-стимуляторов глазами тех, кто их готовит в бытовых условиях .....	17
Риски, связанные с изготовлением наркотиков-стимуляторов. Мнение специалистов .....	18
Употребление стимуляторов .....	22
Риски, связанные с употреблением наркотиков-стимуляторов .....	24
Поведение, связанное с употреблением наркотиков .....	25
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	32
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	35

## МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

**Цель исследования:** изучение характеристик потребителей стимуляторов и особенностей их поведения с целью построения модели работы по профилактике ВИЧ-инфекции в Украине.

### Задачи исследования:

- выявить типы наиболее распространенных в Украине наркотиков-стимуляторов, приготовленных в бытовых условиях, а также особенности их приготовления и риски, связанные с процессом изготовления;
- изучить особенности поведения потребителей стимуляторов;
- установить основные факторы, способствующие инфицированию ВИЧ среди потребителей стимуляторов.

### Этапы исследования

**Первый этап** состоял из:

1. вторичного анализа результатов поведенческих исследований среди потребителей наркотиков, проведенных в **2004-2008** гг.
2. обзора международных исследований среди потребителей наркотиков-стимуляторов;
3. качественного исследования среди лиц, которые готовят синтетические психотропные стимуляторы в бытовых условиях. Опрос лиц, которые готовят синтетические психотропные стимуляторы в бытовых условиях, проходил в мае — июне **2009** г. в 22 городах Украины — Днепропетровске, Новомосковске, Днепродзержинске, Кривом Роге (Днепропетровская область), Бахчисарае, Симферополе, Севастополе (АР Крым), Донецке, Дружковке, Славянске (Донецкая область), Смеле (Черкасская область), Луганске, Хмельницком, Киеве, Полтаве, Черновцах, Николаеве, Харькове, Херсоне, Одессе, Ужгороде, Виннице. Всего было опрошено 50 человек. В качестве метода исследования было выбрано глубинное интервью. Рекрутерами потребителей стимуляторов, которые изготавливают наркотики в бытовых условиях, выступали представители ВИЧ-сервисных НПО, работающих в данных городах. Общались с респондентами профессиональные интервьюеры, имеющие опыт проведения глубинных интервью с разными категориями респондентов, включая ПИН. Интервью записывалось на диктофон, после чего аудиозаписи расшифровывались в текстовом формате;
4. анализа особенностей технологического процесса и химических составляющих наркотиков-стимуляторов, приготовленных в бытовых условиях, а также их влияния на организм человека. Анализ проводился экспертами из числа химиков и токсикологов\* на основе изучения интервью тех, кто изготавливает наркотики-стимуляторы самостоятельно.

---

\* Экспертами выступали химики из Национального университета «Киево-Могилянская академия» и Департамента борьбы с незаконным оборотом наркотиков МВД Украины и токсикологи из института экогигиены и токсикологии им. Л. И. Медведя.

Таблица 1

## Исследования и структура выборки среди потребителей наркотиков

Название исследования	Размер выборки	Структура выборки
2004 г., октябрь — ноябрь, исследование инициации	808	Киев, Одесса, Павлоград, Полтава
2004 г., июль — август, мониторинг поведения ПИН	3542	14 областных центров + периферийные города и села
2006 г., июль — август, мониторинг поведения ПИН	1820	12 областных центров + периферийные города и села
2007 г., июнь — август, мониторинг поведения ПИН, метод выборки RDS	4094	14 областных центров + периферийные города и села
2008 г., июнь — сентябрь, мониторинг поведения ПИН, метод выборки RDS	3711	16 областных центров

На втором этапе был проведен массовый опрос среди потребителей наркотиков-стимуляторов, связанный с тестированием на ВИЧ-инфекцию. Опрос проводился Киевским международным институтом социологии в августе — октябре 2009 года. Исследование проходило в тех же 22-х городах Украины, что и качественное исследование на первом этапе. Всего опрошено 1581 человек. Метод исследования — полуструктурированное интервью с потребителями наркотиков-стимуляторов. Отбор респондентов для участия в опросе проводился с помощью метода RDS (выборка, направляемая самими респондентами). В полевых работах принимали участие 44 профессиональных интервьюера. По окончании интервью каждому респонденту предлагалось тестирование на ВИЧ-инфекцию. Согласившимся провели анализ крови из пальца на ВИЧ-инфекцию с использованием быстрого теста (Formasco® CITO TEST HIV-1/2). Всем респондентам, которые проходили тестирование на ВИЧ, было обеспечено до- и послетестовое консультирование, а также переадресация в СПИД-центр для подтверждения результата экспресс-теста.

#### Ограничения исследования

Основными ограничениями данного исследования являются следующие факторы:

- исследованием были охвачены в основном областные центры Украины (22 города);
- выборка состояла главным образом из потребителей стимуляторов старше 18 лет;
- несмотря на применение метода построения выборки RDS, в качестве рекрутеров для «семян» выступали представители НПО, работающие с потребителями стимуляторов. В связи с этим в выборку вошло большое количество потребителей стимуляторов, являющихся клиентами проектов.

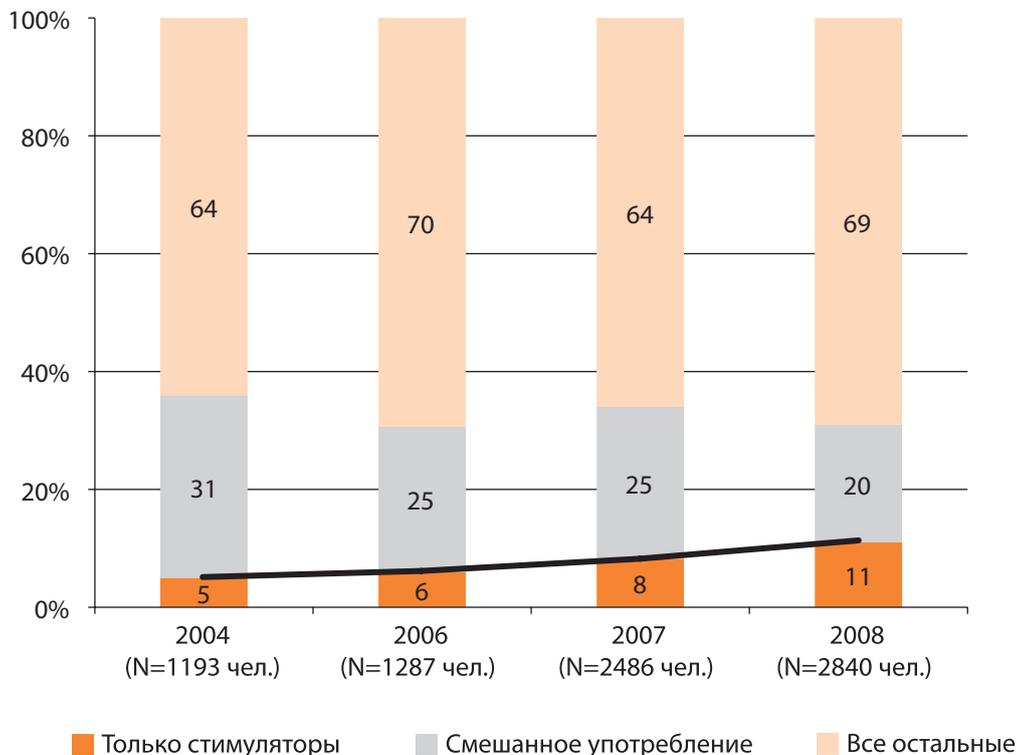
## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Изменения в структуре инъекционного потребления наркотиков

Результаты вторичного анализа данных мониторинга поведения ПИН показывают, что хотя в структуре потребления наркотиков и далее доминирует употребление опиатов, при этом четко прослеживается тенденция к увеличению употребления исключительно наркотиков-стимуляторов («только стимуляторы»). Доля ПИН, употребляющих только стимуляторы, в 2008 г. составляла 11%, что почти в 2,5 раза больше по сравнению с 2004 г. (рис. 1).

Рис. 1

Структура потребления наркотиков в 12-ти областных центрах Украины в 2004-2008 гг., %.



**«Только стимуляторы»** — те, кто на протяжении месяца употреблял исключительно стимуляторы.

**«Смешанное употребление»** — те, кто употреблял не только стимуляторы, но и другие наркотики, а также сочетал наркотики и алкоголь.

**«Все остальные»** — те, кто употреблял опиаты в чистом виде или в комбинации с другими наркотиками.

Эта тенденция наиболее ярко прослеживается в провинциальных городах, где употребление «только стимуляторов» возросло в 5,5 раз в период с 2004 по 2008 гг. Причем, данные значительно варьируются в зависимости от того или иного города. Так, в Днепропетровске (Днепропетровская область) потребители «только стимуляторов» в 2007 г. составляли 32% от общего количества опрошенных ПИН, в Макеевке (Донецкая область) — 28%. «Только стимуляторы» чаще всего встречались в Донецке (38%), Харькове (23%),

Сумах (15%) и Одессе (13%). Результаты исследований 2004-2008 гг. свидетельствуют о том, что в этих городах доля употребляющих только стимуляторы и количество практикующих смешанное употребление (стимуляторы плюс другие наркотики) увеличились недавно, что символизирует новую тенденцию (отличия значимы на уровне 1%). Единственным исключением является Одесса, где общее число потребителей стимуляторов было велико и в 2004 году.

Результаты анализа демонстрируют значительное увеличение ПИН-потребителей стимуляторов в группе молодежи 18-летнего возраста и моложе, особенно в 2007-2008 гг. В сумме за 4 года эта часть ПИН увеличилась с 14% до 52% (отличия значимы на уровне 1%). В группе 19-24-летних ПИН-потребителей стимуляторов тоже есть подобная тенденция — от 4% в 2004 г. до 25% в 2008 г. (отличия значимы на уровне 1%). Это означает, что молодежь, начиная употреблять наркотики, сразу выбирает стимуляторы.

Исследование инициации потребления наркотиков (2004 г.) показало, что 28% всех опрошенных ПИН начинали именно со стимуляторов. По результатам исследования 2009 г.\* у каждого пятого из опрошенных, признавших, что сейчас он употребляет наркотики-стимуляторы, первым наркотиком был стимулятор, у 48% — марихуана или гашиш, 31% — опиаты. В то же время, тенденция начинать со стимуляторов, отмеченная в предыдущие годы среди более молодых людей, нашла свое подтверждение и в результатах исследования 2009 г. Так, по сравнению с другими возрастными группами, 14-19-летние потребители наркотиков значительно чаще начинают потребление со стимуляторов ( $p < 0,01$ ) (табл. 2). Анализ стажа употребления наркотиков показывает, что в последние 10 лет наблюдается тенденция к увеличению количества потребителей, которые начинают именно со стимуляторов.

Таблица 2

Вид наркотика, который респонденты попробовали в первый раз  
(исследование 2009 г.), % ( $p < 0,01$ )

	14-19 лет (N=162)	20-24 года (N=410)	25-34 года (N=683)	35 и больше лет (N=325)
Марихуана/гашиш	59	54	45	38
Стимулятор	26	22	19	15
Опиат	14	22	35	46
Трудно сказать/отказ отвечать	1	2	1	1
Всего	100	100	100	100

Из результатов 2009 г. явствует, что существует значительная разница в возрастной структуре потребителей стимуляторов в разных городах Украины. Так, в восточной части Украины группа потребителей стимуляторов в возрасте старше 34 лет невелика либо не представлена совсем (Донецк — 14%, Харьков — 2%, Луганск — 0%). В то же время в столице таких потребителей 25%, Херсоне — 32%, Николаеве — 43%. В Херсоне и Киеве потребители стимуляторов в возрасте 14-19 лет составляют 0 и 2% от всей выборки опрошенных, соответственно. Напротив, в Луганске доля такой возрастной группы потребителей стимуляторов составляет 14%, а в Харькове — 24%. Из анализа

\* Опрос проводился Киевским международным институтом социологии в августе — октябре 2009 года в 22-х городах Украины. Всего было опрошено 1581 потребителей наркотиков-стимуляторов. Метод исследования — полуструктурированное интервью, метод построения выборки — RDS (выборка, направляемая самими респондентами).

доверительных интервалов, следует, что рекрутинг респондентов для исследования был удовлетворительным и это означает, что такие возрастные показатели вполне отражают реальную ситуацию.

Результаты исследований 2004-2008 гг. показывают, что группа тех, кто употребляет исключительно стимуляторы, отличается от других групп за счет значительной доли женщин (рис. 2).



Отличия значимы на уровне 5%. Доверительный интервал 95%.

Согласно данным исследования, проведенного среди потребителей стимуляторов в 2009 г., количество женщин варьируется от 11% — в Виннице до 55% — в Луганске. В целом, на востоке Украины (Днепропетровская область, гг. Луганск, Харьков, Полтава) приблизительно треть всех потребителей стимуляторов составляют женщины, в то же время в Киеве и Николаеве женщин 28%, в Донецке — 24%, Херсоне — 20%. Женщины чаще, чем мужчины начинают употреблять наркотики со стимуляторов: 28% женщин и 16% мужчин ( $p < 0,01$ ).

Результаты этого же исследования показывают, что более трети опрошенных потребителей стимуляторов экспериментируют с разными наркотиками, а каждый десятый не определился с наркотиком «своего выбора» и употребляет те вещества, с доступом которых он не испытывает проблем (табл. 3). Причем женщины, употребляющие стимуляторы, экспериментируют с разными наркотиками чаще, чем мужчины ( $p < 0,01$ ).

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос: «Нашли ли Вы наркотик, или комбинацию наркотиков, которые Вас больше всего удовлетворяют?», %

	Всего	Муж- чины (N=1141)	Жен- щины (N=440)	14-19 лет (N=162)	20-24 года (N=410)	25-34 года (N=683)	35 и более лет (N=325)
Да, таких наркотиков несколько, употребляю в зависимости от настроения	36	34	41	44	48	33	23
Да, существует единственный такой наркотик	32	32	32	31	29	33	33
Да, есть такой наркотик, но он мне недоступен	13	14	10	15	6	14	20
Нет, такого наркотика нет; употребляю доступные	10	11	9	5	9	10	14
Ни один не удовлетворяет, не могу освободиться от зависимости	5	6	3	1	3	7	6
Трудно сказать/Не знаю/Не помню	4	3	5	4	5	3	4
Всего	100	100	100	100	100	100	100

С возрастом уменьшается доля тех, кто отдает предпочтение комбинации из разных наркотиков и употребляет их в зависимости от настроения ( $p < 0,01$ ). В то же время, с возрастом увеличивается количество тех потребителей стимуляторов, которые вынуждены употреблять доступные для них наркотики: в группе 14-19 лет таких было 5%, среди группы в возрасте 25-34 года — 10%, а в группе 35 и выше — 14% ( $p < 0,01$ ). Это значит, что среди этих потребителей наркотиков возрастает риск передозировок и большего влияния токсических веществ на организм.

В исследовании 2009 г. потребителям стимуляторов был задан вопрос о причинах выбора именно этого вида наркотиков (табл. 4). В качестве наиболее частых причин, повлиявших на выбор наркотиков-стимуляторов, опрошенные называли повышение под их воздействием трудоспособности, энергичности, общительности, сексуальной активности, не забывая упомянуть и низкую стоимость.

Таблица 4

Распределение ответов на вопрос: «Почему Вы употребляете стимуляторы?», N=1581 чел.

	%	Ранг
Так я добиваюсь повышения трудоспособности, энергичности	60	1
Они дешевле, чем другие наркотики	39	2
После употребления стимуляторов повышается общительность	33	3
Они усиливают сексуальную активность	30	4
Стимуляторы способствуют творчеству и изобретательности	26	5
Все мои друзья употребляют стимуляторы	21	6
Это менее вредно, чем употребление опиатов	9	7
Опиаты мне недоступны	7	8,5
Другое	7	8,5
Теперь это модно	6	10
Трудно сказать	1	-

Сумма превышает 100%, поскольку опрошенные могли выбрать несколько вариантов ответов.

## Социально-демографический портрет потребителя наркотиков-стимуляторов

Результаты исследования 2009 г. позволили составить обобщенный портрет потребителя стимуляторов (табл. 5). Чаще всего это мужчина (70% в общей популяции, доверительный интервал: 67,7-72,5%) в возрасте 25-34 года (40% в общей популяции) со средним или среднетехническим образованием (66%, доверительный интервал: 63,1-68,7%). Он либо никогда не был женат и не проживает вместе со своим сексуальным партнером (43% от общей популяции, доверительный интервал: 38,7-47,9%), либо проживает вместе со своим сексуальным партнером — женат официально или живет в гражданском браке (39%, доверительный интервал: 34,1-43,3%). Он, как правило, имеет свое жилье — квартиру или дом (82%, доверительный интервал: 76,2-87,8%) и нерегулярные, временные заработки (35%, доверительный интервал: 28,3-41,5%) или вообще является безработным (33%, доверительный интервал: 26,8-40,0%).

## Социально-демографический портрет женщины, употребляющей стимуляторы

Женщины, употребляющие стимуляторы, отличаются от мужчин. Чаще всего они учатся в вузах и параллельно работают (для сравнения, в группе потребителей опиатов женщины чаще представляют студенческую молодежь, но реже работают — они являются домохозяйками). Женщины реже мужчин употребляют стимуляторы по причине их низкой стоимости, но чаще — для повышения сексуальной активности и увеличения трудоспособности. Женщины чаще употребляют стимуляторы под воздействием окружающих, частота инъекций за последние 30 дней выше, чем у мужчин, при этом они реже употребляют меткатинон и катинон («болтушку»). Женщины чаще получают наркотик от друзей, и в 2 раза реже готовят стимуляторы самостоятельно, а значит, зависят от мужчин. Женщины чаще мужчин выбирают пероральный способ употребления стимуляторов. Когда приходится делать перерыв в употреблении, они чаще употребляют успокоительные лекарства и реже, чем мужчины употребляют алкоголь в этот период. Хотя мужчины и женщины подвергаются риску передозировок почти в равной степени, в тех случаях, когда это происходило, женщинам чаще делали искусственное дыхание (0,021). Женщины более склонны иметь одного постоянного сексуального партнера и в 2 раза меньше — случайных партнеров. При этом с постоянными сексуальными партнерами женщины гораздо реже, чем мужчины используют презервативы. Кроме этого, у женщин, употребляющих стимуляторы, чаще, чем у мужчин встречается ВИЧ — инфекция.

Таблица 5

## Социально-демографические характеристики потребителей стимуляторов

	Часть по взвешенному массиву, %	95% доверительный интервал
<b>Пол</b>		
Мужчины	70	67,7-72,5
Женщины	30	27,5-32,3
<b>Возраст</b>		
25-34 года	40	35,4-44,6
20-24 года	29	24,0-33,2
35+ лет	21	16,1-25,3
14-19 лет	11	6,2-15,4
<b>Образование</b>		
Среднее, среднетехническое	66	63,1-68,7
Начальное	23	19,8-25,4
Высшее	12	8,8-14,4
<b>Семейное положение</b>		
Не состоят в официальном браке, не живут с сексуальным партнером	43	38,7-47,9
Состоят в официальном браке или проживают в гражданском браке	39	34,1-43,3
Разведенные	18	13,7-22,9
<b>Место рождения и проживания</b>		
Проживает в городе, где родился	81	75,6-86,8
Проживает более года	16	11,4-21,6
Временно живет в данном городе	1	0,0-7,0
Проживает менее года	1	0,0-6,9
<b>Где проживает?</b>		
Квартира/дом	82	76,2-87,8
Коммунальная квартира	9	3,2-14,8
Общежитие	5	0,0-10,6
<b>Где проживает?</b>		
На улице	1	0,0-6,9
Приют, детский дом, интернат	0,1	0,0-5,9
В подвале или на чердаке	0,1	0,0-5,9
Другое	3	0,0-8,7
<b>Вид деятельности</b>		
Временные заработки	35	28,3-41,5
Безработный (-ая)	33	26,8-40,0
Постоянная работа	17	10,3-23,5
Студент академии, университета, института	4	0,0-10,1
Занимается домашним хозяйством	4	0,0-10,4
На пенсии по инвалидности	3	0,0-9,4
Ученик ПТУ	2	0,0-8,4
Студент техникума	2	0,0-8,2
Школьник	1	0,0-7,3
Другое	0,4	0,0-7,0

Анализ размера сетей потребителей стимуляторов выявил достаточно широкий круг их знакомых, которые также потребляют наркотик-стимулятор, и большие различия на региональном уровне (табл. 6). В целом по выборке половина опрошенных имеет 5 или меньше знакомых потребителей стимуляторов, треть — от 6 до 10 человек, 13% — 11-20 знакомых, 4% — более 20. В целом размер знакомых у мужчин и женщин существенно не отличается и составляет в среднем 8 человек. Отличия есть в группах потребителей стимуляторов с разным стажем употребления (значимость различий на уровне 1%). Самыми разветвленными сетями знакомых располагают респонденты со стажем 4-9 лет употребления (9,2 человека), со стажем 10 лет и более — 7,7 знакомых, со стажем менее 4-х лет — 7,2.

Таблица 6

Размер сетей потребителей стимуляторов в разрезе городов

Город	Размер выборки	Размер сети	Стандартное отклонение
Новомосковск	33	20,0	23,26
Луганск	103	14,9	10,10
Днепродзержинск	53	13,3	5,13
Славянск	53	10,7	10,75
Бахчисарай	33	10,6	4,95
Кривой Рог	53	9,8	4,84
Донецк	119	9,3	7,60
Винница	78	8,5	7,52
Черновцы	53	8,2	6,97
Константиновка	53	7,8	2,80
Киев	154	7,6	8,53
Смела	53	6,9	5,87
Ужгород	44	6,3	6,94
Николаев	128	5,9	4,11
Днепропетровск	48	5,9	7,53
Севастополь	38	5,9	4,49
Хмельницкий	74	5,9	6,09
Одесса	77	5,6	5,60
Херсон	102	5,5	4,05
Харьков	103	5,3	2,38
Полтава	78	5,2	4,91
Симферополь	38	4,6	2,20

## Приготовление стимуляторов в домашних условиях

Согласно результатам исследования 2009 г. (табл. 7), 64% опрошенных покупают уже готовые наркотики, 22% готовят наркотик самостоятельно кустарным способом, для 32% наркотик готовят друзья или знакомые.

Таблица 7

Распределение тех, кто сам готовит стимуляторы, или употребляет приготовленные друзьями, %

	Готовлю сам	Готовят друзья
Пол		
Мужчины	27	29
Женщины	10	41
Стаж		
10 и больше лет	31	25
4-9 лет	16	39
0-3 года	7	40
Все вместе	22	32

Женщины реже мужчин готовят наркотики самостоятельно ( $p < 0,01$ ) и чаще употребляют наркотики, приготовленные другими людьми. Прослеживается тенденция увеличения доли тех, кто переходит на самостоятельное приготовление наркотиков, в зависимости от стажа употребления ( $p < 0,01$ ).

Результаты опроса потребителей стимуляторов в 2009 г. показали, что в 22-х городах, в которых проводилось исследование, готовят кустарным способом несколько видов наркотиков-стимуляторов (табл. 8).

Таблица 8

## Виды наркотиков стимуляторов, которые готовятся в домашних условиях

Название наркотика	Сленговые названия	Основные вещества, необходимые для приготовления	Дополнительные вещества или условия, необходимые для приготовления
Метамфетамин	Винт, первитин, тема, включка, пропеллер, беленький, тифа	Псевдоэфедрин* + йод+ красный фосфор или эфедрин** + йод + красный фосфор	Питьевая сода, вещества для чистки труб («Крот», «Мистер Мускул»), концентрированная соляная кислота, концентрированная уксусная кислота, бензин (А76, А96, «Калош»), этиловый спирт, «Белизна», ацетон (жидкости для снятия лака)
Амфетамин	Фен, амфа, амфетамин	Фенамин*** + йод+ красный фосфор	Питьевая сода, вещества для чистки труб («Крот», «Мистер Мускул»), концентрированная соляная кислота, концентрированная уксусная кислота, бензин (А76, А96, «Калош»), этиловый спирт, «Белизна», ацетон (жидкости для снятия лака). Полученные из порошка гранулы заливают 10-15%-ой соляной кислотой и кипятят 1 час. Остальной процесс похож на приготовление метамфетамина.
Меткатинон/ эфедрон	Болтушка, бульон, джеф, муля, мулька, тифа, космос, ширка	Эфедрин + марганец (перманганат калия — марганцовка) + кислота (уксусная или ацетилсалициловая)	Нагревание до 50–60°C
Катинон	Болтушка, джеф, муля, мулька, тифа, космос, ширка	Псевдоэфедрин + марганец (перманганат калия — марганцовка) + кислота (уксусная или ацетилсалициловая) или Фенилпропаноламин**** + марганец (перманганат калия — марганцовка) + кислота (уксусная или ацетилсалициловая)	Комнатная температура

\* Псевдоэфедрин получают из таблеток, порошков «Активед», «Трайфед», «Зестра», «Грипекс», «Терофун», «Риностоп», «Терафлю» и т. д.

\*\* Эфедрин получают из таблеток «Теофедрин», «Колдфлю+», «Теофедрин-Нео», «Т-федрин» или сиропов «Солутан», «Бронхолитин», «Сунорекс», «Эфедрин гидрохлорид» (таблетки, порошок или раствор) и т. д.

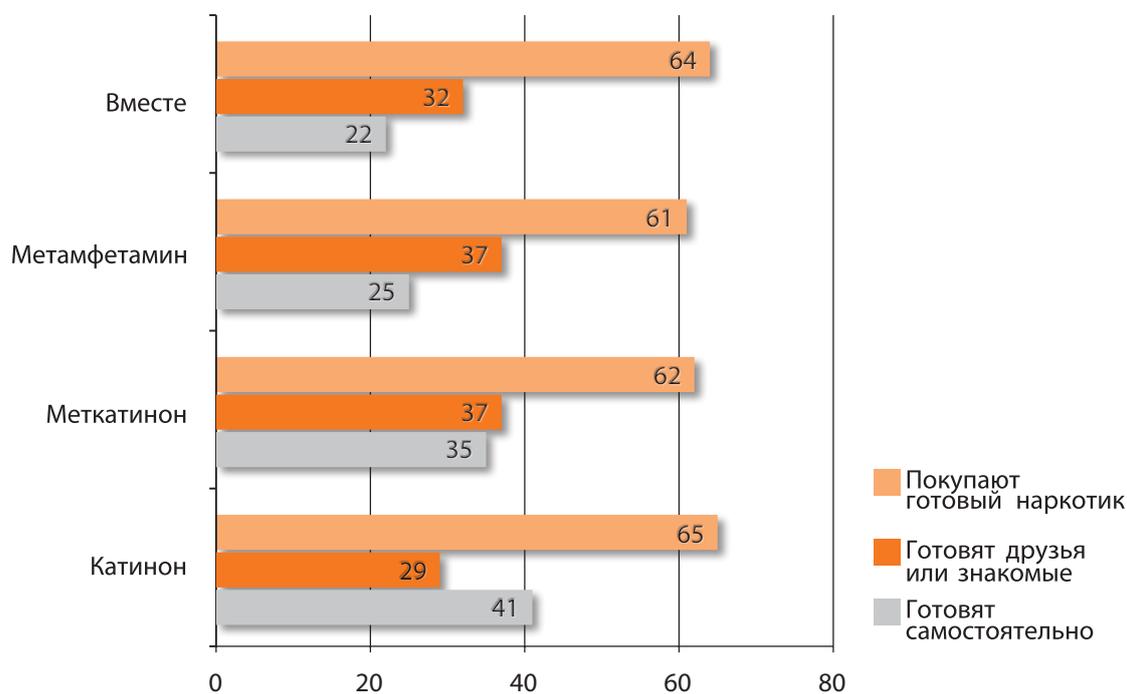
\*\*\* Фенамин из таблеток «Колдакт», таблеток для похудения «Мазиндол», «Терепак», «Фепранон», «Грацидин», «Дезопимон», «Мефонлин» и т. д.

\*\*\*\* Фенилпропаноламин получают из таблеток «Колдакт», «Эффект», «Оринол», «Контак-400» и т. д.

Среди типов стимуляторов, респонденты самостоятельно чаще готовят раствор, содержащий катинон или меткатинон («болтушка»), а содержащий метамфетамин — покупают ( $p < 0,01$ ) (рис. 3).

Рис. 3

## Типы наркотиков и способ их получения, %



Сумма превышает 100%, поскольку респонденты могли выбирать несколько вариантов ответов.

Среди городов, где потребители стимуляторов в большинстве случаев покупают уже готовый наркотик, особо выделяются Хмельницкий (85% опрошенных), Смела и Винница (79%), Луганск (76%). Наибольшее количество тех потребителей стимуляторов, которые готовят наркотик самостоятельно, проживает в Херсоне (40%), АР Крым (39%), Ужгороде и Черновцах (33%), Николаеве и Одессе (32%). Следует отметить, что именно в этих городах превалирует употребление меткатинона и катинона. Харьков отличается среди всех городов, участвовавших в исследовании, наибольшим количеством потребителей, которые заявляют о том, что стимуляторы для них готовят друзья или знакомые (80% от всей выборки). Интересно, что в этом городе более популярен метамфетамин.

Опрос потребителей наркотиков, которые самостоятельно готовят наркотикостимуляторы в домашних условиях\*, показал, что они достаточно легко могут достать все компоненты. Так, они знают в своем городе адреса аптек, где за цену, в среднем, трижды превышающую официальную, продают такие препараты, даже, если их якобы нет в наличии. Покупка препаратов в аптеках усложняется для потребителей наркотиков тем, что фармацевты пытаются нелегально продавать эфедриносодержащие препараты преимущественно лицам, которых уже знают лично. Поскольку большинство препаратов этой категории является рецептурными, некоторые из респондентов предварительно обращаются в поликлиники, пользуясь при этом услугами знакомых с соответствующими заболеваниями дыхательных путей, или же пытаются дать взятку врачу за выписанный рецепт. Для тех, у кого нет личного контакта с фармацевтами, существует рынок перепродажи либо «аптечная база». Источником красного фосфора

\* Опрос проходил в мае — июне в 2009 г. в 22 городах Украины, Всего опрошено 50 человек. Метод исследования — глубинное интервью.

в большинстве регионов являются спички. Предпочтение отдается так называемым «Казачкам» (коробкам с изображением казака на этикетке). Кристаллический йод абсолютным большинством опрошенных производится из обычного йодного раствора, купленного в аптеке. Необходимый для приготовления перманганат калия покупается на рынках. Бензин, соляную кислоту, щелочные моющие средства, уксус и другое можно легко найти на хозяйственных рынках, в магазинах бытовой химии и при химических заводах и т. п.

При изготовлении наркотиков пропорции веществ определяются приблизительно, «на глаз» либо при помощи подручных средств (самодельные весы). Качество наркотика определяется на вкус или особенностями ощущений во время приема («приход»), поскольку остальные показатели «могут быть ошибочными и вводящими в заблуждение». Это делает процесс приготовления наркотика опасным с точки зрения возможности получения «некачественного» продукта, с примесями, с высоким содержанием наркотических веществ, что может вызвать передозировки, ожоги вен и т. п.

### **Риски, связанные с изготовлением наркотиков-стимуляторов глазами тех, кто их готовит в бытовых условиях**

Среди рисков, связанных с изготовлением стимуляторов, опрошенные называли следующие:

- взрыв стеклянной емкости с наркотиком при очень сильном нагревании (в этом случае жидкость может обжечь кожу и слизистые оболочки);
- горение красного фосфора нельзя погасить, что может привести к ожогам, пожарам, убыткам и неприятностям с пожарными, соседями, милицией;
- неосторожное обращение с легковоспламеняющимися веществами (например, бензином) и открытым огнем может привести к ожогам, пожарам, убыткам и т. п.;
- испарения йода и кислот, выделяющиеся во время химических реакций. При этом только один из опрошенных отметил, что эти испарения опасны для кожи, разъедают ее, образуя ожоги. Почти половина респондентов признались, что временами ощущали головную боль, головокружение, тошноту в процессе изготовления наркотиков. У некоторых респондентов эти симптомы наблюдаются постоянно. Как это ни парадоксально, далеко не все из них отождествляют симптомы с процессом приготовления. Только один из всех опрошенных надевает марлевую повязку во время процесса приготовления.

Обычно процесс изготовления стимуляторов проходит в закрытом помещении, поскольку бытует мнение, что течение реакции могут прервать сквозняки. Изготовители открывают форточку только на окончательном этапе, когда необходимо извлечь («выдуть») остатки йода из уже готового продукта. Значительная часть опрошенных пытаются делать это непосредственно возле открытой форточки, чтобы пары йода не оставались в комнате. Отдельные респонденты просят «выдуть» остатки йода кого-то из помощников, чтобы самим не вдыхать опасных испарений. Последний пример, к сожалению, показательен, поскольку ясно показывает отношение варщиков к безопасности окружающих. Среди всех опрошенных только единицы согласились с тем, что процесс изготовления стимуляторов опасен не только для самих варщиков, но и для окружающих даже после

того, как приготовление наркотического раствора завершено. Причины опасности они видят в том, что испарения кислот оседают на поверхностях помещения, где происходит процесс изготовления, и вредны для организма, что соответствует истине.

В целом несколько менее рискованное поведение при изготовлении наркотиков отличает некоторых женщин-варщиц и мужчин с углубленными знаниями химии. Они, в частности, более склонны к использованию средств личной безопасности в процессе изготовления, например: перчаток, особых приспособлений для удержания горячих и опасных веществ, а также специальной посуды и т. п.

Большинство изготовителей стимуляторов уделяют мало внимания рискам, связанным с приготовлением наркотиков. Например, те, кто изготавливают «болтушку» отметили, что не видят рисков в ее приготовлении.

### **Риски, связанные с изготовлением наркотиков-стимуляторов. Мнение специалистов**

Токсикологи и химики, проанализировавшие процессы изготовления наркотиков-стимуляторов, отмечают, что следует обращать внимание на такие опасные для здоровья человека факторы, как:

- 1.** Образование токсичных и канцерогенных веществ во время выделения эфедрина/псевдоэфедрина из таблетированных и сиропообразных лечебных препаратов. Так, например, из препарата «Зестра» в процессе спиртовой экстракции выделяется цетиризин, который в сочетании с токсичными веществами проявляет гемотоксическое действие (разрушение, растворение эритроцитов), что сопровождается выделением в плазме крови гемоглобина, и вызывает анемию, резкую слабость, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку, усиленное образование желчных камней и т. п.). Кроме того, происходит выделение консервантов бензоата и парабензоата натрия, образующих в кислой среде бензойную и парабензойную кислоты. Эти кислоты являются канцерогенными веществами с аддитивным действием, которые приводят к снижению концентрации калия в сыворотке крови, могут вызывать аллергические реакции. Кроме этого, при нагревании они частично могут термично разлагаться с образованием бензена (ядовитое вещество, при продолжительном воздействии небольших количеств может вызывать анемию и лейкемию, изменения в костном мозге) и фенола (сильный яд, накапливается в почках и печени, разрушает кроветворную и нервные системы).
- 2.** Отдельную угрозу несут пары этанола, образующиеся в слабо проветриваемых помещениях, где этанол пребывает в больших количествах и в открытых емкостях. Вдыхание паров этанола может привести к раздражению дыхательных путей, вызвать кашель, головную боль, утомляемости, сонливости. В свою очередь, следствием воздействия паров этанола на глаза является их покраснение и жжение. Кроме того, пары этанола сильно огнеопасны, а их смесь с воздухом является взрывоопасной. Поэтому при наличии открытого огня в помещении, насыщенном парами этанола, пары либо сама жидкость способны воспламениться, что приводит к пожароопасным ситуациям, а также возможным серьезным ожогам кожи и поражениям слизистых оболочек глаз присутствующих.
- 3.** Использование синтетических средств для очистки сточных труб «Крот» «Ерш» и «Мистер Мускул» для получения готового гидроксида натрия, необходимого в химической

реакции приготовления метамфетамина и амфетамина, является еще одним источником опасности. Гидроксид натрия (техническое название «едкий натр») — наиболее сильный среди всех доступных щелочей. В перечисленных средствах гидроксид натрия содержится практически в чистом виде. Попадание на кожу его концентрированных растворов или кристаллов вызывает сильные химические ожоги. Работать с гидроксидом натрия разрешается только в защитных очках и резиновых перчатках.

4. В процессе изготовления метамфетамина добавляется концентрированная соляная кислота. Основную опасность составляет присутствие остатков концентрированной соляной кислоты в полученных кристаллах наркотика. Соляная кислота, как и все концентрированные кислоты, способна вызвать сильные ожоги кожи и слизистых оболочек при ее разбрызгивании или неосторожном обращении с ней. Химическим ожогам, вызванным кислотой, свойственно не заживать длительное время. Обычно след от ожога кислотой остается на коже на протяжении многих лет. Попадание концентрированной кислоты в глаза приводит к частичной либо полной потере зрения. Кроме этого, высокотоксичным являются пары («туман») соляной кислоты, которые образуются при ее нагревании в присутствии водяного пара либо влажного воздуха. При вдыхании они вызывают кашель, хрипоту, временную потерю голоса. Такие пары легко конденсируются на коже, особенно на слизистых оболочках с образованием концентрированной кислоты, что также может вызвать химические ожоги (частичная либо полная потеря зрения в случае конденсации на слизистой оболочке глаза). При длительном пребывании в среде паров соляной кислоты могут образовываться язвы кожи и слизистой оболочки, разрушается зубная эмаль. Попадание в организм концентрированной соляной кислоты перорально вызывает ожоги слизистой оболочки рта, серьезных повреждений пищевода и стенок желудка. В некоторых случаях вместо соляной кислоты используют «ледяную» уксусную. «Ледяной» называют концентрированную уксусную кислоту (более 80%). Концентрированная уксусная кислота является огнеопасной. При температуре более 39°C образуются огнеопасные пары с воздухом (нельзя открывать посудину с концентрированной уксусной кислотой возле открытого огня, газовой или электрической плиты, каких-либо нагретых поверхностей, нельзя хранить кислоту под прямыми солнечными лучами). Попадание на кожу приводит к образованию волдырей и химических ожогов. Вдыхание паров вызывает кашель, ожоги слизистых оболочек дыхательных путей, головокружение, затрудненное дыхание. Симптомы отравления могут проявляться не сразу. Отдельные упоминания в интервью касаются использования «аккумуляторной» кислоты, то есть концентрированной серной кислоты. Это очень опасная кислота, поскольку имеет наиболее сильное среди всех минеральных кислот разрушительное воздействие на живые ткани. Попадание в организм путем заглатывания даже небольшого количества концентрированной кислоты вызывает внезапную шоковую либо коллаптическую реакции (форма острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким падением сосудистого тонуса или быстрым уменьшением массы циркулирующей крови, что приводит к уменьшению венозного притока к сердцу, падению артериального и венозного давления, гипоксии мозга и угнетению жизненных функций организма). Ожоги при попадании на кожу намного сильнее, по сравнению с ожогами от других кислот. Пары этой кислоты, хотя и образуются в меньшем количестве, зато являются необычайно вредными для кожи, дыхательных путей и глаз.

5. Приготовление кристаллического йода связано с опасностью, потому что он является специфическим веществом, которое легко переходит из твердого состояния в газообразное, образуя при этом достаточно токсичные пары. В кристаллической форме он способен вызывать раздражения и химические ожоги кожи, слизистых оболочек, а при попадании в глаза может привести к частичной либо полной потере зрения. Вдыхание паров йода вызывает нарушение дыхания, а концентрация их в воздухе более  $3 \text{ мг/м}^3$  является опасной для жизни. Вследствие отравления парами йода может развиваться отек легких, вызванный сердечной недостаточностью. Введение в организм дозы более 500 мг йода в сутки обуславливает токсическое отравление и называется йодизмом. Эта болезнь, в зависимости от продолжительности и остроты протекания, проявляется в виде большого количества симптомов: поражение головного мозга, центральной нервной системы, печени, кожных покровов, ослабление иммунитета и ухудшение зрения, воспалительные процессы во всех отделах дыхательной системы, ослабление мышечной силы и тонуса. Применение сильных окислителей («пергидроль», «Белизна») делает процесс получения кристаллического йода пожароопасным, поскольку, попадая на сухие горючие вещи (тряпки, опилки), эти вещества могут воспламеняться. Контакт с кожей, перечисленные окислители могут вызывать химические ожоги, а если речь идет о глазах — потерю зрения. Остатки окислителей на кристаллах йода попадают в смесь, часто именуемую «винт», а, значит, существует высокая вероятность их попадания в организм внутривенным путем, что может привести к местному окислению клеток крови, свертыванию крови и разрушению стенок сосудов.
6. Постоянное попадание в организм красного фосфора в виде порошка через дыхательные пути, а также другими способами может привести к хроническому отравлению, которое проявляется в виде воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей, признаков токсического гепатита, нарушения обмена кальция в организме (развитие остеопороза, ломкость костей, иногда омертвление костных тканей), нарушение сердечно-сосудистой и нервной систем. Работа с красным фосфором возле открытого огня может вызвать его воспламенение и привести к сильным ожогам, кроме этого, при горении он способен разбрасывать искры, от которых не застрахованы глаза или одежда присутствующих. Выделение красного фосфора из спичечных коробков приводит к образованию хлорида свинца, который из плохо промытых кристаллов фосфора может попасть в изготавливаемый раствор. Хлорид свинца, как и все другие соединения свинца, является токсичным для человеческого организма и оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую, центральную нервную, репродуктивную системы, подавляет кроветворную функцию.
7. В процессе производства наркотиков-стимуляторов в воздух помещения выделяются отдельные химические соединения или вещества. Постоянное приготовление наркотиков в одном помещении ведет к их накоплению на окружающих поверхностях (потолок, обои, обивка мебели, шторы и т. д.), что негативно влияет на микроклимат помещения и лиц, проживающих в нем. В отдельных случаях органические растворители, пары органических кислот могут негативно влиять еще и на лиц, располагающихся в соседних помещениях.
8. Использование при нагревании, особенно над открытым огнем, стеклянной посуды (часто бытовой) или флаконов с реакционной смесью может вызвать растрескивание последних и таить угрозу ранения осколками стекла, а также ожогов горячим раствором.

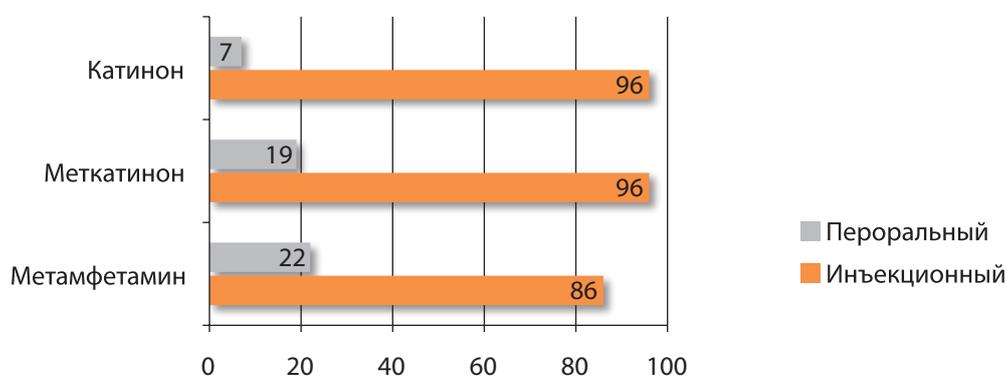
9. Несет в себе опасность использование пластиковой посуды, преимущественно бутылки. Повышение температуры, которое часто наблюдается при перемешивании сиропов с концентрированными щелочами, в соединении с достаточно агрессивной сильнощелочной средой может привести к перегреванию пластиковой бутылки, ее деформации и разрыву, особенно тогда, когда она заполнена практически полностью и при этом плотно закрыта. Горячая смесь из бутылки может попадать на кожу и глаза, вызывая сильные термические и химические ожоги. Кроме этого, большинство пластиковых бутылок (особенно из-под напитков) не предназначены для органических растворителей (каким является бензин). Последний вымывает из пластика токсические добавки, присутствующие там в силу особенности их производства. Эти токсические добавки могут попадать в готовый наркотик.
10. Присутствие мельчайших механических частичек (пыли, пепла) при недостаточной фильтрации готового наркотика способно привести к серьезным последствиям после инъекции. Опасным является попадание через посуду или грязные руки в инъекционный раствор частичек жира, масел, смазок. Смешиваясь с кровью, такие вещества могут повлечь за собой спонтанные реакции сворачивания крови, повышение температуры, лихорадку и т. п. При приготовлении раствора, содержащего меткатион («болтушки»), как правило, используется разнообразная случайная посуда, инструменты для помешивания смеси (палочки, шариковые ручки, чехлы от иглолок для шприцов) особенно в «полевых условиях» (в подъездах, на чердаках, на улице и т. п.) может привести к попаданию разных загрязнений в раствор, а далее и в кровь реципиента. Поскольку раствор, содержащий меткатион, в отличие от раствора, содержащего метамфетамин, не кипятят, то возможно и бактериальное загрязнение через посуду, инструменты и грязные руки. Если попадание микроорганизмов произошло в конце процесса (когда большинство перманганата калия уже прореагировало), то угроза внутривенного заражения значительно возрастает.
11. Наиболее опасным является попадание в организм соединений марганца. Перманганат калия — сильный окислитель, который вызывает сильные внутренние химические ожоги и приводит к сворачиванию крови. Окись марганца, образующаяся в результате реакции, как и другие соединения марганца, принадлежит к агрессивным нейротропным ядам хронического действия. Она вызывает сначала сильную утомляемость, слабость, сонливость, тупую головную боль, боль в пояснице, конечностях, снижение аппетита, потом медлительность движений, нарушение походки, мочеиспускания, половую слабость, бессонницу, угнетенность, слезливость. Может послужить причиной развития марганцевого паркинсонизма, когда развиваются глубокие органические изменения в нервной системе: движения сильно скованны, замедленны, лицо маскообразное, голос глухой, речь монотонна, лишена эмоциональной окраски.

## Употребление стимуляторов

Во время исследования 2009 г. было выявлено три способа употребления стимуляторов. Наиболее распространенным является инъекционный способ потребления (рис. 4). Следует отметить, что в Харькове и Полтаве употребляют почти исключительно раствор, содержащий метамфетамин. Ректальное употребление является чрезвычайно редким — только 9 лиц отметили, что они употребляли стимулятор таким путем, и во всех 9-ти случаях это был метамфетамин.

Рис. 4

Способы употребления стимуляторов, % по группам



Сумма превышает 100%, поскольку респонденты могли выбрать несколько позиций в списке наркотиков.

64% тех, кто самостоятельно готовил стимулятор, осознают, что процесс приготовления таких наркотиков вреден для здоровья (табл. 9). Некоторые респонденты называют конкретные причины ядовитых паров — процесс синтеза кислоты, разложения йода, красного фосфора и хлора.

Таблица 9

Факторы вредности процесса приготовления стимуляторов, (N=246), %

Фактор	Процент (%)
Вред для отдельных систем органов	64
Ожоги легких, слизистой оболочки, носоглотки, пальцев	17
Токсикация организма, оседание вредных веществ	7
Внезапное ухудшение самочувствия — тошнота, удушье	5
Вредно, если не придерживаться правил безопасности	5
Вредно, если не придерживаться правил безопасности	1

Сумма превышает 100%, поскольку респонденты могли назвать несколько факторов.

При этом большинство из опрошенных респондентов не знают конкретных последствий для своего здоровья и, особенно, здоровья окружающих, от процесса приготовления наркотиков в бытовых условиях.

Следует отметить, что в Киеве и Хмельницком значительная часть опрошенных потребителей стимуляторов (34% та 21%, соответственно) вообще не знает, из чего и как готовится наркотик-стимулятор. В Хмельницком это может объясняться тем, что 85% опрошенных покупают уже готовый наркотик (не имея при этом представления относительно опасности содержимого наркотика для здоровья), а это максимальный показатель среди регионов.

Результаты исследования 2009 г. показали, что у тех, кто употребляет стимуляторы, уже есть проблемы со здоровьем (табл. 10). Большинство их связано с состоянием нервной системы.

Таблица 10

Распределение ответов относительно негативных последствий употребления стимуляторов, (N=1581), %

	Все опрошенные	Пол		Стаж		
		Мужчины (N=1141)	Женщины (N=440)	0-3 года (N=303)	4-9 лет (N=487)	10 и более лет (N=739)
Раздражительность	70	69	72	71	72	67
Усталость	62	62	61	66	62	59
Плохое настроение	50	49	51	51	50	48
Бессонница	47	49	43	40	45	53
Отсутствие энергии	43	42	46	45	46	41
Головные боли	30	29	33	35	28	28
Отсутствие аппетита	29	31	24	29	25	32
Сонливость	28	28	27	26	28	28
Тяжело дышать	24	24	23	31	23	20
Страхи, кошмары	20	21	18	17	20	21
Отсутствие сексуального влечения	20	20	19	17	20	20
Боль в сердце	18	18	17	17	18	17
Другое	5	5	4	3	4	6

Сумма превышает 100%, поскольку респонденты могли назвать несколько факторов.

Наиболее популярными способами борьбы с негативными последствиями, возникающими у опрошенных потребителей стимуляторов во время перерыва от приема стимуляторов, назывались употребление большого количества жидкости (45%), курение сигарет (40%), употребление водки (39%), других наркотиков (36%), сонливость (31%), употребление пива (30%), успокоительных лекарств (29%), вина (20%), а также разнообразной пищи (14%). Никогда не имели негативных последствий только 2% респондентов. Следует отметить, что в категории «Другое» респонденты достаточно часто указывали на употребление марихуаны (24 человека), опиатов, в частности трамадола (13 человек), а также употребление анальгетиков (5 человек).

## Риски, связанные с употреблением наркотиков-стимуляторов

Большинство опрошенных «варщиков» стимуляторов достаточно хорошо знакомы с рисками, сопряженными с употреблением стимуляторов:

- психические сдвиги (паранойя, депрессия);
- ухудшение памяти;
- нарушение координации движения, дрожание рук;
- повышение темпа речи;
- негативное влияние на печень, почки, сердце;
- разрушение костей и зубов;
- попадание в раствор наркотика посторонних примесей, в частности жира, может вызывать внезапное повышение температуры, насморк, потерю сознания и т. п.

Однако, по мнению экспертов — химиков и токсикологов, влияние наркотиков-стимуляторов на организм человека значительно шире. Так, последствием употребления стимуляторов специалисты считают нарушение мембранных структур аксонов, прежде всего, длинных миелиновых аксонов большого диаметра (мотонейронов). В свою очередь, наличие остаточных количеств органических растворителей, солей тяжелых металлов, минеральных кислот и щелочей в растворе наркотика при попадании в организм человека влияет на клеточные и мембранные структуры разных органов и систем, значительно усиливает хронические патологии. Иначе говоря, происходят бесповоротные изменения на клеточном уровне.

Кроме этого, пероральное употребление сильнокислотного раствора приводит к химическим ожогам ротовой полости, горла, пищевода и желудка. Основными симптомами кислотного отравления (в частности концентрированной соляной кислотой) является возникновение тошноты, рвоты, диареи, сильной и резкой боли внутренних органов, в особенно тяжелых случаях возможны летальные исходы. Разведение готового раствора водой (или другими указанными жидкостями) несколько снижает его кислотность, однако общее количество других токсичных веществ, присутствующих в готовом продукте, при разведении последнего не уменьшается. Постоянное искусственное повышение содержания кислоты в желудке растворами даже при их невысокой кислотности (особенно если стимулятор употребляется на голодный желудок) приводит к быстрому возникновению язвенной болезни желудка, на фоне которой могут появиться злокачественные образования.

Амфетамины при длительном употреблении могут вызывать аксонопатию — множественное поражение периферических нервов, проявляющееся параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегето-сосудистыми расстройствами преимущественно в конечностях, а так же токсическую энцефалопатию или нейропатию (неизлечимое поражение мозга и нервной системы, при котором нарушается координация движений, речь). Как правило, эти заболевания развиваются в течении 3-4 месяцев регулярного употребления стимуляторов. Изменения необратимы и неизлечимы.

Последствием употребления «болтушки» является марганцовокислая энцефалопатия — под влиянием марганца развивается токсическое слабоумие, паралич, возникает нарушение рефлексов.

## Поведение, связанное с употреблением наркотиков

### Инъекции

Согласно полученным данным, **54%** тех, кто употребляет наркотики инъекционным путем, указали, что всегда делают инъекции самостоятельно, **22%** отметили, что им всегда кто-то помогает, а **24%** делают это как самостоятельно, так и при помощи кого-либо (табл. 11).

Следует отметить, что женщины-ПИН реже делают инъекции самостоятельно, в **42%** случаях по сравнению с **58%** среди мужчин ( $p < 0,01$ ). Отсутствие контроля за вводимым препаратом, инструментарием и процессом увеличивает риск для женщин, связанный как с употреблением стимуляторов, так и заражением различными заболеваниями. Доля ПИН, делающих инъекции самостоятельно, возрастает со стажем употребления: от **25%** среди тех, у кого стаж до 3-х лет, и до **67%** среди тех, у кого стаж более 10 лет ( $p < 0,01$ ).

Таблица 11

Ответы на вопрос о том, кто помогает делать инъекции, (N=1473), %

	Делает всегда самостоятельно	Делает всегда кто-то другой	Иногда делает сам, иногда кто-то другой	Всего
Пол				
Мужчины	58	17	25	100
Женщины	42	36	22	100
Стаж				
0-3 года	25	52	23	100
4-9 лет	42	30	28	100
10 и более лет	67	11	22	100
Вместе	54	22	24	100

### Использование общего инструментария

Большинство респондентов (**89%**) ни разу не использовали чужих шприцов на протяжении последнего месяца, **7%** использовали 1-2 раза, **1%** использовали 3-5 раз, **2%** использовали чужие шприцы 6 и более раз. Женщины чаще, чем мужчины используют шприцы совместно с кем-либо (0,019), причем это бывает с сексуальными партнерами. Кроме этого, женщины реже употребляют наркотик из уже наполненного шприца и меньше склонны использовать один и тот же инструментарий для распределения наркотика.

**66%** респондентов из числа 184 лиц, использовавших уже бывший в употреблении шприц, дали информацию о количестве предыдущих пользователей шприца. В **50%** случаев шприц использовался до опрошенного одним человеком, в **6%** случаев — 2, у **3%** — 3-5, **3%** — 6 и более людьми.

Всем респондентам, употреблявшим стимуляторы инъекционным путем на протяжении 30-ти дней, задавался вопрос, передавали ли они свой, уже использованный шприц, кому-то другому. Большинство опрошенных (**88%**) никогда не давали свой, уже использованный шприц; **6%** давали 1 раз, **2%** давали 2 раза, **1%** давали 3-5 раз, **0,4%** давали 6 и более раз. Респонденты старшего возраста реже отдают свои шприцы другим потребителям (**92%** в категории 35 и более лет не передавали свои шприцы, тогда как среди группы 25-34 года таких **87%**,  $p < 0,05$ ).

Чаще шприцы отдают хорошо знакомым людям: друзьям (39% из числа тех, у кого они есть), постоянному сексуальному партнеру (37% из числа тех, у кого они есть), жене/мужу (22% из числа тех, у кого они есть). Реже это делают со случайными сексуальными партнерами (8% из числа тех, у кого они попадались), с малознакомыми лицами (5% из числа тех, у кого они попадались), наркоторговцами (2% из числа тех, кто с ними контактировал).

За последний месяц 55% опрошенных получали наркотик уже из наполненного шприца (N=1461 респондентов). Разницы между респондентами разного возраста и стажа употребления наркотиков нет.

Привлекают внимание и цифры, связанные с использованием общей посуды для приготовления наркотиков и набирания готового наркотика из общей посуды. Более половины опрошенных ПИН делают это с разной частотой (59% та 61% соответственно) (рис. 5).

Рис. 5.

Регулярность использования общей посуды и использование раствора из общей посуды на протяжении последнего месяца, (N=1461), %



Такое поведение является весьма опасным фактором риска с точки зрения использования «грязных» (уже использованных шприцов и игл), грязной посуды или раствора наркотика и т. п.

### Сексуальное поведение

По данным исследования 2009 г., абсолютное большинство тех, кто сумел обозначить свою ориентацию (97%), отнесли себя к гетеросексуалам. 41 человек назвал себя бисексуалом, 22 из них — мужчины, 19 — женщины. 5 лиц определили себя как геи или лесбиянки, 2 человека назвали себя трансгендерами. Данный факт является очень важным, поскольку сексуальная ориентация и разные сексуальные практики в профилактических проектах для ПИН, как правило, во внимание не принимается.

**82%** потребителей стимуляторов на протяжении последних 12 месяцев имели сексуальные контакты с постоянными партнерами (доверительный интервал **80-84%**), **37%** — со случайными партнерами (доверительный интервал **34-39%**), **8%** — с коммерческими (доверительный интервал **7,6-9,5%**), при этом **6%** пользовались услугами коммерческого секса (доверительный интервал **4,4-6,8%**), а **4%** — сами предоставляли сексуальные услуги за награду (доверительный интервал **2,8-4,4%**). Женщины имели меньше случайных контактов, нежели мужчины, **24%** против **36%**, ( $p < 0,01$ ).

Следует обратить внимание на значительную обратную связь между возрастом и долей случайных контактов: среди молодежи в возрасте до 20 лет половину связей составляют именно случайные, а среди самой старшей группы такие контакты были только у каждого пятого ( $p < 0,05$ ). Наивысшей долей случайных связей отличаются респонденты из Луганска и Хмельницкого (**55** и **56%** соответственно), Днепропетровская и Донецкая области, а также Винница и Херсон расположены где-то в районе среднего значения — **32%**.

Регион также имеет значение в плане распространенности платного секса. В Крыму этот показатель достаточно высок (**22%** опрошенных оказывали такие услуги). В Полтаве (**17%**), Виннице (**13%**) и Херсоне (**14%**) эти величины несколько иные по сравнению с крымскими данными. Обращает на себя внимание тот факт, что в среднем больше сексуальных партнеров за 3 месяца и случайных сексуальных партнеров имеют молодые потребители наркотиков в возрасте 15-19 лет (3,24 и 3,42 партнера соответственно) и те, кто потребляют опиаты и стимуляторы одновременно (средний показатель сексуальных партнеров — 3,7 человек), тогда как в среднем среди всех опрошенных количество сексуальных партнеров за последние 3 месяца составляет 2,6 человек. Среднее количество партнеров составляет 1,4 человека (для тех, у кого они были), случайных партнеров — 2,89, коммерческих — 4,22.

Кроме этого, респонденты в возрасте 20-24 лет значительно отличаются от других средним количеством партнеров, которых они называют «постоянными» ( $p < 0,05$ ). Это означает, что они считают «постоянным партнером» не единственного партнера, а сразу нескольких партнеров (чаще двоих-троих).

Те, кто употреблял только стимуляторы, имел меньше случайных сексуальных партнеров, нежели те, кто употреблял еще и опиаты (в среднем — 2,8 и 3,4 сексуальных партнера, соответственно,  $p < 0,05$ ). Эта связь является еще более очевидной для людей вовлеченных в коммерческий секс: те, кто употреблял наряду со стимуляторами еще и опиаты, имели вдвое больше коммерческих партнеров, нежели все другие. Несмотря на то, что эта группа мала — 34 человека, — анализ показал значительное отличие (в среднем — 2,98 и 6,56 сексуальных партнеров, соответственно,  $p < 0,01$ ) и достаточно высокий коэффициент корреляции  $\eta^2$ .

Результаты исследования **2009** г. показали, что существует влияние употребления наркотиков-стимуляторов на сексуальное поведение. Так, частота сексуальных контактов с постоянными партнерами действительно увеличивается с увеличением частоты инъекций, но эта динамика, прежде всего, наблюдается в группе потребителей, которые делают инъекции 1-2 раза в месяц (более 6-ти раз в месяц сексуальные контакты имели **62%**), и группе, где делают 3-5 инъекций в месяц (**73%** имели сексуальные контакты больше 6-ти раз в месяц, ( $p < 0,01$ )).

Это также подтверждается исследованием (Corsi & Booth, **2008**), где говорилось о том, что у потребителей метамфетамина под его воздействием увеличивается сексуальное желание.

### Использование презерватива во время последнего сексуального контакта

Следует отметить, что по результатам исследования 2009 г., потребители стимуляторов доверяют своим сексуальным партнерам. Так, с постоянными сексуальными партнерами не использовали презерватив во время последнего сексуального контакта 65% опрошенных потребителей стимуляторов, с коммерческими сексуальными партнерами — 20% и 18% — со случайными и малознакомыми сексуальными партнерами. Причем женщины используют презервативы со своими постоянными партнерами гораздо реже, чем это делают мужчины.

Отметим также, что те, кто имел контакты с коммерческими партнерами, не помнят, пользовались ли они при этом презервативом, чаще, нежели те, кто имел контакт с постоянными партнерами. Существует негативная тенденция увеличения с возрастом практики игнорирования презерватива во время сексуальных контактов со случайными партнерами. Так, более старшие потребители (в возрасте 25-30 и старше 35 лет) чаще не используют презерватив с такими партнерами (24 и 30% соответственно).

### Уровень инфицирования ВИЧ

Результаты тестирования на ВИЧ инъекционных потребителей стимуляторов в процессе исследования 2009 г., показали, что уровень инфицирования существенно варьируется по регионам — от 0% в Ужгороде до 69% в Киеве (табл. 12). Киев и Кривой Рог отличаются наивысшим показателем ВИЧ-инфицирования.

Таблица 12

Результат тестирования на ВИЧ быстрыми тестами по данным связанного исследования (N=1581)

Город	Позитивные результаты на ВИЧ, %	Количество позитивных результатов на ВИЧ	Реализованный объем выборки
Киев	62	95	154
Кривой Рог	49	26	53
Южный (Одесская обл.)	35	27	78
Николаев	30	38	128
Хмельницкий	22	17	78
Черновцы	21	11	53
Славянск	21	11	53
Константиновка	19	10	53
Севастополь	18	7	38
Донецк	16	20	129
Херсон	15	15	103
Днепропетровск	13	7	54
Смела	13	7	53
Симферополь	13	5	38
Новомосковск	9	3	33
Бахчисарай	6	2	33
Полтава	5	34	78
Винница	5	4	78
Днепродзержинск	4	2	53
Луганск	1	1	103
Харьков	1	1	103
Ужгород	0	0	53

Кроме этого, в исследовании 2009 г. были использованы логистические модели, с помощью которых предстояло установить степень влияния демографических и поведенческих факторов на риск заражения ВИЧ\*. Были проверены следующие гипотезы о факторах заражения ВИЧ:

- доля ВИЧ-позитивных среди женщин более высока в силу определенных физиологических и социальных факторов;
- вероятность заражения зависит от способа употребления стимуляторов (инъекционно или другим путем);
- вероятность заражения зависит от опасных практик: использования нестерильного инструментария, незащищенного секса;
- вероятность заражения зависит от продолжительности и объема опасных практик: стажа употребления инъекционных наркотиков, регулярности использования нестерильного инструментария, количества партнеров при незащищенном сексе и частоты инъекций, регулярности опасных сексуальных отношений.

Результаты анализа показали, что группа потребителей наркотиков-стимуляторов в возрасте 25-34 лет имеет приблизительно в 7 раз больше шансов заразиться, а группа 35 и старше приблизительно в 12-14 раз больше шансов заразиться, чем возрастная группа 14-19 лет.

Женщины также имеют большую вероятность заразиться ВИЧ, чем мужчины. В среднем эта вероятность для женщин выше в 2-2,5 раза, чем для мужчин.

Приблизительно в 2 раза выше вероятность заразиться ВИЧ для тех, кто употребляет опиаты, чередуя их со стимуляторами (так называемые «качели»), по сравнению с теми, кто употребляет только стимуляторы.

Потребители не-инъекционных стимуляторов подвержены меньшему риску заразиться ВИЧ на 70%, чем потребители инъекционных стимуляторов. Правда, этот показатель оказался значимым на уровне 5% только у модели, где вместо возраста присутствовал стаж употребления наркотических средств. В первой модели, где учитывался возраст респондентов, потребители не-инъекционных стимуляторов имеют на 60% меньшую вероятность заразиться, но это суждение подтверждено только на 10% уровне значимости.

Оказалось, что группа со стажем употребления наркотиков 4-9 лет имеет в 1,6 раза большую вероятность заразиться ВИЧ, а у группы со стажем 10 и больше лет в 4 раза выше шансы заразиться, чем у группы со стажем 0-3 года.

При анализе сексуального поведения единственным значимым фактором оказался возраст начала сексуальной жизни — чем позже респонденты начинают сексуальную жизнь, тем меньше вероятность заражения ВИЧ.

Проверка влияния негативных последствий употребления стимуляторов и способов борьбы с ними на вероятность заражения ВИЧ показала, что респонденты, указавшие на «боль в сердце» как на последствие употребления стимуляторов, имеют в 1,7 раза большую вероятность заразиться, чем другие. Так же, как и те респонденты, которые

---

\* В логистических моделях использовались только те переменные, которые являются статистически значимыми: пол, возраст, стаж употребления наркотиков (как инъекционно, так и не-инъекционно), употребление опиатов, приготовление стимуляторов самостоятельно и друзьями, потребители не-инъекционных стимуляторов, возраст начала сексуальных отношений и причины употребления стимуляторов.

употребляют другие наркотики для преодоления негативных последствий употребления стимуляторов, увеличивают вероятность заражения в 1,8 раза. Респонденты, назвавшие причиной употребления стимуляторов недоступность опиатов, в 1,9 раза имеют большую вероятность заразиться, чем все остальные.

Все города имеют меньшую вероятность заражения, чем Киев.

### Передозировка наркотиками

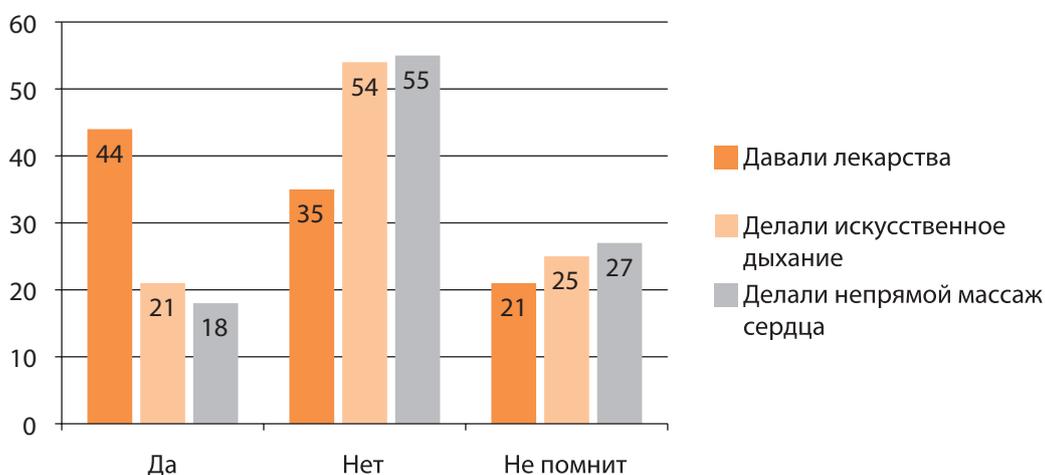
18% опрошенных отметили, что хотя бы раз в жизни у них была передозировка стимуляторами (доверительный интервал составляет 16-20%). Как показывают данные, у мужчин случаи передозировки были практически в два раза чаще, чем у женщин, ( $p < 0,01$ ). Доля передозировок также заметно увеличивается со стажем: среди потребителей стимуляторов со стажем более 10 лет передозировки случаются почти в 2,5 раза чаще, чем среди тех, кто имеет наркотический стаж менее 3-х лет ( $p < 0,01$ ).

Также оказалось, что употребление опиатов на смену стимуляторам («качели») связано с частотой передозировок: среди этих респондентов процент случаев передозировок составляет 27% против 16% среди других потребителей.

52% тех, кто испытал передозировку, получили при этом какой-либо вид помощи от окружающих. Чаще называли такой вид помощи, как предоставление лекарств (44%) (рис. 6).

Рис. 6

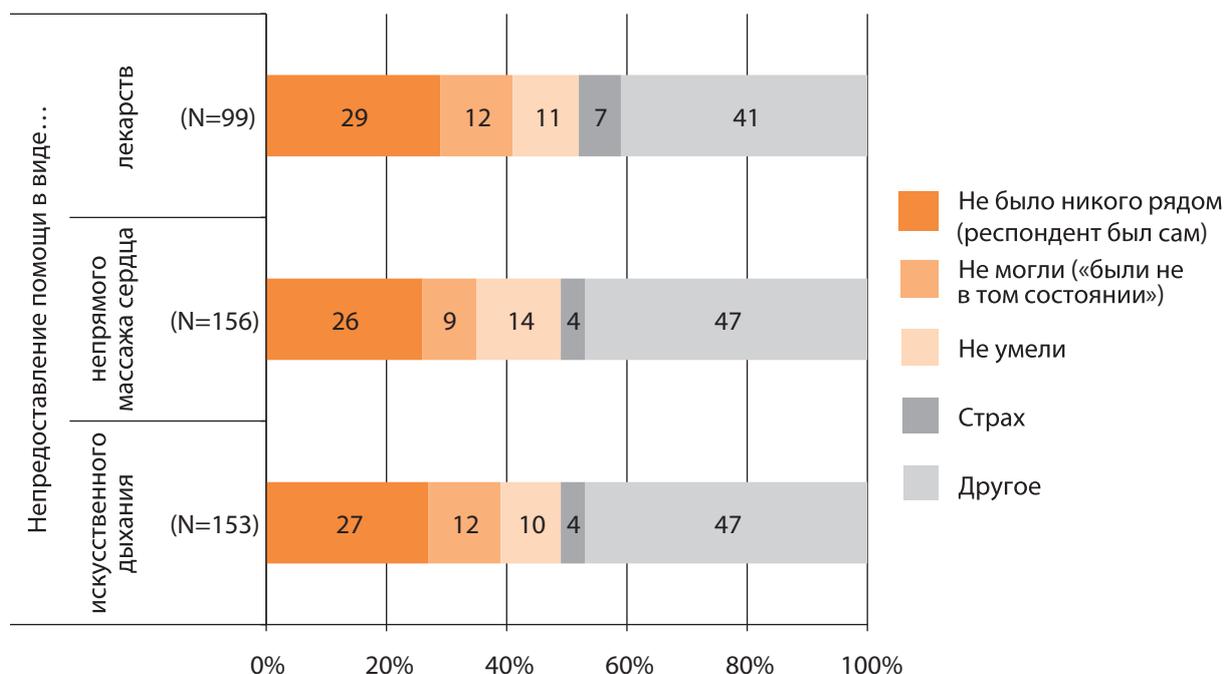
Виды помощи в случаях передозировки, которые получали пострадавшие, (N=290), %



40 респондентов отметили, что получили какие-то другие виды помощи. Чаще всего респонденты (13 чел.) в качестве помощи называли «холодный душ»: обливание водой, окутывание мокрым полотенцем, холодные ванны. 4 человека указали, что им давали опиаты. Двое респондентов отметили, что им помогла рвота. Интересно, что в случае передозировок женщинам чаще делали искусственное дыхание и непрямой массаж сердца по сравнению с мужчинами ( $p = 0,021$ ).

Тем респондентам, которые не получили тот или иной вид помощи, задали вопрос о том, по какой причине это случилось (рис. 7).

## Причины непредоставления помощи в случаях передозировки, %



Тех, кто хотя бы раз в жизни пережил передозировку стимуляторами, спросили, пытались ли они или их друзья вызвать скорую помощь. **19%** ответили на этот вопрос «да», **72%** — «нет», а **9%** — не смогли дать ответ. Более половины тех, кто не вызвал медиков, ответили, что это связано со страхом перед милицией. **14%** не нашли никого, кто мог бы вызвать помощь, а **13%** оценили ситуацию как требовавшую срочных действий и не дававшую времени на вызов скорой, **5%** было тяжело ответить на этот вопрос.

## ВЫВОДЫ

---

1. В последнее время наблюдается тенденция вовлечения в употребление наркотиков-стимуляторов молодежи. Инициация стимуляторами — достаточно широко распространенная практика. Женщины чаще мужчин начинают употребление наркотиков со стимуляторов. Наиболее частой причиной употребления стимуляторов является потребность в повышении трудоспособности и энергичности, а не их стоимость. Среди женщин ключевыми факторами выбора стимуляторов является также усиление сексуальной активности. Лишь для потребителей более старшей возрастной группы стоимость является важным фактором выбора стимуляторов.
2. Результаты исследования показали, что достаточно распространенной является практика употребления разных наркотиков-стимуляторов, с разными химическими составляющими и действием. Наиболее распространенными являются растворы, содержащие метамфетамин, меткатинон и катинон. Кроме этого, употребление опиатов поочередно со стимуляторами («качели») достаточно широко распространено среди потребителей стимуляторов старшего возраста (более 35 лет), мужчин и в определенных регионах (гг. Киев, Винница). Следует отметить, что употребление опиатов и стимуляторов провоцирует достаточно рискованное сексуальное поведение и, соответственно, повышает риск заражения ВИЧ.
3. Достаточно большое количество потребителей стимуляторов покупают готовый наркотик в шприце или же используют общую посуду для набирания наркотика. Каждый пятый опрошенный постоянно готовит наркотики самостоятельно. Треть тех, кто готовит наркотик самостоятельно, не осознают вреда, который несет приготовление стимулятора в кустарных условиях, а половина не имеет правильного представления о процессе изготовления и его составляющих. Стимуляторы готовят самостоятельно чаще мужчины с большим стажем употребления наркотиков и те ПИН, у которых выше частота инъекций. Те, кто готовит наркотик самостоятельно, чаще подвергаются опасности заражения ВИЧ.

Принимая во внимание тот факт, что, согласно опросам изготовителей наркотиков, они не работают в перчатках и масках, используют «подручные» средства для приготовления наркотиков, не дезинфицируют перед употреблением посуду и инструментарий специальными растворами и т. п., возникает большая вероятность загрязнения наркотика и угрозы заражения различными инфекциями через грязный инструментарий, посуду и раствор наркотика.

Эти риски еще выше среди тех, кто изготавливает меткатинон и /или катинон (сленговые названия: болтушка, бульон, джеф, муля, мулька, тифа, космос, ширка). Технология изготовления этих видов наркотиков не предполагает кипячения. Так, приготовление меткатинона предполагает нагревание раствора до 50–60° С, а катинон вообще делается при комнатной температуре. По мнению токсикологов и химиков, при приготовлении этих наркотиков значительно возрастает риск загрязнения разными бактериями раствора наркотика. Это может происходить во время переливания раствора в разные емкости, через грязные руки, «подручные» инструменты для помешивания раствора (палочек, шариковых ручек, чехлов от иглолок со шприцов и т. п.), особенно на последнем этапе приготовления, когда большинство перманганата калия уже прореагировало.

4. Большой риск для здоровья тех, кто употребляет наркотики-стимуляторы, существует еще и потому, что изготовители, как правило, определяют количество составляющих веществ для приготовления наркотика на «глаз», качество изготовленного наркотика — по «приходу». Кроме этого во время технологического процесса готовый наркотик очищают не очень качественно: из-за использования подручного инструментария, использования некипяченой водопроводной воды (из-под крана) для разбавления. Это может привести к попаданию в готовый раствор наркотика разных химических добавок, в том числе из лекарств, которые могут быть токсичными, «дополнительных» механических частичек (пыль, сигаретный пепел, опилки, крошки и т. п.), а также масел, жира, органической грязи. Оказавшись в организме в результате внутривенной инъекции вместе с раствором наркотика, все эти вещества или частички могут спровоцировать спонтанное сворачивание крови.
5. Достаточно большое количество потребителей стимуляторов говорили о том, что, стремясь избавиться от негативных ощущений между приемами наркотика они употребляют алкоголь либо седативные лекарства. По мнению токсикологов и химиков, неконтролируемый прием алкоголя и лекарств увеличивает токсическое влияние на печень, потому этого делать не рекомендуется. В работе (Belhadj-Tahar & Sadeg, 2005)\* описывается случай неоднократной комы при передозировке меткатаиномом, растворенном в алкоголе, который приняли вместе с бромазепамом.
6. Ни изготовители, ни потребители стимуляторов не осознают риск, который таит в себе приготовление наркотиков в бытовых условиях для их себя и окружающих. Как правило, знания о риске для себя лично весьма ограничены и поверхностны, а опасности для окружающих и те, и другие вообще не придают значения.
7. Токсикологи и химики отмечали, что употребление стимуляторов приводит к необратимым изменениям в организме потребителей на клеточном уровне. Использование в качестве сырья для приготовления наркотиков-стимуляторов разных лекарств и дополнительных веществ (кислот, фосфора, йода, марганца, щелочей и т. п.), делает раствор наркотика очень токсичным и канцерогенным для потребителей и вызывает нарушения нервной, вегето-сосудистой, кровеносной систем, печени и т. д. По данным А. В. Погосова\*\*, при ежедневном приеме катинона через 2-3 месяца начинают развиваться и прогрессируют неврологические нарушения, обусловленные токсическим действием наркотика. Это, прежде всего, мультисистемное поражение центральной нервной системы (поражение нервных клеток и нарушение функций нервной системы), которое приводит к астеническим (слабость, утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения сна и т. п.), эмоционально-волевым нарушениям, снижению уровня личностного и интеллектуального развития с утратой критики, прежних интересов, социальной декомпенсации.
8. Обращает на себя внимание значительная сексуальная активность потребителей стимуляторов и практика игнорирования презервативов в отношениях с постоянными партнерами. Если учесть, что на протяжении трех месяцев у потребителей

\* Belhadj-Tahar, H., & Sadeg, N. (2005). Methcathinone: a new postindustrial drug. *Forensic Sci Int*, 153 (1), 99-101.

\*\* Руководство по аддиктологии/Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.— С. 381.

стимуляторов всех возрастных групп таких партнеров несколько, то можно с большой долей вероятности предположить, что существует риск инфицирования ВИЧ и другими ИППП. По данным А. В. Погосова\*, во время употребления меткатинона одновременно происходит резкое усиление либидо и потенции с одновременным ослаблением контроля над поведением, что может приводить к беспорядочным контактам, включая гомосексуальные. Меткатинон усиливает сексуальное возбуждение у женщин, что позволяет без особого труда добиться от них половой близости. В то же время было выявлено, что значительное влияние на выбор наркотика женщинами оказывает их окружение, а инъекции, как правило, им делают их сексуальные партнеры. Вероятно, именно эти факты объясняют причины, по которым мужчины-потребители меткатинона часто вовлекают в употребление своих сексуальных партнерш. Распространенной формой сексуального поведения во время действия меткатинона являются оральные сексуальные контакты. С учетом частой неконтролируемости поведения и практики игнорирования презерватива под действием наркотика, можно допустить, что риск заражения ВИЧ и ИППП для потребителей стимуляторов значительно возрастает.

9. Потребители стимуляторов достаточно беспомощны в ситуациях с передозировкой — не знают, как предоставлять первую помощь.
10. Результаты логистического анализа показали, что потребители стимуляторов, испытывающие боль в сердце после потребления наркотиков, имеют в 1,7 раза большую вероятность заразиться ВИЧ, чем остальные. В виду того, что такие симптомы могут появиться очень быстро в результате вдыхания веществ во время приготовления наркотика и после этого, употребления разных стимуляторов или же опиатов в перерывах между приемами стимуляторов, частого употребления и /или длительного употребления (так называемых «марафонов»), все потребители стимуляторов попадают в группу риска.

---

\* Руководство по аддиктологии/Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.— С. 386.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

- Основываясь на результатах исследований и общих выводах, можно порекомендовать следующее:
- В проекты по профилактике ВИЧ необходимо активно задействовать молодых ПИН, женщин-ПИН, употребляющих стимуляторы, а также людей, употребляющих стимуляторы не-инъекционным путем. Для этого можно использовать модель «Внедрение силами равных», адаптированных к потребностям потребителей инъекционных и не-инъекционных стимуляторов.
- Для удержания привлеченных клиентов, употребляющих стимуляторы, рекомендуется использовать модель работы «Вмешательство на уровне группы».
- Особое внимание необходимо уделить потребителям не-инъекционных стимуляторов. Рекомендуется использовать модель «Краткой индивидуальной консультации».
- Необходимо разработать интервенции для работы с женщинами — ПИН, которые употребляют стимуляторы, с учетом специфики их поведения и социальных факторов.
- Необходимо повысить уровень знаний социальных работников относительно методов изготовления и употребления стимуляторов, а так же их влияния на организм человека. Для этих целей рекомендуется проведение ряда образовательных мероприятий и изготовление серии информационных материалов для потребителей стимуляторов и социальных работников. В первую очередь, необходимо осветить такие вопросы, как:
  - ◆ гигиена и техника безопасности при изготовлении наркотиков в бытовых условиях (чистота посуды, использование перчаток, масок, обработка посуды, емкостей, рук и инструментов для помешивания спиртом и т. п.)
  - ◆ влияние веществ, применяемых для изготовления и выделяемых в процессе изготовления, на организм человека;
  - ◆ замена в технологии изготовления кристаллического йода растворителя (этилового спирта) на воду с целью уменьшения выделений токсических веществ;
  - ◆ профилактика передозировок стимуляторами, а также стимуляторами, употребляемыми в сочетании с опиатами;
  - ◆ методы выхода из длительного употребления, ликвидации негативных последствий с целью сохранения здоровья и снижения уровня госпитализации в связи с временными психическими расстройствами.

- Ряд образовательных мероприятий необходимо направить на разрушение стереотипов и мифов среди социальных работников и ПИН относительно невозможности участия потребителей стимуляторов в программах профилактики ВИЧ, а так же того, что кислотность раствора, содержащего метамфетамин, убивает вирус ВИЧ, и т. д.
- Принимая во внимание состояние здоровья потребителей стимуляторов, необходимо задействовать в проекты для консультирования ПИН врачей-неврологов, невропатологов и психиатров либо наладить переадресацию к этим специалистам. В этих целях рекомендуется использовать метод известных как «кейс-менеджмент».
- В проектах, работающих с потребителями меткатинона и катинона (сленговые названия: болтушка, бульон, джеф, муля, мультка, тифа, космос, ширка), предусмотреть наличие шприцов объемом 10 мл, а для тех, кто употребляет метамфетамин (сленговые названия: винт, первитин, тема, включка, пропеллер, беленький, тифа),— 2 мл та 5 мл. Уделяя должное внимание вопросам репродуктивного и сексуального здоровья ПИН-стимуляторщиков предусмотреть наличие среди раздаточных материалов большого количества специальных презервативов, включая женские, (с большим количеством смазки) и лубрикантов.
- Организациям, работающим в сфере профилактики ВИЧ, рекомендуется учитывать потребности потребителей стимуляторов при планировании работы. Для этого необходимо более детально изучить особенности местной наркосцены с использованием различных методик исследования из Региональной Оценки с Привлечением к Участию (РОПУ).