



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ

2010
ГОД

Доклад
Международного комитета
по контролю над наркотиками
**Наличие психоактивных
средств, находящихся под
международным контролем:
обеспечение надлежащего
доступа для медицинских
и научных целей**



ОРГАНИЗАЦИЯ
ОБЪЕДИНЕННЫХ
НАЦИЙ

Доклады Международного комитета по контролю над наркотиками, опубликованные в 2010 году

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год (E/INCB/2010/) дополняется следующими докладами:

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей (E/INCB/2010/1/Supp.1)

Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2011 - Statistics for 2009 (E/INCB/2010/2)

Psychotropic Substances: Statistics for 2009 - Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971 (E/INCB/2010/3)

Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ: доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год о выполнении статьи 12 Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (E/INCB/2010/4)

Обновленные перечни веществ, находящихся под международным контролем, включающие 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

Связь с Международным комитетом по контролю над наркотиками

В секретариат Комитета можно обратиться по следующему адресу

Vienna International Centre
Room E-1339
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

Кроме того, с секретариатом можно связаться по следующим каналам

Телефон: (+43-1) 26060
Телекс: 35 612
Телефакс: (+43-1) 26060-5867 or 26060-5868
Телеграммы: unations vienna
Электронная почта: secretariat@incb.org

С текстом настоящего доклада можно также ознакомиться на веб-сайте Комитета (www.incb.org).



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ

Доклад
Международного комитета
по контролю над наркотиками
**Наличие психоактивных
средств, находящихся под
международным контролем:
обеспечение надлежащего
доступа для медицинских
и научных целей**



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Нью-Йорк, 2011 год

E/INCB/2010/1/Supp.1

ИЗДАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
В продаже под № R.11.XI.7
ISBN 978-92-1-048766-5

© Организация Объединенных Наций: Международный комитет по контролю над наркотиками, февраль 2011 года. Все права защищены.

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

Для обозначения стран и районов используются названия, имевшие официальный статус в период сбора соответствующих данных.

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

Предисловие

Цель международных конвенций о контроле над наркотиками заключается в том, чтобы обеспечить наличие достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ для медицинских и научных целей и одновременно не допустить их утечки и противозаконного использования. Следить за выполнением этой задачи поручено Международному комитету по контролю над наркотиками, который неоднократно выражал беспокойство по поводу того, что не все страны мира имеют равный и надлежащий доступ к контролируемым веществам для использования в медицинских и научных целях.

Мировое потребление наркотических средств и психотропных веществ многие годы находится ниже уровня, необходимого для удовлетворения основных потребностей медицины. Благодаря постепенному признанию терапевтической ценности контролируемых веществ и усилиям международного сообщества в последнее время удалось добиться существенного роста их потребления. Однако хотя потребление возросло во многих районах мира, основной рост приходится лишь на небольшое число стран из трех регионов: Европы, Северной Америки и Океании. При этом в некоторых странах и регионах потребление осталось на прежнем уровне или даже снизилось. До тех пор пока такие психоактивные средства не будут доступны большинству населения во всем мире, больные не смогут пользоваться всеми благами здравоохранения, на которые они имеют право согласно Всеобщей декларации прав человека.

По этой причине Комитет решил посвятить этому важному вопросу отдельное приложение к своему докладу за 2010 год. В приложении подробно анализируется положение с потреблением находящихся под международным контролем веществ в мире и отдельных регионах, определяются основные факторы, препятствующие наличию таких веществ в достаточном количестве, и даются рекомендации по решению данной проблемы.

Большинство наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в соответствии с международными договорами, незаменимы в медицинской практике. Опиоидные анальгетики, такие как кодеин и морфин, а также полусинтетические и синтетические опиоиды являются основными лекарственными средствами для обезболивания. Психотропные вещества, например бензодиазепины анксиолитического и седативно-снотворного действия и барбитураты, незаменимы при лечении неврологических и психических расстройств. Лекарственные препараты, содержащие контролируемые на международном уровне вещества, имеют важное значение для лечения больных и облегчения их боли и страданий.

Международные договоры о контроле над наркотиками остаются чрезвычайно эффективным средством предотвращения утечки лекарственных средств в сферу незаконной торговли и защиты общества от последствий наркомании. Гораздо меньше внимания во многих странах уделяется другой цели этих договоров, состоящей в обеспечении наличия достаточного количества контролируемых веществ. Меры, принимаемые правительствами с целью предупреждения незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ и злоупотребления ими, не должны препятствовать применению таких

психоактивных средств в медицине. Правительства должны действовать, не забывая о том, что международные договоры о контроле над наркотиками преследуют цель, с одной стороны, предотвращать утечку контролируемых веществ и злоупотребление ими и, с другой стороны, обеспечивать их наличие для использования в законных целях. Эти задачи должны быть в равной мере отражены в национальном законодательстве и подзаконных актах о контроле над наркотиками.

Чтобы облегчить доступ к этим основным лекарственным средствам для использования в медицинских и научных целях, необходимо прежде всего определить сдерживающие факторы, которые могут быть самыми разными. Когда речь идет о дорогостоящих медикаментах, определенную роль могут играть экономические соображения. Однако на рынке существуют и дешевые препараты, и, как показывает опыт стран, в которых такие препараты успешно применяются на практике, экономические трудности вполне преодолимы. Причиной ограниченной доступности контролируемых веществ могут быть проблемы системного и нормативно-правового характера.

Для того чтобы помочь правительствам в устранении подобных проблем, в настоящее приложение включен целый ряд практических рекомендаций, которые могут осуществляться с учетом специфики каждой страны. Искренне надеюсь, что правительства воспользуются настоящим докладом для оценки положения в своей стране, и осуществят содержащиеся в нем рекомендации. Если для исправления ситуации не будет принято срочных мер, то разрыв между странами с высоким и низким уровнем потребления психоактивных лекарственных средств еще более увеличится, а больные во многих странах будут и далее обречены на ненужную боль и страдания.



Хамид Годсе
Председатель
Международного комитета
по контролю над наркотиками

Резюме

На своей пятьдесят третьей сессии в марте 2010 года Комиссия по наркотическим средствам предложила Международному комитету по контролю над наркотиками включить в его доклад за 2010 год информацию о наличии веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских нужд. Комитету известно, что Всемирная организация здравоохранения, другие международные органы и неправительственные организации также проявляют все больший интерес к данному вопросу. Признавая важность данной темы, Комитет решил посвятить ей отдельное приложение к своему ежегодному докладу. Такой формат позволяет привести необходимую информацию о текущем положении дел в мире и отдельных регионах, рассмотреть основные сдерживающие факторы и дать рекомендации о способах повышения доступности веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей. Более подробный анализ ситуации содержится в специальных публикациях Комитета, касающихся наркотических средств и психотропных веществ.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Предисловие	iii
Глава I. Введение	1
Глава II. Меры, принимаемые Комитетом для обеспечения наличия достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ	5
Глава III. Предложение опиатного сырья и опиодов	9
A. Предложение опиатного сырья	10
B. Предложение опиодов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1961 года	11
C. Предложение опиодов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года	13
D. Предложение стимуляторов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года	13
E. Предложение бензодиазепинов и барбитуратов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года	13
Глава IV. Наличие лекарственных средств, содержащих вещества, находящиеся под международным контролем	15
A. Наличие опиоидных анальгетиков, подлежащих контролю согласно Конвенции 1961 года	18
B. Опиоиды, подлежащие контролю согласно Конвенции 1971 года	26
C. Противосудорожные средства	28
D. Стимуляторы из Списка II Конвенции 1971 года, используемые для лечения синдрома дефицита внимания	29
E. Стимуляторы из Списка IV Конвенции 1971 года, используемые в качестве анорексигенных средств	30
F. Бензодиазепины	32
Глава V. Достижение баланса между обеспечением доступности наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей и предотвращением их утечки и злоупотребления ими	43
A. Факторы, ограничивающие доступность опиоидных анальгетиков	44
B. Наличие веществ, находящихся под международным контролем, в количестве, превышающем потребности рациональной медицинской практики	47
C. Обеспечение наличия достаточного количества соответствующих лекарственных средств в чрезвычайных ситуациях	51
Глава VI. Выводы и рекомендации	53

Приложения

I. Показатели потребления опиоидных анальгетиков в регионах.	61
II. Совместное письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития.	71
III. Последующее совместное письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития.	73
IV. Письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками в адрес всех стран	75



Введение

1. Согласно статье 9 Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (Конвенция 1961 года)¹ с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года², и преамбуле Конвенции о психотропных веществах 1971 года (Конвенция 1971 года)³, одной из задач Международного комитета по контролю над наркотиками является обеспечение наличия веществ, находящихся под международным контролем, для лечебных целей.
2. Присоединившись к международным конвенциям о контроле над наркотиками, правительства взяли на себя обязательство отразить положения этих международных договоров в своем национальном законодательстве и обеспечить их выполнение. Международный комитет по контролю над наркотиками учрежден в соответствии с Конвенцией 1961 года в качестве органа, который обязан следить за соблюдением правительствами международных договоров о контроле над наркотиками и оказывать им в этом деле необходимую поддержку.
3. Предусмотренный конвенциями режим контроля имеет двоякую цель: обеспечивать наличие контролируемых веществ для медицинских и научных нужд и одновременно предотвращать их незаконное производство и оборот, а также злоупотребление ими. В Конвенции 1961 года признается, что наркомания является серьезным злом для отдельных лиц и чревата социальной и экономической опасностью для человечества, но при этом подтверждается, что применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей должны быть приняты надлежащие меры. Аналогичным образом, в Конвенции 1971 года признается, что, хотя государства-участники исполнены решимости предотвращать злоупотребление психотропными веществами и их незаконный оборот и бороться против них, использование таких веществ для медицинских и научных целей необходимо, а их доступность для таких целей не должна чрезмерно ограничиваться. За соблюдением международных договоров о контроле над наркотиками государствами-участниками поручено следить Комитету, одной из прямых обязанностей которого, согласно статье 9 Конвенции 1961 года, является обеспечение наличия наркотических средств для медицинских и научных целей.
4. В международных договорах о контроле над наркотиками признается, что наркотические средства и психотропные вещества необходимы для медицинских и научных целей. Однако несмотря на все усилия Комитета, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и неправительственных организаций, доступность таких веществ в большинстве стран мира остается крайне ограниченной, а многие больные лишены основных лекарственных

¹ United Nations, Treaty Series, vol. 529, No. 7515.

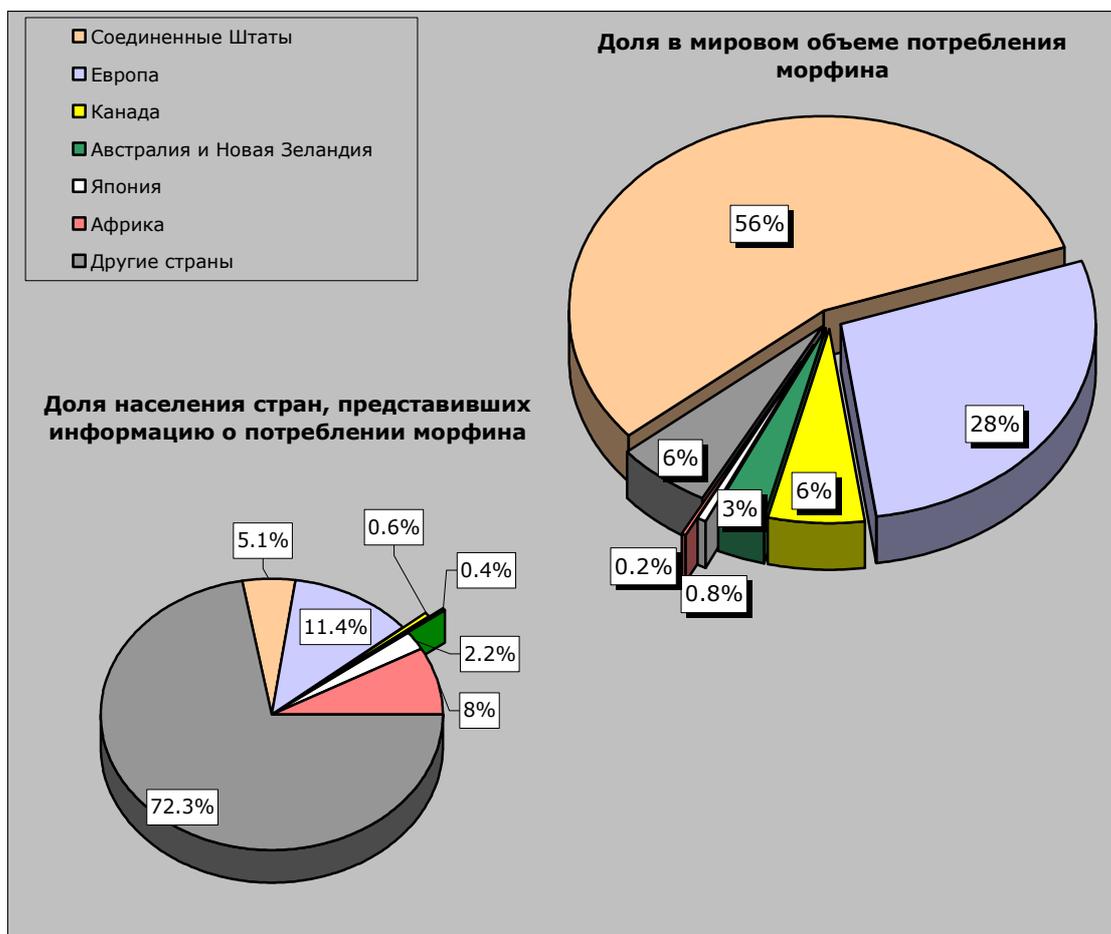
² Ibid., vol. 976, No. 14152.

³ Ibid., vol. 1019, No. 14956.

средств. Комитет постоянно следит за наличием наркотических средств и психотропных веществ в мире и уделяет этой теме большое внимание при обсуждении вопроса о надлежащем осуществлении договоров правительствами.

5. Такие наркотические средства, как морфин, фентанил и оксикодон, относятся к группе опиоидных анальгетиков и успешно применяются для ослабления или устранения умеренной и сильной боли. Согласно данным за 2009 год, более 90 процентов мирового объема потребления опиоидных анальгетиков приходилось на Австралию, Канаду, Новую Зеландию, Соединенные Штаты Америки и несколько европейских стран. Это означает, что во многих других странах и даже целых регионах такие средства имелись в крайне ограниченном количестве. Несмотря на то что современная медицина располагает средствами для облегчения большинства форм умеренной и сильной боли, более 80 процентов населения мира в случае возникновения такой необходимости не сможет получить достаточного или даже минимального количества обезболивающих⁴.

Рисунок 1. Потребление морфина в разных регионах мира, 2009 год



⁴ Существует целый ряд безопасных и эффективных методов ослабления или устранения боли. Основным средством, используемым для снятия умеренной и сильной боли, по-прежнему остаются опиоидные анальгетики.

6. Аналогичное несоответствие наблюдается и в уровнях потребления психотропных веществ, хотя эти показатели труднее поддаются оценке, поскольку Конвенция 1971 года не обязывает правительства представлять Комитету соответствующие сведения.

7. Поскольку предложение опиатного сырья на мировом рынке является достаточным для производства таких опиоидных анальгетиков, как морфин, кодеин и другие алкалоиды, и этот фактор не ограничивает доступность наркотических средств, ситуацию можно было бы заметно улучшить за счет принятия надлежащих мер правительствами. Однако обеспечению наличия достаточного количества наркотических средств препятствуют многие другие факторы, которые ранее уже отмечались Комитетом. В настоящем приложении к докладу Комитета за 2010 год рассказывается об усилиях по обеспечению наличия достаточного количества наркотических средств, анализируется развитие ситуации в последние годы и текущие уровни доступности наркотических средств и психотропных веществ и даются рекомендации о мерах, которые надлежит принять на международном и национальном уровнях.



Меры, принимаемые Комитетом для обеспечения наличия достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ

8. Действуя в соответствии с мандатом, определенным в конвенциях о контроле над наркотиками, Комитет одним из первых обратил внимание на тот факт, что в большинстве стран мира не обеспечено наличие наркотических средств. Комитет осознал эту проблему уже более двадцати лет назад благодаря своей уникальной возможности оценивать объем потребления в разных странах мира. Согласно Конвенции 1961 года, правительства обязаны ежегодно представлять Комитету различные статистические данные, в том числе о потреблении наркотических средств. Представленные правительствами данные анализируются Комитетом и публикуются в ежегодном тематическом докладе о наркотических средствах. Поскольку в Конвенции 1971 года не содержится требования о представлении данных о потреблении психотропных веществ, объем их потребления рассчитывается на основе других сообщаемых Комитету статистических данных⁵ и публикуется в ежегодном тематическом докладе о психотропных веществах.

9. В результате регулярного анализа данных о потреблении наркотических средств Комитет пришел к выводу, что в некоторых странах их потребление находится на крайне низком уровне. По этой причине в 1989 году Комитет совместно с ВОЗ провел оценку медицинских потребностей в опиатах в мире. В результате исследования было установлено, что медицинские потребности в опиатах, особенно для снятия боли у онкологических больных, удовлетворяются неполностью.

10. Комитет выяснил, что эффективная система оценки медицинских потребностей в наркотических средствах создана лишь в нескольких странах. Был выявлен целый ряд важных взаимосвязанных факторов, препятствовавших решению этой задачи. Доступность опиатов неоправданно ограничивалась действующим законодательством и подзаконными актами, а также их неверным толкованием и применением. Надлежащее снабжение опиатами и их использование не могло быть обеспечено из-за нехватки средств в системе здравоохранения. Обоснованному назначению опиатов мешал также страх развития зависимости, широко распространенный как среди медицинских работников, так и среди населения. Другим препятствием для адекватного применения опиоидов в качестве обезболивающих средств было отсутствие современных профессиональных знаний.

11. Итоги исследования были опубликованы в специальном докладе Комитета за 1989 год о спросе и предложении опиатов для медицинских и научных целей⁶. Для того чтобы помочь правительствам уменьшить или устранить многочисленные препятствия, ограничивающие доступность опиатов для медицинских нужд, Комитет подготовил ряд

⁵ Об изготовлении, импорте, экспорте и складских запасах психотропных веществ.

⁶ Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.89.XI.5.

рекомендаций. Правительствам было рекомендовано пересмотреть методику оценки медицинских потребностей в опиатах; провести оценку системы здравоохранения, а также действующего законодательства и подзаконных актов с целью устранения возможных препятствий для наличия опиатов; разработать планы действий по повышению доступности опиатов для всех нуждающихся больных; разработать национальную стратегию и руководства по рациональному использованию опиатов в медицине и организовать соответствующую подготовку медицинских работников.

12. Пятью годами позже, в 1994 году, Комитет проанализировал эффективность международных договоров о контроле над наркотиками в приложении к своему ежегодному докладу, озаглавленному *Effectiveness of the International Drug Control Treaties* ("Эффективность международных договоров о контроле над наркотиками")⁷. В рамках данного исследования Комитет пришел к выводу, что цель международных договоров, состоящая в обеспечении достаточного предложения наркотических средств, прежде всего опиатов, для медицинских целей, достигнута далеко не везде.

13. В связи с этим в 1995 году Комитет опубликовал еще один специальный доклад под названием *Availability of Opiates for Medical Needs* ("Наличие опиатов для использования в медицинских целях")⁸, в котором содержался ряд конкретных рекомендаций для правительств, Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками, Комиссии по наркотическим средствам, ВОЗ, международных и региональных организаций по контролю над наркотиками, проблемам здравоохранения и гуманитарным вопросам, образовательных учреждений и неправительственных организаций в области здравоохранения, в том числе Международной ассоциации по изучению проблемы боли, а также для других представителей сектора здравоохранения. Эти рекомендации актуальны и по сей день. Теме доступности наркотических анальгетиков была посвящена также глава I доклада Комитета за 1999 год⁹. В этой главе Комитет, в частности, рассмотрел факторы, являющиеся причиной отсутствия достаточного количества опиоидов для облегчения боли, и дал правительствам ряд рекомендаций по исправлению ситуации. А поскольку в некоторых странах наблюдалось чрезмерное потребление находящихся под международным контролем лекарственных средств, в результате чего начиналось злоупотребление лекарственными средствами рецептурного отпуска и возникали другие смежные проблемы, Комитет посвятил этой теме первую главу своего доклада за 2000 год¹⁰ и рекомендовал придерживаться сбалансированного подхода в вопросе использования таких лекарственных средств.

14. Одним из способов оценить, повышают ли страны доступность наркотических средств или хотя бы имеют ли они представление о данной проблеме и демонстрируют ли намерение исправить ситуацию, является анализ исчислений потребностей в наркотических средствах, представляемых Комитету всеми странами. Для того чтобы обеспечить наличие достаточного количества опиоидов для облегчения или устранения боли, Комитет поддерживает регулярную связь со странами, которые не представляют исчисления потребностей в наркотических средствах или потребности которых кажутся заниженными. Такая практика сложилась в ноябре 1999 года, когда Комитет впервые начал выделять

⁷ United Nations publication, Sales No. E.95.XI.5.

⁸ United Nations publication, Sales No. E.96.XI.6.

⁹ Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.00.XI.1

¹⁰ Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.01.XI.1.

отдельные группы стран с низким уровнем потребления опиоидных анальгетиков (главным образом морфина) и общими особенностями¹¹. В 2004 году Комитет обратился к четырем странам¹², сумевшим заметно повысить уровень потребления наркотических лекарственных средств, с просьбой сообщить о стратегиях и мерах, с помощью которых им удалось добиться роста потребления опиоидных анальгетиков, с тем чтобы распространить эту информацию среди стран, которым также требовалось повысить уровень потребления.

15. Данный вопрос неоднократно доводился до сведения правительств как в циркулярах, рассылавшихся всем странам, так и в письмах, адресованных отдельным государствам. В августе 2001 года всем координаторам-резидентам системы Организации Объединенных Наций на уровне стран было разослано совместное письмо Председателя Комитета и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития, в котором настоятельно рекомендовалось уделять пристальное внимание проблеме недостаточно широкого применения и отсутствия лекарственных средств для снятия сильной боли во многих развивающихся странах (см. приложение II). Эта рекомендация была повторно изложена в следующем совместном письме председателей Комитета и Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития, разосланном в феврале 2005 года (см. приложение III). В апреле 2006 года Председатель Комитета направил всем странам еще одно письмо, в котором он обратил особое внимание на ограниченность доступа нуждающихся больных к наркотическим средствам и психотропным веществам и рекомендовал правительствам проследить за тем, чтобы в учебную программу медицинских факультетов была включена тема рационального применения психоактивных средств (см. приложение IV)¹³.

16. Тема наличия опиоидов для использования в качестве обезболивающих средств обсуждается с правительствами в ходе посещений стран делегациями Комитета. В письма с рекомендациями, направляемые правительствам по итогам таких поездок, при необходимости включаются конкретные рекомендации об обеспечении наличия опиоидов для ослабления или устранения боли. Кроме того, в комплект информационных материалов, предоставляемых компетентным органам в ходе таких поездок, всегда входят руководящие принципы ВОЗ по обеспечению сбалансированности национальной политики в отношении контроля над опиоидами¹⁴.

17. Комитет неоднократно затрагивал тему наличия наркотических средств в своих выступлениях на совещаниях различных межправительственных органов: двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи, сессиях Комиссии по наркотическим средствам, Экономического и Социального Совета и Всемирной ассамблеи здравоохранения, а также региональных совещаниях международных организаций. В марте 2010 года по итогам обсуждения данной темы на пятьдесят третьей сессии Комиссии по наркотическим средствам была принята резолюция 53/4, озаглавленная "Содействие обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне

¹¹ Основные критерии для классификации: отсутствие исчислений потребностей в морфине; крайне низкий уровень потребления морфина при большой численности населения; низкий уровень потребления анальгетиков при большом проценте онкологических больных; низкая доступность опиоидов несмотря на исправно функционирующую систему контроля; страны с высоким уровнем дохода и недостаточной доступностью опиоидов за пределами Европы и Северной Америки.

¹² Бразилия, Канада, Соединенные Штаты Америки и Франция.

¹³ Эти три письма также размещены на веб-сайте Комитета по адресу http://www.incb.org/incb/en/other-issues_correspondence.html.

¹⁴ Всемирная организация здравоохранения, документ WHO/EDM/QSM/2000.4.

наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждение их утечки и злоупотребления ими".

18. Основным партнером Комитета в вопросах повышения доступности опиоидов для облегчения или устранения боли является ВОЗ. Совместные мероприятия Комитета и ВОЗ включают содействие применению руководящих принципов ВОЗ по обеспечению сбалансированности национальной политики в отношении контроля над опиоидами, создание в 2003 году рабочей группы для подготовки предложений по укреплению рабочих связей между Комитетом и ВОЗ с целью обеспечения доступности наркотических лекарственных средств и содействия рациональному применению психотропных лекарственных средств, а также взаимодействие в рамках глобальной программы ВОЗ по борьбе с болью, предусматривающей оказание странам помощи в укреплении потенциала и повышении осведомленности в вопросах применения опиоидов для облегчения боли.

19. Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WHA.58.22 и Экономический и Социальный Совет в резолюции 2005/25 предложили ВОЗ и Комитету оценить возможность создания механизма оказания помощи, который способствовал бы надлежащему применению опиоидных анальгетиков в обезболивании. Изучив документы и результаты исследований о наличии опиоидных анальгетиков на уровне стран и проанализировав меры, принимаемые и планируемые различными органами с целью помочь правительствам обеспечить наличие таких лекарственных средств для законных медицинских целей, ВОЗ и Комитет пришли к выводу, что, хотя в мире и нет недостатка в легальном сырье для производства опиоидных анальгетиков, а уровень потребления анальгетиков за последние двадцать лет существенно вырос, во многих странах доступ к таким лекарственным средствам по-прежнему затруднен по целому ряду причин.

20. ВОЗ и Комитет пришли к заключению, что создать механизм для содействия надлежащему применению опиоидных анальгетиков в качестве обезболивающих средств вполне возможно. В связи с этим ВОЗ занялась подготовкой Программы обеспечения доступа к контролируемым лекарственным средствам и в консультации с Комитетом разработала ее основные принципы. Программа осуществляется силами ВОЗ. Комитет активно пропагандирует данную программу в ходе посещений стран и в выступлениях на тему доступности лекарственных средств и неоднократно упоминал о ней в своих рекомендациях в ежегодных докладах.

21. Однако если в некоторых странах уровень потребления наркотических средств в медицинских целях, в том числе благодаря усилиям Комитета, заметно вырос, то в большинстве стран вещества, подлежащие контролю согласно международным конвенциям, до сих пор имеются в ограниченном количестве и малодоступны. В связи с этим Комитет пришел к выводу о необходимости более подробного разъяснения соответствующих положений международных договоров о контроле над наркотиками. Один из основных аспектов этой работы заключается в оказании правительствам помощи в подготовке более реалистичных исчислений потребностей в лекарственных средствах, содержащих контролируемые вещества. В настоящее время Комитет и ВОЗ совместно разрабатывают руководящие принципы исчисления потребностей в веществах, находящихся под международным контролем. В рамках данной инициативы предполагается разработать методику, на основе которой страны смогут точно исчислять потребности в наркотических средствах и верно оценивать потребности в психотропных веществах и некоторых прекурсорах, предназначенных для использования в медицинских целях.



Предложение опиатного сырья и опиоидов

22. Термин "опиаты" обычно используется для обозначения наркотиков, полученных из опия, а также близких им по структуре производных, например полусинтетических алкалоидов, тогда как термин "опиоиды" имеет более широкое значение и охватывает как наркотики природного происхождения, так и синтетические наркотики, которые обладают морфиноподобными свойствами, однако могут отличаться от морфина по структуре.

23. К природным алкалоидам, содержащимся в опиуме и маковой соломе и подлежащим международному контролю, относятся морфин, кодеин, тебаин и орипавин. Морфин и кодеин поставлены под международный контроль из-за своего наркоманического потенциала, в то время как тебаин и орипавин находятся под контролем, поскольку могут быть преобразованы в опиоиды, которые могут стать предметом злоупотребления. Морфин является прототипом природных опиатов и многих опиоидов и из-за сильного обезболивающего действия служит эталоном для сравнительного анализа наркотиков.

24. Благодаря своим обезболивающим свойствам опиоиды применяются главным образом для снятия сильной (фентанил, гидроморфон, метадон, морфин и петидин), умеренной (бупренорфин¹⁵ и оксикодон) и слабой (кодеин, дигидрокодеин и декстропропаксифен) боли. Они также используются для вводного наркоза или в качестве дополнения к наркозу (фентанил и его аналоги – алфентанил и ремифентанил), в качестве противокашлевых средств (кодеин, дигидрокодеин и, в меньшей степени, фолькодин и этилморфин) и для лечения опиоидной наркомании (бупренорфин и метадон).

Основные опиоиды, подлежащие контролю согласно Конвенции 1961 года, и бупренорфин^a

<i>Природные алкалоиды</i>	<i>Полусинтетические опиоиды</i>	<i>Синтетические опиоиды</i>
Морфин	Дигидрокодеин	Декстропропаксифен
Кодеин	Этилморфин	Дифеноксилат
Тебаин	Героин	Фентанил и его аналоги
Орипавин	Гидрокодон	Кетобемидон
	Гидроморфон	Метадон
	Оксикодон	Петидин
	Фолькодин	Тилидин
	Бупренорфин	

^a Бупренорфин подлежит контролю согласно Конвенции 1971 года.

¹⁵ Бупренорфин подлежит контролю в соответствии с Конвенцией 1971 года.

25. Полусинтетические опиоиды получают путем относительно простых химических преобразований из опиатов природного происхождения – морфина, кодеина и тебаина. К таким производным веществам относятся, например, дигидрокодеин, этилморфин, героин, оксикодон и фолькодин. Синтетические опиоиды являются полностью искусственными веществами и не имеют отношения к опиатам, хотя и могут обладать схожим терапевтическим действием. К числу наиболее широко используемых синтетических опиоидов относятся фентанил и его аналоги, а также метадон и петидин.

А. Предложение опиатного сырья

26. Опиаты, принимаемые больными в лечебных целях, производятся из опиатного сырья (опия, маковой соломы и концентрата из маковой соломы). Таким образом, непременным условием наличия достаточного количества опиатов для медицинских и научных целей является наличие достаточного количества сырья, из которого они производятся.

27. Во исполнение Конвенции 1961 года и соответствующих резолюций Комиссии по наркотическим средствам и Экономического и Социального Совета Комитет на регулярной основе изучает события, которые влияют на предложение опиатного сырья и спрос на него. В сотрудничестве с правительствами Комитет стремится поддерживать устойчивое равновесие между спросом и предложением. Анализируя вопросы спроса на опиатное сырье и его предложения, Комитет пользуется информацией, полученной от правительств стран – производителей опиатного сырья и стран, в которых такое сырье используется для изготовления опиатов или веществ, не подлежащих контролю в соответствии с Конвенцией 1961 года. Подробный анализ текущего предложения опиатного сырья и спроса на такое сырье в мире содержится в докладе Комитета о наркотических средствах за 2010 год¹⁶.

28. Общемировых запасов опиатного сырья должно быть достаточно для покрытия общемирового спроса в течение примерно одного года, с тем чтобы обеспечить наличие опиатов для медицинских и научных целей в случае непредвиденного сокращения производства, например вследствие неблагоприятных погодных условий в странах-производителях¹⁷. На конец 2009 года общемировых запасов опиатного сырья с высоким содержанием морфина было достаточно для покрытия общемирового спроса в течение 12 месяцев. Общемировых запасов опиатного сырья с высоким содержанием тебаина было чуть меньше, чем требуется для удовлетворения общемирового спроса в течение 12 месяцев, однако эта нехватка компенсировалась большими запасами тебаина и опиатов, полученных из тебаина, которых, по состоянию на конец 2009 года, было достаточно для покрытия общемирового спроса в течение примерно 14 месяцев.

29. По сведениям Комитета, в 2010 году в мире было произведено больше опиатного сырья с высоким содержанием морфина, чем было использовано. Совокупный объем предложения опиатного сырья с высоким содержанием морфина (производство и складские запасы) был вполне достаточным для удовлетворения мирового спроса. В 2011 году правительства стран-производителей планируют еще более увеличить площадь земель, используемых для выращивания опийного мака с высоким содержанием морфина.

¹⁶ Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2011 – Statistics for 2009 (United Nations publication, Sales No. T.II.XI.2).

¹⁷ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.06.XI.2), пункт 85.

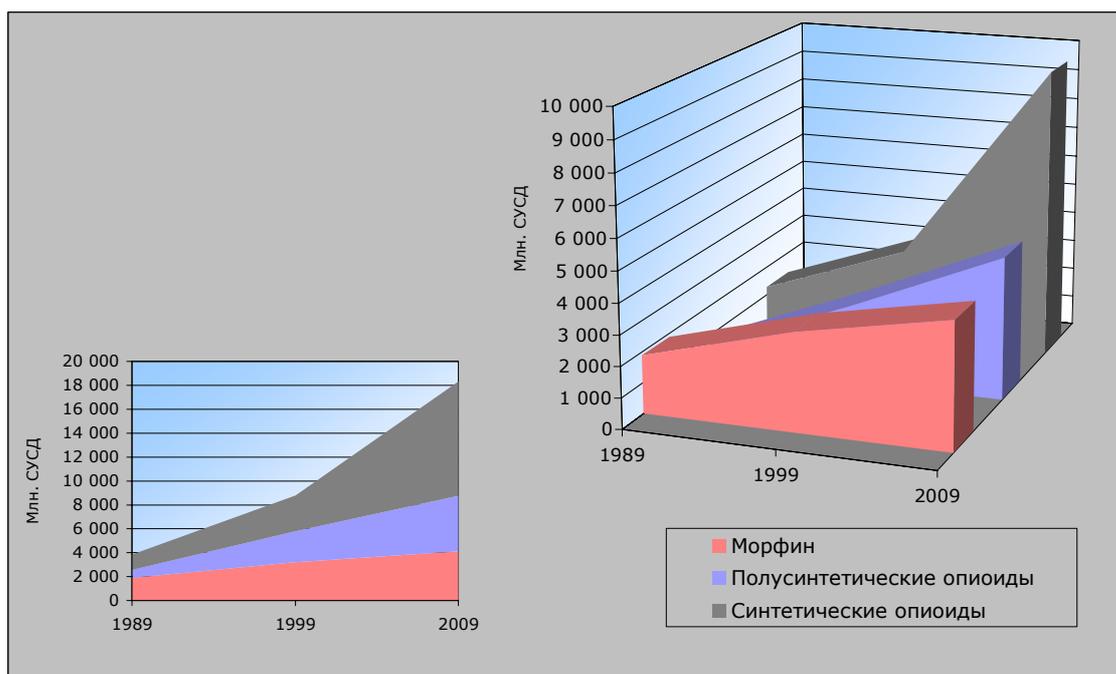
30. По имеющимся сведениям, мировой объем производства опиатного сырья с высоким содержанием тебаина в 2010 году превысил объем мирового спроса. Совокупных складских запасов опиатного сырья с высоким содержанием тебаина хватало для покрытия мирового спроса в течение менее чем одного года. Согласно планам стран-производителей, в 2011 году мировой объем производства опиатного сырья с высоким содержанием тебаина снова превысит мировой спрос. Таким образом, совокупные складские запасы опиатного сырья с высоким содержанием тебаина скорее всего увеличатся до объема, достаточного для покрытия спроса в течение 14 месяцев. Мировой объем предложения опиатного сырья с высоким содержанием тебаина (производство и запасы) будет по-прежнему полностью покрывать мировой спрос.

31. По прогнозам, мировой спрос на опиатное сырье с высоким содержанием морфина и тебаина в дальнейшем также будет увеличиваться. Ожидается, что в результате деятельности Комитета и ВОЗ, направленной на обеспечение наличия достаточного количества опиоидных анальгетиков, общемировой спрос на опиаты и опиатное сырье продолжит расти.

В. Предложение опиоидов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1961 года

32. Одновременно с расширением производства опиатного сырья росли и масштабы производства опиоидов. За последние 20 лет объемы производства морфина и основных синтетических и полусинтетических опиоидов увеличились в пять раз, причем производство синтетических и полусинтетических опиоидов росло быстрее, чем производство морфина. Такое развитие ситуации напрямую связано с увеличением спроса на некоторые наркотические средства и разработкой новых медикаментов.

Рисунок 2. Рост производства опиоидов, 1989-2009 годы



33. На рис. 2 отображен рост совокупного объема производства морфина и синтетических и полусинтетических опиоидов за последние 20 лет. Понятие СУСД (статистическая условная суточная доза) используется в качестве условной единицы измерения для целей статистического анализа и не представляет собой рекомендуемую дозу приема. Эта единица используется в случае обобщения данных о наркотических средствах и психотропных веществах, имеющих разную силу действия и, следовательно, разную суточную дозировку, с тем чтобы показать общее количество имеющихся в наличии веществ в сопоставимых единицах измерения.

34. Наиболее заметно выросли объемы производства фентанила, который в пересчете на СУСД занимает первое место в мире среди синтетических опиоидов по масштабам производства. По своему обезболивающему действию фентанил приблизительно в 100 раз превосходит морфин и применяется для анестезии в крайне малых дозах (0,005–0,1 мг в форме раствора для инъекций). Для снятия сильной боли во всем мире все шире применяются пластыри с контролируемым высвобождением фентанила, которые содержат более высокие дозы этого вещества и могут использоваться до трех дней, что также обуславливает рост производства фентанила. В значительно большем объеме, чем 20 лет назад, производится и метадон, используемый в основном при заместительной терапии. Значительно возросли также объемы производства таких полусинтетических наркотиков, как гидрокодон, гидроморфон, оксикодон и оксиморфон. Сопоставимо выросли и объемы мировой торговли наркотическими средствами: морфина – в пять раз, фентанила – почти в 300 раз, оксикодона – более чем в 130 раз.

35. Такие темпы роста производства наркотических средств и международной торговли ими впечатляют. Однако эти показатели объясняются главным образом резким увеличением импорта наркотических средств в несколько стран с и без того высоким уровнем потребления, в то время как импорт наркотиков в остальные страны увеличился в значительно меньшей степени или изначально находился на таком низком уровне, что даже резкое его увеличение не означает существенного увеличения реального количества наркотических средств. Кроме того, из 211 стран и территорий 17 - вовсе не ввозили морфин, 22 - не импортировали фентанил, а 9 - не ввозили вообще никаких опиоидов.

36. По сведениям Комитета, текущих объемов производства морфина и синтетических и полусинтетических опиоидов вполне достаточно для удовлетворения мирового спроса. Кроме того, благодаря постоянной разработке новых препаратов и лекарственных форм на рынке появляются все новые лекарственные средства, более простые и удобные в применении. Одновременно с этим продолжается производство и более дешевых препаратов. Фармацевтическая промышленность вполне способна удовлетворить растущий спрос на лекарственную продукцию различных ценовых категорий. Таким образом, предложение опиоидов нельзя считать фактором, препятствующим наличию достаточного количества наркотических средств.

С. Предложение опиоидов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года

37. За последние 20 лет мировой объем производства бупренорфина увеличился в пять раз и сравнялся с объемом производства основных опиоидов. Резкий рост производства

пришелся на конец 1990-х годов, когда бупренорфин стали применять в более высоких дозах для лечения опиоидной зависимости, и наблюдается снова с 2006 года. Не менее резко увеличился и объем мировой торговли данным веществом, об импорте которого в период 2007-2009 годов сообщили 80 стран. Несмотря на это, число стран, импортирующих бупренорфин, гораздо меньше, чем число стран, импортирующих хотя бы один из основных опиоидов. На значительно более низком уровне находится объем производства и сбыта пентазоцина – другого важного синтетического анальгетика, подлежащего контролю согласно Конвенции 1971 года, которого не коснулась тенденция к росту. Несмотря на некоторое колебание объемов производства и сбыта данного вещества, их стабильного роста не наблюдается.

D. Предложение стимуляторов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года

38. Стимуляторы, включенные в Список II Конвенции 1971 года, производят с десяток стран и импортируют еще около 90 стран. Наиболее заметный рост за последние 20 лет произошел в производстве метилфенидата (в 16 раз) и дексамфетамина (в 2,5 раза), тогда как производство амфетамина¹⁸ достигло максимального уровня в 1998 году и с тех пор снижается. Объем международной торговли стимуляторами из Списка II также увеличился, причем это увеличение в большей степени коснулось метилфенидата, чем амфетаминов. Объем производства и сбыта стимуляторов из Списка IV, используемых главным образом в качестве анорексигенных средств при лечении ожирения, последние 10 лет остается примерно на одном уровне. Совокупный объем производства всех 14 веществ из данной группы в пересчете на СУСД уступает объему производства основных опиоидов.

E. Предложение бензодиазепинов и барбитуратов, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года

39. Объем производства и сбыта бензодиазепинов анксиолитического и седативно-снотворного действия резко вырос 20 лет назад и с тех пор колеблется примерно на одном уровне (20-30 млрд. СУСД анксиолитических средств и 5-9 млрд. СУСД седативно-снотворных средств). Производство барбитуратов в последние 10 лет также остается стабильным. В международной торговле анксиолитическими и седативно-снотворными средствами по-прежнему наблюдаются существенные региональные различия, причем в некоторых регионах, традиционно ввозивших крайне малое количество таких веществ, отмечается дальнейшее сокращение импорта (в основном африканские и некоторые азиатские страны).

¹⁸ Большинство веществ, включенных в списки Конвенции 1971 года, указаны там под своим международным непатентованным наименованием (МНН). Система МНН была разработана ВОЗ с целью упростить определение фармацевтических средств и действующих веществ. (Именно эти наименования используются в тематическом докладе Комитета о психотропных веществах.) Если у какого-либо вещества нет МНН, оно указывается в списке под "другим незарегистрированным или ненаучным названием". У англоязычного читателя может сложиться впечатление, что в МНН многих веществ, включенных в Список II Конвенции 1971 года, содержатся орфографические ошибки (amphetamine, dexamphetamine, levamphetamine, metamfetamine, metamfetamine racemate). В настоящем докладе вместо таких наименований употребляются более привычные "другие незарегистрированные или ненаучные названия" этих веществ: amphetamine, dexamphetamine, levamphetamine, methamphetamine, methamphetamine racemate.

Психотропными веществами, импортируемыми в наибольшее число стран, являются диазепам (бензодиазепин анксиолитического действия) и фенобарбитал (барбитурат), закупаемые более чем 160 странами. По объему производства в пересчете на СУСД среди всех психотропных веществ лидирует альпразолам, относящийся к группе бензодиазепинов анксиолитического действия.

IV

Наличие лекарственных средств, содержащих вещества, находящиеся под международным контролем

40. Достаточное предложение законно произведенного опиатного сырья и изготовленной из него готовой продукции, а также рост производства психотропных веществ еще не гарантируют достаточного предложения произведенных на их основе лекарственных средств для конечных потребителей - больных. Во многих странах доступ к опиоидным лекарственным средствам и другим лекарственным средствам, содержащим вещества, находящиеся под международным контролем, ограничен или практически отсутствует. Это несоответствие неоднократно обсуждалось не только в Комитете, но и в Комиссии по наркотическим средствам.

41. Как уже упоминалось выше, Комиссия по наркотическим средствам в резолюции 53/4, озаглавленной "Содействие обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждение их утечки и злоупотребления ими", сослалась на Конвенцию 1961 года с поправками, внесенными в соответствии с Протоколом 1972 года, и Конвенцию 1971 года. В резолюции отмечается, что в обеих конвенциях признается необходимость использования находящихся под международным контролем веществ в медицинских и научных целях. В этой резолюции Комиссия напомнила о недопустимости чрезмерного ограничения доступа к контролируемым веществам и необходимости принятия мер для обеспечения их наличия для медицинских и научных целей.

42. В той же резолюции Комиссия предложила Комитету включить в годовой доклад за 2010 год информацию о потреблении наркотических средств и психотропных веществ, используемых в медицинских и научных целях в разных странах мира, в том числе анализ факторов, препятствующих обеспечению их наличия в достаточном количестве, и мер, принятых для преодоления таких препятствий, и, если это возможно, конкретную информацию о текущем положении и достигнутом прогрессе в отдельных странах. Во исполнение этой резолюции Комитет на основе представленных правительствами статистических данных проанализировал развитие ситуации в мире и региональные особенности, связанные с потреблением опиоидных анальгетиков. Он также проанализировал мировые тенденции и региональные особенности потребления психотропных веществ¹⁹.

43. Для того чтобы показать различия между отдельными регионами и странами в пределах каждого региона, в тематический доклад Комитета о наркотических средствах включены таблицы с данными о потреблении опиоидных анальгетиков в отдельных

¹⁹ На основе представленных ему статистических данных о производстве, импорте, экспорте и складских запасах.

регионах в дополнение к таблице с данными о среднем уровне потребления наркотических средств в мире (таблица XIV тематического доклада). Правительства должны представлять Комитету помимо других годовых статистических сведений о наркотических средствах также данные о потреблении опиоидных анальгетиков. Хотя соответствующая информация собирается странами уже не первый год, адекватная методика оценки потребностей в таких лекарственных средствах разработана далеко не везде. Для обобщения и сравнения статистических данных о потреблении веществ, имеющих разную силу действия, например опиоидных анальгетиков, Комитет пользуется разработанным им понятием "условных статистических суточных доз (СУСД), потребляемых на миллион человек в сутки".

44. Ввиду того, что среди специалистов нет единого мнения относительно адекватного уровня потребления наркотических средств, Комитет в административных целях определил ряд минимальных показателей, которыми он пользуется при рассмотрении представленных странами исчислений годовых потребностей в таких средствах. Комитет определил, какой уровень потребления, на его взгляд, является недостаточным (потребление опиоидных анальгетиков в количестве от 100 до 200 СУСД на миллион человек в сутки) и крайне недостаточным (потребление опиоидных анальгетиков в количестве, не превышающем 100 СУСД на миллион человек в сутки). Если пользоваться этими показателями в качестве критерия оценки, получится, что в 21 стране уровень потребления опиоидных анальгетиков является недостаточным, а еще почти в 100 странах, в основном в Африке, – крайне недостаточным. В мае 2004 года Комитет внес поправку в правила исчисления потребностей в наркотических средствах, согласно которой он получил право повышать исчисления потребностей в некоторых основных наркотических средствах, если представленные ему исчисления окажутся слишком низкими.

45. В резолюции 53/4 Комиссия по наркотическим средствам предложила Комитету представлять ей информацию о потреблении психотропных веществ в медицинских и научных целях в разных странах мира с целью обеспечения наличия таких веществ в достаточном количестве. Правительства же представлять данные о потреблении психотропных веществ не обязаны. Комитет ранее пришел к выводу, что для расчета примерного уровня потребления психотропных веществ можно использовать данные, представляемые правительствами в их годовых статистических отчетах о психотропных веществах, и на этой основе можно определять мировые тенденции и, если представленные данные выглядят логичными и надежными, выявлять необычные модели потребления. Как отмечается в тематическом докладе Комитета о психотропных веществах, к выводам о фактическом потреблении психотропных веществ в мире и отдельных странах нужно подходить с осторожностью, поскольку представленные правительствами данные о производстве психотропных веществ и торговле ими могут быть неполными или охватывать не все вещества. Особенно неточными обычно бывают расчетные данные по странам-производителям. Расчетные данные об уровне потребления публикуются в таблице IV тематического доклада о психотропных веществах.

46. В прошлом при анализе расчетных данных о потреблении психотропных веществ все внимание обычно уделялось тем странам, в которых отмечались стабильно высокие уровни потребления, которые, возможно, не были оправданы с медицинской точки зрения и могли вести к утечке соответствующих веществ и злоупотреблению ими. Вместе с тем Комитет сознавал, что крайне низкие уровни потребления психотропных веществ, наблюдаемые в ряде стран, могут свидетельствовать о том, что такие вещества практически недоступны для части населения и что в связи с неудовлетворенным спросом такие вещества или

поддельные лекарственные средства, предположительно содержащие такие вещества, могут оказываться в нерегулируемой продаже. Следует также иметь в виду, что уровни потребления психотропных веществ в отдельных странах и регионах заметно отличаются друг от друга из-за различий в медицинской практике и подходах к назначению лекарственных средств. По этой причине сравнения между странами и регионами следует проводить с большой осторожностью, особенно с учетом того, что вместо одних психотропных веществ могут использоваться другие психотропные или непсихотропные вещества, что также необходимо принимать во внимание и при оценке доступности соответствующих веществ для населения.

47. Комитет отмечает, что правительства неоднократно ужесточали международный режим контроля над психотропными веществами, соглашаясь представлять Комитету дополнительные сведения, в частности оценочные данные о годовых потребностях в таких веществах, информацию о торговле веществами, включенными в Списки III и IV Конвенции 1971 года, и складских запасах, имеющихся у производителей. Поскольку во время принятия Конвенции 1971 года такой информации не придавалось значения, требование о сборе вышеупомянутой дополнительной информации и ее представлении Комитету было введено лишь позднее в различных резолюциях Экономического и Социального Совета²⁰. Хотя данное требование выполняется еще не всеми странами, Комитет с удовлетворением отмечает, что большинство правительств представляет дополнительную информацию в соответствии с резолюциями Экономического и Социального Совета, и организует обучение сотрудников национальных органов, отвечающих за подготовку отчетности.

48. По мнению Комитета, правительствам пора вновь договориться о том, чтобы добровольно предоставлять ему дополнительные сведения, которые, хотя и не предусмотрены Конвенцией 1971 года, однако необходимы для выполнения резолюции 53/4 Комиссии по наркотическим средствам в целях анализа тенденций потребления психотропных веществ. Надежные данные о потреблении психотропных веществ необходимы и для оценки эффективности мер, принимаемых правительствами в соответствии с резолюцией 53/4 Комиссии. В связи с этим Комитет настоятельно рекомендует правительствам рассмотреть вопрос о представлении ему данных о потреблении психотропных веществ, чтобы помочь Комитету выполнить резолюцию 53/4 Комиссии и в конечном счете способствовать обеспечению наличия достаточного количества психотропных веществ для медицинских и научных целей и одновременно содействовать предотвращению их утечки и злоупотребления ими.

49. По упомянутым выше причинам качество данных о потреблении психотропных веществ несопоставимо с качеством данных о потреблении наркотических средств. Поэтому обстоятельно проанализировать уровни потребления психотропных веществ намного сложнее. Кроме того, в большинстве стран мира психотропные вещества применяются в медицине гораздо шире, чем наркотические средства. При анализе структуры потребления психотропных веществ Комитет пользуется понятием статистических условных суточных доз (СУСД), потребляемых на тысячу человек в сутки, позволяющим обобщать и сравнивать статистические данные о потреблении веществ с разной силой действия. Поэтому в следующих пунктах по отдельности рассмотрено потребление опиоидных анальгетиков, анальгетиков, контролируемых в соответствии с Конвенцией 1971 года, и прочих групп психотропных веществ.

²⁰ Резолюции 1981/7, 1985/15, 1987/30 и 1991/44.

50. Что касается вопроса об адекватности уровня потребления психотропных веществ, то, как и в случае с наркотическими средствами, между специалистами нет единого мнения относительно того, какой уровень потребления каждой группы психотропных веществ на душу населения подразумевается под "наличием в достаточном количестве".

51. Комиссия по наркотическим средствам в резолюции 53/4 подтвердила, что международные конвенции о контроле над наркотиками направлены на достижение баланса между обеспечением наличия наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей и предотвращением их утечки и злоупотребления ими. В той же резолюции Комиссия признала, что увеличение законного предложения контролируемых на международном уровне веществ может повысить вероятность утечки этих веществ и злоупотребления ими. В настоящее дополнение включена информация об отдельных группах веществ, уровень потребления которых представляется слишком высоким. Совершенно очевидно, что в некоторых странах с высоким уровнем потребления наркотических средств злоупотребление наркотическими анальгетиками представляет серьезную проблему, при этом постепенно растут масштабы злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска.

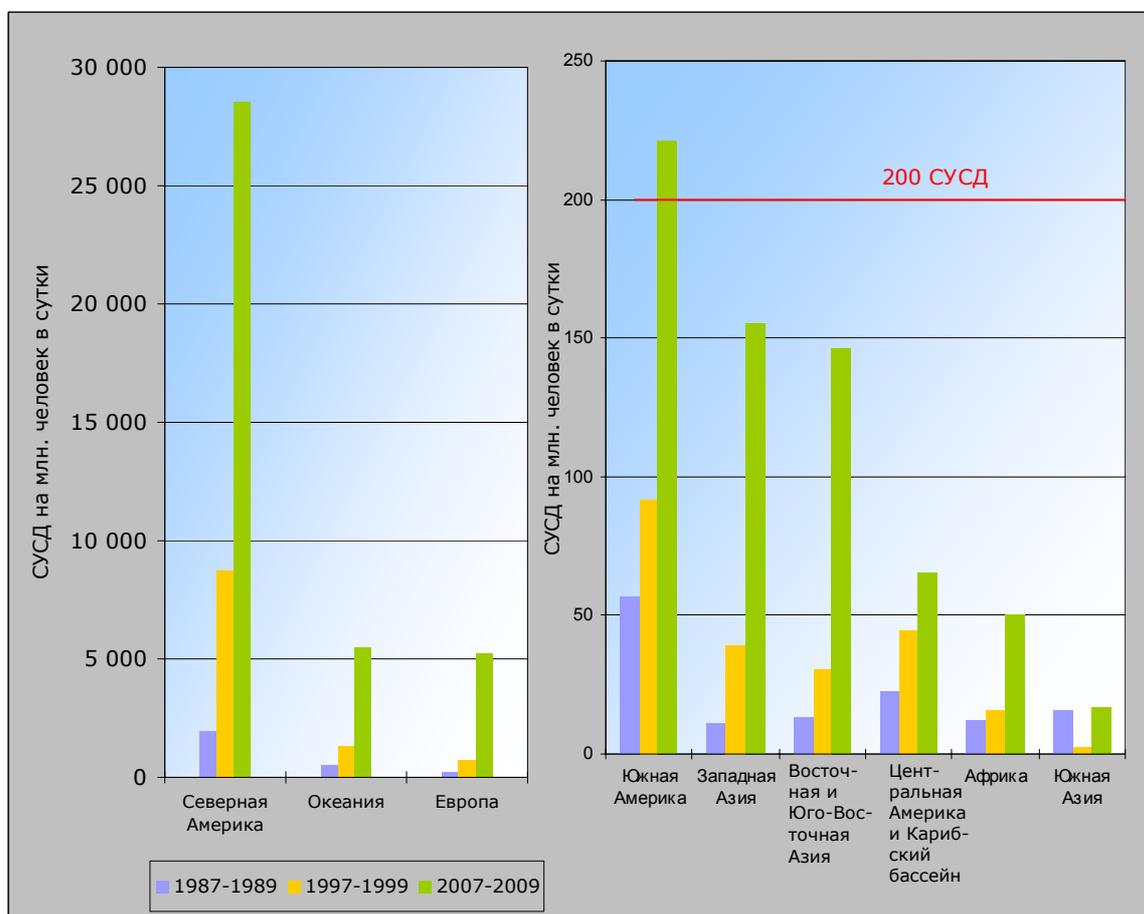
А. Наличие опиоидных анальгетиков, подлежащих контролю согласно Конвенции 1961 года

52. С 1989 по 2009 год мировое потребление опиоидных анальгетиков, применяемых для снятия умеренной и сильной боли, значительно возросло. Так, потребление морфина в мире в этот период увеличилось в семь раз. Еще сильнее возросло потребление некоторых опиоидов, находящихся под международным контролем, в частности фентанила (в 100 раз) и оксикодона (в 26 раз). В некоторых регионах рост потребления носил более ярко выраженный характер, чем в других²¹. В пределах каждого региона потребление также росло неравномерно, и между странами сохранились значительные различия. Данные об уровнях потребления в регионах, странах и территориях приведены в таблицах приложения I.

53. Наиболее высокий уровень потребления опиоидных анальгетиков наблюдается в странах Северной Америки и Европы, а также в Австралии и Новой Зеландии. В значительной части стран Европы и Северной Америки уровень потребления опиоидных анальгетиков в 2000-2009 годах существенно вырос. Наиболее высокий уровень потребления опиоидных анальгетиков в мире отмечается в Канаде и Соединенных Штатах. С 1989 по 2009 год уровень потребления опиоидных анальгетиков в этих двух странах стабильно рос и достиг почти 40 000 СУСД на миллион человек в сутки в Соединенных Штатах и более 20 000 СУСД в Канаде, в то время как, например, в Мексике этот показатель составлял лишь 85 СУСД на миллион человек в сутки.

²¹ На рис. 3-13 показано изменение уровня потребления опиоидных анальгетиков в мире и отдельных регионах за последние 20 лет. Из-за значительной разницы в уровнях потребления диаграммы составлены в разном масштабе.

Рисунок 3. Северная Америка: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



54. С 2000 по 2009 год уровень потребления опиоидных анальгетиков в качестве болеутоляющих средств резко возрос и в Европе. Однако между европейскими странами по-прежнему сохраняются большие различия. В Германии и Австрии – странах с наиболее высоким уровнем потребления – ежедневно потребляется, соответственно, 20 000 и 16 000 СУСД на миллион человек. Еще в пяти странах потребление составляет более 10 000 СУСД, а в 21 стране – от 1 000 до 10 000 СУСД. В некоторых странах региона, в основном в Восточной и Юго-Восточной Европе, уровень потребления почти не вырос, а то и сократился. В трех европейских странах (Беларусь, Румыния и Российская Федерация) на миллион человек потребляется менее 200 СУСД опиоидных анальгетиков в сутки²². Еще в четырех странах потребление составляет менее 100 СУСД (Албания, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова и Украина).

²² Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2011 – Statistics for 2009 (United Nations publication, Sales No. T.II.XI.2), таблица XIV.

Рисунок 4. Северная Америка: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы

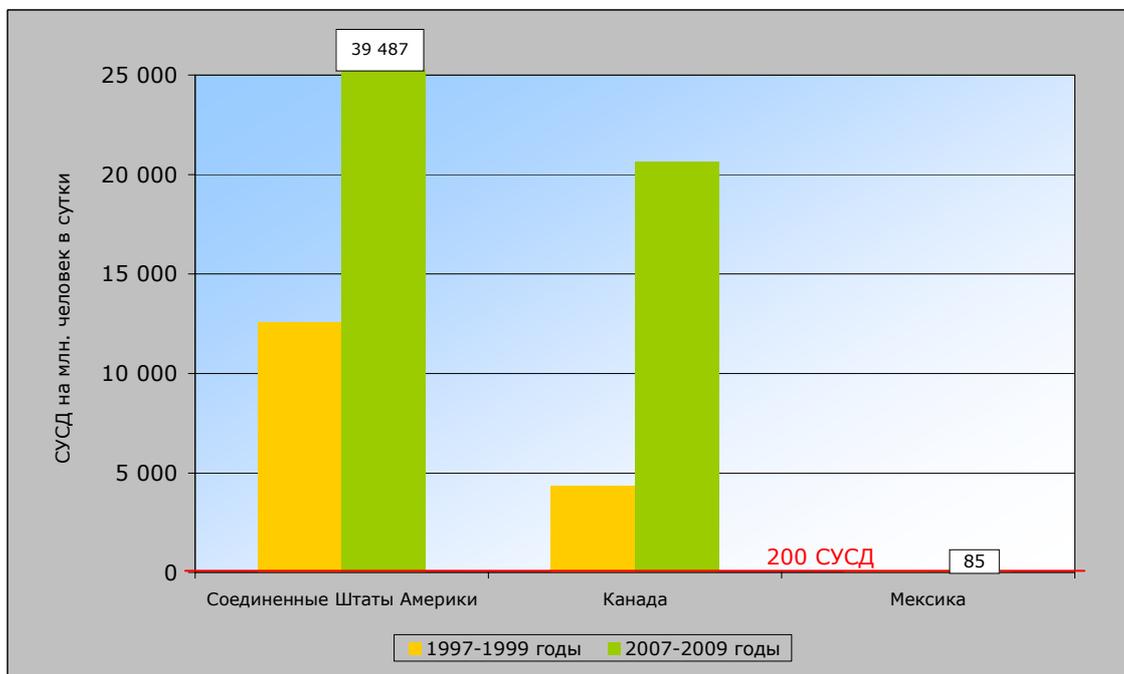
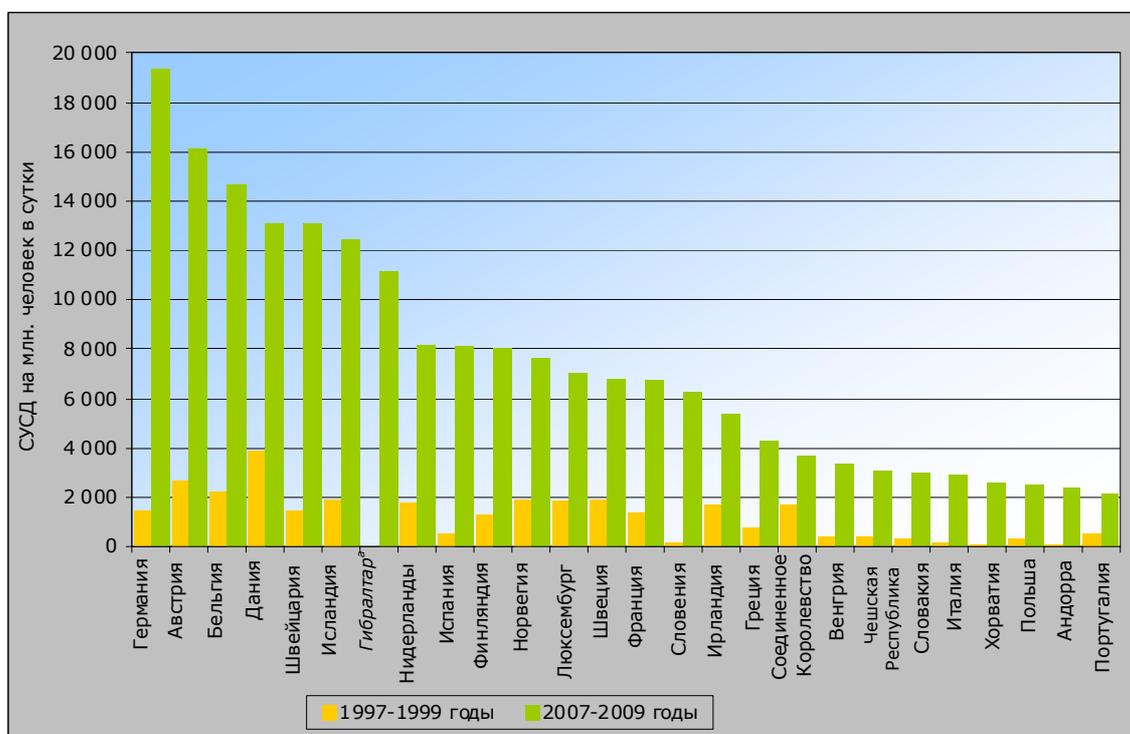
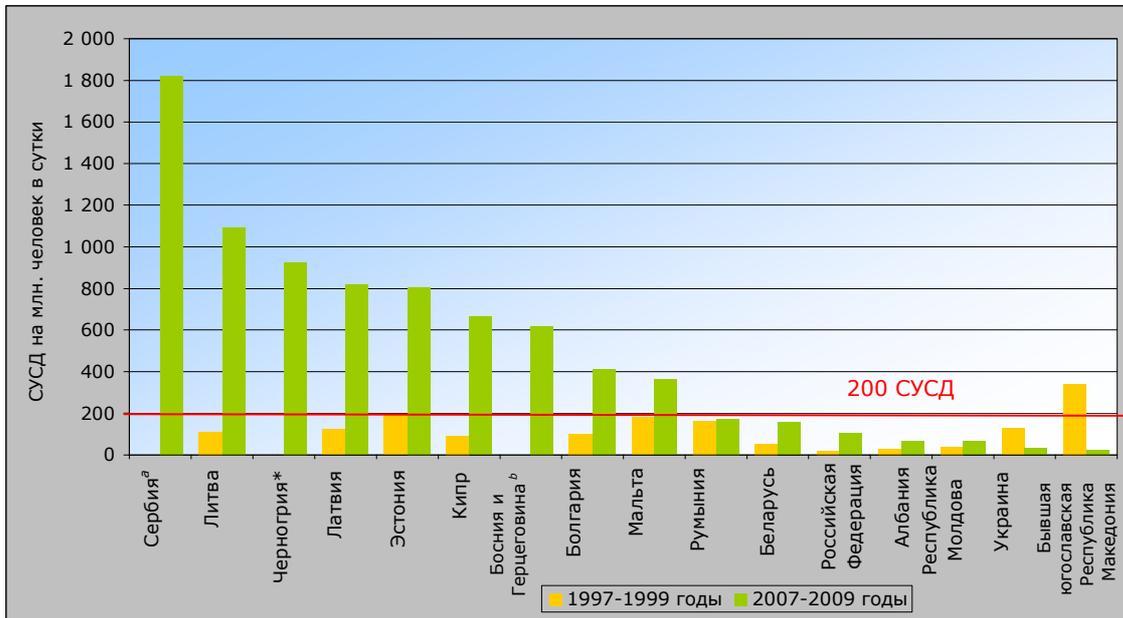


Рисунок 5а. Европа (страны с высоким уровнем потребления): средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Данные отсутствуют, так как территория не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

Рисунок 5b. Европа (страны с низким уровнем потребления): средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^а Данные за 1997–1999 годы отсутствуют, так как страна была принята в члены Организации Объединенных Наций только в 2006 году.

^б Данные отсутствуют, так как страна не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

55. Значительный рост потребления опиоидных анальгетиков в 2000-2009 годах произошел также и в некоторых странах Восточной и Юго-Восточной Азии, Западной Азии, Южной Америки и Океании. Несмотря на это увеличение, потребление опиоидных анальгетиков в большинстве стран этих регионов осталось на относительно низком уровне.

56. В 65 процентах стран Восточной и Юго-Восточной Азии уровень потребления опиоидных анальгетиков в период 2007-2009 годов составлял менее 100 СУСД на миллион человек в сутки. Больше всего опиоидных анальгетиков потреблялось в Японии и Республике Корея – в этих двух странах уровень потребления за десять лет вырос наиболее существенно (более 1 000 СУСД на миллион человек в сутки). Однако в большинстве стран региона потребление опиоидных анальгетиков увеличилось лишь незначительно. Более чем в 80 процентах стран потребление не превышает 200 СУСД. В Камбодже, Индонезии, Лаосской Народно-Демократической Республике и Мьянме уровень потребления составляет менее 10 СУСД на миллион человек в сутки. В Тиморе-Лешти опиоидные анальгетики не применяются вовсе.

57. В Западной Азии потребление опиоидных анальгетиков более чем в 60 процентах стран в 2007-2009 годах составляло менее 100 СУСД на миллион человек в сутки. Уровень потребления анальгетиков в Израиле намного превышает уровень других стран региона: потребление анальгетиков в этой стране на протяжении 20 лет стабильно росло и в 2007-2009 годах составило более 3 000 СУСД на миллион человек в сутки. В 2000-2009 годах опиоидные анальгетики стали значительно шире применяться для снятия боли также в Бахрейне и Турции. В Иордании, Катаре, Кувейте, Ливане, Объединенных Арабских Эмиратах и Саудовской Аравии потребление опиоидных анальгетиков хотя и увеличилось, однако так и не достигло 200 СУСД. В Афганистане, Ираке, Йемене, Пакистане, Таджикистане

и Узбекистане уровень потребления в 2009 году составлял менее 10 СУСД на миллион человек в сутки.

Рисунок 6. Восточная и Юго-Восточная Азия: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы

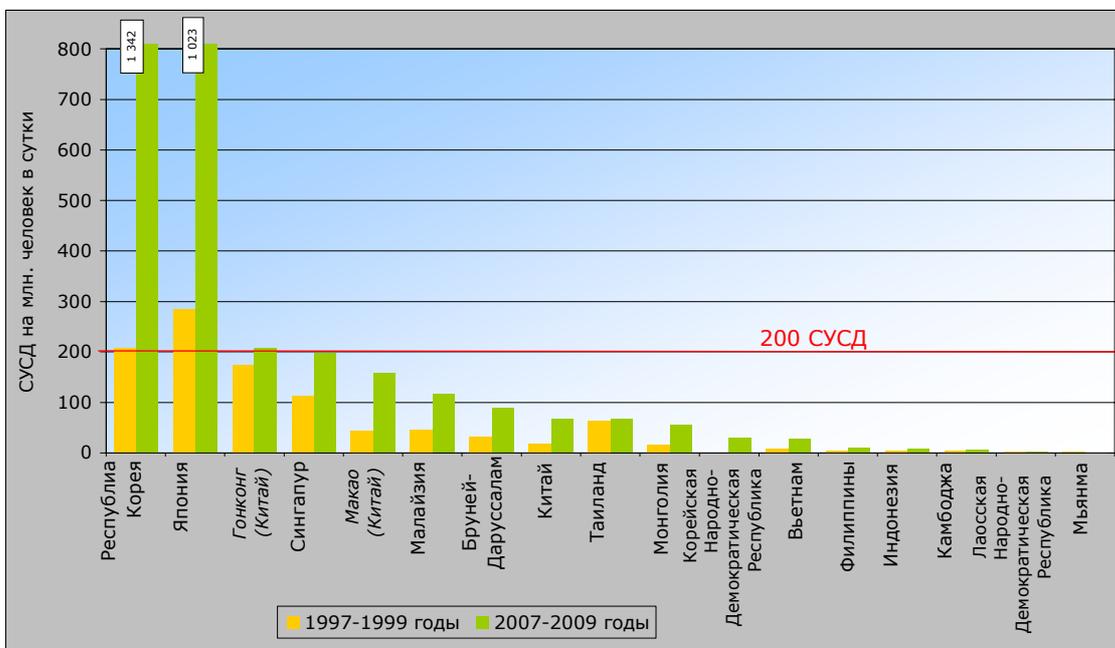
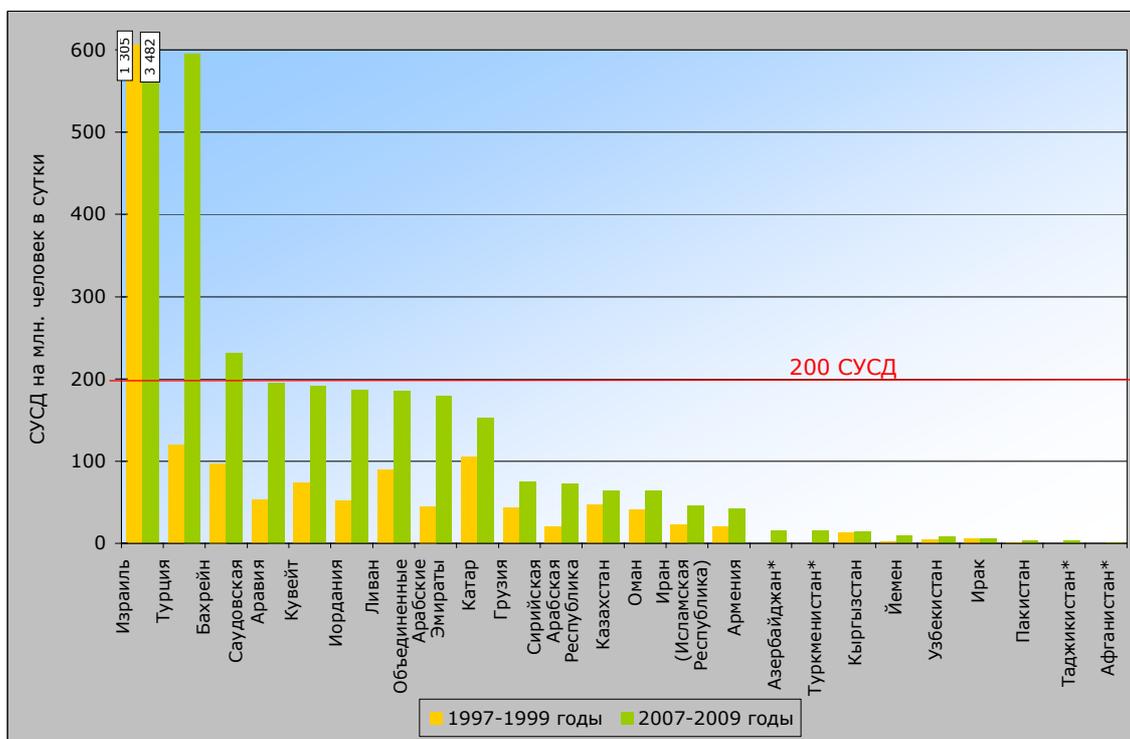


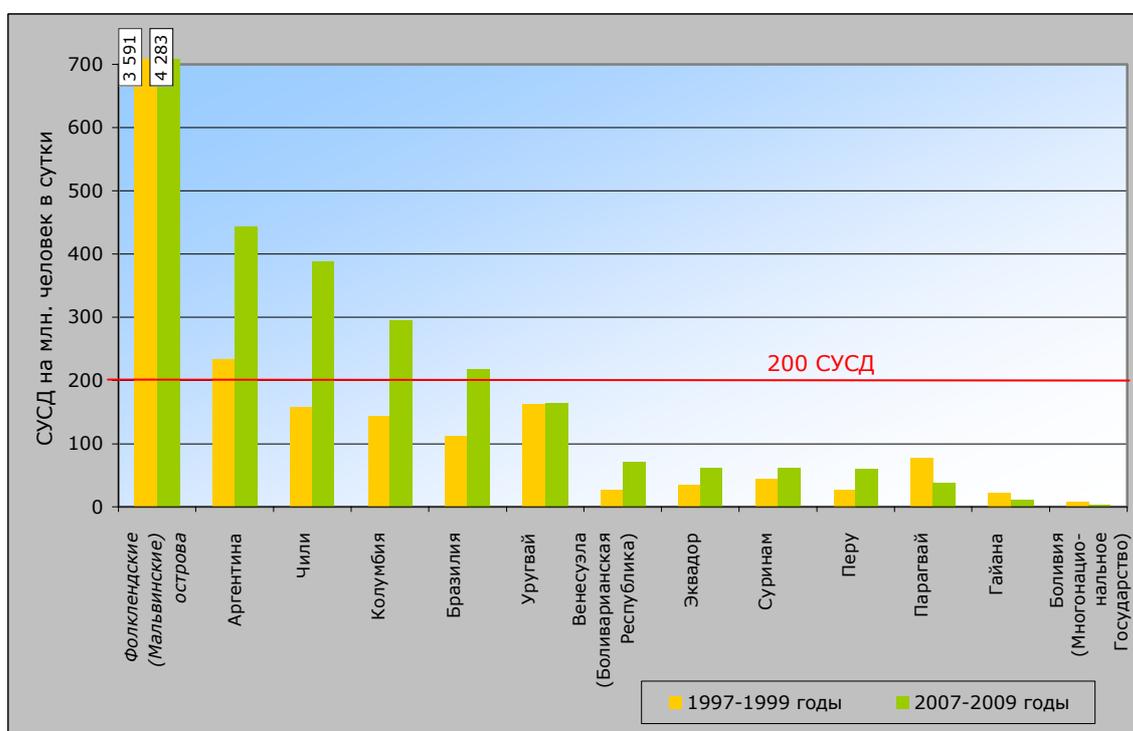
Рисунок 7. Западная Азия: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



* Данные отсутствуют, так как страна не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

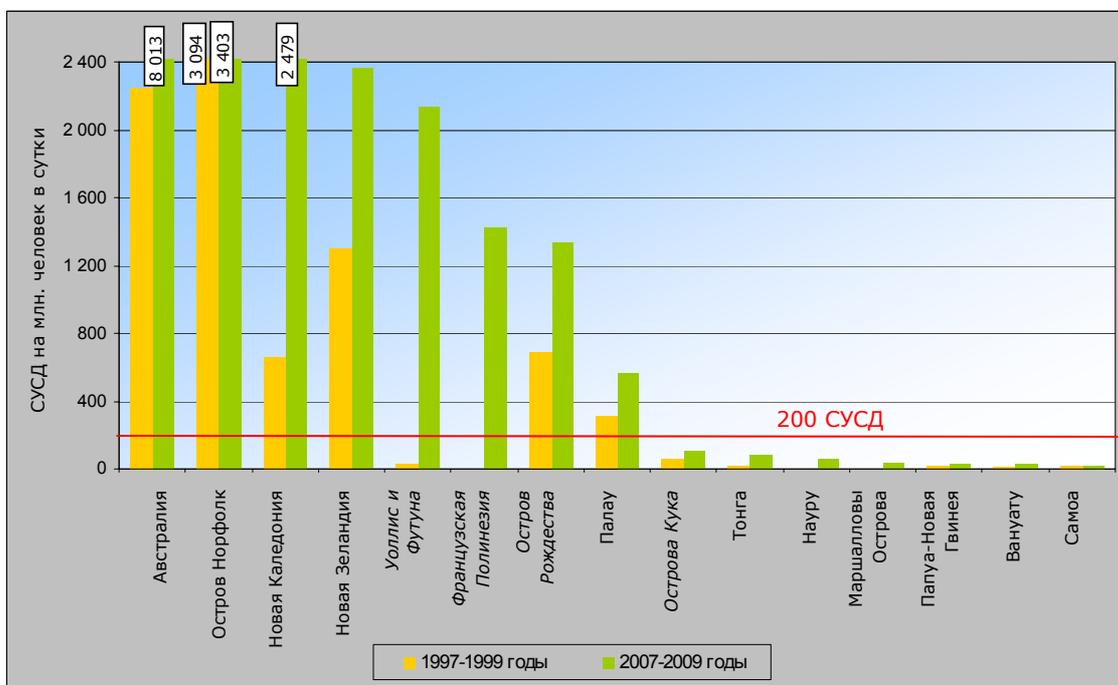
58. В Южной Америке потребление опиоидных анальгетиков более чем в 50 процентах стран в 2000-2009 годах составляло менее 100 СУСД на миллион человек в сутки, хотя в целом по региону этот показатель значительно вырос. Примерно в половине стран региона потребление опиоидных анальгетиков за тот же период увеличилось более чем в два раза. Наиболее высокий уровень потребления (4 283 СУСД на миллион человек в сутки) в 2007-2009 годах был зафиксирован на Фолклендских (Мальвинских) островах. Аргентина и Чили сообщили о потреблении около 400 СУСД опиоидных анальгетиков на миллион человек в сутки. В Боливии (Многонациональном Государстве) и Гайане потребление опиоидных анальгетиков не превышало 10 СУСД на миллион человек в сутки.

Рисунок 8. Южная Америка: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



59. Значительно различаются уровни потребления опиоидных анальгетиков в странах Океании. В 6 из 15 стран региона (40 процентов), представивших соответствующие сведения, потребление опиоидных анальгетиков составляет менее 100 СУСД на миллион человек в сутки. В то же самое время в семи других странах региона (47 процентов) потребление превышает 1 000 СУСД. Значительно выше, чем в остальных странах региона, в 2007-2009 годах был уровень потребления анальгетиков в Австралии (более 8 000 СУСД). Несмотря на заметный рост потребления опиоидных анальгетиков на Маршалловых Островах, в Науру, Папуа-Новой Гвинее, Самоа, Тонге и Вануату, потребление там остается на низком уровне (менее 100 СУСД на миллион человек в сутки).

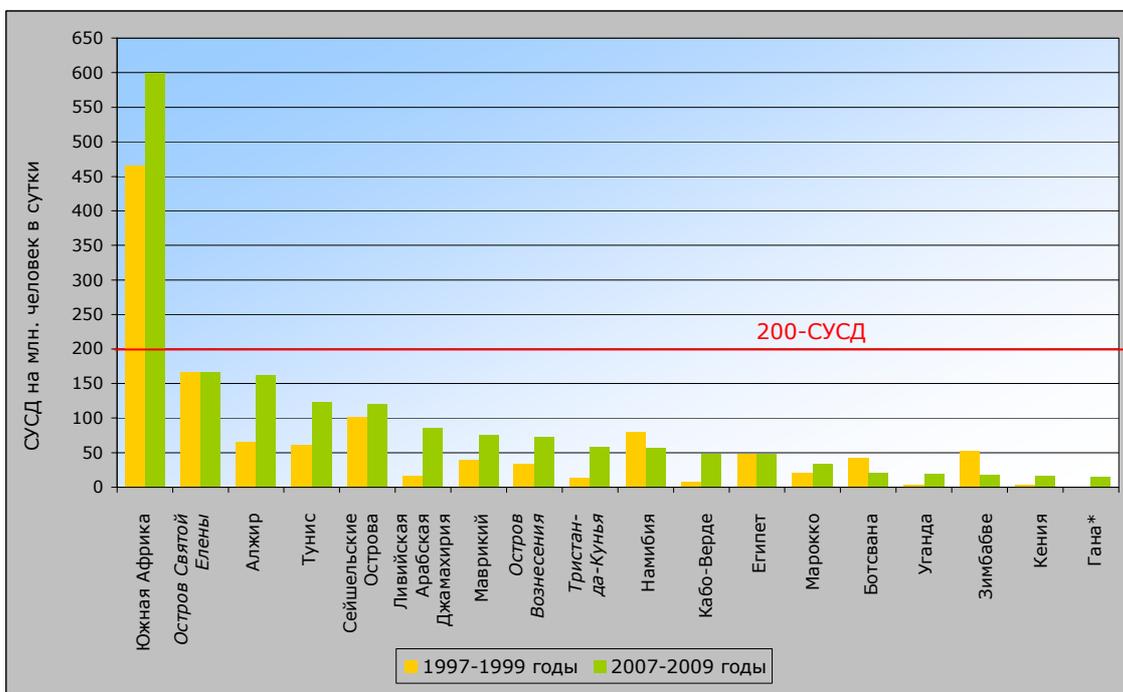
Рисунок 9. Океания: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



60. В отличие от других регионов, уровень потребления опиоидных анальгетиков в Африке, Центральной Америке и Карибском бассейне, а также Южной Азии за 2000-2009 годы существенно не изменился. Небольшое увеличение было отмечено лишь в отдельных странах этих трех регионов. В результате в подавляющем большинстве стран потребление опиоидных анальгетиков составляло менее 100 СУСД на миллион человек в сутки, а во многих странах – даже менее 10 СУСД, а то и вовсе равнялось нулю.

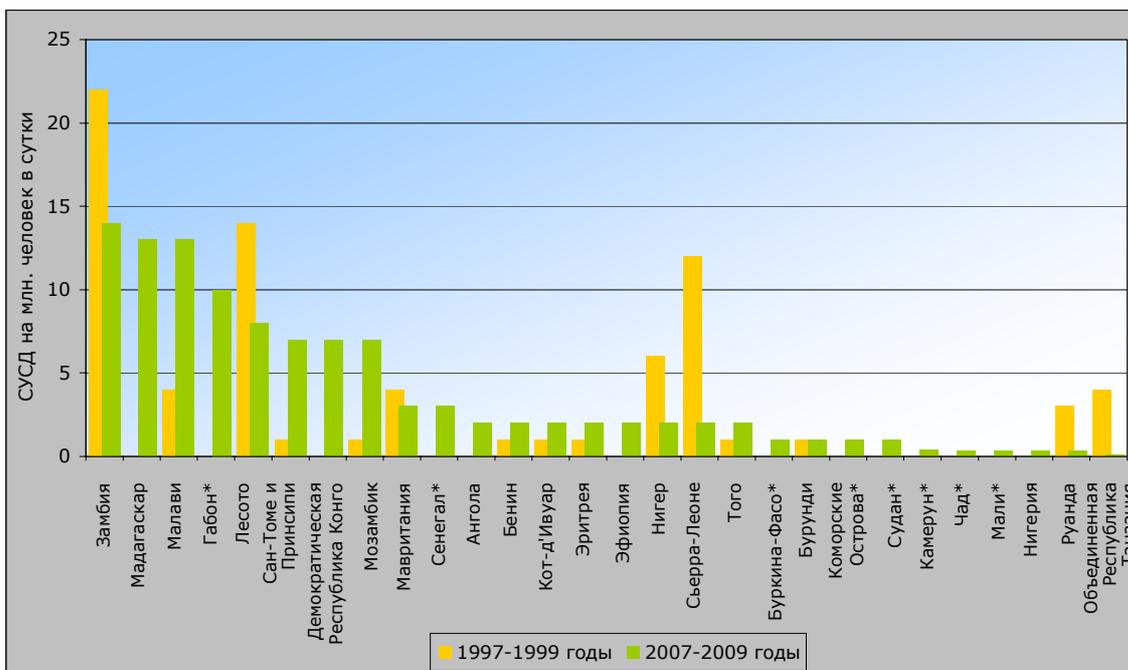
61. Регионом с наиболее низким уровнем потребления опиоидных анальгетиков по-прежнему является Африка. О потреблении более 200 СУСД на миллион человек в сутки сообщила лишь одна страна данного региона, а о потреблении свыше 100 СУСД – четыре страны. Почти в 90 процентах стран региона на миллион человек потребляется менее 100 СУСД в сутки, а примерно в половине стран – менее 5 СУСД. Значительный рост потребления произошел лишь в нескольких странах, тогда как в ряде других стран потребление еще более сократилось. В настоящее время по уровню потребления опиоидных анальгетиков в регионе лидирует Южная Африка, где на миллион человек потребляется в среднем 600 СУСД в сутки. В шести странах региона (Камерун, Мали, Нигерия, Руанда, Объединенная Республика Танзания и Чад) средний уровень потребления опиоидных анальгетиков составляет менее 1 СУСД на миллион человек в сутки. В Гамбии, Гвинее, Гвинее-Бисау, Джибути, Конго, Либерии, Сомали, Свазиленде, Центрально-африканской Республике и Экваториальной Гвинее опиоидные анальгетики вовсе не применяются.

Рисунок 10а. Африка (страны с высоким уровнем потребления): средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



* Данные отсутствуют, так как страна не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

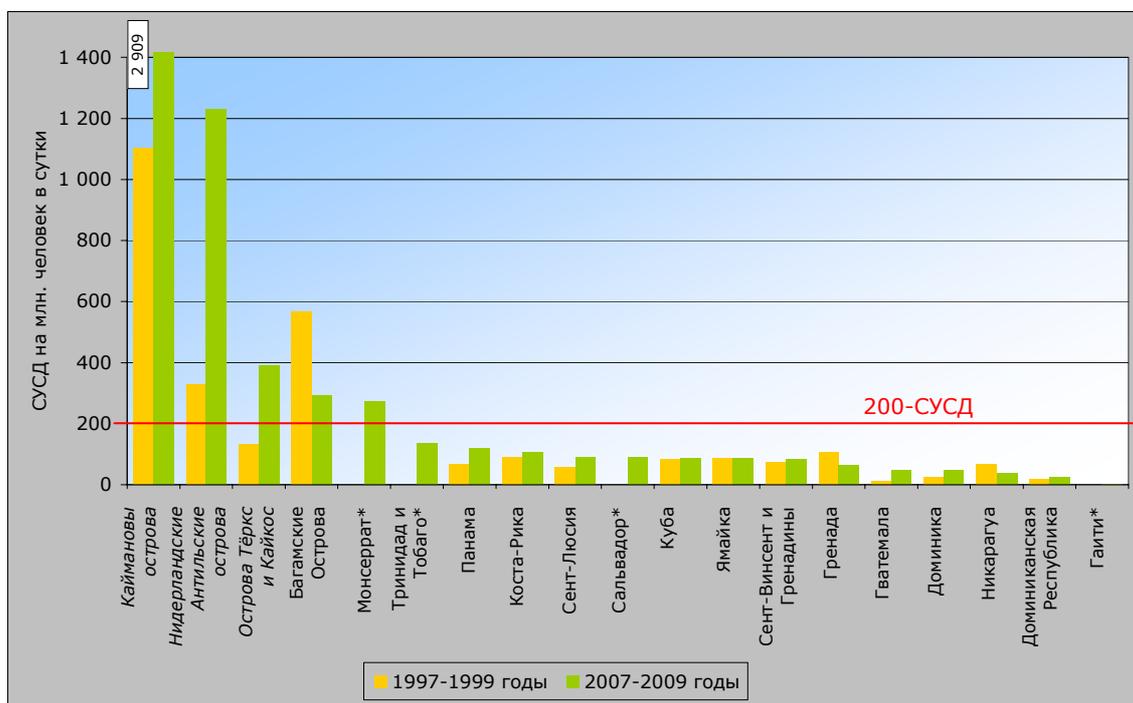
Рисунок 10б. Африка (страны с низким уровнем потребления): средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



* Данные отсутствуют, так как страна не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

62. В Центральной Америке и Карибском бассейне потребление опиоидных анальгетиков в 1989-2009 годах оставалось на сравнительно низком уровне. Более половины стран региона сообщили о том, что в период 2007-2009 годов потребление опиоидных анальгетиков составляло менее 100 СУСД на миллион человек в сутки. О потреблении более 1 000 СУСД на миллион человек в сутки сообщили лишь Каймановы и Нидерландские Антильские острова. Гаити сообщила о потреблении в среднем 2 СУСД на миллион человек в сутки. В Ангилье, Антигуа и Барбуде, Арубе, Барбадосе, Белизе, Британских Виргинских Островах, Гондурасе, а также Сент-Китсе и Невисе опиоидные анальгетики не применялись вовсе.

Рисунок 11. Центральная Америка и Карибский бассейн: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы

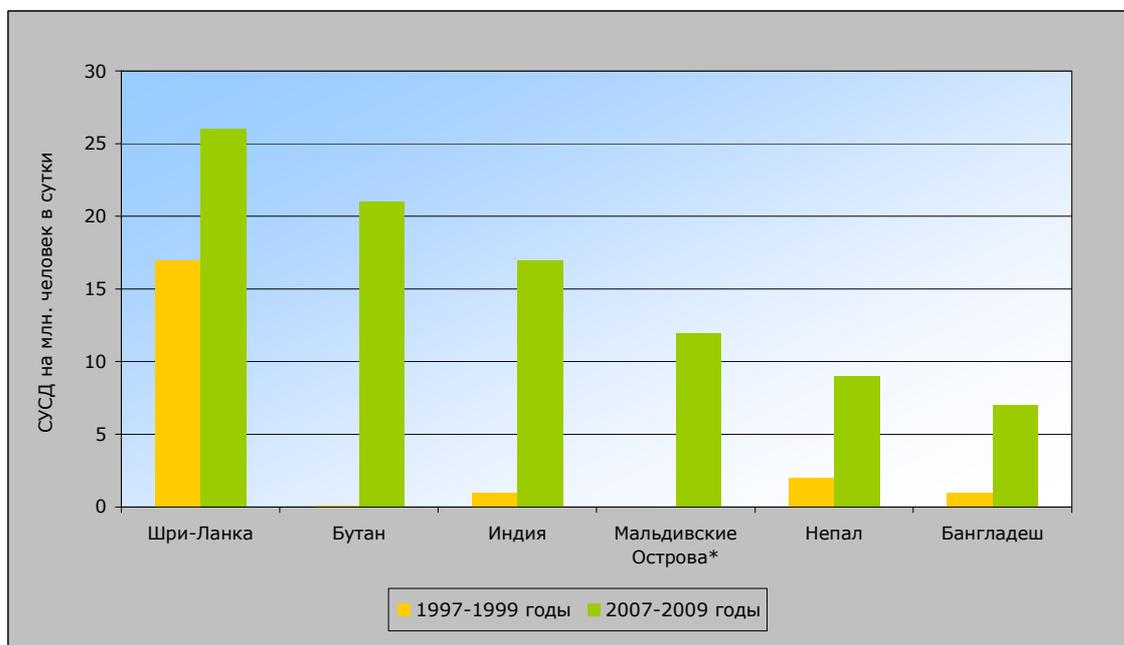


* Данные отсутствуют, так как страна (территория) не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

63. Во всех странах Южной Азии потребление опиоидных анальгетиков в 2007-2009 годах находилось на крайне низком уровне. Наиболее высокий показатель – 26 СУСД – был отмечен в Шри-Ланке. Еще одной страной региона, в которой потребление составляло более 20 СУСД, был Бутан. Бангладеш и Непал сообщили о потреблении менее 10 СУСД.

64. Как уже отмечалось в предыдущих пунктах, между странами сохраняются существенные различия в уровне потребления опиоидов. Во многих странах мира, в том числе в ряде стран с очень высокой численностью населения, например в Индии и Нигерии, опиоидные анальгетики, находящиеся под международным контролем, по-прежнему недоступны в достаточном количестве, необходимом для удовлетворения медицинских потребностей населения. В других же странах чрезмерное назначение опиоидных анальгетиков и их наличие в большем количестве, чем требуется для разумной медицинской практики, может способствовать утечке таких веществ и злоупотреблению ими, что уже происходит в ряде стран.

Рисунок 12. Южная Азия: средний уровень потребления опиоидных анальгетиков, 1997-1999 и 2007-2009 годы



* Данные отсутствуют, так как страна не представляла статистических сведений в течение трех лет подряд (1997-1999 годы).

В. Опиоиды, подлежащие контролю согласно Конвенции 1971 года

65. В соответствии с Конвенцией 1971 года контролю подлежат следующие анальгетики: бупренорфин, лефетамин и пентазоцин. В 2009 году на бупренорфин – опиоид, включенный в Список III Конвенции 1971 года, – приходилось 99 процентов общемирового объема потребления анальгетиков. С 1990 по 2009 год расчетное потребление бупренорфина резко возросло, хотя имеющиеся данные и не позволяют точно рассчитать уровень потребления в каждой из основных стран – производителей и потребителей. Двадцать лет назад бупренорфин применялся лишь в 12 странах, ни одна из которых не находилась в Африке или Океании. В 2007-2009 годах бупренорфин применялся примерно в 75 странах и территориях во всех регионах мира, или в 35 процентах всех стран и территорий. Это изменение связано с расширением использования лекарственных форм с высоким содержанием бупренорфина в качестве болеутоляющих средств и в рамках заместительной терапии. Наиболее высокий уровень потребления бупренорфина отмечен в Австралии, Бельгии, Германии, Норвегии, Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, Соединенных Штатах Америки и Франции. Регионом с наиболее высоким уровнем потребления бупренорфина была и остается Европа.

66. На основе имеющейся информации нельзя определить, в каких странах существуют проблемы с потреблением бупренорфина (потребление на слишком низком или слишком высоком уровне), что объясняется, в первую очередь, проблемами отчетности, о которых

говорилось выше, а также тем, что в качестве заменителя бупренорфина могут использоваться некоторые наркотические средства (например, любой опиоидный анальгетик для снятия боли и метадон для заместительной терапии), в связи с чем доступность этого вещества необходимо оценивать с учетом доступности таких других наркотиков. По-прежнему отмечаются случаи утечки бупренорфина из каналов внутреннего распределения, главным образом в рамках программ заместительной терапии.

67. В Список III Конвенции 1971 года входит также опиоидный анальгетик пентазоцин, по свойствам и области применения близкий к морфину. В 2005-2009 годах расчетный объем мирового потребления пентазоцина несколько увеличился. В отличие от бупренорфина, пентазоцин не получил такого широкого распространения и в настоящее время, как и 10 лет назад, применяется примерно в 50 странах, включая Индию, Пакистан и Соединенные Штаты, на которые в 2007-2009 годах приходилось в общей сложности 80 процентов мирового потребления.

С. Противоэпилептические средства

68. В соответствии с Конвенцией 1971 года контролю подлежат следующие противоэпилептические средства: клоназепам (бензодиазепин), метилфенобарбитал и фенобарбитал. Все они включены в Список IV этой конвенции. Данные вещества применяются не только для лечения эпилепсии, но и в качестве снотворных средств. На основе представленных Комитету данных невозможно определить, какая доля этих веществ используется в качестве снотворных средств и какая для лечения эпилепсии. В 2009 году 99 процентов мирового объема потребления противоэпилептических средств приходилось на долю фенобарбитала.

69. В период с 1990 по 2009 год расчетное потребление противоэпилептических средств увеличилось. По имеющимся сведениям, в 1990 году эти вещества применялись в 120 странах мира. С тех пор практика их применения распространилась практически на все страны мира, и в настоящее время фенобарбитал является одним из наиболее широко используемых психотропных веществ. Как и в случае со всеми остальными психотропными веществами, расчетные уровни потребления противоэпилептических средств, основанные на данных, представленных Комитету, весьма приблизительны, поскольку некоторые крупные производители и импортеры сообщают неточные и противоречивые сведения. Наиболее высокие уровни потребления противоэпилептических средств отмечены в Болгарии, Латвии и на Украине. Регионом с наиболее высоким уровнем потребления данных веществ была и остается Европа.

70. Уровень потребления противоэпилептических средств в Бенине (составивший в 2008 году 7 СУСД на миллион человек в сутки) значительно превышает средний показатель по Африке, что может свидетельствовать о чрезмерной доступности этого вещества из-за несоблюдения требования Конвенции 1971 года о рецептурном отпуске и связанной с этим вероятности утечки и злоупотребления. На основе имеющейся у Комитета информации нельзя сделать вывод о том, доступны ли такие вещества во всех странах в достаточном количестве, особенно для лечения эпилепсии. Ставший объектом утечки фенобарбитал

нередко попадает на незаконные рынки, что может быть связано с отсутствием достаточного количества этого вещества в законной продаже. Судя по запросам, поступающим от больничных учреждений, в некоторых странах количество ввозимого фенобарбитала недостаточно для удовлетворения медицинских потребностей.

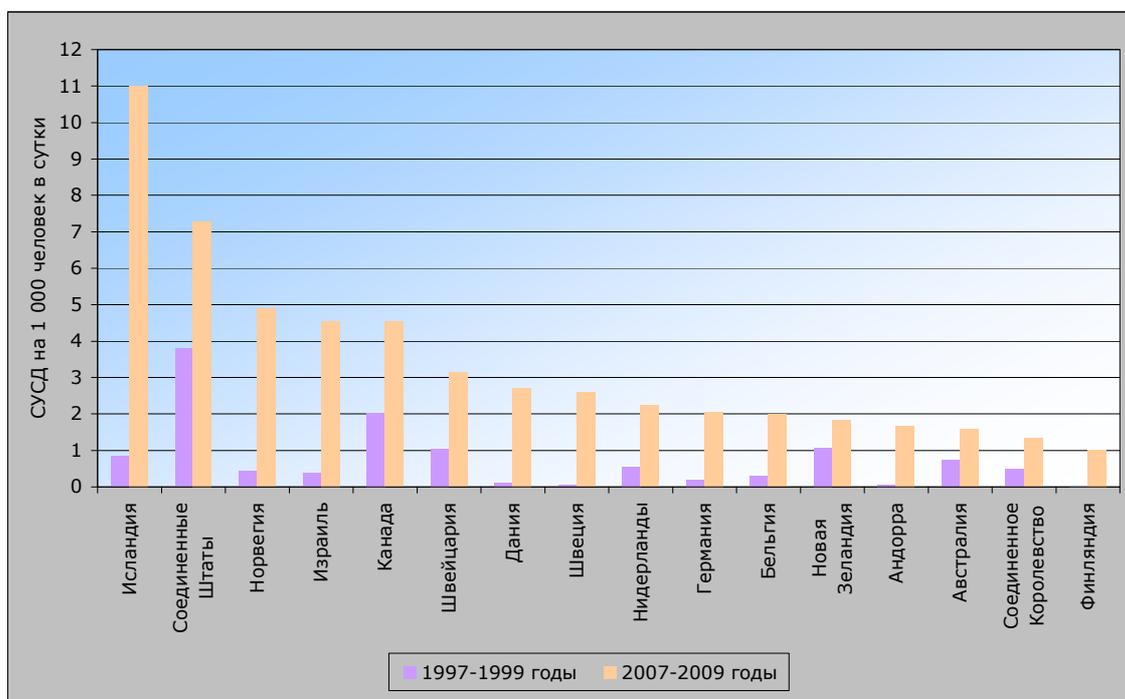
Д. Стимуляторы из Списка II Конвенции 1971 года, используемые для лечения синдрома дефицита внимания

71. В Список II Конвенции 1971 года входит несколько веществ, используемых главным образом для лечения синдрома дефицита внимания (СДВ) и нарколепсии: метилфенидат, амфетамин и дексамфетамин. По применению данных веществ в медицинских целях уже многие годы лидирует Америка. В последние несколько лет наиболее высокие уровни потребления этих стимуляторов наблюдались в Канаде, Израиле, Соединенных Штатах и странах Северной Европы.

72. Из всех стимуляторов, включенных в Список II Конвенции 1971 года, наиболее широкое применение имеет метилфенидат. Масштабы его изготовления и потребления продолжают расти. С 2005 по 2009 год расчетный мировой объем потребления метилфенидата увеличился на 30 процентов и составил 40 тонн, причем большая часть этого количества приходилась на Соединенные Штаты. В этой стране применение метилфенидата для лечения СДВ по-прежнему активно рекламируется среди потенциальных потребителей вопреки положениям Конвенции 1971 года. Использование метилфенидата для лечения СДВ получает распространение и во многих других странах, хотя объемы потребления данного вещества в Соединенных Штатах по-прежнему значительно превышают объем его потребления во всех остальных странах вместе взятых. Если в 2000 году на долю всех стран, кроме Соединенных Штатов, приходилось в общей сложности менее 20 процентов расчетного объема потребления метилфенидата, то к 2009 году их доля возросла до 30 процентов.

73. В 2007-2009 годах о применении метилфенидата сообщили примерно 100 стран и территорий, о применении амфетаминов – около 70 стран и территорий. В половине же стран и территорий стимуляторы из Списка II Конвенции 1971 года, по всей видимости, вообще недоступны. Начиная с 2007 года наиболее высокий показатель потребления метилфенидата на душу населения имеет Исландия, а Соединенные Штаты занимают второе место. На рис. 13 указаны страны, в которых потребление метилфенидата составляет более 1 СУСД на тысячу человек в сутки; страны перечислены в порядке, соответствующем расчетному уровню потребления данного вещества.

Рисунок 13. Средний уровень потребления^a метилфенидата в отдельных странах, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

74. Как уже отмечалось ранее, в странах, в которых наблюдается высокий уровень потребления стимуляторов, включенных в Список II Конвенции 1971 года, эти вещества нередко становятся предметом утечки и злоупотребления. Комитет еще раз призывает все правительства обеспечить применение к стимуляторам, включенным в Список II, всех мер контроля, предусмотренных в Конвенции 1971 года.

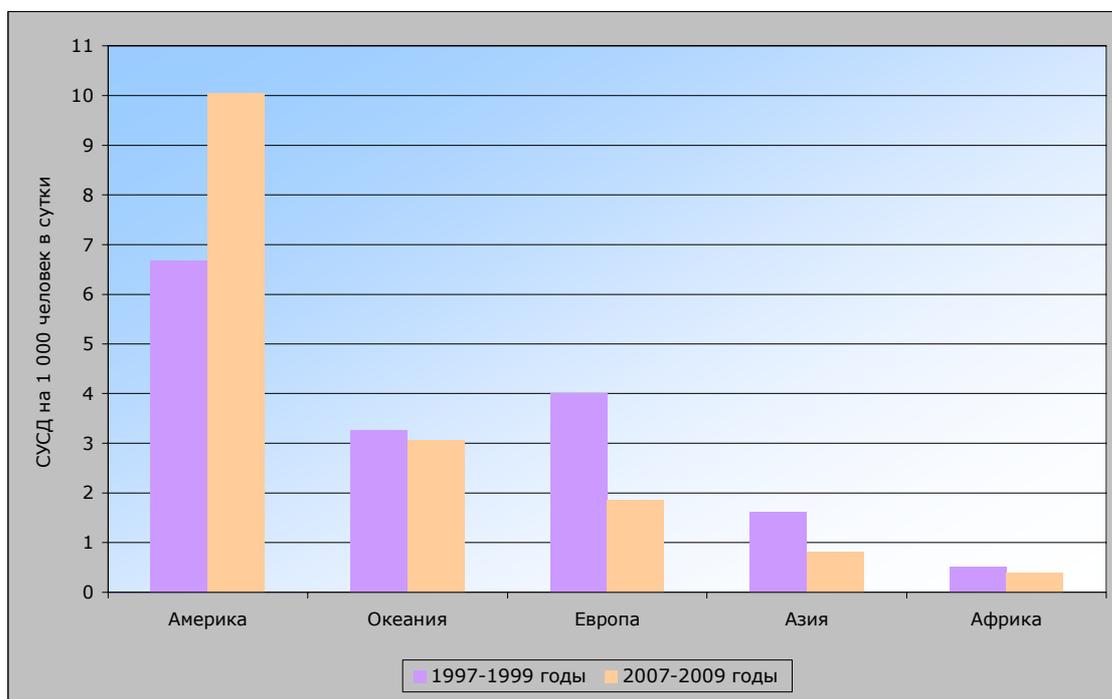
Е. Стимуляторы из Списка IV Конвенции 1971 года, используемые в качестве анорексигенных средств

75. Стимуляторы, входящие в Список IV Конвенции 1971 года, используются в основном в качестве анорексигенных средств. Наиболее широко применяемым стимулятором из Списка IV является фентермин, за которым идут фенпропorex, амфепрамон и мазиндол.

76. Наиболее высокие уровни потребления стимуляторов из Списка IV Конвенции 1971 года традиционно наблюдаются в странах Америки, особенно в Аргентине, Бразилии и Соединенных Штатах. В 2007-2009 годах расчетный средний уровень потребления данных веществ в американском регионе продолжал расти, а Соединенные Штаты оставались страной с самым высоким в мире уровнем потребления этих стимуляторов на душу населения. До 2006 года столь же высокий уровень потребления этих стимуляторов

наблюдался и в Бразилии. С 2006 по 2009 год Бразилии удалось сократить их потребление на две трети благодаря строгому контролю за соблюдением требования о рецептурном отпуске и принятию мер в отношении медицинских работников, уличенных в непрофессиональном поведении. С 2008 по 2009 год доля Соединенных Штатов в расчетном мировом объеме потребления стимуляторов из Списка IV (в пересчете на СУСД) увеличилась с 58 до 71 процента. Уменьшение спроса на стимуляторы отразилось на промышленности: в 2009 году мировое производство стимуляторов данной группы сократилось на 25 процентов – в основном за счет сокращения производства фенпропорекса в Бразилии.

Рисунок 14. Все регионы: средний уровень потребления стимуляторов центральной нервной системы, включенных в Список IV, 1997-1999 и 2007-2009 годы

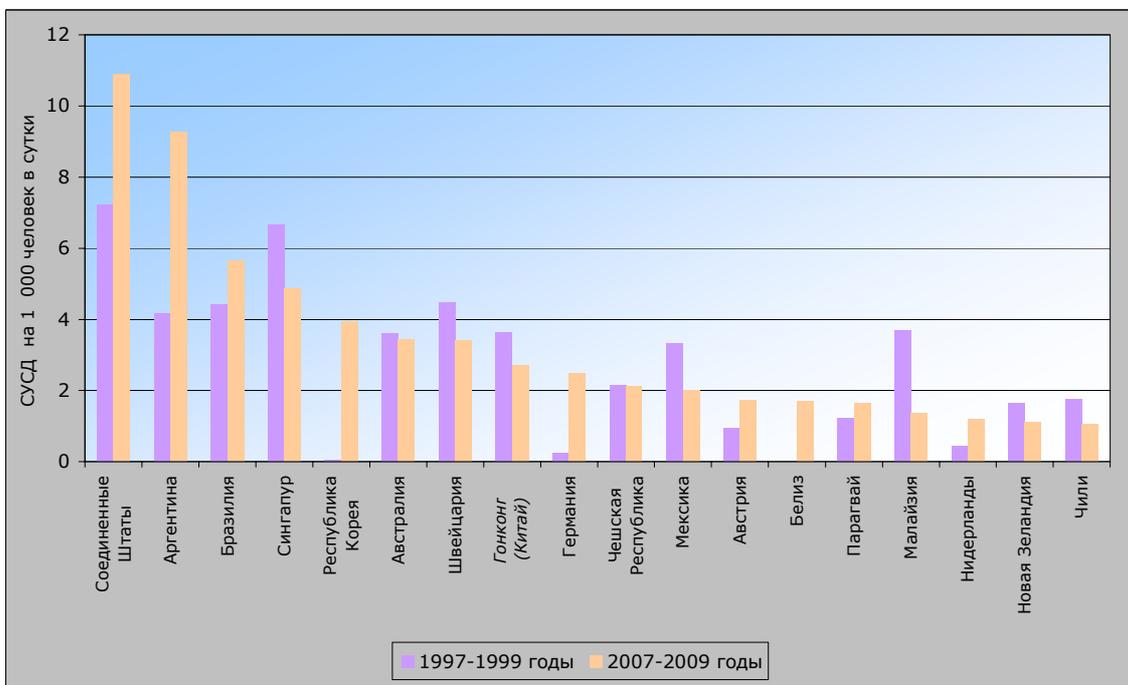


^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

77. О регулярном применении стимуляторов из Списка IV Конвенции 1971 года сообщают примерно 75 стран и территорий. Как видно из рис. 15, уровень потребления таких стимуляторов в разных странах и регионах существенно различается; на рис. 16 указано число стран и территорий, сообщивших о применении стимуляторов, в каждом из регионов. Примерно в 60 процентах всех стран и территорий стимуляторы из Списка IV, по всей видимости, вообще отсутствуют; особенно малодоступны стимуляторы в Африке, островных странах Океании и многих странах Азии.

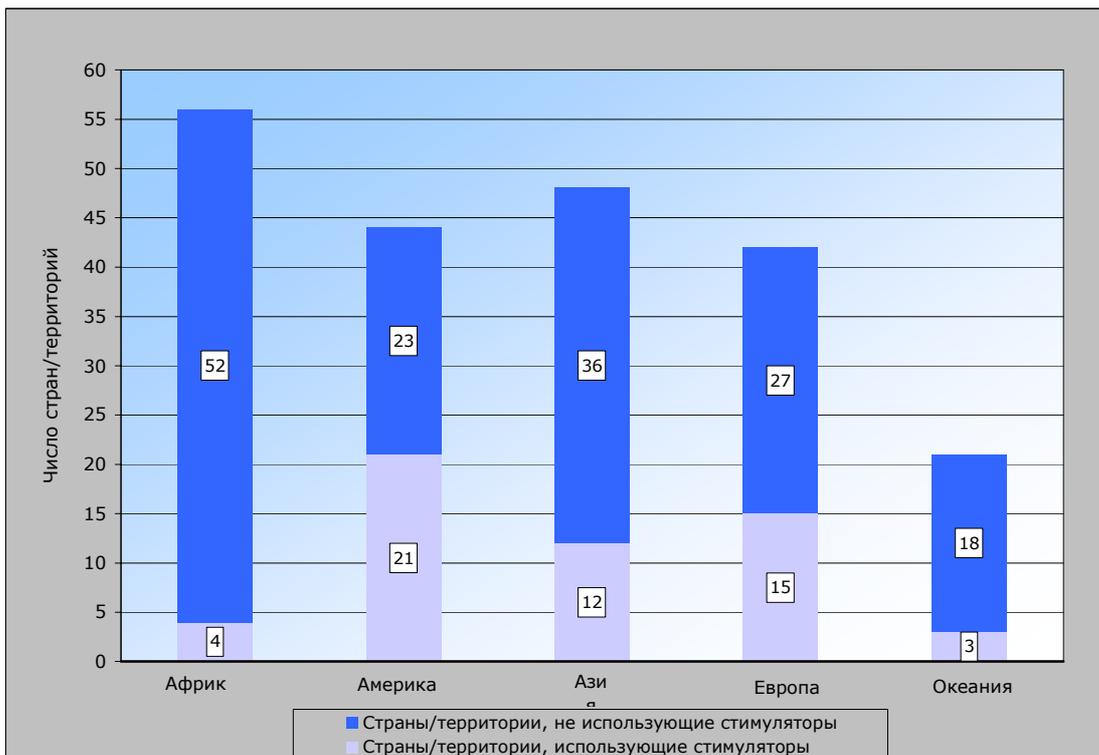
78. В некоторых странах, где широко распространена практика назначения стимуляторов из Списка IV, отмечаются случаи утечки этих веществ и злоупотребления ими. Комитет призывает правительства сохранять бдительность и выявлять случаи неадекватного потребления стимуляторов и/или потребления, не оправданного с точки зрения рациональной медицинской практики, а также предпринять шаги для применения в полном объеме мер контроля, предусмотренных в Конвенции 1971 года.

Рисунок 15. Средний уровень потребления^a стимуляторов центральной нервной системы, включенных в Список IV, в отдельных странах и территориях, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

Рисунок 16. Все регионы: число стран и территорий, сообщивших о применении стимуляторов центральной нервной системы из Списка IV, 2007-2009 годы



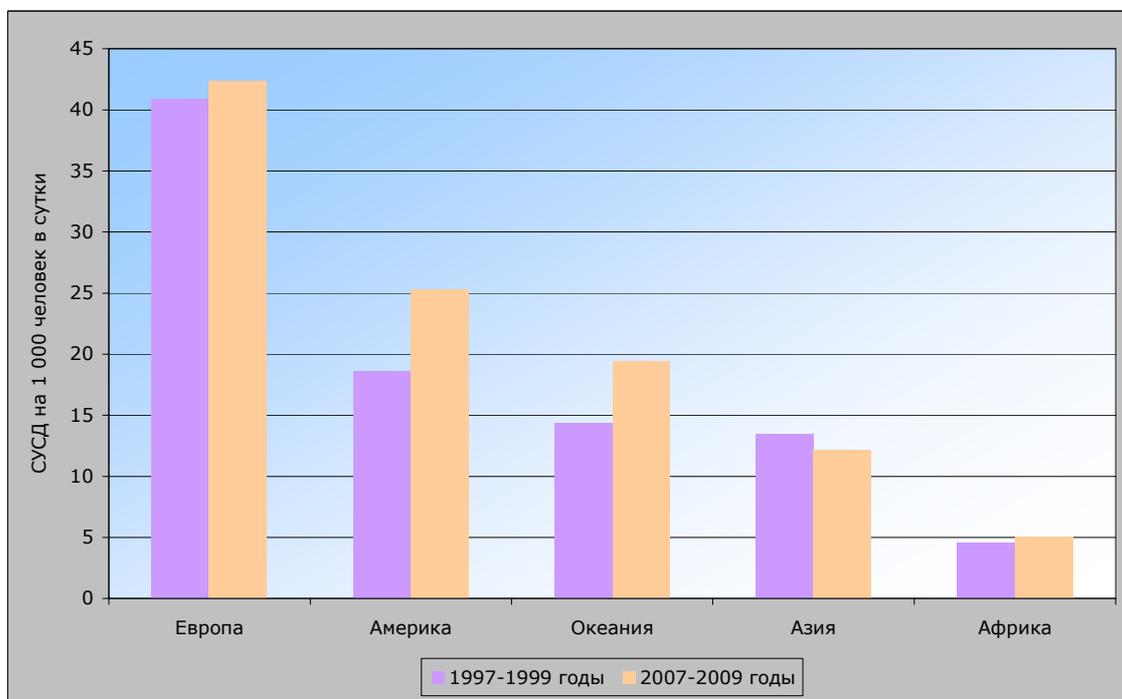
Г. Бензодиазепины

79. В последние десять лет расчетный объем потребления бензодиазепинов в мире несколько увеличился. За это время практически все страны и территории, представившие отчетность Комитету, хотя бы раз производили, продавали или приобретали свыше одного килограмма бензодиазепинов. В качестве анксиолитических средств шире всего применяются альпразолам и диазепам, в качестве седативно-снотворного средства – триазолам. В отношении веществ, включенных в Списки III и IV Конвенции 1971 года, в частности бензодиазепинов, действуют менее строгие требования отчетности, чем в отношении веществ из Списка II. Поэтому расчетные уровни потребления веществ из Списков III и IV Конвенции 1971 года носят более риблизительный характер, чем показатели потребления веществ из Списка II²³.

Бензодиазепины анксиолитического действия

80. Как видно из рис. 17, наиболее высокий уровень потребления бензодиазепинов анксиолитического действия наблюдается в странах Европы, что можно объяснить тем обстоятельством, что бензодиазепины часто назначаются людям преклонного возраста. Из рис. 19-22 видно, что уровень потребления бензо-диазепинов анксиолитического действия в большинстве стран за пределами Европы в 2007-2009 годах за редкими исключениями составлял менее 20 СУСД на тысячу человек в сутки.

Рисунок 17. Все регионы: средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы

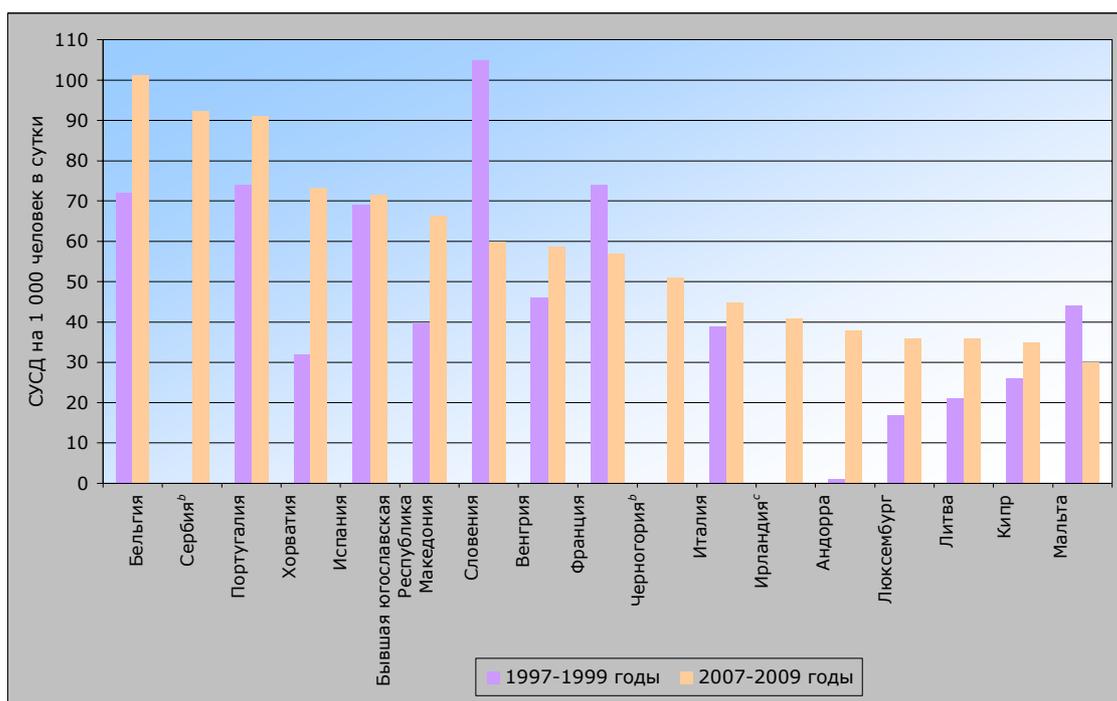


^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

²³ На рис. 17-28 показано изменение уровня потребления бензодиазепинов в мире и отдельных регионах за последние 10 лет. Из-за значительной разницы в уровнях потребления диаграммы составлены в разном масштабе.

81. Во многих странах Европы потребление анксиолитических средств, и без того находившееся на высоком уровне, за последние десять лет еще более возросло. В 2007-2009 годах средний расчетный уровень потребления таких средств в 12 странах (27 процентов стран региона) составлял более 40 СУСД на тысячу человек в сутки, еще в 14 странах (31 процент) – от 20 до 40 СУСД на тысячу человек. Наиболее высокие уровни потребления в регионе отмечены в странах Западной и Юго-Восточной Европы.

Рисунок 18. Европа (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



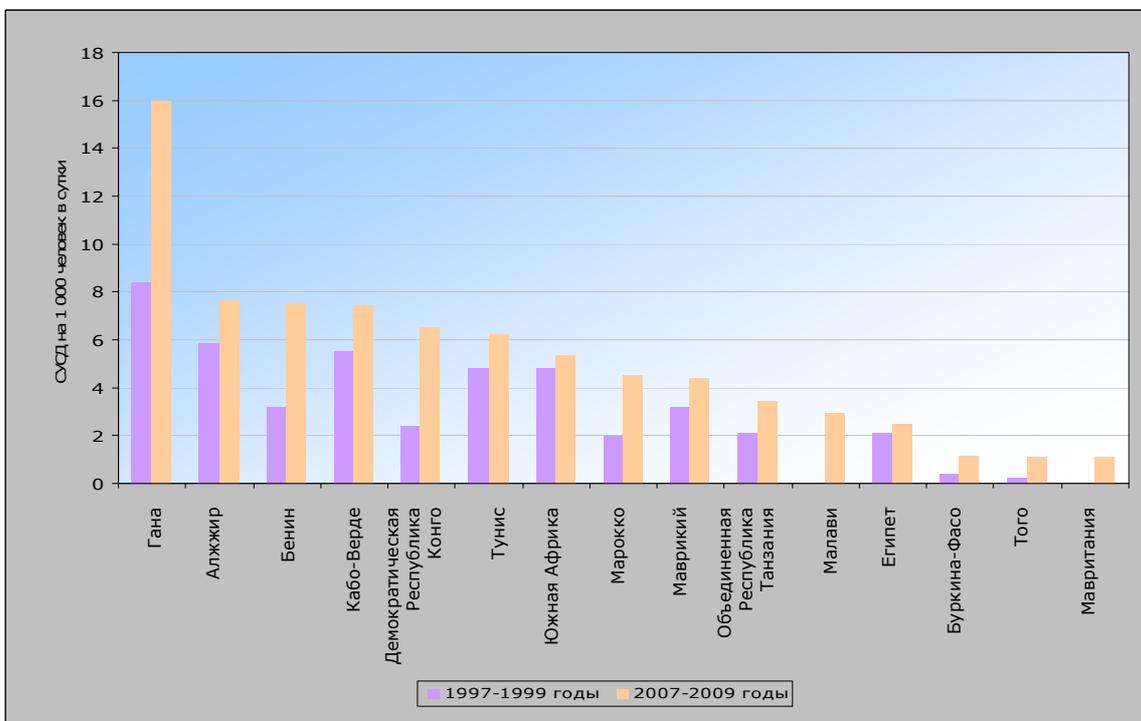
^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

^b Страна образовалась после 1999 года, поэтому данные за 1997-1999 годы отсутствуют

^c Имеющиеся данные не позволяют рассчитать приблизительный уровень потребления за 1997-1999 годы.

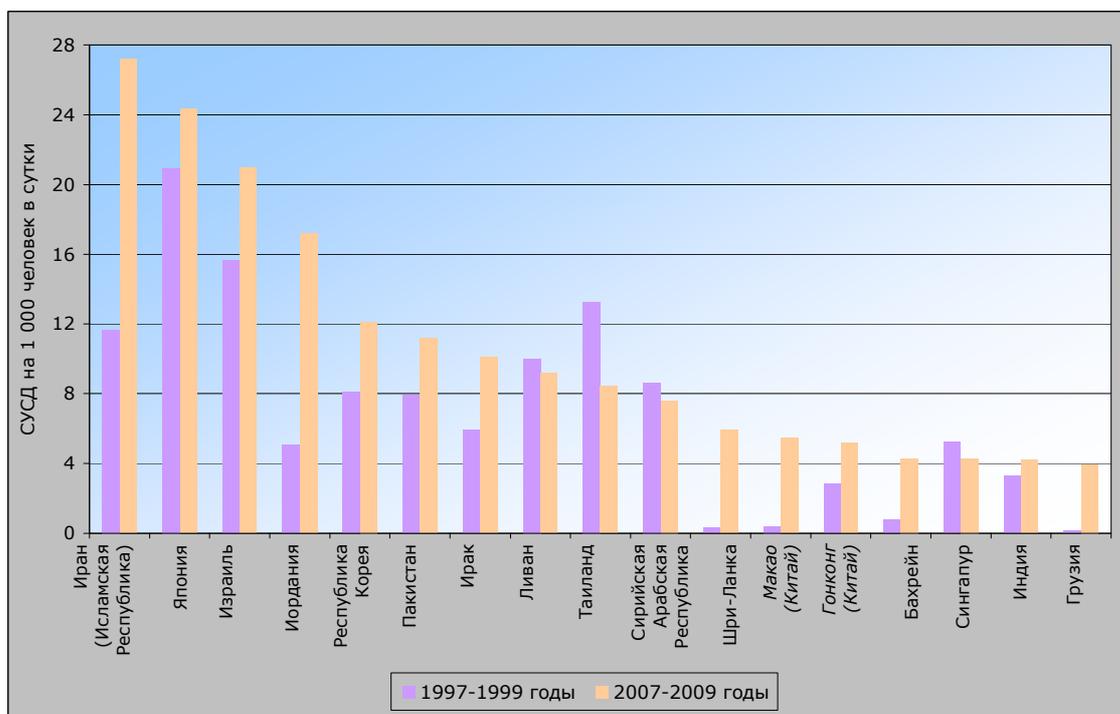
82. В Африке наиболее высокий расчетный средний уровень потребления анксиолитических средств (16 СУСД на тысячу человек) в 2007-2009 годах был отмечен в Гане. Еще в шести странах (Алжир, Бенин, Демократическая Республика Конго, Кабо-Верде, Тунис и Южная Африка) потребление составляло от 5 до 10 СУСД на тысячу человек в сутки. В восьми странах (см. рис. 19) на тысячу человек потреблялось от 1 до 5 СУСД в сутки, а в остальных странах (73 процента стран региона) – менее 1 СУСД.

Рисунок 19. Африка (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

Рисунок 20. Азия (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы

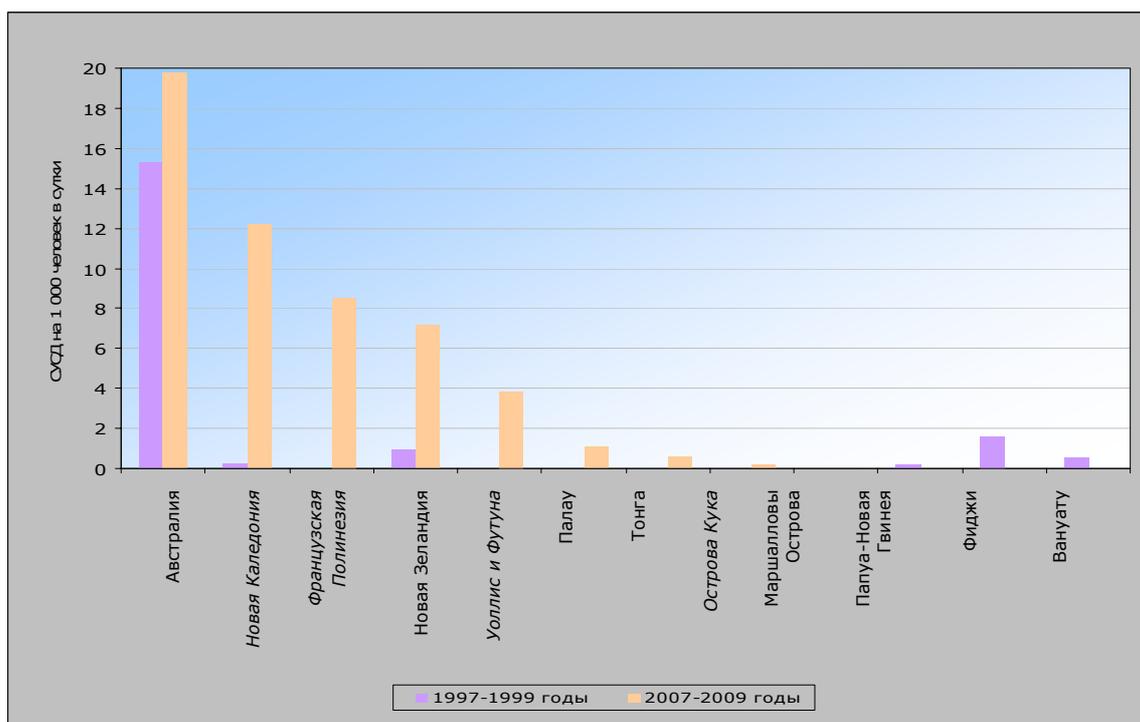


^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

83. В семи странах Азии (Израиль, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Пакистан, Республика Корея и Япония) расчетный средний уровень потребления бензодиазепинов анксиолитического действия в 2007–2009 годах составлял более 10 СУСД на тысячу человек в сутки, а в четырех странах и двух территориях (Ливан, Сирийская Арабская Республика, Таиланд, Шри-Ланка, Гонконг (Китай) и Макао (Китай) – от 5 до 10 СУСД на тысячу человек в сутки. В десяти странах (Бахрейн, Грузия, Индия, Йемен, Камбоджа, Китай, Республика Корея, Кувейт, Сингапур и Турция) на одну тысячу жителей ежедневно потреблялось от 2 до 5 СУСД анксиолитических средств. В остальных 44 странах и территориях Азии потребление составляло менее 2 СУСД на тысячу человек в сутки.

84. В Океании средний уровень потребления анксиолитических средств в 2007-2009 годах превышал 5 СУСД на тысячу человек в сутки в двух странах и двух территориях (Австралия, Новая Зеландия, Французская Полинезия и Новая Каледония). В остальных странах и территориях потребление находилось на гораздо более низком уровне.

Рисунок 21. Океания (отдельные страны и территории): средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы

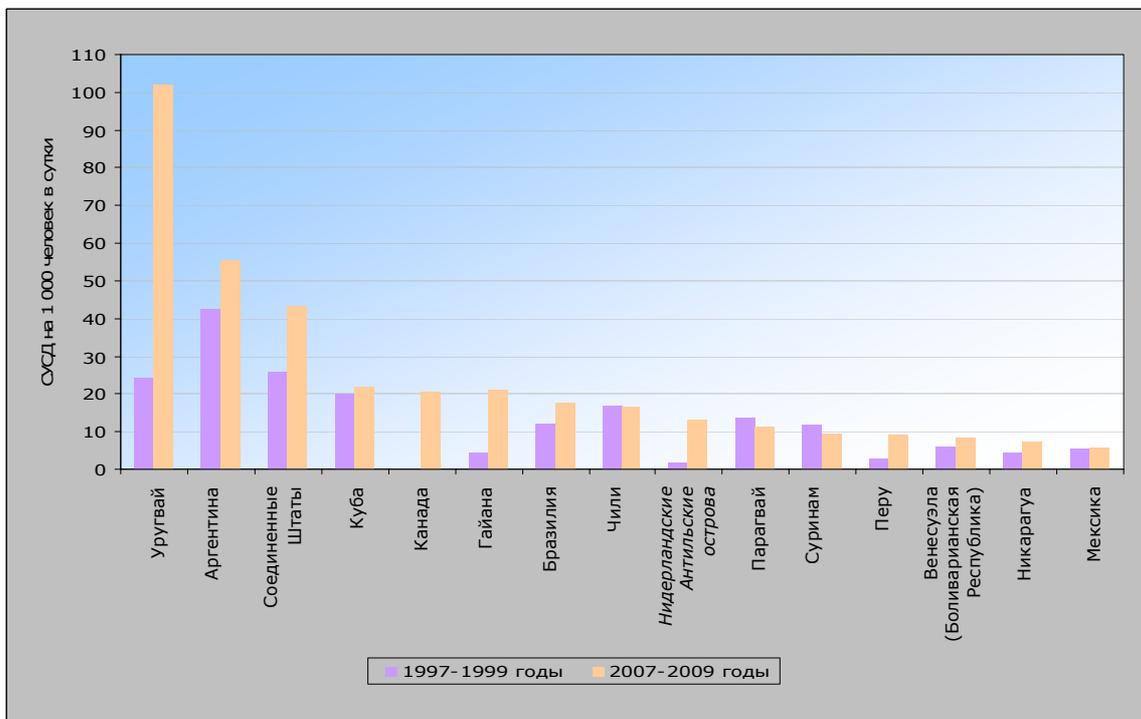


^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

85. Как видно из рис. 22, уровень потребления анксиолитических средств в Америке значительно различается. В 2007-2009 годах в Аргентине, Соединенных Штатах и Уругвае на тысячу человек потреблялось в среднем по 20 СУСД анксиолитических средств в сутки, еще в шести странах (Бразилия, Гайана, Канада, Куба, Парагвай и Чили) – от 10 до 20 СУСД и в пяти странах – от 5 до 10 СУСД. В подавляющем же большинстве стран и территорий данного региона (70 процентов) потреблялось менее 5 СУСД анксиолитических средств на тысячу человек в сутки. Высокие уровни потребления, наблюдаемые в Аргентине и Уругвае, могут свидетельствовать о чрезмерной доступности анксиолитических средств для населения и несоблюдении требования о рецептурном отпуске, предусмотренного Конвенцией

1971 года, и могут быть связаны с крайне высоким уровнем потребления анорексигенных средств в данном субрегионе.

Рисунок 22. Америка (отдельные страны и территории): средний уровень потребления^a бензодиазепинов анксиолитического действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



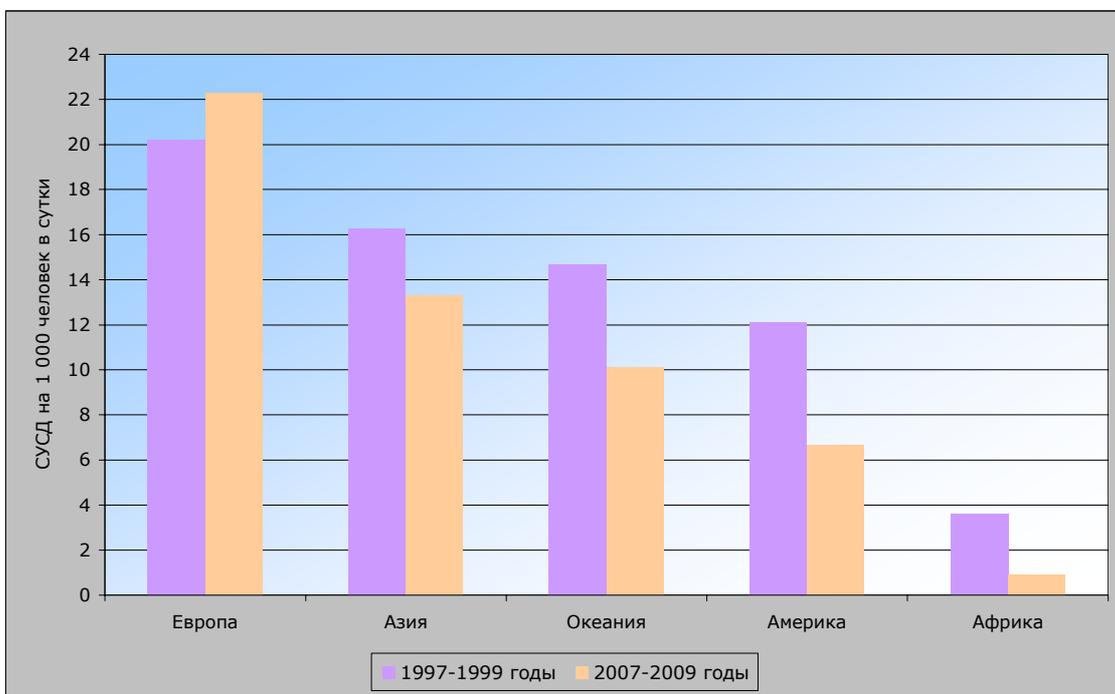
^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

Бензодиазепины седативно-снотворного действия

86. Как видно из рис. 23, по уровню потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия среди всех регионов мира стабильно лидирует Европа. Вместе с тем во многих странах Европы и других регионов потребление бензодиазепинов данного типа за последние десять лет сократилось, причем в значительно большей степени, чем потребление бензодиазепинов анксиолитического действия, что свидетельствует об изменении типа бензодиазепинов, чаще всего применяемых во врачебной практике.

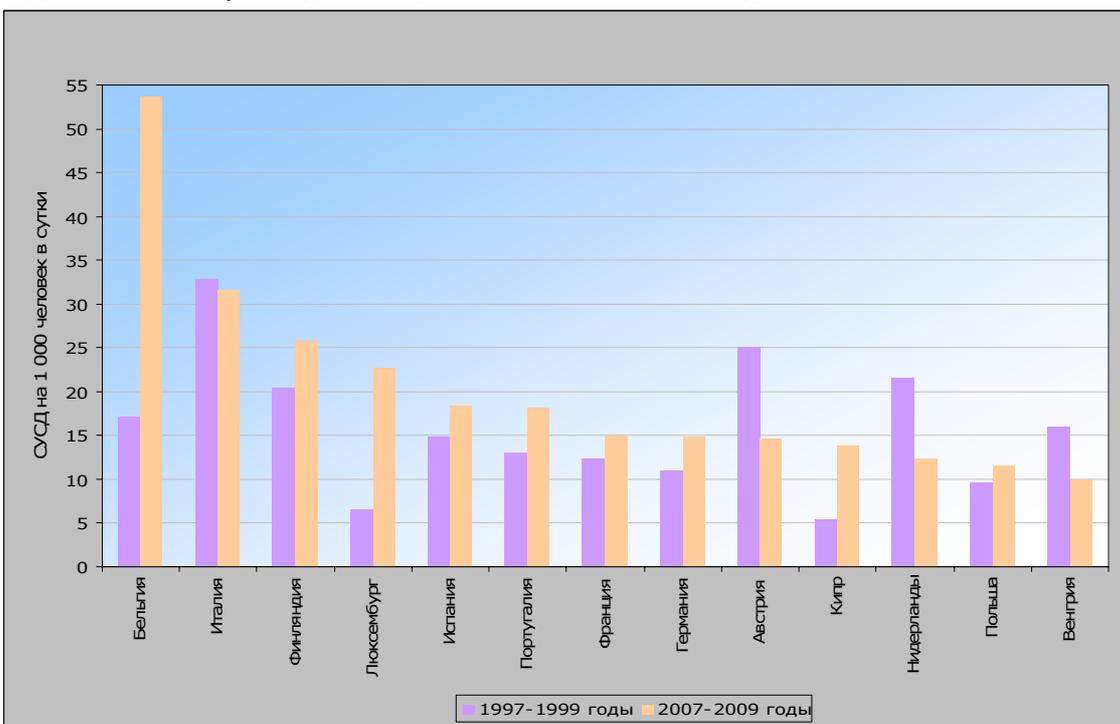
87. Как видно из рис. 24, в 2007-2009 годах средний уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия в 13 странах Европы (30 процентов стран региона) составлял более 10 СУСД на тысячу человек в сутки, а еще в 8 странах (Андорра, Греция, Ирландия, Мальта, Норвегия, Сербия, Соединенное Королевство и Хорватия) (18 процентов) – более 5 СУСД на тысячу человек. Наиболее высокий уровень потребления бензодиазепинов данной группы наблюдался в странах Западной Европы.

Рисунок 23. Все регионы: средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

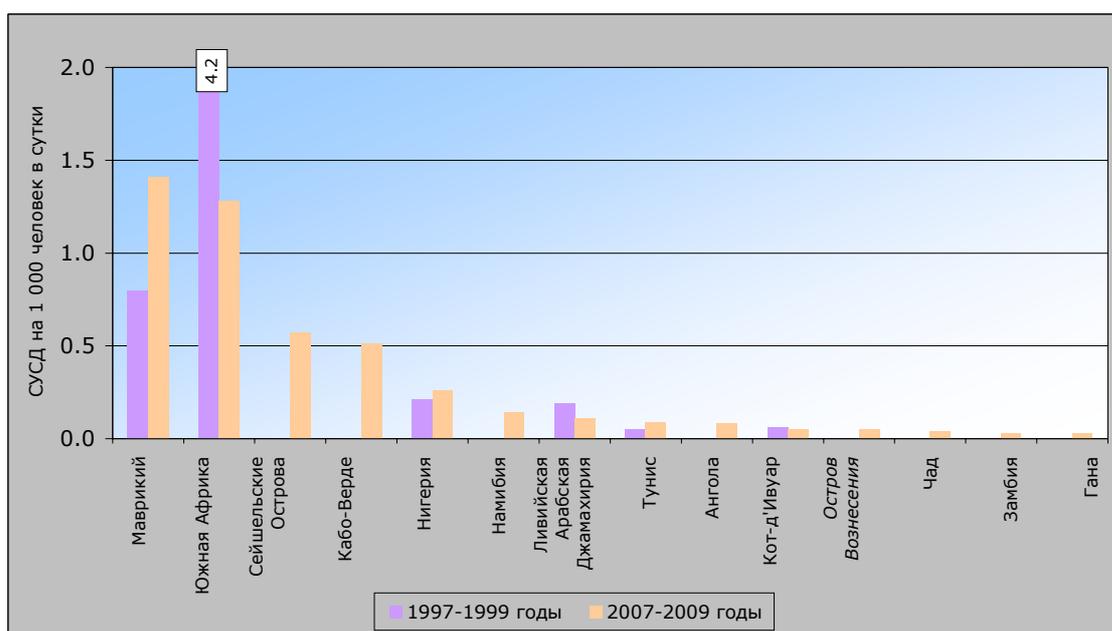
Рисунок 24. Европа (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

88. В Африке расчетный средний уровень потребления седативно-снотворных средств в 2007-2009 годах превышал 1 СУСД на тысячу человек в сутки лишь на Маврикии и в Южной Африке. В пяти странах (Кабо-Верде, Ливийская Арабская Джамахирия, Намибия, Нигерия и Сейшельские Острова) потребление составляло от 0,1 до 1 СУСД на тысячу человек в сутки. Еще в пяти странах (Ангола, Гана, Замбия, Кот-д'Ивуар и Чад) на тысячу человек потреблялось от 0,03 до 0,1 СУСД в сутки, а в остальных странах и территориях (82 процента) – менее 0,03 СУСД.

Рисунок 25. Африка (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы

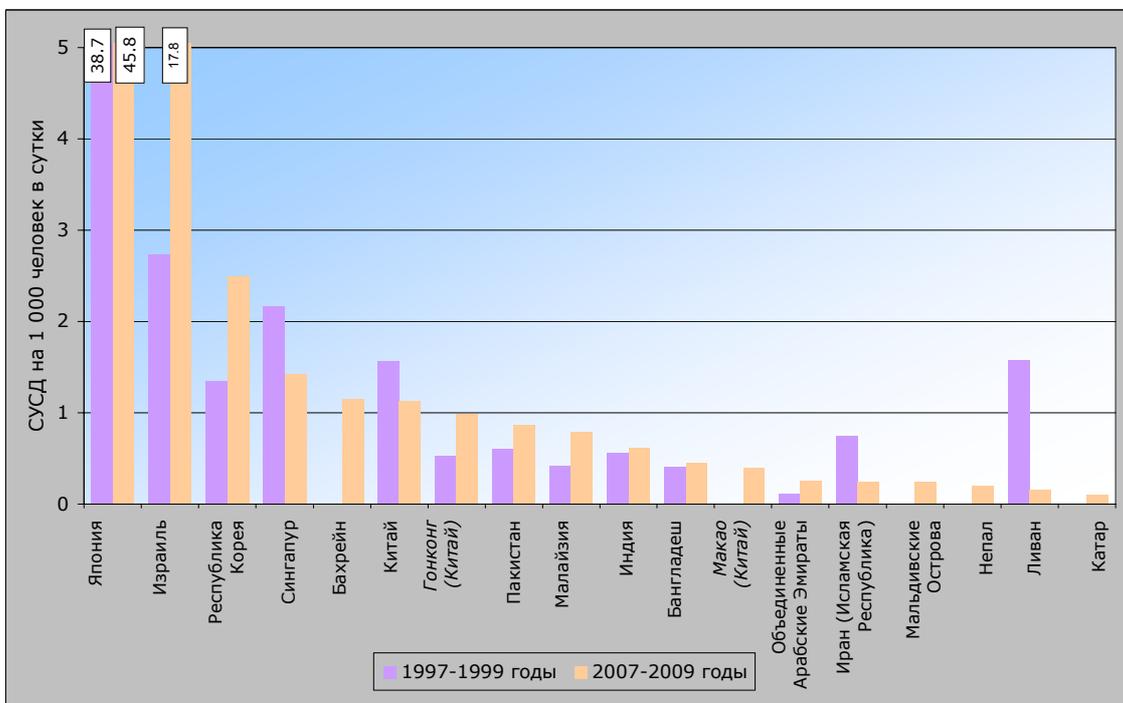


^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

89. В Азии потребление бензодиазепинов седативно-снотворного действия в целом находится на крайне низком уровне; исключение составляют лишь Израиль и Япония – две страны с наибольшей численностью пожилого населения. Высокий уровень потребления, наблюдаемый в Японии, может также свидетельствовать о ненадлежащем назначении соответствующих лекарственных средств и связанных с этим злоупотреблениях. В 2007-2009 годах бензодиазепины данной группы в количестве более 1 СУСД на тысячу человек в сутки потреблялись лишь в четырех странах помимо Израиля и Японии (Бахрейн, Китай, Республика Корея и Сингапур), в большинстве же стран и территорий (88 процентов) уровень потребления составлял менее 1 СУСД на тысячу человек.

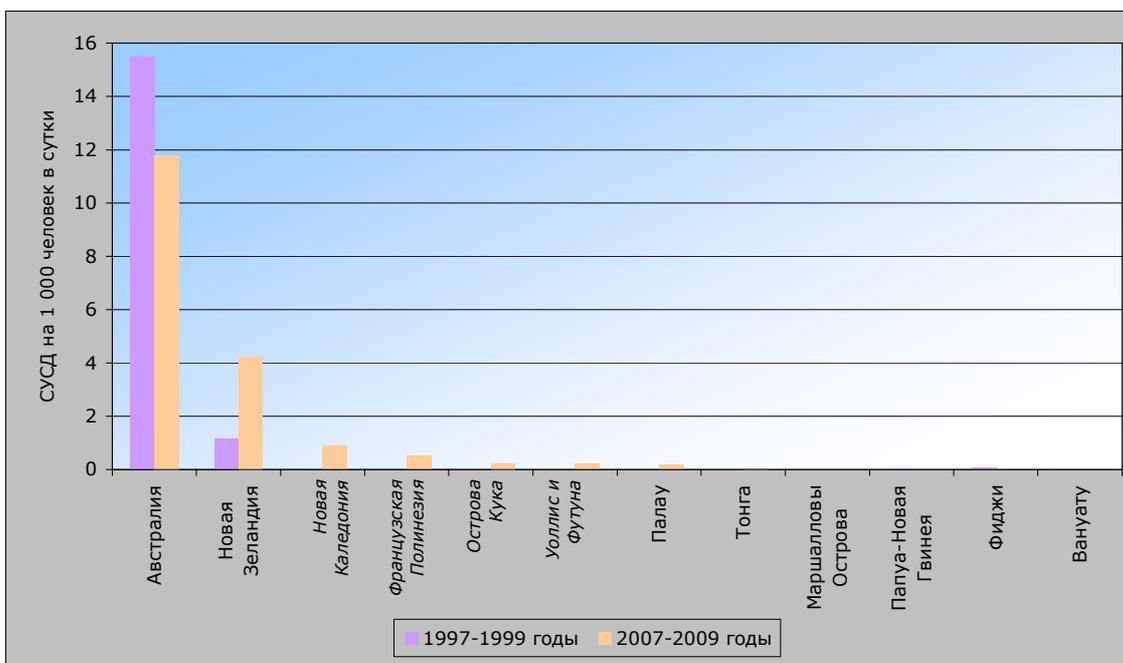
90. В Океании расчетный средний уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия в период 2007-2009 годов превышал 1 СУСД на тысячу человек в сутки лишь в Австралии и Новой Зеландии. Еще в шести странах и территориях потребление бензодиазепинов данной группы составляло не менее 0,01 СУСД на тысячу человек в сутки (см. рис. 27). Хотя данные вещества ввозились и использовались также на Вануату, Маршалловых Островах, в Папуа – Новой Гвинее и на Фиджи, расчетный уровень их потребления в этих странах составлял менее 0,01 СУСД на тысячу человек в сутки.

Рисунок 26. Азия (отдельные страны): средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

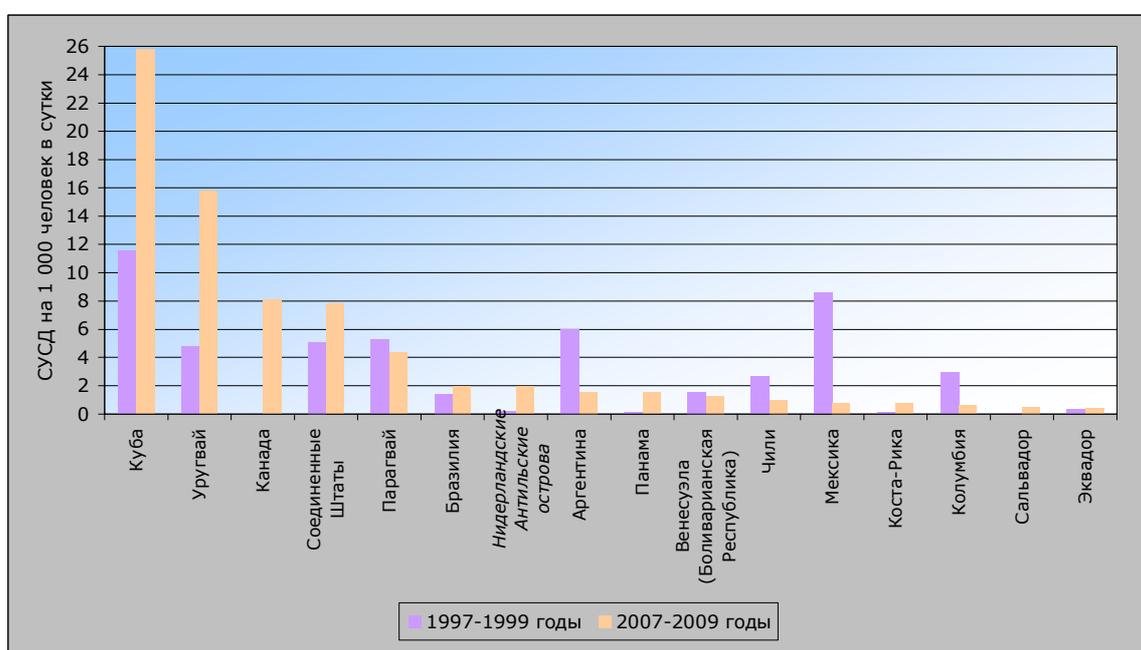
Рисунок 27. Океания (отдельные страны и территории): средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.

91. В двух странах Америки – на Кубе и в Уругвае – средний уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия в 2007-2009 годах превышал 10 СУСД на тысячу человек в сутки. В трех странах (Канада, Парагвай и Соединенные Штаты) потреблялось от 2 до 10 СУСД на тысячу человек в сутки, в пяти странах и одной территории (Аргентина, Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Панама, Чили и Нидерландские Антильские острова) потреблялось от 1 до 2 СУСД на тысячу человек в сутки. В подавляющем же большинстве стран и территорий (80 процентов) уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия составлял менее 1 СУСД на тысячу человек в сутки.

Рисунок 28. Америка (отдельные страны и территории): средний уровень потребления^a бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 1997-1999 и 2007-2009 годы



^a Уровень потребления согласно расчетным данным Комитета.



Достижение баланса между обеспечением доступности наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей и предотвращением их утечки и злоупотребления ими

92. Как подтверждается в резолюции 53/4 Комиссии по наркотическим средствам, посвященной содействию обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотиков законного происхождения для использования в медицинских и научных целях и предупреждению их утечки и злоупотребления ими, в основу международных конвенций о контроле над наркотиками заложен принцип достижения баланса между обеспечением наличия таких средств в достаточном количестве и предотвращением их утечки и злоупотребления ими. Хотя ввиду отсутствия показателей надлежащего применения таких веществ определить уровни их надлежащего потребления в отдельных странах, не говоря уже о мире в целом, сегодня не представляется возможным, при этом все же можно выявить уровни потребления, которые являются слишком низкими или же непропорционально высокими.

93. Когда речь идет о странах, в которых потребление ничтожно мало или равно нулю, такие показатели для определения степени достаточности не требуются, поскольку и без того очевидно, что этих средств не хватает. Комитет считает недостаточным любой уровень потребления наркотических средств, если он составляет менее 200 СУСД на миллион жителей в сутки. Однако это не означает, что уровни, превышающие 200 СУСД, могут считаться достаточными, поскольку определение достаточности контролируемых на международном уровне веществ для лечения зависит от конкретных данных заболеваемости.

94. Возможно, было бы целесообразно сравнить уровни потребления в странах, находящихся на одном уровне социально-экономического развития, чтобы выяснить, соответствует ли среднестатистическое потребление определенных психоактивных средств в той или иной стране потреблению в странах сопоставимого уровня. Однако у этого метода имеется два недостатка. В некоторых регионах преобладают низкие уровни потребления контролируемых на международном уровне веществ. Тот факт, что в большинстве стран того или иного региона наблюдается один и тот же исключительно низкий уровень потребления, не означает, что этот уровень является адекватным, но лишь указывает на то, что большинство стран этого региона сталкиваются с одной и той же проблемой. С другой стороны, неоправданно высокое потребление некоторых веществ в ряде стран сопоставимого уровня социально-экономического развития также не означает, что такое потребление является адекватным. Оно также может указывать на то, что во всех этих

странах по разным причинам врачи, возможно, слишком часто назначают такие лекарственные средства.

95. В этой связи в настоящее время для определения того, являются ли уровни потребления слишком низкими или слишком высокими, наряду с другими показателями используются и косвенные показатели. Сообщения о больных, не получающих медицинскую помощь, и о трудностях получения необходимых лекарственных средств, свидетельствуют о существовании серьезных препятствий для обеспечения доступности таких лекарственных средств. Сообщения об утечке контролируемых на международном уровне веществ из внутренних каналов распределения, о крупномасштабной контрабанде таких веществ, о незаконном обороте и значительных масштабах злоупотребления ими могут свидетельствовать о том, что объем имеющихся в наличии веществ, подпадающих под международный контроль, превышает потребности рациональной медицинской практики.

А. Факторы, ограничивающие доступность опиоидных анальгетиков

96. Уровень потребления опиоидных анальгетиков в той или иной стране обычно зависит от уровня ее социально-экономического развития. То обстоятельство, что в некоторых странах отмечаются самые высокие по региону уровни потребления опиоидных анальгетиков, объясняется целым рядом факторов, в том числе представлением надлежащей отчетности Комитету и сотрудничеством с ним.

97. Комитет неоднократно обращал внимание правительств на причины нехватки находящихся под международным контролем опиоидов. Наличие опиоидов ограничивается такими факторами, как несовершенство нормативно-правовой базы, общественное предубеждение, недостаток знаний, экономические трудности и проблемы снабжения. В рамках недавно проведенного Комитетом²⁴ обследования по вопросу о факторах, препятствующих обеспечению наличия достаточного количества опиоидов для медицинских целей²⁵, большинство правительств отметили, что основными причинами недостаточно широкого применения опиоидов по-прежнему являются предубеждения и недостаток знаний, в частности распространенная среди медицинского персонала и больных обеспокоенность вероятностью формирования зависимости и отсутствие надлежащей подготовки у врачей. По мнению большинства правительств, наличие опиоидов в значительной степени ограничивается также из-за неоправданных законодательных ограничений и обременительных административных процедур. Некоторые правительства указали, что основными препятствиями для обеспечения наличия достаточного количества опиоидов являются проблемы в сфере распределения и снабжения и высокая стоимость опиоидов. Чаще всего страны указывали на такие ограничительные факторы, как обеспокоенность вероятностью формирования зависимости, нежелание прописывать или хранить опиоиды, а также недостаточная подготовка специалистов. На рис. 29 перечислены наиболее серьезные факторы, на которые указали страны, принявшие участие в обследовании.

²⁴ Обследование проводилось с помощью вопросника, ответы на который легли в основу диаграммы на рисунке 29.

²⁵ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о выполнении решений двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.09.XI.7).

Рисунок 29. Основные факторы, ограничивающие доступность опиоидов для медицинских целей



Примечание: Результаты, показанные на этом рисунке, основаны на сведениях, представленных странами и территориями в ответ на конкретный вопрос с несколькими вариантами ответов. Они могли выбрать один или более ответов.

98. Во многих странах с низким уровнем потребления опиоидов их наличие ограничивается целым рядом факторов, связанных с особенностями нормативно-правовой базы, отсутствием соответствующих знаний и экономическими трудностями. Причем эти факторы явно взаимосвязаны: например, в стране, в которой политики и медики серьезно обеспокоены проблемой наркозависимости, провести реформу нормативно-правовой базы может оказаться сложнее. По этой причине для устранения соответствующих препятствий требуется комплексный подход и участие широкого круга заинтересованных сторон, представляющих органы государственного регулирования, медицинских работников, а также неправительственные организации, занимающиеся вопросами здравоохранения.

99. Успешная комплексная программа по обеспечению наличия достаточного количества опиоидных анальгетиков для целей обезболивания была разработана и осуществлена во Франции. За последние десять лет среднестатистическое потребление опиоидных анальгетиков для снятия умеренной и сильной боли в этой стране увеличилось более чем в пять раз, в результате чего Франция вошла в число стран, характеризующихся наличием явно достаточного количества и надлежащим уровнем потребления анальгетиков, находящихся под международным контролем.

100. После того как было установлено, что уровень потребления анальгетиков во Франции является слишком низким и что в системе здравоохранения не принимается достаточных мер для избавления людей от боли, с 1989 года в законодательство и политику страны в данной области вносились изменения для содействия реализации ряда национальных

планов действий по борьбе с болью. Важным аспектом всех планов действий было обучение медицинских работников методам обезболивания. С этой целью в программу подготовки будущих врачей и среднего медицинского персонала были включены курсы по обезболиванию и паллиативному лечению, а для сотрудников медицинских учреждений разработаны соответствующие программы непрерывной подготовки. Одновременно с этим в нормативно-правовую базу был внесен ряд изменений с целью упростить порядок закупки, прописывания и отпуска опиоидов. К таким изменениям, существенно повысившим эффективность борьбы с болью, относится, в частности, продление срока действия рецептов на опиоидные анальгетики с 7 до 28 дней и разрешение среднему медицинскому персоналу вводить опиоиды больным в отсутствие врача. Поощряя применение опиоидов в качестве болеутоляющих средств, французское правительство одновременно создало механизмы для выявления и предотвращения случаев злоупотребления такими веществами и их утечки. Все описанные мероприятия отвечали положениям международных конвенций.

101. Хотя роста потребления опиоидных анальгетиков, возможно, проще добиться в тех странах, где, как во Франции, на нужды здравоохранения выделяется достаточно средств, положительные изменения возможны и в странах с более ограниченными ресурсами, таких как Уганда. В течение последних десяти лет потребление морфина в Уганде стабильно росло благодаря реализации во всей стране программы паллиативного лечения больных на дому. В Уганде, как и во Франции, залогом успешного применения этого подхода были, в частности, убежденность правительства в том, что обезболивание является одним из приоритетов здравоохранения, и обучение медицинских работников основам применения опиоидов и методам паллиативного лечения. Повышению доступности морфина для больных в различных медицинских учреждениях способствовало также внесение изменений в нормативно-правовую базу, благодаря которым средний медицинский персонал получил право самостоятельно прописывать морфин. Данная практика является примером делегирования полномочий, рекомендованного ВОЗ²⁶ в целях повышения доступности медицинских услуг в условиях нехватки медицинского персонала. Расширить доступ к данному лекарственному средству помогло также создание надежных механизмов закупки морфина и распространения недорогих морфиносодержащих препаратов для перорального применения. Все эти мероприятия также соответствовали положениям международных конвенций.

102. Как показывают примеры Франции и Уганды, добиться увеличения потребления опиоидных анальгетиков можно при условии активной государственной поддержки и при наличии комплексной стратегии, направленной на устранение препятствий, мешающих доступу к таким лекарственным средствам. Хотя во многих странах Европы уровень потребления опиоидов, находящихся под международным контролем, сопоставим с уровнем Франции, в ряде других стран, в том числе во многих странах Восточной Европы, потребление опиоидов до сих пор находится на гораздо более низком уровне, чем во Франции десять лет назад. Для большинства же населения многих стран Африки недорогие препараты морфина для перорального применения и вовсе недоступны. К сожалению, ограниченность доступа к опиоидным препаратам остается реальностью для многих стран не только в Африке и Восточной Европе, но и во всех остальных регионах мира. Комитет призывает правительства этих стран принять решительные меры для обеспечения доступности опиоидных анальгетиков и укрепить органы государственного регулирования,

²⁶ World Health Organization, Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams – Global Recommendations and Guidelines (Geneva, 2007).

что имеет ключевое значение для обеспечения доступности находящихся под контролем психоактивных средств и их надлежащего применения. В этой связи правительствам следует изучить рекомендации, содержащиеся в специальном докладе Комитета за 1995 год о наличии опиатов для использования в медицинских целях²⁷ и в главе I доклада Комитета за 1999 год.

103. Комитет с удовлетворением отмечает, что в последние годы правительства ряда стран, в том числе Вьетнама, Гватемалы, Грузии, Панамы и Сербии, скорректировали свою политику с целью обеспечить адекватный доступ к опиоидным анальгетикам. Правительства этих стран, а также стран, находящихся на начальном этапе разработки стратегий, направленных на повышение доступности опиоидов, должны активно содействовать осуществлению таких стратегий. Им следует создать механизмы для контроля за осуществлением стратегий расширения доступа к опиоидным препаратам и оценки их долгосрочной эффективности.

104. Комитет считает, что правительствам ряда стран необходимо принять срочные меры для обеспечения того, чтобы их население имело адекватный доступ к опиоидным лекарственным средствам в соответствии с положениями международных конвенций о контроле над наркотиками. В частности, правительствам стран, в которых потребление опиоидов составляет менее 100 СУСД на миллион жителей в сутки или вообще отсутствует, необходимо незамедлительно принять надлежащие меры для обеспечения доступа к таким лекарственным средствам. Залогом успеха является наличие эффективных органов регулирования. Нельзя допустить, чтобы во многих странах мира по-прежнему сохранялась острая нехватка лекарственных средств, необходимых для избавления больных от боли и страданий.

105. Комитет обращает внимание правительств на то, что, для того чтобы обеспечить наличие достаточного количества веществ, находящихся под международным контролем, для медицинских и научных целей, необходимо точно рассчитывать потребности в таких веществах. Неверная оценка потребностей в контролируемых веществах может вызвать многочисленные проблемы в связи с их использованием в системе здравоохранения: нехватку, нерациональное назначение, чрезмерный спрос и завышение цен; она может также вести к образованию излишков, напрасным тратам и увеличению опасности утечки контролируемых веществ. Правильное применение системы исчисления потребностей в наркотических средствах и системы оценок в отношении психотропных веществ имеет большое значение для обеспечения наличия достаточного количества веществ, находящихся под международным контролем. В этой связи национальным компетентным органам необходимо обеспечить для медицинских учреждений возможность беспрепятственного сообщения им своих потребностей.

В. Наличие веществ, находящихся под международным контролем, в количестве, превышающем потребности рациональной медицинской практики

106. При нехватке наркотических средств и психотропных веществ больные могут лишиться своих основных прав и возможности избавления от физической боли и страданий,

²⁷ Availability of Opiates for Medical Needs (см. сноску 8 выше).

вызванных психическими расстройствами. С другой стороны, при наличии слишком большого количества этих средств они могут стать объектами утечки и злоупотребления и впоследствии вызвать наркозависимость. В последние годы Комитет с нарастающей обеспокоенностью отмечает, что во многих странах по-прежнему широко распространено злоупотребление контролируруемыми на международном уровне веществами, утечка которых в незаконные каналы происходит на различных этапах их распределения, а в некоторых странах масштабы такого злоупотребления достигли или даже превысили уровни злоупотребления запрещенными наркотиками.

107. В ряде стран злоупотребление лекарственными средствами, содержащими контролируемые вещества, по своим масштабам уступает лишь злоупотреблению каннабисом. Объектами утечки и злоупотребления становятся лекарственные средства, содержащие различные опиоиды, бензодиазепины и стимуляторы амфетаминового ряда. Среди опиоидов в незаконные каналы чаще всего попадают препараты, содержащие бупренорфин, кодеин, декстропропоксифен, фентанил, гидрокодон, метадон, морфин, оксикодон и тримеперидин. Среди психотропных веществ предметом утечки и злоупотребления чаще всего становятся альпразолам, бупренорфин, диазепам, флунитразепам, фенобарбитал и фентермин.

108. Собранные правительствами данные позволяют предположить, что характер злоупотребления связан с избыточным предложением лекарственных средств, содержащих эти вещества. В частности странам с уже повышенными уровнями потребления наркотических средств и психотропных веществ, которые продолжают заметно расти, следует проявить бдительность и выяснить, вызвано ли такое увеличение фактическими медицинскими потребностями или же ненадлежащим использованием этих веществ и злоупотреблением ими. Изменение подхода к назначению лекарственных средств и характера их потребления, как правило, занимает много времени, и новые модели потребления лекарственных средств формируются на протяжении нескольких лет. С другой стороны, новая мода в области злоупотребления психоактивными средствами формируется довольно быстро, особенно, если эти психоактивные средства имеют такое же действие, как и запрещенные наркотики, которыми злоупотребляли ранее, но при этом приобрести их гораздо легче. При широком и избыточном предложении лекарственных средств, вызывающих действие, аналогичное действию запрещенных наркотиков, такими лекарственными средствами будут все чаще заменять запрещенные наркотики. Переломить эту тенденцию сложно, и для этого необходимы значительные усилия, поскольку лекарственные средства, являющиеся предметами злоупотребления, будут оставаться доступными. Именно поэтому в странах с избыточным предложением таких веществ наиболее быстро растущей наркопроблемой является использование болеутоляющих, успокоительных, стимулирующих и седативных средств в немедицинских целях.

109. В большинстве стран органы наркоконтроля уделяют проблеме злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска меньше внимания, чем злоупотреблению запрещенными наркотиками. В настоящее время систематический сбор данных о злоупотреблении лекарственными средствами рецептурного отпуска в рамках обследований домашних хозяйств проводится только в Соединенных Штатах, следовательно достоверные данные о масштабах такого злоупотребления имеются только по этой стране. Однако эта проблема существует не только в Соединенных Штатах. О злоупотреблении лекарственными средствами рецептурного отпуска сообщают все регионы мира.

110. Злоупотребление лекарственными средствами рецептурного отпуска представляет такую же опасность, как и злоупотребление запрещенными наркотиками. Заметно увеличилось, в частности, число случаев смерти, вызванной передозировкой отпускаемых по рецепту опиоидов. К сожалению, общественность долгое время не обращала внимание на эту проблему. За последние десять лет число случаев смерти, связанной со злоупотреблением лекарственными средствами рецептурного отпуска резко возросло, причем в некоторых странах оно превысило число случаев смерти в результате передозировки запрещенных наркотиков. Однако средства массовой информации и широкая общественность обратили внимание на опасность злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска только тогда, когда из-за злоупотребления ими умерли несколько знаменитых артистов. Необходимо принимать меры по недопущению таких высоких уровней злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска. Зачастую первый толчок к расширению масштабов злоупотребления такими психоактивными средствами дает их избыточное предложение, поэтому органам нарконтроля следует проявлять бдительность в отношении высоких уровней потребления наркотических средств и психотропных веществ.

111. Расширение масштабов злоупотребления психоактивными средствами рецептурного отпуска привело к росту полинаркомании, которая заключается в употреблении лекарственных средств законного происхождения в сочетании с запрещенными наркотиками или употреблении нескольких лекарственных средств, содержащих контролируемые на международном уровне вещества. Расширяются также масштабы злоупотребления комплексными препаратами, изготавливаемыми фармацевтическими компаниями, или препаратами, изготавливаемыми в аптеках по рецепту и содержащими несколько контролируемых на международном уровне веществ.

112. Комитет призывает все правительства выявлять необычные тенденции потребления наркотических средств и психотропных веществ и при необходимости принимать меры для исправления ситуации. Ввиду отсутствия общепринятых критериев адекватного потребления правительства, возможно, сочтут целесообразным проанализировать тенденции за прошлые годы и сравнить показатели потребления в своей стране с показателями других стран, находящихся на том же уровне социально-экономического развития.

113. Такое сравнение можно провести на основе таблиц с данными о потреблении опиоидных анальгетиков и различных групп психотропных веществ, публикуемых в тематических докладах Комитета о наркотических средствах и психотропных веществах. Правительствам стран, в которых наблюдаются особенно высокие или растущие уровни потребления наркотических средств и психотропных веществ, следует внимательно следить за развитием ситуации, определить, не действуют ли на их территории нелегальные интернет-аптеки, выявлять случаи прописывания чрезмерного количества лекарственных средств или иного непрофессионального поведения медицинских работников и установить надлежащий контроль над каналами внутреннего распределения. Всем правительствам следует выполнять рекомендации ВОЗ о рациональном прописывании лекарственных средств и принимать меры для поощрения разумной медицинской практики²⁸.

²⁸ "Promoting rational use of medicines: core components", WHO Policy Perspectives on Medicines, No.5, September 2002. Можно ознакомиться по адресу: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3.pdf.

114. Для предотвращения утечки веществ, находящихся под международным контролем, в пределах одной страны и недопущения их последующего незаконного ввоза в другие страны правительствам следует согласовать меры, принимаемые на региональном и субрегиональном уровнях с целью прекращения чрезмерного потребления, с тем чтобы усилия, прилагаемые в рамках одной страны, не приводили к перемещению проблемы в соседние страны.

115. При этом в силу культурных и демографических факторов различия в использовании определенных групп веществ могут наблюдаться как в странах с сопоставимыми показателями социально-экономического развития разных регионов, так и в странах одного региона. Например, существенные различия между странами и особенности, характерные для конкретных стран, говорят о наличии заметных различий в медицинской практике стран, которые по другим показателям являются схожими, а иногда и о различиях в медицинской практике внутри стран.

116. О сохраняющихся различиях в потреблении веществ, находящихся под международным контролем, можно судить по предпочтениям, отдаваемым тем или иным группам психотропных веществ в Европе и Северной Америке, – двух регионах, находящихся на одном уровне социально-экономического развития. Европа занимает первое место в мире по объемам потребления бензодиазепинов, а Северная Америка лидирует в области потребления энергетических стимуляторов. Это может быть следствием культурных различий, но может быть обусловлено и демографическими факторами, поскольку бензодиазепины потребляют в основном люди более зрелого возраста, а энергетические препараты и препараты, направленные на улучшение фигуры, потребляют преимущественно подростки и молодежь.

117. Для поставки лекарственных средств рецептурного отпуска, являющихся предметом злоупотребления, используются различные каналы, но обычно, исчезая из официальных контролируемых каналов лекарственного обеспечения, они появляются на "параллельных рынках", которые иногда могут быть весьма крупными. Во многих странах нерегулируемые рынки наркотиков, так называемые "уличные рынки", действуют параллельно с лицензированными аптеками или часто заменяют их, если таковые отсутствуют. Лекарственные средства приобретают на таких уличных рынках, как правило, из соображений экономии или из-за ограниченности предложения в официальной торговой сети. Еще одной разновидностью параллельных рынков являются незаконно функционирующие интернет-аптеки, в которых потребители так же, как и на уличных рынках, могут без рецепта приобрести такие контролируемые на международном уровне средства, как бензодиазепины, опиоиды, стимуляторы и барбитураты. На такие рынки зачастую попадают товары, ставшие объектом утечки, похищенные товары, а также незарегистрированные, не соответствующие установленным стандартам или контрафактные лекарственные средства.

118. В разных странах люди прибегают к услугам черного рынка по разным причинам: из-за ограниченности доступа к медицинским учреждениям, более низкой стоимости лекарственных средств, которая зачастую обусловлена тем, что они не соответствуют установленным стандартам или являются поддельными, чрезмерно строгих требований, касающихся прописывания лекарственных средств, желания приобрести психоактивные средства без учета в медицинской документации, чтобы сохранить тайну частной жизни, или потребности в отпускаемых по рецепту препаратах для целей злоупотребления.

119. Всем правительствам следует применять разработанное Международным комитетом по контролю над наркотиками руководство по контролю за деятельностью интернет-аптек²⁹, поскольку в ряде стран такие аптеки служат основным каналом незаконного распространения веществ, находящихся под международным контролем.

С. Обеспечение наличия достаточного количества соответствующих лекарственных средств в чрезвычайных ситуациях

120. В чрезвычайных ситуациях, вызванных стихийными бедствиями и антропогенными катастрофами, может возникать внезапная и острая потребность в лекарственных средствах, содержащих контролируемые вещества. Такая ситуация сложилась после разрушительного землетрясения на Гаити в январе 2010 года. Тогда для оказания медицинской помощи многочисленным пострадавшим от землетрясения срочно потребовались контролируемые вещества, в частности морфин и пентазоцин.

121. Гуманитарным организациям нередко бывает сложно быстро получить лекарственные средства, содержащие контролируемые вещества, для оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, что отчасти связано с мерами контроля, действующими в отношении международных перевозок таких лекарственных средств. Административные процедуры, которые положено выполнять в обычных условиях для получения разрешения на ввоз и вывоз контролируемых веществ, замедляют поставку в районы бедствия срочно требующихся лекарственных средств. Проблема еще больше усложняется в том случае, если компетентные национальные органы страны-импортера более не функционируют.

122. Для решения этой проблемы ВОЗ в консультации с Комитетом разработала Типовые руководящие принципы международного снабжения контролируемые лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи³⁰. В Руководящих принципах предусмотрена упрощенная процедура вывоза лекарственных средств, содержащих контролируемые вещества, предназначенных для авторитетных гуманитарных организаций. Вскоре после землетрясения на Гаити Комитет разослал всем правительствам и некоторым организациям по оказанию гуманитарной помощи письмо с напоминанием об упрощенных процедурах, предусмотренных в Руководящих принципах.

123. Учитывая внезапный характер чрезвычайных ситуаций, компетентные органы должны быть готовы к применению упрощенных процедур, предусмотренных в Руководящих принципах, для ускорения доставки контролируемых лекарственных средств при первой же необходимости. Комитет предлагает правительствам и организациям по оказанию гуманитарной помощи сообщать ему о любых проблемах, возникающих при доставке контролируемых лекарственных средств в условиях чрезвычайных ситуаций. Правительства,

²⁹ Руководство для правительств по предупреждению незаконной торговли через Интернет веществами, находящимися под международным контролем (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.09.XI.6).

³⁰ World Health Organization, document WHO/PSA/96.17.

возможно, пожелают включить в свои специальные складские запасы такое количество наркотических средств и психотропных веществ, которое может понадобиться для удовлетворения потребностей в таких веществах в случае возникновения чрезвычайных ситуаций.

VI

Выводы и рекомендации

124. Международный комитет по контролю над наркотиками неоднократно подтверждал, что основополагающие принципы международных договоров о контроле над наркотиками образуют механизм, который призван обеспечивать наличие наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских и научных целях и в то же время предупреждать их ненадлежащее использование и злоупотребление ими. Цели обеспечения наличия наркотических средств и психотропных веществ и предупреждения их утечки не противоречат друг другу: на деле при правильном и полномасштабном осуществлении мероприятий по их достижению они могут дополнять друг друга. Надлежащее толкование этих двух взаимодополняющих целей получает все более широкое признание. Однако некоторым странам предстоит сделать еще очень многое.

125. Комитет отмечает, что в ответ на ранее вынесенные рекомендации относительно обеспечения наличия наркотических средств многие правительства увеличили свои исчисления в целях удовлетворения медицинских потребностей, приняли национальные стратегии усовершенствования порядка использования наркотических средств в медицинских целях, обеспечили поддержку образовательных программ и изучили свои системы здравоохранения, законодательство и нормативную базу на предмет выявления сдерживающих факторов. Во многих странах некоторые наркотические средства и психотропные вещества стали более доступными, однако в других странах улучшений достичь не удалось. Наиболее заметные положительные сдвиги произошли в высокоразвитых странах, тогда как отставание, к сожалению, наблюдалось в основном в тех регионах, в которых еще 20 лет назад отмечался наибольший дефицит контролируемых на международном уровне веществ.

126. Как следует из результатов проведенного Комитетом анализа, во многих странах разных регионов по-прежнему отмечается нехватка контролируемых на международном уровне веществ. Как и прежде больше всего стран, в которых такие вещества практически или вовсе недоступны, насчитывается в Африке. Не улучшилось, а в некоторых случаях даже ухудшилось положение и в странах Центральной Америки, Карибского бассейна и Южной Азии. Однако даже в пределах регионов, в которых контролируемые вещества в целом становятся более доступными, степень их доступности в странах с невысоким уровнем потребления таких веществ является слишком низкой.

127. В число стран с наиболее низким уровнем доступности таких веществ входит ряд густонаселенных стран; таким образом, значительная часть населения мира не имеет доступа к наркотическим средствам и психотропным веществам. Кроме того, даже если в каких-либо странах и были отмечены улучшения, эти улучшения, возможно из-за исходно низкого уровня лекарственного обеспечения, могли и не привести к достижению уровня доступности, который мог бы рассматриваться как достаточный. Несмотря на прогресс в

деле достижения целей международных договоров, надлежащие системы лекарственного обеспечения и действующие механизмы обеспечения достоверных оценок на основе реальных потребностей, общей доступности лекарств и рентабельности существуют лишь в некоторых странах мира.

128. Из проведенного Комитетом анализа следует, что недостатки в системе лекарственного обеспечения по-прежнему обусловлены нехваткой финансовых ресурсов, несовершенством инфраструктуры, пренебрежением нуждами здравоохранения, слабостью государственной власти, неадекватностью системы образования и профессиональной подготовки, а также отсутствием современных знаний, что в совокупности сказывается на наличии не только контролируемых психоактивных средств, но и всех лекарств.

129. Значительное повышение степени доступности наркотических средств и психотропных веществ тесно связано с расширением доступа к лекарственным средствам в целом, особенно в тех странах, в которых на здравоохранение выделяются ограниченные ресурсы и в которых долгосрочному улучшению положения препятствуют прежде всего такие факторы, как рост экономических диспропорций, неудовлетворенность насущных потребностей и неэффективность инфраструктуры. За последние годы международное сообщество стало более информированным, и межправительственные и неправительственные организации прилагают усилия в целях обеспечения снабжения недостаточно развитых районов лекарственными средствами законного происхождения. Тем не менее, несмотря на все более широкое освещение сложившейся плачевной ситуации, многие страны по-прежнему не придают значения этой проблеме, равно как и тому, что можно относительно легко обеспечить эффективное лечение.

130. По всей видимости, некоторые страны еще пока не осознают, что обеспечение достаточного количества лекарственных средств, включая наркотические средства и психотропные вещества, является одной из их основных обязанностей перед их населением. Пренебрежение этой обязанностью проявляется в том, что страны даже не проводят оценку своих потребностей и, по-видимому, не представляют, какое количество конкретных лекарственных средств требуется для оказания медицинской помощи населению страны. В других странах, где такое пренебрежение не наблюдается, сохраняются другие проблемы, в том числе применение устаревших ограничительных правовых норм, но, еще чаще, необоснованное толкование в принципе правильных правовых норм, а также неоправданные опасения и укоренившиеся предрассудки относительно использования опиоидов в медицинских целях.

131. Комитет неизменно подчеркивает, что усилия по ограничению использования наркотических средств и психотропных веществ медицинскими и научными целями не должны сказываться на их наличии для использования в этих целях. С другой стороны, в связи с расширением масштабов использования определенных контролируемых психоактивных средств в законных медицинских целях необходимо обеспечить тщательный контроль за такой деятельностью. Для того чтобы свести к минимуму вероятность ненадлежащего использования таких веществ и их утечки в системе, следует уделять самое серьезное внимание созданию национального потенциала для удовлетворения законных потребностей и надлежащему функционированию механизмов контроля. По мнению Комитета, непременным условием обеспечения наличия соответствующих психоактивных средств является создание эффективного управления системы контроля, укомплектованного хорошо подготовленным персоналом, поскольку это позволит определять требуемое

количество веществ и выявлять нехватку и проблемы в области распределения. Такое управление будет также ответственным партнером в рамках сотрудничества с профессиональными ассоциациями и ассоциациями потребителей.

132. Главная цель четко функционирующей национальной и международной системы управления снабжением наркотическими средствами и психотропными веществами должна заключаться в избавлении людей от боли и страданий путем обеспечения надежной доставки наиболее доступных лекарственных средств нуждающимся в них больным и одновременном предотвращении их утечки с целью злоупотребления ими. Для этого правительствам необходимо выполнить следующие важные задачи:

Рекомендации, касающиеся обеспечения наличия наркотических средств и психотропных веществ

a) правительствам следует оценивать фактические потребности национальных систем здравоохранения в веществах, находящихся под международным контролем; рассчитывать свои годовые потребности в таких веществах и своевременно представлять Комитету исчисления, касающиеся наркотических средств, и оценки потребностей в психотропных веществах. Если национальные потребности приближаются к нижней границе диапазона потребностей по региону, правительствам, возможно, следует критически изучить методы оценки своих медицинских потребностей в наркотических средствах и психотропных веществах;

b) правительствам следует выявить факторы, препятствующие доступности наркотических средств и психотропных веществ (политические, нормативно-правовые, административные) и принять тщательно разработанные поэтапные меры в целях устранения таких препятствий;

c) правительствам следует создать систему сбора информации в медицинских учреждениях, оказывающих помощь психически больным, наркоманам, хирургическим и онкологическим больным и лицам, страдающим другими заболеваниями, и в организациях, принимающих меры по обеспечению надлежащего использования наркотических средств и психотропных веществ, а также следует учредить группы компетентных специалистов для содействия сбору информации об изменении медицинских потребностей; кроме того, им следует использовать имеющиеся руководства по оценке фактических потребностей в наркотических средствах и психотропных веществах в своих странах;

d) по достижении надлежащего уровня потребления наркотических средств и психотропных веществ правительствам следует включить в свои годовые исчисления потребностей в наркотических средствах и в оценки потребностей в психотропных веществах допустимые пределы возможного увеличения объема их потребления, обусловленного такими общими факторами, как рост численности населения, совершенствование системы медицинского обслуживания, изменение динамики заболеваемости и моделей лечения, а при необходимости предусмотреть еще более широкие пределы для стран или территорий, переживающих бурное социально-экономическое развитие, или быстрое расширение практики применения психоактивных средств в медицинских целях, включая введение в медицинскую практику новых соединений или психоактивных средств;

e) правительствам, сталкивающимся с перебоями в снабжении наркотическими средствами и психотропными веществами в связи с задержками при ввозе или по другим причинам, следует изучить сложившуюся ситуацию и разработать систему, обеспечивающую своевременное прохождение всех необходимых этапов, включая получение лицензий, оплату, подготовку документации, перевозку лекарственных средств, прохождение таможенного контроля и распределение лекарственных средств по медицинским учреждениям;

f) правительствам следует выяснить, включены ли в их национальное законодательство элементы Конвенции 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, отражающие тот факт, что применение наркотических средств в медицине по-прежнему необходимо для облегчения боли и страданий и что для обеспечения наличия наркотических средств для таких целей должны быть приняты надлежащие меры, и обеспечить соответствующую административную ответственность и наличие сотрудников для осуществления этих законов;

g) правительствам следует выяснить, имеются ли в национальных законах, подзаконных актах или административных положениях, касающихся наркотиков, неоправданные ограничения, препятствующие прописыванию или отпуску наркотических средств или психотропных веществ, или оказанию с использованием таких лекарственных средств медицинской помощи нуждающимся в них больным, или обеспечению их наличия и распределения в таких целях, и, при выявлении таких ограничений, внести необходимые поправки;

h) в целях содействия обеспечению наличия достаточного количества психотропных веществ на мировом уровне и в конкретных странах в соответствии с резолюцией 53/4 Комиссии по наркотическим средствам правительствам следует собирать наиболее достоверные статистические данные о потреблении психотропных веществ и своевременно представлять эту информацию Комитету;

i) правительствам следует всемерно сотрудничать с Комитетом в деле обеспечения наличия достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ; им следует изучать свои медицинские потребности в наркотических средствах и психотропных веществах, а также факторы, препятствующие обеспечению их доступности, сообщать Комитету о результатах этих усилий и о том, какую помощь мог бы оказать Комитет; им следует также сообщить Комитету о достигнутых успехах и потребностях в связи с выполнением настоящих рекомендаций

Рекомендации, касающиеся надлежащего использования

j) правительствам следует обеспечивать надлежащие обучение и подготовку медицинских работников и информировать их о разработанной ВОЗ методике обезболивания при раковых заболеваниях с помощью анальгетиков; им следует сообщать специалистам системы здравоохранения о юридических требованиях, касающихся прописывания и отпуска наркотических средств и психотропных веществ, и обеспечивать возможность обсуждения общих проблем;

k) правительствам следует проследить за тем, чтобы в учебную программу соответствующих факультетов университетов, медицинских и фармацевтических институтов,

средних медицинских учебных заведений и других образовательных учреждений системы здравоохранения входил подробный курс по проблеме злоупотребления психоактивными веществами и рациональному использованию психоактивных средств;

l) правительствам следует путем правового регулирования и мониторинга способствовать соблюдению этических норм в сфере торговли лекарственными средствами; им следует обеспечить высокие профессиональные стандарты лечения (диагностика, выбор метода лечения, назначение лекарственных средств);

m) правительствам следует просвещать население о надлежащем использовании наркотических средств и психотропных веществ и правильном применении фармакотерапии в сочетании с другими методами лечения, а также следует привлекать к активному участию в этих усилиях профессиональные организации и ассоциации потребителей;

n) правительствам следует создать комплексную систему регистрации и выдачи разрешений, производить тщательный отбор более безопасных и эффективных с точки зрения затрат лекарственных средств и надежных альтернативных методик лечения, а также поддерживать их применение;

o) правительствам следует также поощрять разработку и применение более действенных и безопасных лекарственных средств (практически или вовсе не вызывающих зависимости) вместо малоэффективных и небезопасных для здоровья лекарственных средств. Страны, столкнувшиеся с проблемами злоупотребления комплексными соединениями или изготавливаемыми по рецепту средствами, обязаны сделать все для принятия необходимых мер по борьбе с таким злоупотреблением.

Рекомендации, касающиеся национальных систем контроля

p) правительствам следует стремиться к тому, чтобы осуществлять пристальный надзор за снабжением и потреблением веществ, находящихся под международным контролем. Как показывает опыт, особое внимание следует уделять принятию надлежащего законодательства и созданию соответствующих административных механизмов, которые, при необходимости, корректировались бы с учетом новых тенденций и изменений;

q) правительствам следует обеспечить достаточно прочную государственную власть и контроль со стороны регулирующих органов над национальной системой лекарственного обеспечения, включая контроль над наркотическими средствами и психотропными веществами;

r) правительствам следует проводить инспекции изготовителей, экспортеров, импортеров, оптовых и розничных продавцов, а также проверку складских запасов и учетных записей и принимать соответствующие меры в отношении тех, кто не выполняет установленные юридические требования и не соблюдает профессиональные кодексы поведения. Необходимо должным образом регулировать и деятельность рыночных посредников, в частности брокеров;

s) правительствам надлежит обеспечить выделение достаточных финансовых и людских ресурсов для национальных органов наркоконтроля и других соответствующих ведомств и создавать возможности для наращивания потенциала их сотрудников;

t) правительствам надлежит проводить действенную политику борьбы с подделкой лекарственных средств и создать комплексную правовую основу для выделения деятельности, связанной с торговлей контрафактной продукцией, в состав серьезного уголовного преступления; страны-экспортеры должны регулировать экспорт лекарственных средств с целью предотвращения экспорта поддельных или недоброкачественных лекарственных средств;

u) правительствам следует ознакомиться с Типовыми руководящими принципами международного снабжения контролируруемыми лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи и использовать их наиболее эффективным образом.

Рекомендации, касающиеся предупреждения утечки и злоупотребления

v) правительствам следует обеспечить соблюдение действующего законодательства, с тем чтобы исключить вероятность незаконного изготовления, импорта или экспорта наркотических средств и психотропных веществ и их утечки на нерегулируемый рынок;

w) правительствам следует обеспечить более систематичный сбор данных о злоупотреблении лекарственными средствами рецептурного отпуска и, по возможности, охватить национальными обследованиями по проблеме злоупотребления наркотиками лекарственные средства, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, включив, при необходимости, конкретные группы веществ или конкретные наркотические средства и психотропные вещества;

x) учитывая международный характер этой проблемы и в целях поддержки усилий правоохранительных органов отдельных стран в вышеупомянутых областях, правительствам, а также региональным и международным организациям следует разработать межправительственные соглашения для проведения результативных совместных операций и соглашения и стандарты для применения на региональном уровне;

y) правительствам следует принять оперативные и эффективные меры для выполнения прежних рекомендаций Комитета относительно интернет-торговли и незаконного использования почты в целях контрабанды веществ, находящихся под международным контролем.

133. Для того чтобы обеспечить наличие достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ на мировом уровне, необходима поддержка мирового сообщества. В странах с низким уровнем потребления таких веществ прогресс, как правило, достигается небыстро. Рыночная конъюнктура и нынешняя система снабжения не позволяют обеспечить доступность необходимых лекарственных средств в странах с низким уровнем дохода. Экономическое и финансовое положение таких стран и несовершенство инфраструктуры системы здравоохранения являются препятствиями, которые эти страны не могут преодолеть самостоятельно. Прогресс может быть достигнут только на основе более последовательного гуманитарного подхода в рамках международной договорной системы. В некоторых странах такой подход может предусматривать оказание помощи в установлении более точных базовых исчислений и оценок медицинских потребностей и проведение консультаций с потенциальными поставщиками относительно партнерства на льготных условиях.

134. Комитет считает, что выполнение изложенных выше рекомендаций позволит добиться еще более существенного прогресса в деле обеспечения наличия достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских и научных целях. Комитет будет и далее изучать сложившееся положение и следить за тем, какие меры принимаются в связи с его рекомендациями. В целях содействия достижению прогресса Комитет будет и впредь:

a) контролировать годовые исчисления потребностей в наркотических средствах и оценки потребностей в психотропных веществах, представляемые правительствами, при необходимости вступать с ними в диалог в целях выявления дефицита и обеспечения того, чтобы годовые исчисления или оценки потребностей в наркотических средствах и психотропных веществах не были ни завышенными, ни заниженными;

b) обеспечивать оперативное утверждение дополнительных исчислений и обработку измененных оценок потребностей в психотропных веществах, представленных правительствами, в целях оказания им помощи в удовлетворении непредвиденных потребностей;

c) регулярно проводить обзор национальных и международных событий, способствующих повышению доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях, и включать обновленную информацию и выводы в свой годовой доклад;

d) побуждать правительства к созданию надлежащим образом контролируемых систем распределения лекарственных средств, позволяющих обеспечивать доступ пациентов медицинских учреждений и общества к наркотическим средствам и психотропным веществам;

e) сотрудничать с ЮНОДК в целях включения в типовое национальное законодательство о контроле над наркотическими средствами и психотропными веществами положений, отражающих обязательство обеспечивать наличие достаточного количества наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских и научных целях;

f) принимать меры в ответ на призыв Комиссии по наркотическим средствам, касающийся обеспечения наличия контролируемых на международном уровне веществ, и поддерживать Комиссию в ее усилиях, направленных на то, чтобы напоминать сторонам Конвенции 1961 года и Конвенции 1971 года об их соответствующих обязательствах;

g) сотрудничать с ВОЗ в целях оказания правительствам помощи в создании надлежащим образом контролируемых систем распределения лекарственных средств, позволяющих обеспечить пациентов больниц и общество необходимыми наркотическими средствами и психотропными веществами;

h) предупреждать международное сообщество о новых тенденциях в области злоупотребления лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропные вещества;

i) предупреждать международное сообщество о появлении новых методов незаконного оборота находящихся под международным контролем веществ;

j) оказывать правительствам поддержку в деле осуществления положений международных договоров о контроле над наркотиками и дополнительных мер контроля в соответствии с просьбами Экономического и Социального Совета, а также соответствующими руководящими указаниями Комитета.

Приложение I

Потребление опиоидных анальгетиков в регионах

Таблица 1

Уровни потребления наркотических средств: среднесуточное потребление наркотических средств в 2007-2009 годах с разбивкой по регионам

(Статистические условные суточные дозы на 1 млн. чел. в сутки)

Регион	Кодеин	Фентанил	Гидро- кодон	Гидро- морфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
Америка	31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320
<i>Северная Америка</i>	58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	28 536
<i>Южная Америка</i>	5	120	8	1	68	8	10	2	221
<i>Центральная Америка и Карибский бассейн</i>	<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
Океания	70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	5 510
Европа	32	3 707	6	104	398	288	11	689	5 236
Азия	2	72	1	<<	14	7	5	4	105
<i>Западная Азия</i>	2	123	-	<<	8	8	7	7	155
<i>Восточная и Юго- Восточная Азия</i>	3	102	<<	1	19	4	11	8	146
<i>Южная Азия</i>	<<	3	1	-	7	<<	1	4	17
Африка	4	22	<<	<<	10	<<	3	11	50

Примечание: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки

Таблица 2

Уровни потребления наркотических средств

А. Среднее потребление наркотических средств в Северной Америке, Южной Америке и Центральной Америке и Карибском бассейне, 2007-2009 годы
(Статистические условные суточные дозы на 1 млн. чел. в сутки)

Место в регионе	Место в Америке	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
Северная Америка												
1	1	1	Соединенные Штаты Америки	<<	9 904	20 066	673	2 060	5 962	88	734	39 487
2	2	2	Канада	783	9 432	253	2 909	2 080	4 932	151	92	20 632
3	21	91	Мексика ⁹	-	74	-	1	9	1	-	-	85
В среднем по региону: Северная Америка				58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	28 536
Южная Америка												
1	3	20	Фолклендские (Мальвинские) острова	369	2 347	-	-	452	-	31	1 084	4 283
2	6	52	Аргентина	14	103	42	-	250	12	2	20	443
3	8	55	Чили	69	198	-	-	108	5	7	1	388
4	9	57	Колумбия	-	188	34	4	42	24	1	-	295
5	12	61	Бразилия	<<	139	-	-	59	3	17	-	218
6	13	71	Уругвай	-	77	1	-	76	-	10	-	164
7	23	97	Венесуэла (Боливарианская Республика)	-	47	-	<<	9	14	1	-	71
8	25	105	Эквадор	-	50	-	-	7	5	-	-	62
9	26	106	Суринам	27	12	-	-	18	-	4	-	61
10	27	107	Перу	-	26	-	-	19	9	4	-	58
11	31	119	Парагвай	-	28	-	-	2	-	8	-	38
12	33	146	Гайана	2	4	-	-	3	-	1	-	10
13	34	159	Боливия (Много-национальное Государство)	-	<<	-	-	1	2	-	-	3
В среднем по региону: Южная Америка				5	120	8	1	68	8	10	2	221
Центральная Америка и Карибский бассейн												
1	4	29	Каймановы острова	18	1 465	181	32	89	714	408	2	2 909
2	5	41	Нидерландские Антильские острова	-	1 080	-	-	82	2	20	45	1 229
3	7	54	Острова Тёркс и Кайкос	2	133	-	-	10	151	57	39	392
4	10	58	Багамские Острова	8	8	-	-	40	96	140	-	292
5	11	59	Монтсеррат	223	<<	-	-	14	-	35	-	272

Место в регионе	Место в Америке	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Пептидин	Прочие	Всего
6	14	76	Тринидад и Тобаго ^a	-	17	-	-	42	-	78	-	137
7	15	79	Панама	-	104	-	-	7	-	8	-	119
8	16	83	Коста-Рика	-	41	-	-	61	-	2	-	104
9	17	84	Сент-Люсия	29	1	4	-	21	-	36	-	91
10	18	85	Сальвадор	-	48	3	-	4	19	16	-	90
11	19	87	Куба	-	44	-	-	36	-	6	2	88
12	20	89	Ямайка	2	14	-	-	30	-	40	-	86
13	21	91	Сент-Винсент и Гренадины	1	5	-	-	30	-	49	-	85
14	24	103	Гренада	7	4	-	-	14	-	31	7	63
15	28	114	Гватемала	-	16	21	-	4	4	3	<<	48
16	29	115	Доминика	-	1	-	-	7	-	38	-	46
17	30	118	Никарагуа	-	30	-	-	7	2	<<	-	39
18	32	129	Доминиканская Республика	-	15	-	-	8	1	<<	-	24
19	35	165	Гаити	<<	1	-	-	1	-	<<	-	2
В среднем по региону: Центральная Америка и Карибский бассейн				<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
Средний уровень: Америка				31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320

Примечания: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки.

По состоянию на 1 ноября 2010 года в Северной Америке следующая территория не представила каких-либо статистических сведений за рассматриваемые три года: *Бермудские острова*; в Центральной Америке и Карибском бассейне, следующие восемь стран и территорий либо не представили никаких статистических сведений, либо не представили никаких данных о потреблении за рассматриваемые три года: *Ангилья*, *Антигуа и Барбуда*, *Аруба*, *Барбадос*, *Белиз*, *Британские Виргинские острова*, *Гондурас* и *Сент-Китс и Невис*.

^a Расчеты основаны на данных, охватывающих только два года.

В. Среднее потребление наркотических средств в Океании, 2007-2009 годы
(Статистические условные суточные дозы на 1 млн. чел. в сутки)

Место в регионе	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Итого
1	13	Австралия	108	4 058	<<	64	1 381	2 367	31	4	8 013
2	24	Остров Норфолк	42	2 740	-	-	393	213	15	-	3 403
3	32	Новая Каледония	-	2 187	-	17	266	9	-	-	2 479
4	33	Новая Зеландия	-	637	-	<<	1 192	479	56	<<	2 364
5	36	Острова Уоллис и Футуна	135	823	-	-	18	-	-	1 161	2 137
6	38	Французская Полинезия	-	1 263	-	7	141	6	1	-	1 418
7	40	Остров Рождества	9	818	-	-	12	487	8	-	1 334
8	51	Палау	34	2	485	-	16	-	27	-	564
9	81	Острова Кука ^а	-	-	-	-	41	-	66	-	107
10	88	Тонга ^а	50	3	-	-	15	-	19	-	87
11	111	Науру ^б	5	13	-	-	14	-	21	-	53
12	120	Маршалловы острова ^б	-	7	-	-	15	-	11	-	33
13	123	Папуа-Новая Гвинея ^б	1	<<	-	-	15	-	15	-	31
		Вануату ^б	8	12	-	-	11	-	-	-	31
15	136	Самоа	-	1	-	-	7	-	7	-	15
В среднем по региону: Океания			70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	5 510

Примечания: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки.

По состоянию на 1 ноября 2010 года следующие шесть стран и территорий либо не представили никаких статистических сведений, либо не представили никаких данных о потреблении за рассматриваемые три года: Кокосовые (Килинг) острова, Фиджи, Кирибати, Микронезия (Федеративные Штаты), Соломоновы Острова и Тувалу.

^а Расчеты основаны на данных, охватывающих только два года.

^б Расчеты основаны на данных, охватывающих только один год.

С. Среднее потребление наркотических средств в Европе, 2007-2009 годы
(Статистические условные суточные дозы на 1 млн чел. в сутки)

Место в регионе	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Итого
1	3	Германия	1	12 772	41	615	619	836	14	4 421	19 319
2	4	Австрия	17	10 252	-	932	4 593	200	6	160	16 160
3	5	Бельгия	22	10 613	42	126	366	72	13	3 460	14 714
4	6	Дания	-	8 078	6	74	1 523	2 298	75	992	13 046
5	7	Швейцария	98	7 649	67	232	1 238	717	80	2 963	13 044
6	8	Исландия	4 818	5 607	-	48	919	249	8	841	12 490
7	9	Гибралтар	-	10 714	-	-	325	37	15	44	11 135
8	10	Нидерланды	-	6 460	-	31	377	470	9	839	8 186
9	11	Испания	-	7 702	-	53	180	107	22	8	8 072
10	12	Финляндия	35	6 861	-	17	107	1 023	3	12	8 058
11	14	Норвегия	16	5 284	6	12	810	1 225	32	241	7 626
12	15	Люксембург	3	5 266	<<	120	197	2	4	1 431	7 023
13	16	Швеция	-	4 763	<<	200	584	1 074	3	192	6 816
14	17	Франция	129	5 055	-	43	1 024	328	1	184	6 764
15	18	Словения	59	4 726	-	172	761	308	6	236	6 268
16	19	Ирландия	-	4 413	2	111	269	525	24	<<	5 344
17	21	Греция	<<	4 217	-	<<	14	<<	18	21	4 270
18	22	Соединенное Королевство	1	1 281	<<	36	1 114	914	33	276	3 655
19	25	Венгрия	24	2 925	<<	57	36	19	5	300	3 366
20	26	Чешская Республика	60	2 444	-	117	142	193	37	64	3 057
21	27	Словакия	3	2 884	-	32	37	51	8	6	3 021
22	28	Италия	-	2 479	-	26	78	118	5	220	2 926
23	30	Хорватия	397	2 121	-	9	51	30	4	<<	2 612
24	31	Польша	221	2 055	-	<<	171	1	20	23	2 491
25	34	Андорра	-	2 203	-	-	74	71	13	-	2 361
26	35	Португалия	89	1 454	-	6	601	-	11	5	2 166
27	37	Сербия	<<	1 285	-	21	21	<<	2	494	1 823
28	42	Литва	<<	999	-	-	75	<<	19	<<	1 093
29	44	Черногория	-	919	-	-	3	-	2	3	927
30	45	Латвия	2	734	-	-	57	7	6	14	820
31	46	Эстония	<<	555	-	-	112	113	24	1	805
32	47	Кипр	-	474	-	-	72	81	39	-	666
33	48	Босния и Герцеговина	1	460	-	-	17	-	<<	140	618
34	53	Болгария	-	95	-	-	197	31	8	81	412
35	56	Мальта	<<	67	-	<<	239	-	53	2	361
36	69	Румыния	-	93	-	1	34	40	5	-	173
37	74	Беларусь	-	118	-	-	14	-	-	24	156
38	81	Российская Федерация	<<	75	-	-	12	-	-	20	107

ДОКЛАД О НАЛИЧИИ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД МЕЖДУНАРОДНЫМ КОНТРОЛЕМ

Место в регионе	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Итого
39	98	Албания	-	28	-	-	20	-	3	18	69
40	101	Республика Молдова	-	30	-	-	27	-	-	9	66
41	122	Украина	13	11	-	-	6	-	-	2	32
42	127	Бывшая югославская Республика Македония	-	25	-	-	1	-	-	-	26
В среднем по региону: Европа			32	3 707	6	104	398	288	11	689	5 236

Примечание: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки.

D. Среднее потребление наркотических средств в Восточной и Юго-Восточной Азии, Южной Азии и Западной Азии, 2007-2009 годы
(Статистические условные суточные дозы на 1 млн чел. в сутки)

Место в регионе	Место в Азии	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
Восточная и Юго-Восточная Азия												
1	2	39	Республика Корея	15	1 079	16	26	50	128	15	13	1 342
2	3	43	Япония	25	805	-	-	76	98	3	16	1 023
3	6	62	Гонконг, Китай	<<	89	2	<<	86	<<	20	11	208
4	7	63	Сингапур	<<	127	<<	-	31	20	19	<<	197
5	13	73	Макао, Китай	-	100	-	-	42	<<	16	<<	158
6	15	80	Малайзия	-	60	-	-	33	5	18	<<	116
7	16	86	Бруней-Даруссалам	-	34	-	-	33	-	20	2	89
8	19	99	Китай	2	37	<<	<<	17	2	10	<<	68
9	20	100	Таиланд	<<	36	-	-	23	-	8	-	67
10	23	110	Монголия	2	6	-	-	47	-	-	1	56
11	26	125	Корейская Народно-Демократ. Республика	7	-	-	-	23	-	-	-	30
12	27	126	Вьетнам	-	17	-	-	8	-	4	-	29
13	35	145	Филиппины	-	4	-	<<	4	2	1	-	11
14	36	148	Индонезия	-	6	-	-	1	-	2	-	9
15	41	157	Камбоджа	1	3	-	-	2	-	<<	-	6
16	43	159	Лаосская Народно-Демократ. Республика ^o	-	1	<<	-	<<	-	2	-	3
17	47	179	Мьянма	<<	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
В среднем по региону: Восточная и Юго-Восточная Азия				3	102	<<	1	19	4	11	8	146
Южная Азия												
1	28	127	Шри-Ланка	-	3	-	-	16	-	7	-	26
2	29	130	Бутан ^b	7	1	-	-	3	-	10	-	21
3	30	134	Индия	-	4	1	-	8	<<	<<	4	17
4	34	144	Мальдивские Острова ^o	-	3	-	-	4	-	5	-	12
5	36	148	Непал	-	1	-	-	6	-	2	-	9
6	40	153	Бангладеш ^o	-	1	-	-	1	-	5	-	7
В среднем по региону: Южная Азия				<<	3	1	-	7	<<	1	4	17
Западная Азия												
1	1	23	Израиль	86	2 719	-	2	140	500	26	9	3 482
2	4	50	Турция	-	513	-	-	23	-	15	44	595
3	5	60	Бахрейн	2	131	-	-	47	-	51	-	231

ДОКЛАД О НАЛИЧИИ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД МЕЖДУНАРОДНЫМ КОНТРОЛЕМ

Место в регионе	Место в Азии	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
4	8	64	Саудовская Аравия ^a	22	132	-	1	16	2	22	<<	195
5	9	65	Кувейт	6	126	-	<<	13	5	41	-	191
6	10	66	Иордания	-	111	-	<<	43	-	32	-	186
7	11	67	Ливан	-	125	-	-	35	-	24	1	185
8	12	68	Объединенные Арабские Эмираты	<<	143	-	4	14	3	11	4	179
9	14	75	Катар	1	100	-	-	27	1	22	2	153
10	17	94	Грузия	<<	33	-	-	39	-	-	2	74
11	18	96	Сирийская Арабская Республика	-	23	-	-	3	35	11	-	72
12	21	102	Казахстан	<<	40	-	-	4	-	-	20	64
13	22	103	Оман	1	33	-	-	19	-	10	<<	63
14	24	115	Иран (Исламская Республика)	-	28	-	-	-	-	18	-	46
15	25	117	Армения	-	14	-	-	26	-	-	2	42
16	31	136	Азербайджан	-	11	-	-	2	-	-	2	15
			Туркменистан	<<	3	-	-	6	-	-	6	15
18	33	140	Кыргызстан	<<	9	-	-	2	-	-	3	14
19	36	148	Йемен	-	7	-	<<	1	-	1	-	9
20	39	151	Узбекистан	<<	3	-	-	3	-	-	2	8
21	41	157	Ирак ^b	-	1	-	-	1	-	4	-	6
22	43	159	Пакистан	-	2	-	-	1	-	<<	-	3
			Таджикистан	<<	2	-	-	<<	-	-	1	3
24	46	174	Афганистан ^b	-	<<	-	-	1	-	<<	-	1
В среднем по региону: Западная Азия				2	123	-	<<	8	8	7	7	155
Средний уровень: Азия				2	72	1	<<	14	7	5	4	105

Примечания: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки.

По состоянию на 1 ноября 2010 года в Восточной и Юго-Восточной Азии следующая страна не представила никаких статистических сведений за рассматриваемые три года: Тимор-Лешти.

^a Расчеты основаны на данных, охватывающих только два года.

^b Расчеты основаны на данных, охватывающих только один год.

Е. Среднее потребление наркотических средств в Африке, 2007-2009 годы
(Статистические условные суточные дозы на 1 млн чел. в сутки)

Место в регионе	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
1	49	Южная Африка	63	274	-	-	125	<<	32	106	600
2	70	Остров Св. Елены	77	26	-	-	38	-	26	-	167
3	72	Алжир	-	26	-	-	3	-	<<	133	162
4	77	Тунис	-	61	-	-	59	-	3	-	123
5	78	Сейшельские Острова	4	16	-	-	85	-	15	-	120
6	89	Ливийская Арабская Джамахирия ^a	<<	62	-	-	1	-	23	-	86
7	93	Маврикий ^a	-	15	-	-	24	-	36	-	75
8	95	Остров Вознесения ^a	-	21	-	-	14	-	38	-	73
9	107	Тристан-да-Кунья ^a	-	-	-	-	55	-	3	-	58
10	109	Намибия	<<	22	-	-	27	-	7	1	57
11	112	Кабо-Верде	-	37	-	-	9	-	3	-	49
		Египет	-	41	<<	<<	4	<<	4	-	49
13	120	Марокко	-	26	-	-	7	-	-	-	33
14	130	Ботсвана	-	1	-	-	15	-	5	<<	21
15	132	Уганда ^a	5	-	-	-	13	-	1	-	19
16	133	Зимбабве ^a	-	1	-	-	6	-	8	3	18
17	135	Кения	-	1	-	-	6	-	6	3	16
18	136	Гана	-	<<	-	-	1	-	14	-	15
19	140	Замбия	-	<<	-	-	4	-	10	-	14
20	142	Мадагаскар	-	1	-	-	<<	-	-	12	13
		Малави	<<	<<	-	-	5	-	8	-	13
22	146	Габон ^b	-	10	-	-	<<	-	<<	-	10
23	151	Лесото ^a	-	1	-	-	<<	-	7	-	8
24	153	Демократ. Республика Конго	4	<<	-	-	2	-	<<	-	7
		Мозамбик	-	2	-	-	4	-	1	-	7
		Сан-Томе и Принсипи	-	7	-	-	<<	-	-	-	7
27	159	Мавритания ^a	-	3	-	-	<<	-	-	-	3
		Сенегал ^a	-	1	-	-	2	-	-	-	3
29	165	Ангола ^a	-	1	-	-	<<	-	<<	-	2
		Бенин	-	1	-	-	<<	-	1	-	2
		Кот-д'Ивуар	-	2	-	-	<<	-	-	-	2
		Эритрея	1	-	-	-	<<	-	1	-	2
		Эфиопия ^a	<<	<<	-	-	1	-	1	-	2
		Нигер	<<	2	-	-	<<	-	<<	-	2

ДОКЛАД О НАЛИЧИИ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД МЕЖДУНАРОДНЫМ КОНТРОЛЕМ

Место в регионе	Место в мире	Страна или территория	Кодеин	Фентанил	Гидрокодон	Гидроморфон	Морфин	Оксикодон	Петидин	Прочие	Всего
		Сьерра-Леоне ^b	2	<<	-	-	<<	-	<<	-	2
		Того	-	1	-	-	<<	-	1	-	2
37	174	Буркина-Фасо	-	1	-	-	<<	-	<<	-	1
		Бурунди ^a	<<	<<	-	-	<<	-	1	-	1
		Коморские острова ^b	-	-	-	-	<<	-	1	-	1
		Судан	-	<<	-	-	<<	-	1	-	1
		Камерун ^a	-	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
41	179	Чад ^b	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Мали ^a	-	<<	-	-	<<	-	-	-	<<
		Нигерия	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Руанда	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Объединенная Республика Танзания	-	-	-	-	<<	-	-	<<	<<
		В среднем по региону: Африка	4	22	<<	<<	10	<<	3	11	50

Примечания: знак "<<" обозначает количество менее 1 статистической условной суточной дозы на 1 млн. чел. в сутки.

По состоянию на 1 ноября 2010 года следующие 10 стран не представили никаких статистических сведений или не представили никаких данных о потреблении за рассматриваемые три года: Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, Конго, Либерия, Свазиленд, Сомали, Центральноафриканская Республика и Экваториальная Гвинея.

^a Расчеты основаны на данных, охватывающих только два года

^b Расчеты основаны на данных, охватывающих только один год.

Приложение II

Совместное письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

24 августа 2001 года

Уважаемые коллеги,

Время от времени вам, как к координаторам-резидентам системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне, предлагается оказывать содействие органам и организациям системы Организации Объединенных Наций в их работе и в решении волнующих их проблем. Мы обращаемся к вам за содействием и помощью в решении некоторых вопросов и проблем, имеющих большое значение для Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН).

МККН – это независимый и квазисудебный орган, который следит за осуществлением международных договоров о контроле над наркотиками. Комитет является договорным органом, учрежденным в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года, и в его состав входят 13 членов, которые избираются Экономическим и Социальным Советом и выполняют свои функции в личном качестве, а не в качестве представителей их соответствующих правительств. Членами Комитета являются специалисты, представляющие различные направления в области решения проблемы наркотиков, и в настоящее время в их число входят старшие должностные лица полиции/правоохранительных органов, бывшие дипломаты, опытные врачи-практики, видные исследователи и другие лица подобного ранга. Конвенция 1961 года предусматривает, что обслуживание Комитета Секретариатом предоставляется Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций, в связи с чем Секретарь Комитета и его сотрудники являются административным подразделением расположенной в Вене, Австрия, Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) и отчитываются перед Комитетом по всем существенным вопросам. В соответствии с Конвенцией Комитету поручено ограничивать изготовление и использование наркотиков и торговлю ими медицинскими и научными целями. Соответственно Комитету предоставлены регулирующие и квазисудебные полномочия, касающиеся изготовления медицинских средств, содержащих вещества, находящиеся под международным контролем, и торговли ими. Комитет и его сотрудники ведут также мониторинг международной торговли химическими веществами, которые часто используются при незаконном изготовлении наркотиков.

В ежегодном докладе Комитета за 1999 год подчеркивалось, что во многих развивающихся странах сильнодействующие болеутоляющие лекарственные средства имеются в ограниченном количестве или вообще отсутствуют. Например, это непосредственно касается тех стран, в которых наблюдается высокий уровень распространения раковых заболеваний и СПИДа и в которых нередко отсутствуют основные лекарственные средства, предназначенные для снятия сильной боли, возникающей при этих заболеваниях. Поэтому мы настоятельно призываем вас учитывать эти проблемы при определении будущих приоритетов в рамках программ развития системы здравоохранения. Мы также настоятельно призываем вас иметь в виду этот вопрос при обсуждении вами вопросов здравоохранения и развития с правительством, донорами и неправительственными организациями в стране вашей деятельности.

Кроме того, МККН периодически направляет миссии в страны, охваченные нашими программами. Цель этих миссий, в состав которых, как правило, входят один или два члена Комитета и член расположенного в Вене секретариата, определяется по-разному в зависимости от конкретной страны и может заключаться в решении разных задач, от поощрения присоединения к одному или нескольким международным договорам о контроле над наркотиками до внимательного изучения хода осуществления договоров и сбора фактов. Мы настоятельно призываем всех вас оказывать всестороннее содействие этим миссиям и проводить с их участниками встречи для обсуждения проблем наркотиков в стране вашей деятельности.

Наконец, Комитет выпускает, как правило в конце февраля, ежегодный доклад, содержащий оценку состояния проблемы наркотиков в мире в контексте международных конвенций о контроле над наркотиками и информацию о деятельности за предшествующий год. Комитет будет весьма признателен за оказание ему помощи в подготовке этого доклада.

Мы рассчитываем на ваше сотрудничество и участие в качестве координаторов-резидентов системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне в этих областях деятельности, в которых наш общий опыт и знания в деле обеспечения развития и осуществления международных конвенций о наркотиках помогут добиться необходимых перемен.



Марк Маллок Браун
Председатель
Группа Организации
Объединенных Наций
по вопросам развития



Хамид Годсе
Председатель
Международный комитет
по контролю над наркотиками

Приложение III

Последующее совместное письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

24 февраля 2005 года

Уважаемые координаторы-резиденты,

Вы как координаторы-резиденты системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне призваны оказывать содействие органам и организациям системы ООН в их работе и в решении волнующих их вопросов. Как и в 2001 году, мы вновь с удовольствием хотели бы ознакомить Вас с деятельностью Международного комитета по контролю над наркотиками и вновь призвать Вас оказывать поддержку и содействие в решении вопросов и проблем, которыми занимается Комитет.

Международный комитет по контролю над наркотиками – это договорный орган, учрежденный в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года для наблюдения за ходом осуществления международных договоров о контроле над наркотиками. В состав этого независимого и квазисудебного органа входят 13 членов, которые избираются ЭКОСОС и выполняют свои функции в личном качестве, а не в качестве представителей их соответствующих правительств. Членами Комитета являются видные эксперты в различных областях контроля. В нынешний состав Комитета входят старшие должностные лица правоохранительных органов, бывшие дипломаты, опытные врачи-практики и фармацевты, специалисты по сокращению спроса и видные ученые и исследователи.

В своей работе Комитет опирается на помощь Секретариата, предоставленного Генеральным секретарем ООН и возглавляемого Секретарем. Секретариат и Секретарь Комитета, а также его коллеги в административном отношении входят в состав расположенного в Вене Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК). Вместе с тем Секретарь отвечает перед Комитетом по всем существенным вопросам.

В соответствии с Конвенцией Комитету поручено ограничивать изготовление и использование наркотических средств и торговлю ими медицинскими и научными целями. Соответственно Комитету предоставлены регулирующие и квазисудебные полномочия, касающиеся изготовления лекарственных средств, содержащих вещества, находящиеся под международным контролем, и торговли ими. После вступления в силу Конвенции 1988 года Комитет занимается также мониторингом международной торговли химическими веществами, которые часто используются при незаконном изготовлении наркотиков.

К числу конкретных областей сотрудничества, к участию в котором мы призываем вас как координаторов-резидентов, относятся:

Миссии на местах: для поддержания диалога на страновом уровне Комитет ежегодно направляет в различные регионы мира порядка 20 миссий. Цель этих миссий, в состав которых, как правило, входят один или два члена Комитета и сотрудник расположенного в Вене Секретариата, определяется по-разному, в зависимости от конкретной страны, но обычно заключается в решении установленного круга задач – от поощрения государств к присоединению к международным договорам о контроле над наркотиками до внимательного изучения хода осуществления этих договоров правительствами..

Материально-техническая часть подготовки и организации этих миссий обычно осуществляется в сотрудничестве с правительствами и ЮНОДК. Тем не менее во многих местах требуется ваше содействие либо в налаживании работы миссии, либо в подробном ознакомлении членов миссии МККН с состоянием проблемы наркотиков в стране вашей деятельности.

Распространение информации о выводах Комитета: информация о выводах, сформулированных в докладах Комитета, распространяется по всему миру среди широкой общественности по национальным и международным каналам. МККН может обратиться к вам с просьбой об оказании содействия в этой работе.

Практические программы: рассматриваемые Комитетом вопросы служат основой для разработки стратегических и практических программ в области контроля над наркотиками и решения связанных с этим проблем. Примерами вопросов, которыми в последнее время занимался Комитет, являются, в частности, доступность и наличие наркотических средств для медицинских целей, особенно в развивающихся странах, а также воздействие запрещенных наркотиков на экономическое развитие и комплексная взаимосвязь между злоупотреблением наркотиками, преступностью и насилием на уровне общин. Как вы можете убедиться, эти вопросы имеют непосредственное отношение к мандату ПРООН. Поскольку вы являетесь представителями-резидентами ПРООН и координаторами-резидентами Организации Объединенных Наций, мы просим вас рассмотреть возможность включения этих вопросов в будущие первоочередные направления программ в области развития и обратить на них внимание при проведении вами обсуждений с правительством, донорами и неправительственными организациями в стране вашей деятельности.

Мы рассчитываем на ваше сотрудничество и участие в качестве координаторов-резидентов системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне в этих областях деятельности, в которых наш общий опыт и знания в деле обеспечения развития и международного контроля над наркотиками помогут добиться необходимых перемен.



Марк Маллок Браун
Председатель
Группа Организации
Объединенных Наций
по вопросам развития



Хамид Годсе
Председатель
Международный комитет
по контролю над наркотиками

Приложение IV

Письмо Председателя Международного комитета по контролю над наркотиками в адрес всех стран

UNITED NATIONS
INTERNATIONAL
NARCOTICS
CONTROL BOARD

INCB



OICS

NATIONS UNIES ORGANE
INTERNATIONAL DE
CONTRÔLE DES
STUPÉFIANTS

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria
Telephone: +43-1-26060, Telefax: +43-1-26060-5867/5868, Telex: 135612 uno a
E-Mail: secretariat@incb.org Internet Address: <http://www.incb.org/>

Reference: INCB 114 (3) & 121 & 141
Решение: 84/53

24 апреля 2006 года
CU 2006/74

Ваше Превосходительство,

От имени Международного комитета Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками (МККН) имею честь сослаться на обязанности Комитета согласно международным договорам о контроле над наркотиками, которые заключаются в оказании содействия правительствам в соблюдении этих договоров и в наблюдении за функционированием системы международного контроля.

Заключенные почти век назад международные конвенции о контроле над наркотиками относятся к числу старейших международных конвенций, ратифицированных большинством стран. Сформулированные в них международные обязательства служат руководством для принятия внутреннего законодательства. Цель этих конвенций заключается в обеспечении баланса между надлежащим использованием наркотических средств и психотропных веществ и их нежелательными последствиями, такими как злоупотребление и зависимость. В этой связи основным назначением конвенций является ограничение использования этих средств и веществ медицинскими и научными целями. В последние несколько лет Комитет обращает внимание правительств на тот факт, что помимо международного контроля над производством/ изготовлением и международной торговлей, существует необходимость в содействии решению других аспектов профилактики, касающихся, в частности, сокращения спроса, с тем чтобы действительно не допустить расширения масштабов злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них.

Важную роль в этих усилиях могут сыграть специалисты в области здравоохранения, обеспечивающие необходимый баланс между ожидаемыми выгодами и рисками и надлежащее использование наркотических средств и психотропных веществ с учетом соответствующих рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о рациональном использовании психоактивных средств. Вместе с тем доступность этих весьма эффективных лекарственных средств для нуждающихся в них больных ограничивается по целому ряду различных причин, о которых говорится в докладе Комитета за 1999 год. Чрезмерное потребление психоактивных средств в некоторых странах создает другие проблемы, и этот аспект подробно освещается в докладе Комитета за 2000 год. Например, на долю всего лишь шести стран приходится 80 процентов потребления законно производимых болеутоляющих наркотических средств, в то время как для 80 процентов населения мира эти наркотические средства почти или вообще недоступны.

Высшие учебные заведения располагают широкими возможностями для понимания различных факторов, воздействующих на здоровье, а значит и на развитие человеческого потенциала, и выявления средств, при помощи которых такое развитие может использоваться для повышения качества жизни. В этой связи Комитет считает, что важнейшее значение имеют обучение и подготовка специалистов медицинского профиля и, при необходимости, специалистов в области права и регулирования, а также социальных и поведенческих наук.

В этом отношении высшие учебные заведения несомненно играют заметную ведущую роль не только в силу того, что они осуществляют исследовательскую и информационно-пропагандистскую деятельность, но и в связи с тем, что они включают соответствующие темы в свои учебные программы для студентов и аспирантов.

Комитет просил меня довести эти соображения до сведения вашего правительства. В частности, Комитет хотел бы призвать ваше правительство принять меры для включения темы о рациональном использовании психоактивных средств в медицинских целях и рисках, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами и наркозависимостью, в учебные планы соответствующих факультетов высших учебных заведений с учетом необходимости выработки согласованных программ в различных областях исследований. Последовательные меры в этой области могли бы также охватывать вопросы недопустимого употребления алкоголя и табака и злоупотребления ими, хотя эти вопросы выходят за рамки мандата Комитета. Комитет любезно просит Вас довести эту информацию до сведения министра высшего образования, ректоров высших учебных заведений и других министерств для ее рассмотрения.

Комитет и его секретариат рады предоставить в распоряжение вашего правительства и ваших учебных заведений экземпляры ежегодных докладов и публикаций МККН для облегчения разработки таких учебных планов.

В приложении к настоящему письму направляю Вам для ознакомления брошюру с информацией о Комитете и его функциях.

Примите, Ваше Превосходительство, заверения в моем самом высоком уважении.



Хамид Годсе
Председатель
Международного комитета
по контролю над наркотиками

Международный комитет по контролю над наркотиками

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН), учрежденный в соответствии с международным договором, является независимым квазисудебным органом по контролю за выполнением международных договоров о контроле над наркотиками. Он является преемником органов, учрежденных в соответствии с прежними договорами о контроле над наркотиками еще во времена Лиги Наций.

Состав Комитета

МККН состоит из 13 членов, избираемых Экономическим и Социальным Советом, которые работают в своем личном качестве, а не как представители государств (нынешний состав МККН см. в приложении II к настоящей публикации). Три члена с медицинским, фармакологическим или фармацевтическим опытом избираются из списка лиц, указанных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а десять членов – из списка лиц, указанных правительствами. Членами Комитета являются лица, которые в силу своей компетентности, беспристрастности и незаинтересованности пользуются общим доверием. Совет в консультации с Комитетом принимает все необходимые меры для обеспечения полной технической независимости Комитета при выполнении им своих функций. У МККН имеется секретариат, который оказывает ему содействие в осуществлении определенных договорами функций. В административном отношении секретариат МККН является подразделением Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, однако по вопросам существа он подотчетен лишь Комитету. МККН тесно сотрудничает с Управлением в рамках процедур, утвержденных Советом в его резолюции 1991/48. МККН сотрудничает и с другими международными органами, которые занимаются вопросами контроля над наркотиками, включая не только Совет и его Комиссию по наркотическим средствам, но и соответствующие специализированные учреждения Организации Объединенных Наций, в частности ВОЗ. Он сотрудничает также с организациями, не входящими в систему Организации Объединенных Наций, особенно с Международной организацией уголовной полиции (Интерпол) и Всемирной таможенной организацией.

Функции Комитета

Функции МККН закреплены в следующих договорах: Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года; Конвенции о психотропных веществах 1971 года; Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. В основном Комитет занимается следующими вопросами:

a) что касается законного изготовления наркотиков, торговли ими и их использования, то МККН, в сотрудничестве с правительствами, стремится обеспечить достаточное предложение наркотиков для медицинских и научных целей и предотвратить их утечку из законных источников в каналы незаконного оборота. МККН следит также за деятельностью национальных механизмов контроля над химическими веществами, используемыми при незаконном изготовлении наркотиков, и оказывает правительствам помощь в предотвращении утечки этих веществ в сферу незаконного оборота;

b) что касается незаконного изготовления, оборота и использования наркотиков, то МККН выявляет недостатки в национальных и международных системах контроля и содействует их устранению. МККН несет также ответственность за проведение оценки химических веществ, которые используются при незаконном изготовлении наркотиков, с тем чтобы определить целесообразность распространения на них международного контроля.

Выполняя свои обязанности, МККН:

a) обеспечивает функционирование системы исчисления потребностей в наркотических средствах и добровольной системы оценки потребностей в психотропных веществах и осуществляет контроль за законной деятельностью, связанной с наркотиками, с помощью системы представления статистических сведений с целью оказания правительствам помощи в достижении, в частности, баланса между предложением и спросом;

b) следит за принимаемыми правительствами мерами по предотвращению утечки веществ, часто используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, и оказывает им содействие, а также осуществляет оценку таких веществ с точки зрения возможного изменения сферы применения контроля над веществами, включенными в таблицы I и II Конвенции 1988 года;

c) анализирует информацию, представляемую правительствами, органами системы Организации Объединенных Наций, специализированными учреждениями или другими компетентными международными организациями, с целью обеспечения надлежащего выполнения государствами положений международных договоров о контроле над наркотиками и рекомендует необходимые меры для исправления положения;

d) поддерживает постоянный диалог с правительствами для оказания им помощи в выполнении своих обязательств в соответствии с международными договорами о контроле над наркотиками и с этой целью дает, в случае необходимости, рекомендации относительно оказания технической или финансовой помощи.

МККН надлежит запрашивать объяснения в случае явного нарушения договоров, предлагать правительствам государств, не в полном объеме применяющих положения договоров или испытывающих трудности в их применении, принимать соответствующие меры для исправления положения и, в случае необходимости, оказывать им помощь в преодолении таких трудностей. Однако, если МККН считает, что меры, необходимые для исправления сложившейся серьезной ситуации, не приняты, он может обратиться на это внимание соответствующих сторон, Комиссии по наркотическим средствам и Экономического и Социального Совета. В крайнем случае МККН, в соответствии с положениями договоров, может рекомендовать сторонам приостановить импорт наркотиков из страны, не выполняющей свои обязательства, и/или экспорт наркотиков в такую страну. Во всех случаях МККН действует в тесном сотрудничестве с правительствами.

МККН оказывает содействие национальным органам власти в выполнении ими своих обязательств в соответствии с конвенциями. С этой целью он организует региональные учебные семинары и программы подготовки для руководителей органов наркоконтроля и участвует в их работе.

Доклады

Согласно международным договорам о контроле над наркотиками, МККН должен ежегодно представлять доклад о своей работе. В годовой доклад включается анализ положения в области контроля над наркотиками во всем мире, с тем чтобы информировать правительства о сложившихся и возможных ситуациях, которые могут поставить под угрозу достижение целей международных договоров о контроле над наркотиками. МККН обращает внимание правительств на пробелы и недостатки в национальных системах контроля и в соблюдении договоров; он также вносит предложения и делает рекомендации в целях улучшения положения как на национальном, так и на международном уровне. Годовой доклад готовится на основе информации, предоставляемой правительствами Комитету, учреждениям системы Организации Объединенных Наций и другим организациям. Используются также сведения, поступающие по линии других международных организаций, например Интерпола и Всемирной таможенной организации, а также от региональных организаций.

Годовой доклад МККН дополняется подробными тематическими докладами. В них содержатся данные о законном передвижении наркотических средств и психотропных веществ, необходимых для медицинских и научных целей, а также подготовленный МККН анализ этих данных. Такие сведения необходимы для надлежащего функционирования системы контроля за законным передвижением наркотических средств и психотропных веществ, в том числе для предотвращения их утечки в каналы незаконного оборота. Кроме того, согласно положениям статьи 12 Конвенции 1988 года, МККН ежегодно представляет Комиссии по наркотическим средствам доклад о выполнении указанной статьи. Этот доклад, в котором излагаются результаты мониторинга прекурсоров и химических веществ, часто используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, также издается в качестве приложения к годовому докладу.

Начиная с 1992 года первая глава годового доклада посвящается какому-то конкретному вопросу контроля над наркотиками, в связи с которым МККН представляет свои выводы и рекомендации для содействия обсуждению вопросов политики и принятию решений в области контроля над наркотиками на национальном, региональном и международном уровнях. В предыдущих годовых докладах рассматривались следующие темы:

- 1992 год: Легализация использования наркотиков в немедицинских целях
- 1993 год: Важность сокращения спроса
- 1994 год: Оценка эффективности международных договоров о контроле над наркотиками
- 1995 год: Уделение первоочередного внимания задаче борьбы с отмыванием денег
- 1996 год: Злоупотребление наркотиками и система уголовного правосудия
- 1997 год: Предупреждение злоупотребления наркотиками в условиях пропаганды незаконных наркотиков
- 1998 год: Международный контроль над наркотиками: прошлое, настоящее и будущее
- 1999 год: Освобождение от боли и страданий
- 2000 год: Чрезмерное потребление лекарственных средств, находящихся под международным контролем
- 2001 год: Глобализация и новые технологии: задачи органов по обеспечению соблюдения законов о наркотиках в XXI веке
- 2002 год: Незаконные наркотики и экономическое развитие
- 2003 год: Наркотики, преступность и насилие – их влияние на общество на микроуровне
- 2004 год: Объединение стратегий сокращения спроса и предложения – выход за рамки сбалансированного подхода
- 2005 год: Альтернативное развитие и законные средства к существованию
- 2006 год: Средства, находящиеся под международным контролем, и нерегулируемый рынок
- 2007 год: Принцип соразмерности и связанные с наркотиками правонарушения
- 2008 год: Международные конвенции о контроле над наркотиками: история, достижения и проблемы
- 2009 год: Первичная профилактика злоупотребления наркотиками

Глава I доклада Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год озаглавлена "Наркотики и коррупция".

В главе II анализируется функционирование международной системы контроля над наркотиками прежде всего на основе информации, которую правительства должны представлять непосредственно МККН в соответствии с международными договорами о контроле над наркотиками. Основное внимание уделяется положению в мире в области контроля за всей законной деятельностью, связанной с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также химическими веществами, используемыми при незаконном изготовлении таких наркотиков.

В главе III сообщается о некоторых наиболее серьезных изменениях в сфере злоупотребления наркотиками и их незаконного оборота, а также о мерах по выполнению положений международных договоров о контроле над наркотиками, принимаемых правительствами с целью решения этих проблем.

В главе IV представлены основные рекомендации МККН в адрес правительств, Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, ВОЗ и других соответствующих международных и региональных организаций.

Система Организации Объединенных Наций, органы контроля над наркотиками и их секретариат



كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Издание Организации Объединенных Наций
Отпечатано в Австрии

В продаже под № R.11.XI.7
E/INCB/2010/1/Supp.1



V.10-58067—February 2011—610

USD 12
ISBN 978-92-1-048766-5

