

7 skyrius

**UŽKREČIAMOSIOS LIGOS, KITI
SVEIKATOS SUTRIKIMAI IR MIRTYS,
SUSIJUSIOS SU NARKOTINIŲ IR
PSICHOTROPINIŲ MEDŽIAGŲ
VARTOJIMU**

7. UŽKREČIAMOSIOS LIGOS, KITI SVEIKATOS SUTRIKIMAI IR MIRTYS, SUSIJUSIOS SU NARKOTINIŲ IR PSICHOTROPINIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMU

Tokios užkrečiamosios ligos kaip ŽIV ir virusinis B ir C hepatitas yra glaudžiai susijusios su narkotikų vartojimu. Šios ligos yra vieni sunkiausių narkotikų vartojimo padarinių sveikatai. Jų gydymas gali turėti didžiausią ekonominį poveikį sveikatos priežiūros sistemai iš visų narkotikų vartojimo pasekmių, netgi tose šalyse, kur ŽIV paplitimas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų¹ nėra aukštas (ENNSC, 2006).

Skyriuje pateikiami užregistruoti ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos atvejai, susirgimo ūminiu virusiniu B ir C hepatitu atvejai bei jų epidemiologiniai ypatumai, susiję su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu. Sergamumo ūminiu virusiniu B ir C hepatitu duomenis kaupia ir analizuoja Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos atvejus registruoja Lietuvos AIDS centras.

7.1. Užregistruoti užkrečiamųjų ligų atvejai

ŽIV nešiojimas ir ŽIV liga Lietuvoje

Informacijos šaltinis: Lietuvos AIDS centras

2006 metais Lietuvoje diagnozuota 100 naujų užsikrėtimo žmogaus imunodeficito virusu (toliau – ŽIV) atvejų (žr. 7.1. pav.). Tai 20 asmenų mažiau negu pernai (2005 m. – 120, 2004 m. – 135). Dauguma – 88 naujų ŽIV užsikrėtimų – nustatyta vyrams, 22 – moterims. Iš viso nuo 1988 metų, kai Lietuvoje buvo diagnozuotas pirmas ŽIV užsikrėtęs žmogus, iki 2006 m. sausio 1 d. mūsų šalyje diagnozuota 1200 ŽIV infe-

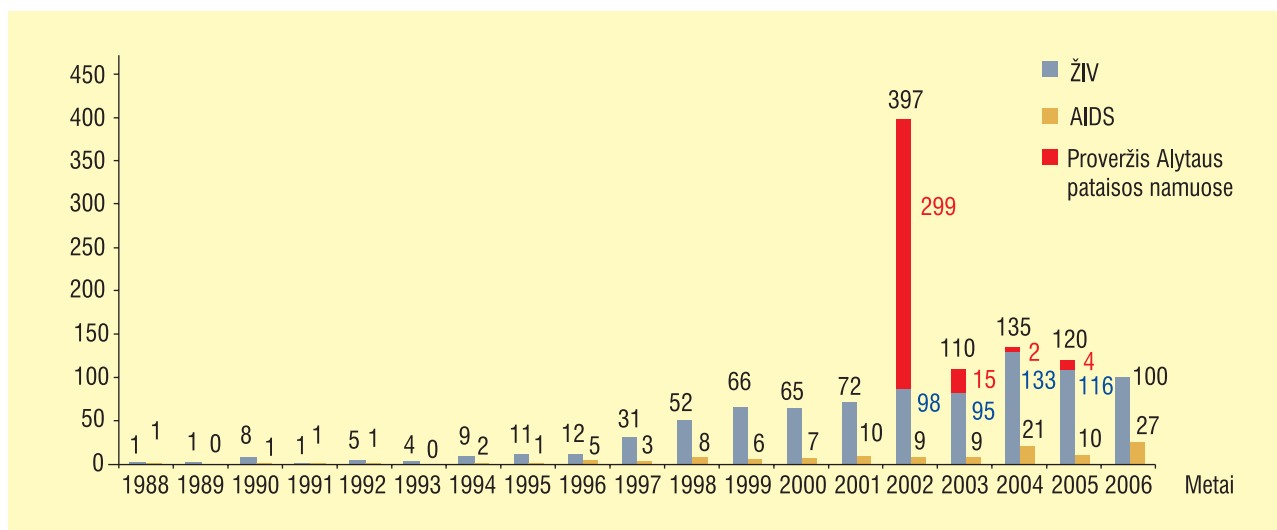
kuotų asmenų. ŽIV infekuotų vyrų yra 7 kartus daugiau nei moterų. Tačiau kasmet sąlygiškai vis daugiau užsikrečia moterų. Santykis tarp naujai ŽIV užsikrėtusių vyrų ir moterų mažėja, t. y. 2002 metais jis buvo 12:1, 2003 m. – 7:1, 2004 m. – 5:1, 2005 m. sumažėjo iki 3:1, o 2006 m. sudarė 3,5:1.

Daugiausia 2006 metais ŽIV užsikrėtė švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys (62 proc.), tačiau palyginti su 2005 metais tokių buvo 8 proc. mažiau – 70,8 proc. (žr. 7.2. paveikslą). Pastaruosius trejus metus pastebima tendencija, kad vis daugiau žmonių užsikrečia ŽIV infekcija per lytinius santykius. Per heteroseksualinius santykius 2006 m. užsikrėtė 15 asmenų (2005 m. – 20, 2004 m. – 24, 2003 m. – 13, 2002 m. – 6, 2001 m. – 7, 2000 m. – 6 asmenys): 8 moterys ir 7 vyrai.

Naujai išaiškintų ŽIV infekuotų vyrų amžiaus vidurkis kasmet jaunėja: vyrų amžiaus vidurkis infekcijos nustatymo metu siekė 31 metus (2004 m. – 32, 2003 m. – 34).

Pagal apskritis 2006 m. (kaip ir ankstesniais metais) daugiausia – 40 naujų ŽIV infekcijos atvejų – nustatyta Klaipėdos apskrityje, iš šių atvejų daugelis asmenų (77 proc.) užsikrėtė vartodami švirkščiamuosius narkotikus. Vilniaus apskrityje 2006 m. išaiškinta 20 ŽIV infekcijos atvejų (2005 m. – 20), Kauno apskr. – 12, Šiaulių apskr. – 6, Panevėžio apskr. – 3, Alytaus apskr. – 6, Telšių apskr. – 1, Utenos apskr. – 5, Tauragės apskr. – 1 atvejais. Marijampolės apskrityje naujų ŽIV infekcijos atvejų nenustatyta.

7.1. pav. Naujų ŽIV/ AIDS atvejų dinamika Lietuvoje



¹ Švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys – tai asmenys, kurie ne gydymo tikslais švirkščiasi narkotines ir psichotropines medžiagas į veną, raumenis, poodį bei dėl savo rizikingos elgsenos patiria didžiausią grėsmę užsikrėsti plintančiomis per kraują (ŽIV, virusinis B, C hepatitas), lytiškai plintančiomis infekcijomis ir tuberkulioze.

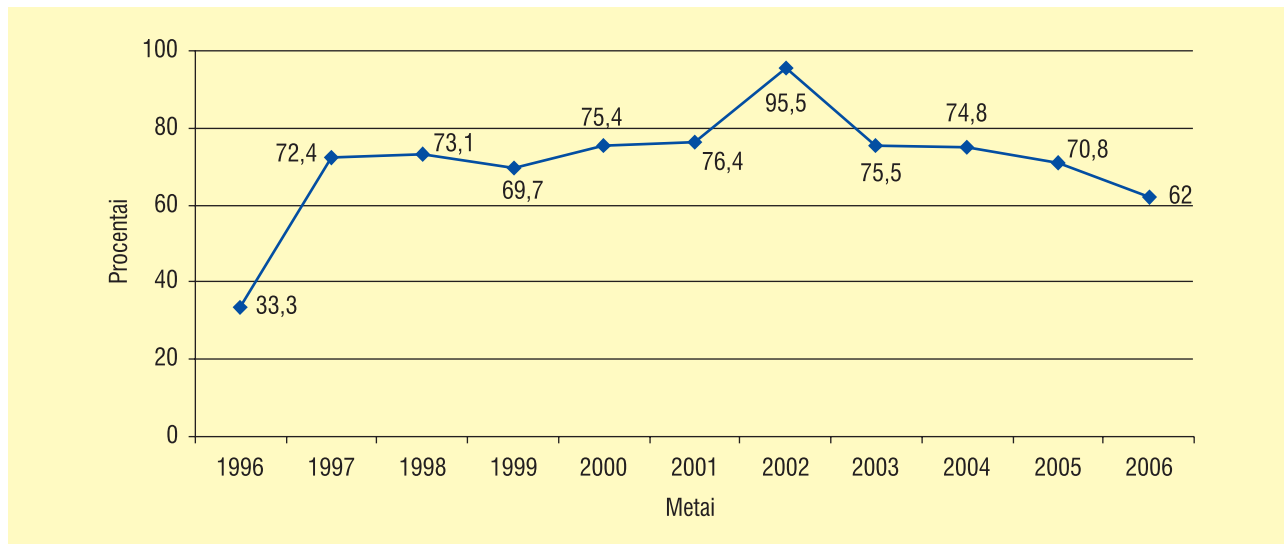
Daugiausia užsikrėtusių ŽIV žmonių yra tarp Klaipėdos apskrities gyventojų (380), antroje vietoje Vilniaus (203), toliau Kauno (64), Šiaulių (57), Telšių (45), Alytaus (22), Panevėžio (15), Marijampolės (14), Utenos (10), Tauragės (6) apskritys. Išsamesnis ŽIV infekcijos pasiskirstymas pagal miestus parodytas 7.3. paveiksle.

Pagal miestus 2006 metų pradžioje aukščiausias ŽIV paplitimo rodiklis buvo: Klaipėdoje – 154,28, toliau eina Mažeikiai – 59,24, Druskininkai – 36,36, Vilnius – 24,93, Šiauliai – 28,67, Marijampolė – 12,94,

Kaunas – 10,26 atv. / 100 tūkst. gyventojų. Bendrą ŽIV infekcijos paplitimo rodiklį Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų 2006 m. sudarė 29,41, 2005 m. – 26,13, 2004 m. – 22,78 atvejo. Latvijoje tas pats rodiklis 2005 metais buvo 144, Estijoje – 376, Lenkijoje – 25,4, Baltarusijoje – 72 atv. / 100 tūkst. gyventojų.

2006 m. nustatyta 27 toli pažengusios ŽIV infekcijos – AIDS atvejai, nuo šios ligos mirė 5 asmenys. Iš viso Lietuvoje AIDS diagnozuota 125 žmonėms (108 vyrams ir 17 moterų), nuo 1988 m. mirė 112 ŽIV užsikrėtusių asmenų.

7.2. pav. Asmenų, kurie užsikrėtė ŽIV vartodami švirkščiamuosius narkotikus, dalis iš visų naujai užregistruotų ŽIV atvejų 1996–2006 metais



Informacijos šaltinis: Lietuvos AIDS centro duomenys, 2006

7.3. pav. ŽIV pasiskirstymas Lietuvos miestuose



Informacijos šaltinis: Lietuvos AIDS centro 2006 m. duomenys

Pastaba:
Alytaus pataisos namuose – 322, ne Lietuvos gyventojai – 53, nežinoma gyvenamoji vieta – 9, iš viso – 1200

Sergamumas ūminiu virusiniu B ir C hepatitu

Informacijos šaltinis: Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

Sergamumas ūminiu virusiniu B hepatitu

2006 m. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose užregistruoti 107 ūminio virusinio B hepatito (toliau šiame poskyryje – HBV) atvejai. Per pastaruosius 10 metų sergamumas ūminiu HBV pasižymi tendencija mažėti. Lyginant su 2005 m. sergamumo rodikliais, matyti, kad sergamumas ūminiu HBV toliau mažėja – nuo 4,1 atv. / 100 tūkst. gyv. iki 3,14 atv./ 100 tūkst. gyventojų (žr. 7.4 pav.).

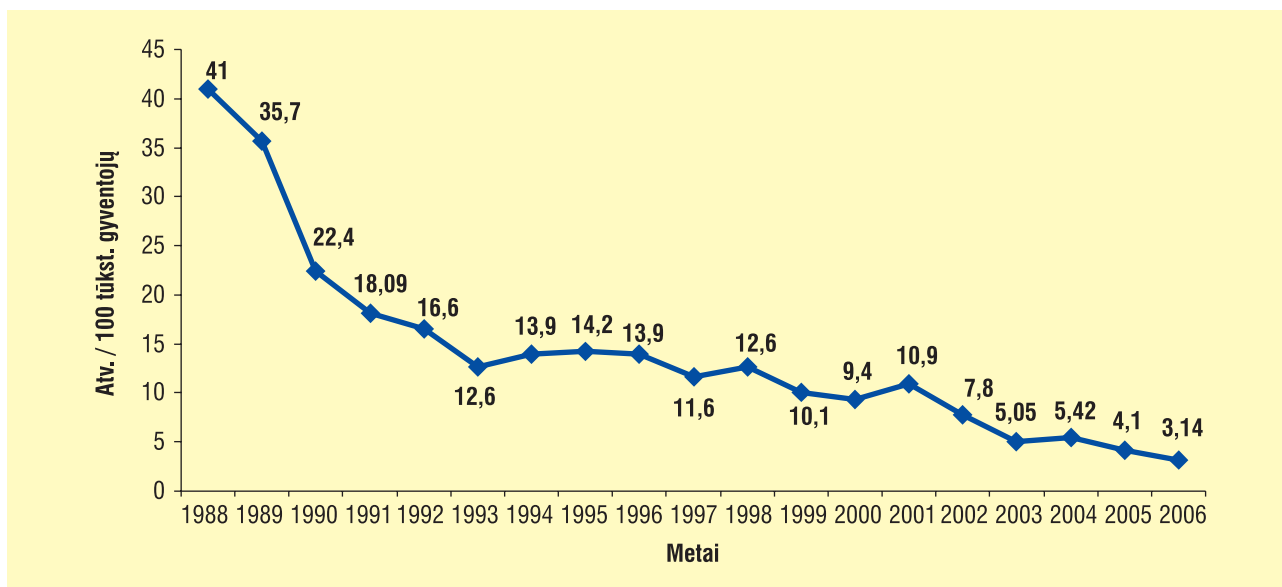
2006 metais iš 107 asmenų, sirgusių ūminiu HBV, 16 (2005 metais – 25) buvo vartojantys švirkščiamuo-

sius narkotikus asmenys (iš jų 14 vyrų ir 2 moterys). Per 2001–2006 metų laikotarpį tarp visų užregistruotų ūminio HBV atvejų švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys sudaro vis mažesnę dalį – nuo 42,4 proc. 2001 m. iki 14,9 proc. 2006 m. (žr. 7.5., 7.6. pav.) Tačiau kasmet pasitaiko vis daugiau atvejų, kai lieka nenustatytas užsikrėtimo šiuo virusu būdas: jeigu 2004 metais buvo nežinomi 38 proc. visų ūminio HBV užsikrėtimo būdų, tai 2005 ir 2006 metais neišaiškinti atvejai sudarė beveik 50 procentų. Atsižvelgiant į tai reikėtų atsargiai vertinti švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičiaus mažėjimą tarp visų užregistruotų ūminio HBV atvejų.

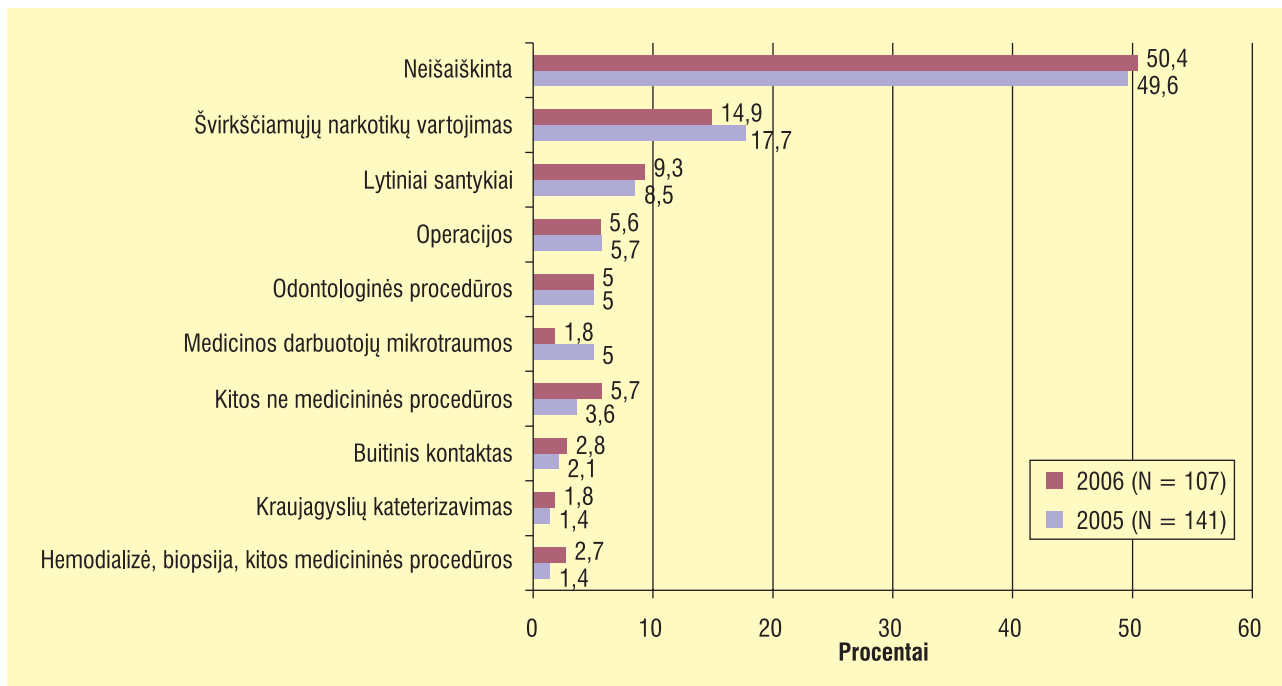
Sergamumas ūminiu virusiniu C hepatitu

2006 m. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose užregistruoti 62 ūminio virusinio C hepatito (toliau šia-

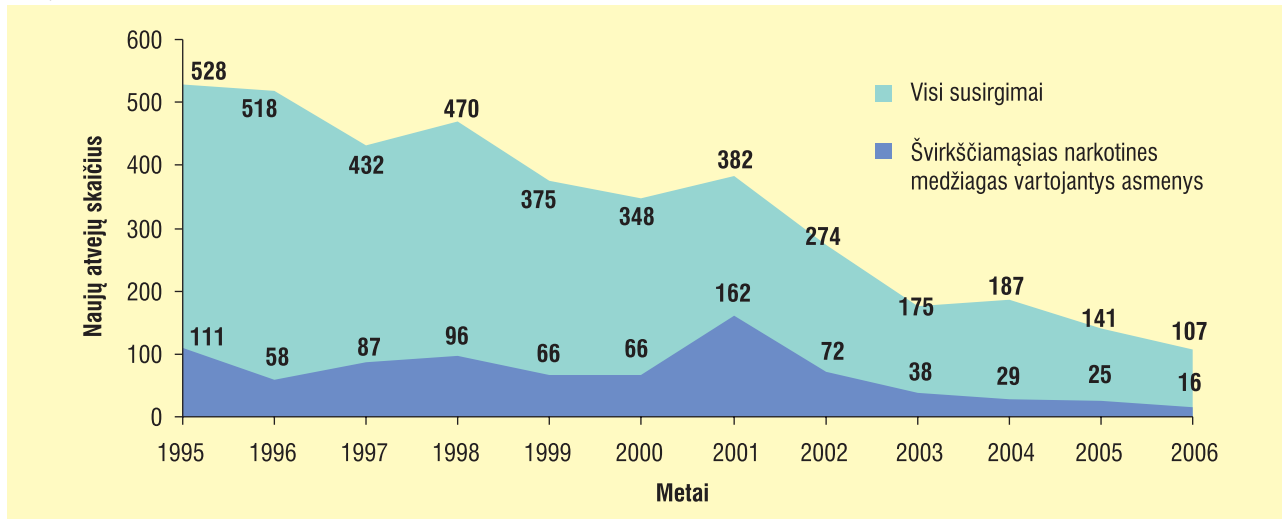
7.4. pav. Sergamumo ūminiu virusiniu B hepatitu rodikliai Lietuvoje 1988–2006 m.



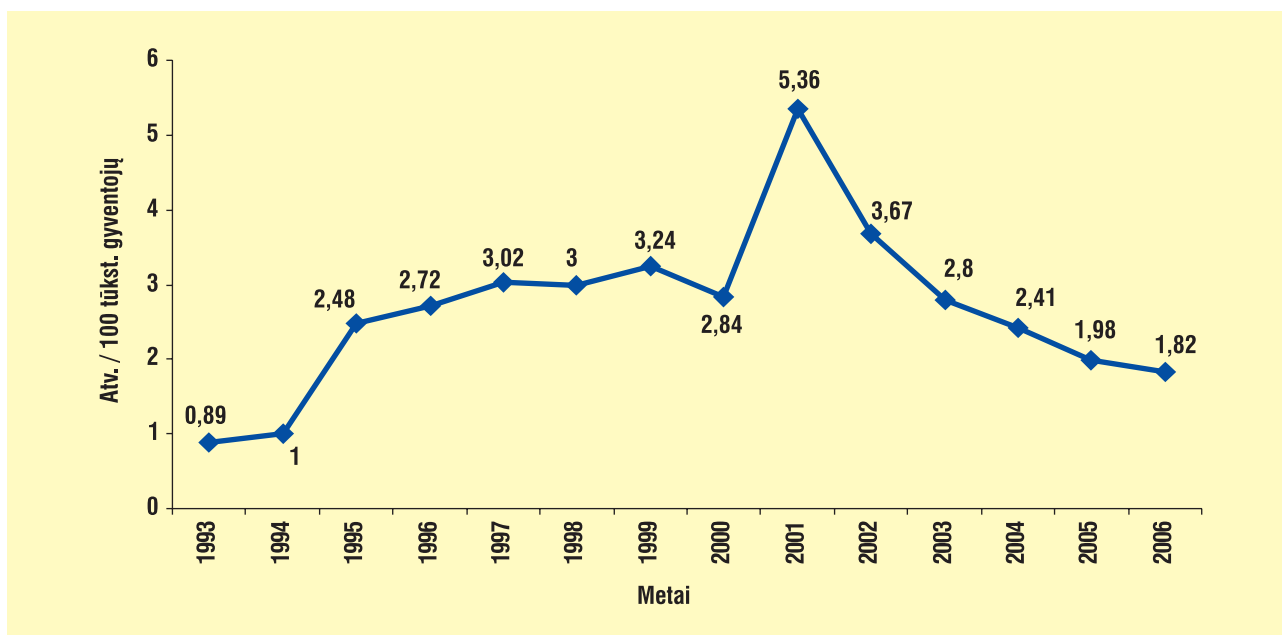
7.5. pav. Susirgimai ūminiu virusiniu B hepatitu pagal labiausiai tikėtiną užsikrėtimo būdą 2005–2006 m. (proc.)



7.6. pav. Asmenų, vartojančių švirškčiamuosius narkotikus, skaičius tarp visų naujai registruotų ūminio virusinio B hepatito atvejų 1993–2006 m.



7.7. pav. Sergamumo ūminiu virusiniu C hepatitu rodikliai Lietuvoje 1993–2006 m.



me poskyryje – HCV) atvejai. Per pastaruosius 5 metus sergamumas ūminiu HCV pasižymi tendencija mažėti. Lyginant su 2005 m. sergamumo rodikliais, matyti, kad sergamumas ūminiu HCV stabilizuojasi – atitinkamai 1,98 atv./ 100 tūkst. ir 1,82 atv./ 100 tūkst. gyventojų (žr. 7.7. pav.).

Daugelio (51 proc.) asmenų, susirgusių ūminiu HCV, užsikrėtimo būdas liko neišaiškintas. Iš 62 užregistruotų ūminio HCV atvejų 13 asmenų vartojo švirškčiamuosius narkotikus. Per 2001–2005 metų laikotarpį švirškčiamuosius narkotikus vartojantys asmenys sudaro vis mažesnę visų užregistruotų ūminio HCV atvejų dalį – nuo 59 proc. 2001 m. iki 17,6 proc. 2005 m. (žr. 7.8., 7.9. pav.).

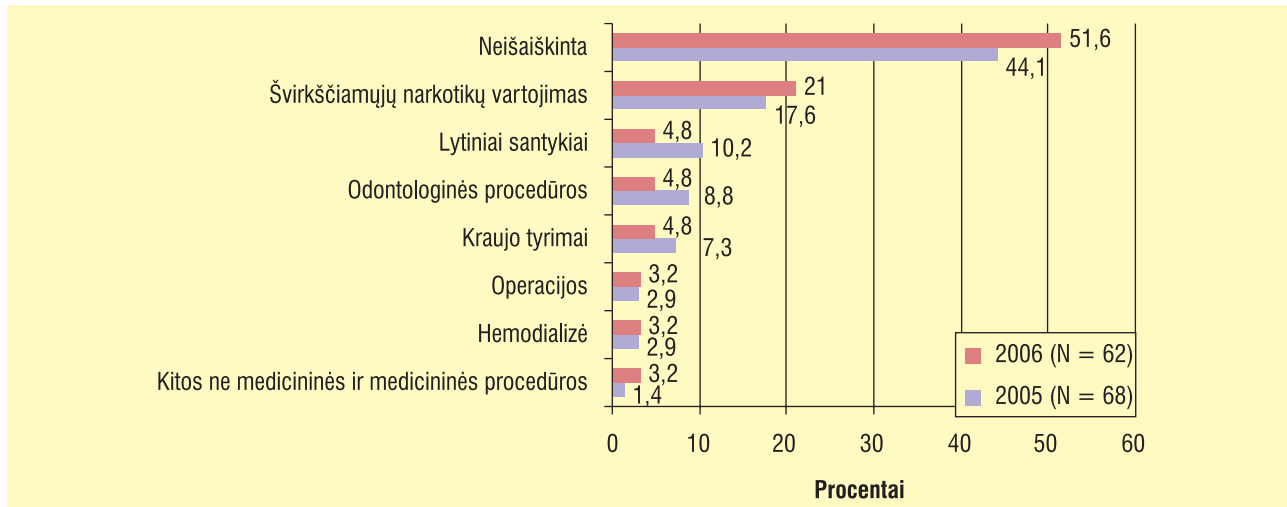
7.2. ŽIV bei B ir C hepatito serologiniai tyrimai tarp švirškčiamųjų narkotikų vartotojų

Kaip minėta ankstesniame skyriuje, pagrindinis ŽIV, virusinio B ir C hepatito užsikrėtimo būdas lieka šviršk-

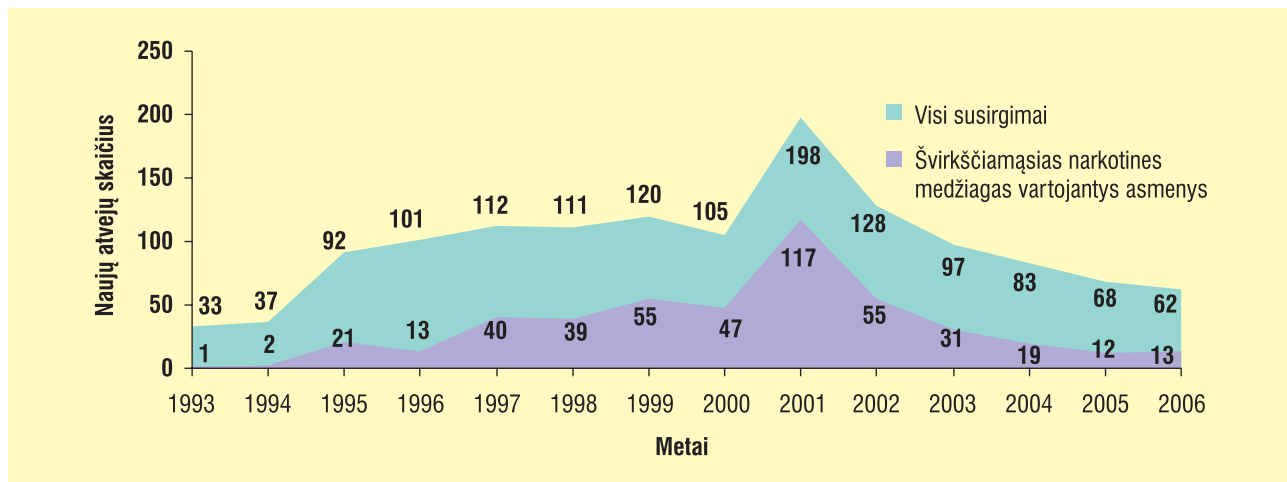
čiamųjų narkotikų vartojimas. Nacionaliniu mastu registruojami ŽIV, ūminio virusinio B ir C hepatito atvejai dėl įvairių priežasčių nėra patikima informacija apie šių infekcijų paplitimą tarp švirškčiamųjų narkotikų vartotojų. Užregistruotų atvejų skaičius rodo tik bendrą sergamumo tendenciją. Neretai ligos požymiai yra tokie neryškūs, kad žmogus nė nežino, jog yra užsikrėtęs, ir gali praeiti net keleri metai, kol tie požymiai pasireikš. Pavyzdžiui, 60–80 proc. ligonių, sergančių virusiniu C hepatitu, bloga sveikata visai nesiskundžia. Kitiems gali būti įvairių ligos požymių – panašus į gripą nuovargis, apetito stoka, pykinimas ir vėmimas, karščiavimas, silpnumas, lengvi pilvo skausmai arba odos ir akių obuolių pageltimas, šlapimo patamsėjimas. Užsikrėtę virusiniu B ir C hepatitu vieni žmonės lieka viruso nešiotojai, kiti suseraga lėtinėmis kepenų ligomis.

Efektyviai šių infekcijų ligų prevencijai itin reikalinga aukštos kokybės epidemiologinė priežiūra (ENNSC, 2005). Šiuo metu Lietuvoje nėra patvirtin-

7.8. pav. Susirgimai ūminiu virusiniu C hepatitu pagal labiausiai tikėtiną užsikrėtimo būdą 2005–2006 m.



7.9. pav. Asmenų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, skaičius tarp visų registruotų ūminio virusinio C hepatito atvejų 1993–2005 m.



tos vieningos asmenų, vartojančių švirkščiamąsias narkotines medžiagas, profilaktinių tikrinimų dėl užkrečiamųjų ligų tvarkos, kuria remiantis būtų galima vykdyti šios rizikos grupės epidemiologinę priežiūrą.

Šiame skyriuje pateikiama informacija apie serologinius tyrimus, kuriais buvo siekiama išsiaiškinti minėtųjų infekcijų paplitimą tarp sutikusių išsirtinti švirkščiamųjų narkotikų vartotojų.

Duomenų rinkimo metodika

Narkotikų kontrolės departamento duomenimis, kurios institucijos Lietuvoje vykdė profilaktinius tyrimus, tikslingai siekdamos išsiaiškinti ŽIV, B ir C hepatito seruminių žymenų paplitimą savo teritorijose tarp asmenų, besilankančių „žemo slenksčio“ kabinetuose. Duomenys iš šių institucijų buvo surinkti pagal standartinę statistinę formą. Buvo prašoma pateikti informaciją apie bendrą infekcijų paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, paplitimą pagal lytį, amžiaus grupę, švirkštimosi stažą ir opioidų vartojimą, rizikingą elgseną ir kt. Metodinėje dalyje buvo prašoma pateikti informaciją apie tyrimo atlikimo vietą, duomenų rinkimo metodus (pvz., ištisinės ar atsitiktinės atrankos); jeigu buvo taikyta atsitiktinė atranka, prašyta nurodyti atrankos metodą, duomenų rinkimo periodiš-

kumą ir tai, ar šie duomenys patvirtinti laboratorijoje, taip pat nurodyti mėginio tipą (serumas ar seilės) bei tiriamuosius seruminius žymenis. Galiausiai, jeigu informacija buvo publikuota, prašyta nurodyti publikacijos bibliografinę informaciją, jei ne – instituciją, pateikusią duomenis, bei atsakingo už tyrimą asmens vardą ir pavardę. Taip pat buvo galima pateikti papildomą informaciją, kuri paaiškintų bet kokius standartinėje formoje nenumatytus klausimus bei galimą paplitimo paklaidą ir padėtų interpretuoti duomenis.

Rezultatai

2006 metais duomenis apie situaciją Alytaus mieste teikė Alytaus Raudonojo Kryžiaus draugijos AKK „Pasitikėjimas“ darbuotojai, Klaipėdos priklausomybės ligų centras, Vilniuje – Vilniaus priklausomybės ligų centras ir Lietuvos AIDS centras.

Minėtuose punktuose vyko ištisinė švirkščiamųjų narkotikų vartotojų atranka – išsirtinti dėl tam tikrų serologinių žymenų buvo siūloma visiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, duomenys buvo teikiami tik tų asmenų, kurie sutiko dalyvauti. Dėl šios priežasties reikėtų atsargiai vertinti infekcijų paplitimą tarp visų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tose teritorijose; veikiausiai tai paplitimas tarp išsityrusiųjų.

Visose tyrimuose atlikusiose įstaigose nebuvo apribojimų dėl tiriamųjų amžiaus, lyties, švirkščiamųjų narkotikų vartojimo stažo (iki 2 metų ir ilgiau kaip 2 metus). Alytaus ir Lietuvos AIDS centro įstaigų darbuotojai švirkščiamųjų narkotikų vartotojams siūlė tikrintis du kartus per metus, o Klaipėdos ir Vilniaus priklausomybės ligų centro „Mėlynojo autobusiuko“ darbuotojai atliko vienkartinės tyrimo akcijas, trukusias 3–5 mėnesius. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad ne visi tyrimo metu nustatyti ligų atvejai yra nauji, t. y. Klaipėdos, Alytaus ir Vilniaus priklausomybės ligų centro darbuotojai siekė nustatyti seruminių žymenų paplitimo dažnį tirtoje švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyje, neatsižvelgdami į tai, ar tiriamieji asmenys žinojo savo užsikrėtimo statusą. Tuo tarpu Lietuvos AIDS centras pateikė duomenų apie naujus iširtų asmenų ŽIV nešiojimo atvejus.

ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Alytaus Raudonojo Kryžiaus draugijos anoniminiame konsultavimo kabinete (toliau – AKK) „Pasitikėjimas“ 2006 metais dėl ŽIV iširti 78 asmenys. Nustatytas vienas (1,28 proc.) infekuotas ŽIV asmuo (žr. 7.1. lentelę).

Klaipėdos priklausomybės ligų centras iš visų iširtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (56) nustatė 2 (3,57 proc.) asmenis, infekuotus ŽIV.

Vilniaus priklausomybės ligų centro mobiliojo punkto „Mėlynasis autobusiukas“ klientams buvo atlikti 158 testai dėl ŽIV. Prieš tyrimą ir po jo tiriamieji buvo konsultuojami. Kraujas tyrimams buvo imamas „Mėlynojo autobusiuko“ stovėjimo vietose, kur renkasi daugiausia švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Teigiami ŽIV rezultatai nustatyti 2 asmenims (1,27 proc.).

7.1. lentelė. ŽIV paplitimas tarp iširtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Miestas	Metai	Asmenų skaičius per metus	Iširta asmenų	Iš jų nustatyta ŽIV infekcija		Tyrimo tipas
				skaičius	proc.	
Alytus	2001	89	44	0	0	Serologinis tyrimas
	2002	132	128	0	0	
	2003	156	144	4	2,78	
	2004	172	156	7	4,49	
	2005	158	95	6	6,32	
	2006	112	78	1	1,28	
Klaipėda	2005	1358	174	47	27,01	Serologinis tyrimas
	2006	1300	56	2	3,57	
Vilnius (LAC)	2002	n. d.	641	4	0,62	Diagnostinis testas
	2003	1971	375	4	1,07	
	2004	2259	469	1	0,21	
	2005	2723	345	4	1,16	
	2006	2760	522	3	0,57	
Vilnius (VPLC)	2005	2181	681	22	3,23	Diagnostinis testas
	2006	2063	158	2	1,27	

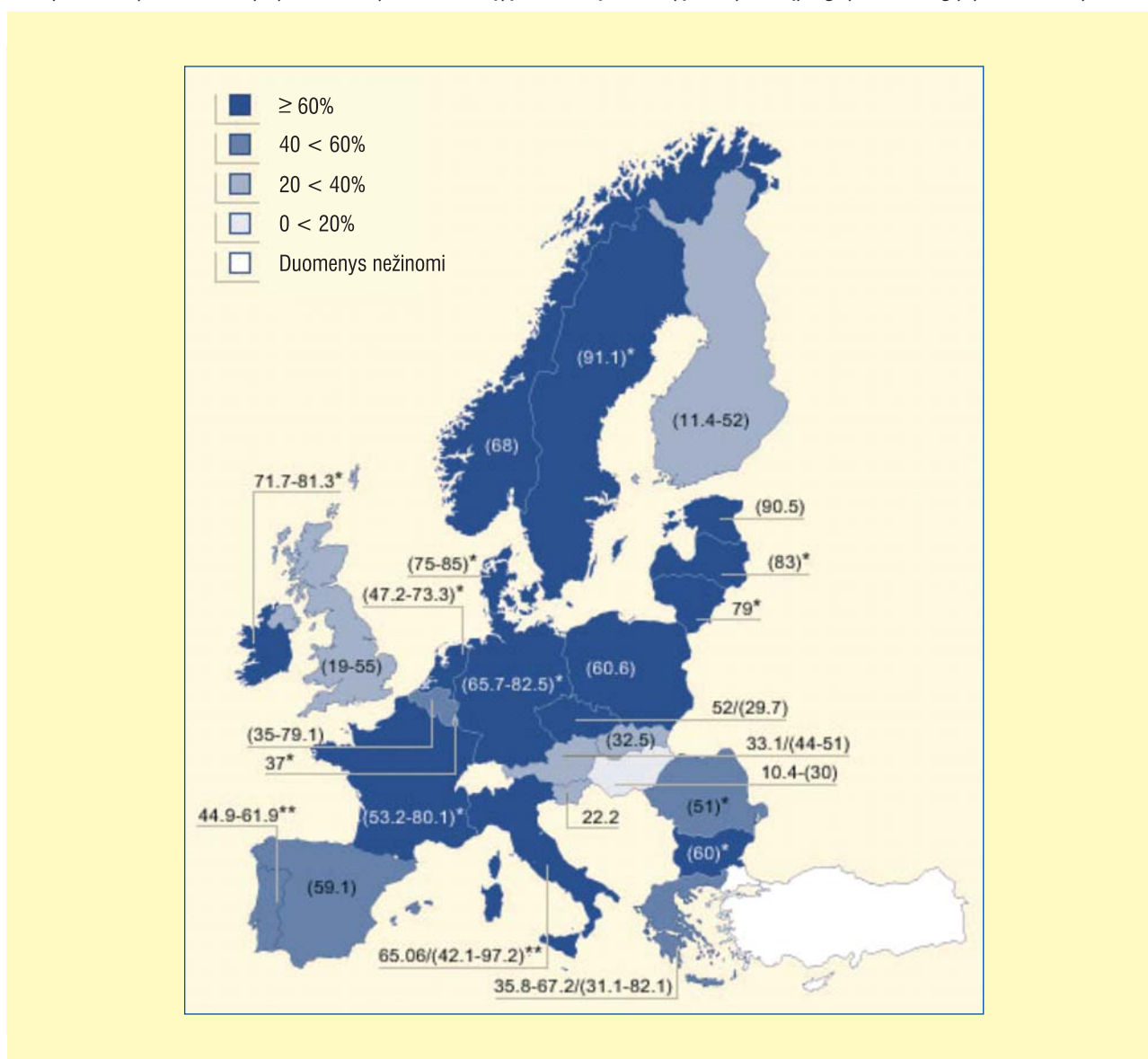
7.2. lentelė. B hepatito viruso antigenų (HBsAg) paplitimas tarp iširtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Miestas	Metai	Asmenų skaičius per metus	Tirta asmenų	Iš jų infekuotų		Tyrimo tipas	Bibliografija ¹
				skaičius	proc.		
Alytus	2001	89	44	0	0	Serologinis tyrimas	2
	2002	132	78	4	5,13		
	2003	156	151	6	3,97		
	2004	172	144	5	3,47		
	2005	158	95	9	9,47		
	2006	412	78	11	13,9		
Vilnius (LAC)	2006	2760	422	14	3,32	Diagnostinis testas	4
Vilnius (VPLC)	2005	2181	681	73	10,72	Diagnostinis testas	5
	2006	2063	158	7	4,43		

7.3. lentelė. C hepatito viruso antikūnų paplitimas tarp išsirtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Miestas	Metai	Asmenų skaičius per metus	Tirta asmenų	Iš jų infekuotų		Tyrimo tipas	Bibliografija ¹
				skaičius	proc.		
Alytus	2001	59	44	37	84,09	Serologinis tyrimas (HCV RNR)	2
	2002	132	78	70	89,74		
	2003	156	151	147	97,35		
	2004	172	144	131	90,97		
	2005	158	95	89	93,68		
	2006		78	70	89,74		
Vilnius (LAC)	2006	2760	239	168	70,29	Serologinis tyrimas (HCV RNR)	4
Vilnius (VPLC)	2005	2181	681	557	81,79	Diagnostinis testas (HCV Ab)	5
	2006	2063	158	87	55,06		

7.10. pav. C hepatito viruso paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Europos Sąjungoje ir Norvegijoje 2004 m., proc.



Informacijos šaltinis: Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras
 Pastaba: * informacija iš tik vienos ar kelių geografinių vietovių

Lietuvos AIDS centras, ištyręs 522 asmenis, nustatė 3 (0,57 proc.) naujus ŽIV atvejus tarp tų, kurie kreipėsi į „žemo slenksčio“ kabinetą 2006 metais.

Virusinio B ir C hepatito paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Alytuje nuo 2002 iki 2004 metų teigiamo HBsAg antigeno atvejų skaičius tarp iširtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų išliko stabilus, tačiau 2006 metais jis padaugėjo dvigubai – iki 13,9 proc., palyginti su 2005 metais. Iš viso HBsAg paplitimas tarp tirtų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų nuo 2004 metų padidėjo 4 kartus. HBsAg antigenų paplitimas tarp Vilniaus priklausomybės ligų centro mobiliojo punkto „Mėlynasis autobusiukas“ lankytojų 2005 metais siekė 10,72 proc., o 2006 metais sumažėjo iki 4,43 procento. Tiek Vilniuje, tiek Alytuje asmenų, besilankančių „žemo slenksčio“ kabinetuose, HCV antikūnų serologiniai tyrimai rodo, kad šiuo virusu 2005 metais buvo užsikrėtę nuo 82 iki 94 proc. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, tačiau 2006 metais jų bent kiek sumažėjo (žr. 7.2. ir 7.3. lenteles).

7.3. Užkrečiamųjų ligų prevencija

Asmenys, kurie ne gydymo tikslais švirkščiasi narkotines ir psichotropines medžiagas į veną, raumenis, poodį, dėl savo pavojingos elgsenos patiria didžiausią grėsmę užsikrėsti plintančiomis per kraują (ŽIV, virusiniu B ir C hepatitu), lytiškai plintančiomis infekcijomis ir tuberkulioze bei užkrėsti kitus. Šios ligos yra vieni sunkiausių narkotikų vartojimo padarinių sveikatai. Jų gydymas gali daryti didžiausią ekonominį poveikį sveikatos priežiūros sistemai iš visų narkotikų vartojimo pasekmių, netgi tose šalyse, kur ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nėra aukštas (ENNSC, 2006).

ENNSC, apžvelgdamas 2005 m. ES valstybių narių kovos su ŽIV ir kitomis užkrečiamosiomis švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ligomis politiką, daro išvadą, kad tinkamiausios kovos priemonės – geresnės gydymo nuo priklausomybės galimybės, „žemo slenksčio“ paslaugų narkotikų vartotojams tobulinimas, sterilijų instrumentų teikimas ir švietimo programos. Ypač svarbu, kad švirkščiamųjų opioidų vartotojams būtų pakankamai prieinamos geriamosios pakaitinio gydymo priemonės, nes toks gydymas gerokai sumažina didelę ŽIV perdavimo riziką.

Adatų ir švirkštų keitimo programos Europos Sąjungoje pradėtos įgyvendinti devintojo dešimtmečio viduryje, kaip tiesioginis reagavimas į ŽIV epidemijos grėsmę tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (žr. 7.4. lentelę). ES šalyse ir Norvegijoje šios programos tvirtai integruojamos į teikiančių „žemo slenksčio“ paslaugas agentūrų darbą.

Daugelyje šalių adatų ir švirkštų keitimo programas pradėjo vykdyti nevyriausybinės organizacijos, tik vėliau jų iniciatyva pradėta remti nacionalinių (valstybės ar savivaldybės) biudžetų lėšomis. Pirmoji šalis, 1985 m. pradėjusi skirti valstybės ar savivaldybių biu-

7.4. lentelė. Metai, kuriais pradėtos vykdyti adatų / švirkštų (sutrumpintai – A/Š) keitimo programos 25 Europos Sąjungos šalyse, Turkijoje, Norvegijoje, Bulgarijoje ir Rumunijoje

Šalis	Metai, kuriais pirmą kartą pradėta keisti A/Š	Metai, kuriais programą pradėta finansuoti valstybės biudžeto lėšomis
Bulgarija	1995	1999
Belgija	1994	2001
Čekija	1986	1991
Danija	1986	1986
Vokietija	1984	1992
Estija	1997	2001
Graikija	1998	1998
Ispanija	1985	1985
Prancūzija	1989	1995
Airija	1989	1989
Italija	nėra informacijos	nėra informacijos
Kipras	nėra	nėra
Latvija	1997	1997
Lietuva	1997	1997
Liuksemburgas	1993	1993
Vengrija	1994	2000
Malta	1987	1987
Nyderlandai	1984	1986
Austrija	1990	1990
Lenkija	1989	1989
Portugalija	1993	1993
Rumunija	nėra informacijos	nėra informacijos
Slovėnija	1992	1996
Slovakija	1994	1994
Suomija	1997	1997
Švedija	1986	1986
Turkija	nėra informacijos	nėra informacijos
Jungtinė Karalystė	1986	1987
Norvegija	1988	1988

Informacijos šaltinis: Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2005

džeto lėšas šioms programoms, orientuotoms į švirkščiamųjų narkotikų vartotojus, buvo Ispanija. 1993 m. valstybės lėšomis finansuojamos programos jau buvo vykdomos daugiau kaip pusėje dabartinių ES valstybių. Lietuvoje 1997 m. Vilniaus miesto savivaldybė pirmoji prisidėjo prie „žemo slenksčio“ paslaugų projekto „Mėlynasis autobusiukas“, kuriame buvo keičiamos adatos ir švirkštai. Vienoje iš ES šalių – Kipre – nėra specializuotų programų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, tačiau sterilijų adatų ir švirkštų galima nemokamai įsigyti visose vaistinėse, o oficiali šių priemonių keitimo programa svarstoma (ENNSC, 2005).

Europos Sąjungos politika

Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo biuro (toliau – UNODC) duomenimis¹, pasaulyje yra apie 200 mln. narkotikų vartotojų (vartojusių per pastarąjį mėnesį), iš kurių 13 mln. sudaro švirkščiamųjų narkotikų vartotojai. Spręsdama su šiomis rizikos grupėmis susijusias problemas, Europos Komisija kviečia visas valstybes aktyviau įgyvendinti veiksmus užkirsti kelią narkotikų vartojimui ir nacionalinėmis strategijomis įvertinti narkotikų vartojimo bei ŽIV infekcijos tarpusavio ryšį.

2003 m. birželio 18 d. Europos Taryba priėmė rekomendaciją (2003/488/EC) „Dėl priklausomybės nuo narkotikų daromos žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo“, kurios tikslas – mažinti su narkotikų vartojimu susijusių mirčių skaičių ir narkotikų vartojimo žalą sveikatai, skatinant valstybes nares parengti ir plėtoti veiksmus bei strategijas, skirtas su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencijai ir mažinimui. Tai pabrėžiama 2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategijoje ir 2005–2008 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plane. Rekomendacijoje yra 3 pagrindiniai punktai dėl valstybių narių veiksmų:

- nustatyti, kad priklausomybės nuo narkotikų prevencijos vykdymas, rizikos mažinimas, atitinkamų strategijų rengimas ir įgyvendinimas yra visuomenės sveikatos politikos tikslas;
- labai sumažinti su narkotikų vartojimu susijusių sveikatos sutrikimų (pvz., žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV), B ir C hepatito bei tuberkuliozės) paplitimą ir mirčių skaičių, įgyvendinant nuostatas dėl žalos mažinimo paslaugų ir priemonių (pvz., injekcijoms reikiamų priemonių platinimo, skiepavimo, gydymo, informavimo ir mokymo);
- parengti tinkamą vertinimo sistemą, kad būtų padidintas narkotikų prevencijos veiksmingumas bei efektyvumas ir sumažėtų su narkotikų vartojimu susijusi grėsmė sveikatai, užtikrinant programų kokybę, stebėseną ir vertinimą.

Remdamasi šia Europos Tarybos rekomendacija, Europos Komisija atliko tarpinį vertinimą, kaip šalims narėms pavyksta įgyvendinti pagrindines nuostatas. Europos Komisijos ataskaitoje Europos Parlamentui ir Tarybai dėl 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacijos dėl priklausomybės nuo narkotikų sveikatai daromos žalos prevencijos ir mažinimo įgyvendinimo (toliau – Rekomendacija) daromos šios išvados:

1) visos valstybės narės įgyvendina politiką, kuri didžia dalimi atitinka Rekomendacijoje siūlomas priemones, daugelyje naujųjų šalių šis dokumentas yra laikomas svarbia parama politikos plėtrai. Kadangi šalyse įgyvendinimo pažanga skiriasi, svarbu toliau plėtoti žalos mažinimo priemones ir teikti žalos mažinimo paslaugas kaip integruotos prevencijos ir priežiūros sistemos dalį;

2) beveik visos valstybės narės įgyvendina politiką, kuria remiamas atitinkamų sveikatos priežiūros paslaugų (įskaitant psichikos sveikatos paslaugas ir socialinę priežiūrą) bei specializuotų žalos mažinimo paslaugų integravimas. Šis integravimas į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą turi būti aktyvinamas ir tęsiamas;

3) pakaitinio gydymo metadonu ir buprenorfinu kartu su psichologine ir socialine priežiūra paslaugos teikiamos visose valstybėse narėse, per pastarąjį dešimtmetį jų prieinamumas labai padidėjo. Tačiau skirtingose šalyse tokios paslaugos nevienodai tenkina jų poreikį. Turėtų būti užtikrintas tokių paslaugų prieinamumas;

4) informavimas apie tokių priemonių prieinamumą, apie gyventojų rizikos grupes turėtų būti toliau plėtojamas;

5) beveik visos valstybės narės įgyvendino infekcinių ligų paplitimo tarp narkotikų vartotojų kalėjimuose prevencijos priemones. Tačiau žalos mažinimo intervencijos priemonės Europos Sąjungos kalėjimuose vis dar neatitinka lygiavertiškumo principo, patvirtinto JT Generalinės Asamblėjos, UNAIDS/PSO ir JT Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos tarnybos (UNODC), pagal kurį kalėjime ir laisvėje esantiems asmenims turi būti teikiamos lygiavertės sveikatos paslaugos ir priežiūra (įskaitant žalos mažinimą). Todėl svarbu, kad šalys vykdytų žalos mažinimo veiklą kalėjimuose taip, kad būtų tenkinami kalinių-narkotikų vartotojų bei kalėjimų darbuotojų poreikiai ir pagerėtų jų galimybės gauti paslaugas. Tokių paslaugų tęstinumas, įskaitant jų kokybę ir galimybę jas gauti, turėtų būti užtikrinamas ir išleidus asmenį iš kalėjimo;

6) valstybės narės vis geriau suvokia poreikį plėtoti mokslo tyrimais ir faktais pagrįstą politiką, įskaitant žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo veiklą. Todėl stebėsenos ir išsamūs mokslo tyrimai turėtų būti neatsiejama visos žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo politikos dalis;

7) šiuo metu valstybės narės taiko skirtingas žalos mažinimo paslaugų ir priemonių, stebėsenos ir vertinimo metodikas. Turi būti taikoma ir keičiamasi informacija apie geriausią tokių metodų diegimo praktiką;

8) svarbiausia yra užtikrinti politikos ir iniciatyvų, kurios apimtų su sveikata susijusių aspektų bei galimos sąsajos su narkotikų vartojimu sinergiją (pvz., psichikos sveikata, alkoholio vartojimas, ŽIV/AIDS prevencija, priklausomybė nuo narkotikų darbo vietoje, narkotikai ir vairavimas).

Užkrečiamųjų ligų prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Lietuvoje

Politika, teisės aktai ir metodinės rekomendacijos

Nors šiuo metu apskritai nėra vakcinų nuo C hepatito, tačiau nuo B hepatito galima pasiskiepyti ir tokiu būdu įgyti imunitetą. Remiantis Lietuvos Respub-

¹ United Nations Office on Drugs and Crime „2007 World Drug Report“. [URL: http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html]

likos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-646 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriaus patvirtinimo“ (Žin., 2004 Nr. 142-5210), valstybės lėšomis skiepiami kūdikiai ir 12 metų vaikai, tačiau Lietuvoje nevykdomos B hepatito vakcinacijos programos, skirtos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Taip pat Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. lapkričio 21 d. nutarimu Nr. 1253 „Dėl Valstybinės lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2006–2009 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 138-4973) numatyta užtikrinti B hepatito profilaktiką pataisos įstaigose ir tardymo izoliatoriuose esantiems asmenims (26 punktas). Šiai priemonei 2006–2009 metais skirta 1,6 mln. litų. Tačiau programoje nenumatyta nepamamai vakcinuoti švirkščiamųjų narkotikų vartotojus.

Nacionalinėje narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programoje, kurioje įtvirtinta valstybės politika narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityje, siekiama sumažinti dėl narkotikų vartojimo kylančių infekcinių ligų ir mirčių skaičių (Programos 25.5. punktas). Numatyta, kad „visi narkomanija sergantys asmenys gautų reikiamą psichologinę, medicinos pagalbą, būtų vykdoma su narkomanija susijusių infekcinių ligų plitimo prevencija, plėtojamas „žemo slenksčio“ priemonių taikymas <...>“ (28.3. punktas).

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1273 patvirtintoje Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje (Žin., 2003, Nr. 98-4399), kaip vienas iš prioritetų, numatomos ŽIV profilaktikos priemonės tarp didelės rizikos grupių, ypač tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Programoje numatoma pasiekti, kad „80 proc. asmenų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, ateinančių į žalos mažinimo kabinetus, turėtų tikrintis anonimiškai ir konsultuotis“ ir kad „85 proc. asmenų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, turėtų nesinaudoti panaudotais švirkštais“. Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo priemonėse numatyta įsteigti daugiau „žemo slenksčio“ kabinetų atsižvelgiant į ŽIV ir su juo susijusių infekcijų epidemiologinę būklę, parengti ir patvirtinti jų veiklą reglamentuojančius teisės aktus.

Lietuvoje adatų ir švirkštų keitimo programos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams pradėtos vykdyti beveik prieš dešimtmetį, tačiau iki šiol paslaugų pagal šias programas teikimas nebuvo teisiškai reglamentuotas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 77-3020) šioms programoms suteiktas teisinis pagrindas. Teisės aktu numatytas privalomas paslaugų paketas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams: adatų ir švirkštų keitimas, dezinfekcijos priemonių dalijimas, prezervatyvų dalijimas, sveikatos mokymas ir švietimas, siekiant mažinti rizikingą elgseną, informavimas, konsultacinė pagalba. Šiuo teisės aktu siekiama, kad narkotikų vartotojai ir jų partneriai būtų pri-

traukiami į sveikatos ir socialines paslaugas teikiančias institucijas ir įstaigas, siekiant suteikti jiems ko-kybiškas, kvalifikuotas paslaugas bei integruoti juos į visuomenę. Tikimasi, kad šis teisės aktas paspartins žalos mažinimo paslaugų plėtrą Lietuvoje.

Taip pat pastaraisiais metais buvo išleista keletas metodinių leidinių paslaugų teikėjams:

- Švirkščiamųjų narkotikų vartotojų motyvacinis interviu: metodinės rekomendacijos ŽIV/AIDS profilaktikos programų socialiniams darbuotojams / Tarp-tautinė ŽIV/AIDS sąjunga Ukrainoje. - Vilnius: UAB „Standartų spaustuvė“, 2006.

- Konsultacinė parama: metodinės rekomendacijos / A. Trečiokas. - Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 2005.

- Gatvės darbuotojų, dirbančių su rizikos grupės asmenimis, vartojančiais narkotines ir psichotropines medžiagas, rengimo metodinės rekomendacijos / E. Subata, A. Malinauskaitė. - Vilnius, 2006. (URL: <http://www.nkd.lt/files/leidiniai/gatves.pdf>)

Valstybinės ŽIV/AIDS programos vertinimas

2006 metais buvo atliktas tarpinis Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programos 2003–2008 metais (toliau – Valstybinė programa) vertinimas, kurį atliko nepriklausomi Jungtinių Tautų vystymo programos konsultantai. Buvo remiamasi ne išsamaus visos programos vertinimo, bet vadinamąja metodikų, efektyvumo ir valdymo greitojo vertinimo metodologija. Ekspertai teigiamai įvertino Lietuvos Vyriausybės pastangas ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės srityje, o apibendrintos pagrindinės jų rekomendacijos dėl ŽIV prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (toliau – ŠNV) yra šios:

1. Svarbu teikti daugiau tokių prevencijos paslaugų, kaip žalos mažinimo programos (įskaitant adatų keitimo punktų plėtrą bei gydymo metadonu programą), gydymo dėl priklausomybės nuo narkotikų ir reabilitacijos programas, šalyje ir ypač įkalinimo įstaigose, siekiant tenkinti numatomą didėjančio ŠNV skaičiaus poreikį.

2. Svarbu plėsti konkrečioms pažeidžiamoms grupėms (ŠNV, laisvės atėmimo įstaigose esantiems asmenims, vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, sekso darbuotojoms) skirtas mobiliąsias ir (ar) „žemo slenksčio“ paslaugas. Tai galima pasiekti didinant nevyriausybinių organizacijų, dirbančių su didelės rizikos grupių asmenimis, pajėgumą ir skaičių bei skiriant daugiau lėšų Valstybinei programai įgyvendinti.

3. Siekiant pagerinti infekuotų ŽIV ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gydymo reikalavimų laikymąsi, rekomenduojama įsteigti specialią kliniką, kurioje jiems tuo pat metu būtų teikiamas didelio aktyvumo antiretrovirusinis gydymas ir gydymas metadonu.

4. Kalėjimų departamentas turėtų vadovautis daugelio šalių, kurių laisvės atėmimo įstaigose dirbančios nevyriausybinių organizacijos (kartais susibūrusios iš buvusių kalinių) teikia labai naudingas prevencijos, ly-

gių galimybių, švietimo ir pagalbos paslaugas, patirti.

5. Visas ŽIV testavimas, ypač anonimiuose kabinetuose, kiekvienam turėtų būti atliekamas nemokamai.

Plačiau apie vertinimą žiūrėkite ataskaitoje: *Lietuvos valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos tarpinis vertinimas, dr. Andrew J. Amato-Gauci, Jadranka Mimica, Liubovė Murauskienė, Jungtinių Tautų vystymo programos konsultantai, 2006 m. rugpjūtis*. (URL: http://www.nkd.lt/files/laikinas/Final_MTR_Review_vertinimas_LIT.pdf)

Programų vykdymas

2006 metais pradėtas įgyvendinti Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuro (UNODC) projektas „ŽIV/AIDS prevencija ir priežiūra tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų bei nuteistųjų Lietuvoje, Estijoje ir Latvijoje“. Juo siekiama sustabdyti ir sumažinti ŽIV/AIDS epidemiją tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir nuteistųjų trijose Baltijos šalyse. Bendras projekto biudžetas 5 mln. JAV dolerių.

Pagrindinis projekto tikslas – sukurti palankią aplinką visose projekte dalyvaujančiose šalyse, kad būtų galima geriau vykdyti ŽIV/AIDS prevencinę bei priežiūros veiklą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir nuteistųjų, atkreipiant dėmesį į normatyvinę politiką, gebėjimų stiprinimą ir nacionalinės ŽIV/AIDS prevencinės veiklos programinius aspektus.

Šiuo projektu siekiama atkreipti politikų dėmesį, kad vyriausybė labiau įsipareigoję vykdyti ŽIV/AIDS prevencijos ir priežiūros tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir nuteistųjų programas. Projektu taip pat siekiama stiprinti vyriausybės ir pilietinės visuomenės organizacijas, kad šios kokybiškai teiktų paslaugas didelės rizikos gyventojų grupėms. Įgyvendinimo strategija apima tęstinės ir pastovios politinės aplinkos kūrimą, gebėjimų vykdyti kokybiškas intervencines priemones stiprinimą bei visa apimančių intervencinių priemonių švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir nuteistiesiems taikymą. Projekto strategijos elementai apima:

- visų suinteresuotų dalyvių iš vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų sektoriaus įtraukimą į projekto rengimą, įgyvendinimą ir stebėseną;
- visapusišką visų sistemos elementų pirminį ir poreikio vertinimą;
- įstatymų leidybos, administracinės ir veiklos aplinkos apžvalgą, teikiant teisės aktų leidybos rėmimą ir pagalbą pakartotinai rengiamiems projektams;
- politikų, paslaugų teikėjų pažintines keliones į šalis, teikiančias visapusišką ŽIV prevencijos ir

priežiūros paslaugas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams bei nuteistiesiems;

- atitinkamų priemonių, mokymo programų, akreditavimo ir kokybės kontrolės protokolų rengimą bei taikymą;
- regioninio gebėjimų stiprinimo centro ir informacinio tinklo steigimą;
- reikiamo skaičiaus („kritinės masės“) apmokytų ir akredituotų paslaugų teikėjų parengimą;
- visa apimančių intervencinių priemonių švirkščiamųjų narkotikų vartotojams ir nuteistiesiems taikymą;
- nepriklausomą projekto vykdymo laikotarpio vidurio ir pabaigos vertinimą.

2006 metais su narkotikų vartojimu susijusios žalos mažinimo programos buvo vykdomos remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 77-3020).

Vertinant geografiniu požiūriu, Lietuvoje žalos mažinimo programos 2006 m., palyginti su ankstesniais metais, kiek išsiplėtė. Kaip ir anksčiau adatos ir švirkštai buvo keičiami Alytuje, Druskininkuose, Klaipėdoje (2 punktai), Mažeikiuose ir Vilniuje (2 punktai). Visos programos buvo finansuojamos iš savivaldybių biudžetų. O nuo 2006 metų Kaune pradėjo veikti „žemo slenksčio“ paslaugų kabinetas, tačiau kol kas jis apsiriboja socialinių paslaugų teikimu, nes darbuotojams iki šiol nepavyksta pritraukti švirkščiamųjų narkotikų vartotojų.

2007 metais Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendindami Vyriausybės patvirtintą Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programos 2007 metų priemonių planą, skyrė 290 tūkst. litų šių paslaugų plėtrai, mokymams, stebėsenai ir informacijos sklaidai.

Pastebima, kad per pastaruosius metus gausėjo dalyvaujančių šiose programose asmenų, didėjo išdalijamų švirkštų ir adatų skaičius. Palyginti su 2005 metais, 2006 m. tik Klaipėdoje bendras išdalytų švirkštų skaičius sumažėjo (žr. 7.5. lentelę), sumažėjo ir papildomai dalijamų adatų kiekis¹. Kasmet didėja teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtys, plačiau informuojama apie galimybę gauti medicinos pagalbą ir kita.

Lietuvos AIDS centro bei Užkrečiamųjų ligų kontrolės ir profilaktikos centro duomenimis, Lietuvoje užregistruotų susirgimų ūminiu B ir C hepatitu bei diagnozuotų ŽIV atvejų skaičius rodo, kad šiomis ligomis užsikrečia vis mažiau švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (žr. 7.1., 7.2. skyrius). Pažymėtina, kad Alytaus

¹ *Tais atvejais, kai švirkšto komplekte (pakuotėje) būna per didelės adatos, saugesniam švirkštimuisi papildomai dalijamos mažesnio dydžio adatos.*

7.5. lentelė. Lietuvos miestuose išdalytų švirkštų ir adatų skaičius 2004–2006 metais

Miestas	2004 m.		2005 m.		2006 m.	
	švirkštai / papildomos adatos		švirkštai / papildomos adatos		švirkštai / papildomos adatos	
	išdalyta	surinkta	išdalyta	surinkta	išdalyta	surinkta
Alytus	36 371	n.d.	30 240 / 31 700	30 692 / 31 420	33 169	33 169
Druskininkai	1200	n. d.	n. d.	n. d.	4800	4800
Klaipėda	69 029	70 418	104 453	106 487	49 616	51 542
Mažeikiai*	5032 / 2171	5280 / 5652	4600 / 3075	n. d.	800 / 450	860 / 500
Šiauliai	870	n. d.	5033	3372	n. d.	n. d.
Vilnius (LAC)	27 428 / 28709	33 570 / 35 437	12 808 / 15 275	14 512 / 17 204	26 031 / 27 577	32 348 / 35 658
Vilnius (VPLC)	109 010 / 131 934	232 656	101 516 / 126 694	336 230	82 536 / 126 285	215 991 / 215 991
Iš viso:	248 940 / 162 814		258 650 / 176 744		196 952 / 154 312	338 710 / 251 619

* Pastaba: Mažeikių „žemo slenkščio“ kabinetas 2006 metais darbą pradėjo birželį

7.6. lentelė. Apsinuodijimų narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais) atvejų pasiskirstymas pagal gydymosi įstaigas ir apsinuodijimo diagnozę 2005–2006 metais

TLK-10 kodas	Diagnozė	Atvejų skaičius					
		ambulatoriškai		stacionare		iš viso	
		2005 m.	2006 m.	2005 m.	2006 m.	2005 m.	2006 m.
T40	Apsinuodijimas narkotikais ir psichodisleptikais	7	9	11	19	18	28
T40.0	Opiumas	0	1	75	54	75	55
T40.1	Heroinas	2	7	34	42	36	49
T40.2	Kiti opioidai (kodeinas, morfinas)	1	7	16	15	17	22
T40.3	Metadonas	0	2	2	3	2	5
T40.4	Kiti sintetiniai narkotikai (petidinas)	0	0	8	15	8	15
T40.5	Kokainas	14	39	3	1	17	40
T40.6	Kiti ir nepatikslingi narkotikai	3	8	39	38	42	46
T40.7	Kanapės (derivatai)	0	0	17	9	17	9
T40.8	Lizergino rūgšties derivatai (LSD)	2	0	2	2	4	2
T40.9	Kiti ir nepatikslingi psichodisleptikai (haliucinogenai) – <i>Mescaline</i> , <i>Psilocin.</i> , <i>Psilocybe</i>	3	7	18	9	21	16
	Iš viso	32	80	225	207	257	287

Informacijos šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

apskirtyje 2005 metais neužregistruotas nė vienas ŽIV atvejis, tačiau ŽIV epidemijos niekaip nepavyksta stabilizuoti Klaipėdoje, todėl šiame regione būtina plėtoti atitinkamas programas ir didinti jų efektyvumą.

7.4. Apsinuodijimai narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis

Informacijos šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktas duomenimis, 2006 metais Lietuvoje į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl apsinuodijimų narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais) iš viso kreiptasi 287 kartus (kreipėsi 245 asmenys), tai 30 atvejų daugiau nei 2005 m. ir 13 at-

vejų mažiau nei 2004 metais. Kaip ir ankstesniais metais, daugiausia kreiptasi dėl apsinuodijimų opiumu – 55 atvejai. Reanimacijos paslaugos dėl apsinuodijimų narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais) buvo teiktos 89 kartus 85 asmenims. Lyginant 3 metų statistinius duomenis, pastebimas gerokai padidėjęs užregistruotų apsinuodijimų kokainu skaičius (2004 m. – 6 atvejai, 2005 m. – 17 atvejų, 2006 m. – 40 atvejų), nedaug sumažėjo apsinuodijimų kanapėmis (2005 m. – 17 atvejų, 2006 m. – 9 atvejai) ir opiumu (2005 m. – 75 atvejų, 2006 m. – 55 atvejai; žr. 7.6. lentelę). Ir toliau išlieka tendencija, kad vyrai maždaug 3 kartus dažniau nei moterys kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl apsinuodijimų narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis: vyrų – 211 atvejų (189 asmenys), moterų – 76 atvejai (56 asme-

nys). Moterys dažniausiai kreipėsi dėl apsinuodijimų kokainu (32,9 proc.) ir opiumu (18,4 proc.). Daugiausia dėl apsinuodijimų narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis kreipėsi jauni (15–29 metų) asmenys – 155 atvejai (žr. 7.7. lentelę), nors analizuojant statistinius duomenys pastebėta, kad 2006 m. dėl apsinuodijimų kokainu dažniausiai kreipėsi vyresnės moterys: 40–44 m. – 14 kartų (7 asmenys), daugiau nei 65 m. – 5 kartus (4 asmenys). Vyrai dažniausiai kreipėsi dėl apsinuodijimų heroinu (22,3 proc.) ir opiumu (19,4 proc.); apsinuodijimai kokainu sudarė tik 7,1 proc. visų vyrų kreipimosi priežasčių. Daugiausia apsinuodijimų užregistruota didžiųjų Lietuvos miestų

asmens sveikatos priežiūros įstaigose: Vilniuje – 94, Kaune – 35, Klaipėdoje – 29 atvejai.

Asmenys iki 18 metų į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl apsinuodijimų narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais) 2006 m. iš viso kreipėsi 42 kartus (14,6 proc.; kreipėsi 37 asmenys, iš jų 25 berniukai ir 12 mergaičių), iš jų vaikai iki 15 metų kreipėsi 18 kartų (13 vaikų, iš jų 7 berniukai ir 6 mergaitės). Dažniausia asmenys iki 18 metų kreipėsi dėl apsinuodijimų sintetiniais narkotikais, kanapėmis ir haliucinogenais, 11 atvejų (26 proc.) buvo teikiamos reanimacijos paslaugos.

7.7. lentelė. Užregistruotų apsinuodijimų narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais) atvejų pasiskirstymas pagal amžių ir apsinuodijimo diagnozę 2006 metais

Amžiaus grupė	Ligos kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją (TLK-10)											
	T40	T40.0	T40.1	T40.2	T40.3	T40.4	T40.5	T40.6	T40.7	T40.8	T40.9	Iš viso
vyrų												
iki 15 m.	-	-	-	-	-	2	-	4	-	-	6	12
15–19 m.	1	4	3	1	-	5	-	9	4	1	7	35
20–24 m.	3	10	11	1	-	-	-	11	1	-	1	38
25–29 m.	3	12	18	-	-	1	1	5	-	-	-	40
30–34 m.	3	7	7	3	1	2	2	6	-	-	1	32
35–39 m.	8	4	1	5	-	-	1	2	-	-	-	21
40–44 m.	3	1	7	1	-	-	2	-	-	-	-	14
45–49 m.	3	-	-	3	-	-	4	1	-	-	-	11
50–54 m.	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
55–59 m.	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3
60–64 m.	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
daugiau nei 64 m.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Iš viso	24	41	47	14	1	10	15	38	5	1	15	211
moterys												
iki 15 m.	1	-	-	1	3	-	-	-	1	-	-	6
15–19 m.	1	-	-	1	1	2	-	3	2	1	-	11
20–24 m.	1	3	-	-	-	2	6	1	1	-	-	14
25–29 m.	-	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
30–34 m.	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3
35–39 m.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
40–44 m.	-	-	-	1	-	-	14	-	-	-	-	15
45–49 m.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
50–54 m.	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	4
55–59 m.	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	5
60–64 m.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
daugiau nei 64 m.	1	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	6
Iš viso	4	14	2	8	4	5	25	8	4	1	1	76
Vyrai ir moterys iš viso	28	55	49	22	5	15	40	46	9	2	16	287

Informacijos šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Pastaba: T40 – apsinuodijimas narkotikais ir psichodisleptikais (haliucinogenais); T40.0 – opiumas; T40.1 – heroinas; T40.2– kiti opioidai (kodeinas, morfinas); T40.3 – metadonas; T40.4 – kiti sintetiniai narkotikai; T40.5 – kokainas; T40.6 – kiti ir nepatikslinti narkotikai; T40.7– kanapės (derivatai); T40.8– lizergino rūgšties derivatai (LSD); T40.9 – kiti ir nepatikslinti psichodisleptikai (haliucinogenai) (Mescaline, Psilocin, Psilocybe).

7.5. Mirtys, susijusios su narkotikų vartojimu

Mirtis, susijusios su narkotikų vartojimu, yra kompleksinis reiškinys, apimantis tiek mirtis dėl apsinuodijimų (perdozavimo), ilgalaikio narkotinių ir psichotropinių medžiagų (narkotikų) vartojimo ar priklausomybės nuo narkotikų, tiek mirčių atvejus, netiesiogiai susijusius su narkotikais, pavyzdžiui, mirtis nuo užkrečiamųjų ligų, plintančių dėl keitimosi nesteriliais švirkštais, kaip AIDS ar C hepatitas, taip pat nuo nelaimingų atsitikimų, smurto ir savižudybių dėl narkotikų poveikio.

Duomenys apie mirtis, susijusias su narkotikų vartojimu, yra vienas iš penkių Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (sutrumpintai – ENNSC) nustatytų epidemiologinių rodiklių. 2007 m. ENNSC Valdymo tarybai buvo pristatyta ataskaita apie minėto rodiklio duomenų kaupiamųjų informacinių sistemų diegimą ir būklę ES šalyse, kurioje pažymima: „Nepaisant to, kad ES šalyse jau nemažai nuveikta renkant kokybišką lyginamąją informaciją, yra parengtos ir praktikoje diegiamos į praktiką vieningo duomenų apie mirtis rinkimo metodinės rekomendacijos, bet ES šalys vis dar susiduria su įvairiomis metodologinėmis, techninėmis ar kitomis problemomis, organizuodamos šių duomenų rinkimą šalies mastu. Atsižvelgdamas į tai, ENNSC šiuo metu rengia duomenų kaupiamųjų informacinių sistemų diegimo bei surenkamų duomenų atitikimo minimaliems reikalavimams standartus. Tai ateityje leis daryti tikslesnes išvadas lyginant skirtingų ES šalių duomenis, taip pat padės ES šalims gerinti surenkamų duomenų kokybę“.

Mirtys, susijusios su narkotikų vartojimu, yra skirstomos į šias grupes:

1. *Tiesioginės asmenų mirtys dėl narkotinių ir psichotropinio medžiagų vartojimo.* Šiai grupei priskiriamos mirtys dėl tyčinio ir netyčinio apsinuodijimo narkotikais bei psichodisleptikais (haliucinogenais), pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10 redakciją (TLK-10)¹ žymimos kodais: X42, X62 ir Y12; mirtys, nulemtos ilgalaikio narkotikų vartojimo ir šio vartojimo pasekmių, priklausomybės

nuo narkotikų, žymimos TLK-10 kodais: F11, F12, F14, F15, F16 ir F19. Teikiant ir lyginant skirtingų šalių statistinę informaciją apie mirtis nuo narkotikų, daroma nuoroda būtent į šiuos atvejus, į kuriuos neįtraukiamos mirtys, netiesiogiai susijusios su narkotikų vartojimu.

2. *Asmenų, sirgusių priklausomybe nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų, mirtys.* Šiai grupei priskiriamos įregistruotų asmens sveikatos priežiūros įstaigose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, asmenų mirtys. Šių mirčių atvejų priežastys gali būti įvairios: apsinuodijimai, savižudybės, nelaimingi atsitikimai ir kita.

3. *Netiesioginės asmenų mirtys dėl narkotinių ir psichotropinio medžiagų vartojimo.* Šiai grupei priskiriami atvejai, kai tiesioginė mirties priežastis nebuvo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, tačiau tiriant mirusiojo organus ir biologinius skysčius rasta narkotinių ir psichotropinių medžiagų. Dažniausios tokių tiesioginės mirties atvejų priežastys būna uždusimas, širdies sutrikimai, eismo įvykio metu patirti įvairūs sužalojimai, apsinuodijimas alkoholiu, sepsis ir kita.

7.5.1. Tiesioginės asmenų mirtys dėl narkotinių ir psichotropinio medžiagų vartojimo

Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, kaip pagrindinė mirties priežastis, 2006 metais buvo pats aukščiausias per pastaruosius šešerius metus. 2006 metais užregistruoti 62 mirčių nuo narkotinių ir psichotropinio medžiagų vartojimo atvejai (2005 m. – 31 atvejis), šis skaičius sudaro 0,14 proc. visų Lietuvoje užregistruotų mirčių (44 813 atvejai). 2006 m. daugiausia mirė jaunų – 20–34 m. amžiaus grupės – asmenų (45 asmenys; žr. 7.8. lentelę), vidutinis mirusiųjų amžius – 29,7 metų: vyrų – 29,7, moterų – 29,5 metų (2006 m. bendra Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 65,3 metų, o moterų – 77,1 metų).

7.8. lentelė. 2001–2006 m. mirė nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo asmenys pagal amžiaus grupes

Amžiaus grupė	2001 m.	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.
iki 15 m.	-	-	-	-	-	-
15–19 m.	4	5	2	1	3	2
20–24 m.	6	4	14	9	6	11
25–29 m.	9	7	7	6	6	23
30–34 m.	7	8	10	9	6	13
35–39 m.	4	5	3	6	2	10
39 m.ir daugiau	5	4	4	7	8	3
Iš viso	35	33	40	38	31	62

Informacijos šaltinis: Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys

¹ TLK-10 – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10-oji redakcija, patvirtinta 1996 m. spalio 28 d. Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu Nr. 542 „Dėl 10-osios redakcijos Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos (TLK-10) įvedimo“ (Žin., 2001, Nr. 50-1758).

7.9. lentelė. 2006 m. mirę nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo asmenys pagal gyvenamąją vietą

Gyvenamoji vieta	Iš viso	Vyrai	Moterys
Mieste	59	54	5
Kaime	3	3	-
Iš viso	62	57	5
Atvejų pasiskirstymas pagal savivaldybes			
Alytaus miestas	3	3	-
Kauno miestas	6	5	1
Klaipėdos miestas	6	5	1
Biržų rajonas	1	1	-
Panevėžio rajonas	1	-	1
Akmenės rajonas	1	1	-
Mažeikių rajonas	2	2	-
Visagino rajonas	2	2	-
Elektrėnų rajonas	1	1	-
Šalčininkų rajonas	1	1	-
Trakų rajonas	1	1	-
Vilniaus miestas	36	34	2
Vilniaus rajonas	1	1	-

Informacijos šaltinis: Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys

Kaip ir ankstesniais metais, pagal statistiką vyrų miršta daugiau nei moterų: 2006 m. mirė 57 vyrai ir 5 moterys, veikiausiai todėl, kad vyrų, vartojančių narkotines ir psichotropines medžiagas, yra daugiau nei moterų. Daugiau mirties atvejų užregistruojama didžiuosiuose miestuose (žr. 7.9. lentelę), dažniausios mirties priežastys 2006 metais buvo apsinuodijimas narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis – 44 atvejai (žr. 7.10. lentelę), daugiausia opioidais.

2006 m. iš 62 medicininių mirties liudijimų 56 liudijimus, kuriuose nurodyta pagrindinė mirties priežastis yra susijusi su narkotinių ir psichotropinio medžiagų vartojimu, išrašė Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos institutas, 3 – Lietuvos ligoninės, 2 mir-

ties liudijimai buvo išrašyti Jungtinėje Karalystėje, 1 – Norvegijoje.

Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos institutas 2006 m. atliko 1363 mirusių asmenų ekspertizes dėl narkotinių ar psichotropinių medžiagų nustatymo vidaus organuose ir biologinėse terpėse (šlapime, kraujyje, skrandžio išplovose, nuopjovose nuo veido, rankų ir kt.), iš kurių 56 atvejais medicininiam mirties liudijime nurodė, kad tiesioginė asmens mirties priežastis buvo atsitiktinis arba tyčinis apsinuodijimas narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, arba ilgalaikio narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimo pasekmės. Išanalizavus Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos instituto pateiktą informaciją, nustatyta, kad iš šių 56 mirties liudijimų 18 atvejų rasta morfino, 15 atv. – morfino su kitomis medžiagomis (diazepamu, kodeinu, amfetaminu ir kt.), 6 atv. – diazepamo, oksazepamo ar analgino, 17 atv. narkotinė ar psichotropinė medžiaga nenurodyta, 24 atv. (43 proc.) rasta ne tik narkotikų, bet ir alkoholio.

Statistinių duomenų rinkimo tobulinimas

Kaip jau buvo minėta, mirtingumas, kurio pagrindinė priežastis buvo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, 2006 metais buvo pats aukščiausias per pastaruosius šešerius metus. Tai galėjo nulėmti tiek subjektyvios priežastys (bendras mirtingumo padidėjimas Lietuvoje), tiek objektyvios – per pastaruosius kelerius metus įdiegta nauja ir tikslesnė laboratorinė įranga, metodikos, specialistų mokymai ir kvalifikacijos kėlimas, informacinių sistemų diegimas ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas, keitimasis informacija leido pagerinti surenkamų duomenų kokybę bei išsamumą. Tobulinant duomenų apie mirtis, susijusias su narkotikų vartojimu, rinkimą buvo įgyvendintos įvairios priemonės, kurios leido:

- Pagerinti Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos instituto toksikologijos laboratorijos darbą – diegti naujas metodikas, įsigyti jautresnių laboratorinių prietaisų narkotinėms ir psichotropinėms medžia-

7.10. lentelė. 2006 m. mirę nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo asmenys pagal amžiaus grupes ir mirties priežastis

Mirties priežastys / amžiaus grupė	Iš viso	Iki 15 m.	15–19 m.	20–24 m.	25–29 m.	30–34 m.	35–39 m.	39 m. ir daugiau
F11	2	0	0	0	1	1	0	0
F19	16	0	0	3	3	4	5	1
X42	36	0	2	6	15	7	4	2
X62	1	0	0	0	0	0	1	0
Y12	7	0	0	2	4	1	0	0
Iš viso mirė	62	0	2	11	23	13	10	3

Informacijos šaltinis: Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys

Pastaba: F11 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant opioidus; F19 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant kelis narkotikus ir kitas psichoaktyvias medžiagas; X42 – atsitiktinis apsinuodijimas narkotikais ir psichodisleptikais bei jų poveikis, neklasifikuojamas kitur; X62 – tyčinis apsinuodijimas narkotikais ir psichodisleptikais bei jų poveikis, neklasifikuojamas kitur; Y12 – apsinuodijimas narkotikais ir psichodisleptikais bei jų poveikis, neklasifikuojamas kitur, kai ketinimas nežinomas.

goms nustatyti, remiantis ilgamete praktika, patvirtinti vidinę tvarką, leidžiančią tiksliau ekspertizei atrinkti mirusius asmenis, kurie galbūt vartojo narkotines ir psichotropines medžiagas iki mirties.

- Pagerinti ikiteisminio tyrimo institucijų tyrėjų (policijos) darbą įvykio vietoje, nes, radus lavoną, būtent ikiteisminio tyrimo pareigūnai įvykio vietoje surenka informaciją apie galimas asmens mirties priežastis ir užduotyje atlikti lavono tyrimą nurodo, kad mirtis galėjo būti susijusi su narkotinių medžiagų vartojimu. Tokiais atvejais Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos instituto ekspertai kryptingai tiria mirusį ir paima būtiną medžiagą narkotinių ir psichotropinių medžiagų paieškai.

Analizuojant ir lyginant Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos instituto ir Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės statistinius duomenis, pastebėta, kad:

- Mirties liudijimą išrašantys specialistai kartais suklysta ir mirties liudijime neteisingai nurodo pagrindinės mirties priežasties kodą pagal TLK-10. Būtent pirmasis TLK-10 kodas, nurodytas asmens mirties liudijime, nulemia, ar konkretus mirties atvejis bus priskirtas prie tiesiogiai su narkotikais susijusių mirčių grupės, ar ne. Pvz., TLK-10 kodas „Y11“ reiškia „apsinuodijimą antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais bei jų poveikį, neklasifikuojamą kitur, kai ketinimas nežinomas“; o kodas „Y12“ – „apsinuodijimą narkotikais ir psichodisleptikais [haliucinogenais] bei jų poveikį, neklasifikuojamą kitur, kai ketinimas nežinomas“. Išrašant mirties liudijimą, apsinuodijimas narkotikais ar priklausomybė nuo narkotikų, ko gero, yra dažniausiai nurodomi kaip pagrindinė mirties priežastis, o kiti veiksniai – sirgimas užkrečiamosiomis ligo-

mis, kūno sužalojimai, uždusimas ir pan. – nukeliami į antrines mirties priežastis.

- Atliekant mirusio asmens ekspertizę dėl įvairių medžiagų vidaus organuose ir biologinėse terpėse nustatymo ir tuo pat metu radus kelias medžiagas, pvz., alkoholį, psichotropinius vaistus (pvz., diazepamą) ir narkotikus (pvz., morfiną), mirties liudijimą išrašantis ekspertas priima sprendimą, kurią priežastį – apsinuodijimą vaistais, alkoholiu ar narkotikais – mirties liudijime nurodyti kaip pagrindinę, kurią kaip antrinę ar trečinę.

Šių klaidų, kurias lemia žmogaus veiksnys ir kurios daro įtaką visai mirčių statistikai, bus galima išvengti tik gerinant specialistų žinias ir kvalifikaciją, rengiant ir leidžiant specialias rekomendacijas bei patarimus specialistams. 2007 m. gegužę Lietuvos sveikatos informacijos centras kartu su Statistikos departamentu prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės organizavo mokomąjį seminarą „Medicininio mirties liudijimo kokybės gerinimas“, kurio metu specialistams pristatė metodinį leidinį: „Medicininio mirties liudijimo pildymo metodiniai nurodymai“ bei lankstinuką „Medicininio mirties liudijimo pildymo taisyklės“. Visą mokojo seminaro medžiagą galima rasti Lietuvos sveikatos informacijos centro interneto svetainėje adresu <http://www.lsic.lt/html/sem.htm>.

7.5.2. Asmenų, sirgusių priklausomybe nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų, mirtys

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2006 m. mirė 42 asmenys, sirgę priklausomybės nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ligomis (žr. 7.11. lentelę): 35 vyrai ir 7 moterys, stebėti sveikatos prie-

7.11. lentelė. Asmenų, sirgusių priklausomybės nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ligomis, mirties atvejų pasiskirstymas pagal lytį ir priklausomybės ligos diagnozę 2002–2006 m.

	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.
Iš viso mirė	40	48	39	38	42
Iš jų vyrų	34	41	33	33	35
Iš jų moterų	6	7	6	5	7
Ligos kodas pagal TLK-10					
F11	32	38	29	20	33
F12	-	1	-	-	-
F13	1	1	1	-	2
F14	-	-	-	-	-
F15	1	-	-	1	-
F18	1	-	2	2	1
F19	5	8	7	15	6

Informacijos šaltinis: Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys

Pastaba: F11 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant opioidus, F12 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant kanabinoidus, F13 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant raminamąsias ir migdomąsias medžiagas, F14 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant kokainą, F15 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant stimulatorius, taip pat kofeiną, F18 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant lakiąsias medžiagas, F19 – psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant kelis narkotikus ir kitas psichoaktyviasias medžiagas.

7.12. lentelė. Asmenų, sirgusių priklausomybės nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ligomis, mirties atvejų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2002–2006 m.

Amžius / metai	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.
Iki 15 m.	-	-	-	-	-
15–19 m.	-	-	-	-	-
20–24 m.	4	3	3	3	6
25–29 m.	4	5	7	5	5
30–34 m.	8	16	9	8	2
35–39 m.	14	5	4	4	8
40–44 m.	4	8	8	5	9
45–49 m.	3	10	7	11	4
50–54 m.	3	-	1	1	4
55 m. ir daugiau	-	1	-	1	-
Iš viso	40	48	39	38	42

Informacijos šaltinis: Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys

7.13. lentelė. Asmenų, sirgusių priklausomybės nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ligomis, mirties atvejų pasiskirstymas pagal priežastį 2002–2006 m.

Priežastys / metai	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.
Savižudybės	5	5	4	3	2
Nelaimingi atsitikimai	1	1	5	5	-
Apsinuodijimai narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis	5	4	4	2	7
Infekcinės ligos	3	2	0	1	6
Somatinės ligos	2	10	9	8	5
Nenustyta	24	26	17	19	22
Iš viso	40	48	39	38	42

Informacijos šaltinis: Valstybinio psichikos sveikatos priežiūros centro duomenys

žiūros įstaigų. Kaip ir ankstesniais metais, tarp mirusiųjų 2006 m. daugiausia buvo priklausomybe nuo opioidų sirgusių asmenų. Kaip ir ankstesniais metais, daugiausia mirė 35–49 m. amžiaus grupės asmenų (21 asmuo; žr. 7.12. lentelę), vidutinis mirusiųjų amžius – 39 metai (vyrų – 40,2, moterų – 33,4 metų), dažniausios mirties priežastys – somatinės ligos ir nelaimingi atsitikimai (žr. 7.13. lentelę).

7.5.3. Netiesioginės asmenų mirtys dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo

Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos instituto duomenimis, Lietuvoje 2006 m. užfiksuoti 23 mirties atvejai (iš jų 21 vyrų), kurių tiesioginė priežastis **nebuvo** narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, tačiau tiriant rasta narkotinių ir psichotropinių medžiagų mirusiųjų organuose ir biologiniuose skysčiuose. Dažniausios tiesioginės mirties priežastys šiais atvejais buvo: uždusimas, širdies sutrikimai, eismo įvykiu metu patirti įvairūs sužalojimai, apsinuodijimas alkoholiu ir kt. Atliekant cheminius minėtų atvejų tyrimus, organizmo biologinėse terpėse dažniausiai buvo aptinkama amfetamino arba metamfetamino (13 atvejų), morfino (7 atvejai), alkoholio (15 atvejų – 65 proc.). Vidutinis mirusių asmenų amžius buvo 27,9

metų, daugiausia atvejų užfiksuota 20–29 metų amžiaus grupėje – 12 asmenų.

Lietuvoje 2006 m. eismo įvykių metu žuvo 760 asmenų (76 asmenys dėl neblaivių asmenų kaltės), iš jų 7 atvejais (tarp kurių 5 vyrai) mirusiųjų organuose buvo rasta narkotikų liekanų (visais atvejais amfetamino arba metamfetamino), 5 atvejais aptikta ir narkotikų, ir alkoholio. Vidutinis žuvusių eismo įvykių metu asmenų, kurių organuose buvo rasta narkotikų, amžiaus vidurkis – 26,3 metų. Ši statistika rodo, kad jaunuoliai sėda prie transporto priemonės vairo ne tik vartoję alkoholio, bet ir narkotikų, o tai kartais baigiasi skaudžiomis nelaimėmis ir mirtimi.

7.6. Mirtys, susijusios su psichotropinių vaistų vartojimu

Atskira mirčių grupė, neįtraukiama į mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu statistiką, yra *mirtys nuo psichotropinių vaistų*. Šią grupę sudaro mirtys nuo vaistų, kurių sudėtyje yra psichotropinių medžiagų, leidžiamų vartoti medicinos tikslams. Šios psichotropinės medžiagos yra išvardytos Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. 5 „Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašų patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 4-113) patvirtintame 3 sąraše. Kai kurių psichotropinių vaistų, kurių

sudėtyje yra psichotropinių medžiagų, pagal receptą galima įsigyti vaistinėse. Minėtajai mirčių grupei priskiriamos mirtys dėl tyčinio ir netyčinio apsinuodijimo psichotropiniais vaistais, žymimos TLK-10 kodais X41, X61 ir Y11, taip pat netiesioginės asmenų mirtys dėl psichotropinių vaistų vartojimo.

Mirtys, tiesiogiai susijusios su psichotropinių vaistų vartojimu

Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, 2006 metais užregistruoti 33 mirčių dėl apsinuodijimo antiepilepsiniais, raminamaisiais bei migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais atvejai, iš jų 16 vyrų ir 17 moterų. 2006 m. daugiausia mirusiųjų priklausė vyresnio (40 metų ir daugiau) amžiaus grupei – 23 asmenys (žr. 7.14. lentelę).

Mirtys, netiesiogiai susijusios su psichotropinių vaistų vartojimu

Lietuvoje 2006 m. užfiksuotas 121 mirties atvejis (iš jų 83 vyrų), kai mirusiųjų organuose ir biologiniuose skysčiuose rasta psichotropinių vaistų liekanų, nors apsinuodijimas šiais vaistais nebuvo pagrindinė asmens mirties priežastis. Atliekant cheminius minėtų atvejų tyrimus, organizmo biologinėse terpėse dažniausiai buvo nustatyta šių psichotropinių vaistų: diazepam¹ (52 atvejai), oksazepam¹ (22 atvejai), lorezepam¹ (11 atvejų) ir kt., o 16 atvejų rasta kelių psichotropinių vaistų liekanų. Vidutinis mirusiųjų amžius buvo 47 metai, daugiausia atvejų užfiksuota daugiau nei 50 m. amžiaus grupėje – 48 asmenys, iš kurių 15 asmenų buvo vyresni kaip 70 metų. Alkoholio aptikta 65 atvejais iš 121 (53,7 proc.). 22 asmenys, kurių or-

ganizmo terpėse buvo rasta psichotropinių vaistų liekanų, 2006 m. žuvo eismo įvykių metu (tai sudaro 2,9 proc. visų 2006 m. žuvusiųjų eismo įvykiuose): iš jų 15 vyrų, 8 asmenys iki 30 m., 2 asmenys iki 18 metų; 13 asmenų organizme aptikta ir alkoholio.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro 2006 m. metinėje ataskaitoje nurodoma, kad 1990–2003 m. laikotarpiu kiekvienais metais Europos Sąjungos šalys pranešdavo apie 6500–9000 mirčių, susijusių su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, o per visą laikotarpį iš viso įvyko daugiau kaip 113 000 mirčių. Šiuos skaičius galima laikyti minimaliais, nes daugelis šalių praneša ne apie visas mirtis. Visų gyventojų mastu su narkotikais susijęs mirštamumas Europos šalyse buvo nevienodas, jis svyravo nuo 0,2 iki 50 mirčių, tenkančių milijonui gyventojui (vidurkis – 13, Lietuvoje 2006 m. – 18,2*). Daugiau kaip 25 mirtys/mln. gyv. nustatytos Danijoje, Estijoje, Liuksemburge, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje. Tarp 15–39 metų vyrų mirštamumas paprastai yra tris kartus didesnis (vidutiniškai 40 mirčių/mln. gyv., Lietuvoje 2006 m. – 47,5**), septynios šalys nurodė daugiau kaip 80 mirčių/mln. gyventojų. 2003–2004 m. su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusios mirtys sudarė 3 proc., o Danijoje, Graikijoje, Liuksemburge, Maltoje, Austrijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje – daugiau kaip 7 proc. visų 15–39 metų europiečių mirčių.

* Darant prielaidą, kad Lietuvoje 2006 m. buvo 3 403 284 gyventojai.

** Darant prielaidą, kad Lietuvoje 2006 m. buvo 1 240 169 gyventojai nuo 15 iki 39 metų.

7.14. lentelė. 2006 m. mirę nuo apsinuodijimo antiepilepsiniais, raminamaisiais bei migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais asmenys pagal amžiaus grupes ir mirties priežastis

Mirties priežastys / amžiaus grupė	Iš viso	iki 19 m.	20–29 m.	30–39 m.	40–49 m.	50–59 m.	60 m. ir daugiau
X41	4	0	1	2	1	0	0
X61	8	0	0	2	1	3	2
Y11	21	0	1	4	6	4	6
Iš viso mirė	33	0	2	8	8	7	8

Informacijos šaltinis: Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys

Pastabos: X41 – atsitiktinis apsinuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais bei migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais bei jų poveikis, neklasifikuojamas kitur, X61 – tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais bei migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamas kitur; Y11 – apsinuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais bei jų poveikis, neklasifikuojamas kitur, kai ketinimas nežinomas.

¹ Clonazepamum, Diazepam, Lorezepamum, Medazepamum, Nitrazepam, Nitrazepamum, Nozepam, Oxazepamum, Tazepam, Temazepamum, Tetraxepam, Tetraxepamum pagal ATC vaistų klasifikaciją priklauso N – nervų sistemą veikiančių vaistų grupei. Šios grupės vaistų Lietuvoje galima įsigyti tik su gydytojo receptu, jie įrašyti į Trečiąjį narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašą. Šie raminamieji vaistai naudojami nerimo sutrikimams, alkoholizmo, abstinencijos simptomams, nemigai, įtampai, raumenų traukuliams slopinti, galvos skausmams, kai kurioms epilepsijos formoms gydyti, skirti paruošti prieš chirurgines operacijas. Psicholeptikų, ypač benzodiazepinų grupės vaistų anotacijose griežtai įspėjama apie pavojus, kurie gresia vartojant šiuos vaistus kartu su alkoholiu.