

вр.и.о. главного редактора
ИГОНИН А.Л.

Заместители главного редактора
СОЛОВЬЕВ А.Г.
ПАНЧЕНКО Л.Ф.
ЧЕРНОБРОВКИНА Т.В.

Научный редактор
НАДЕЖДИН А.В.

Ответственный секретарь редакции
САБАНЦЕВ Б.Н.

Редакционная коллегия

АЛТШУЛЕР В.Б.
БОНДАРЬ И.В.
БРЮН Е.А.
ГРИНЕНКО А.А.
ГОЛЕНКОВ А.В.
ЗВАРТАУ Э.Э.
ИВАНЕЦ Н.Н.
КАЗАКОВЦЕВ Б.А.
КЛИМЕНКО Т.В.
КОШКИНА Е.А.
ЛИТВИНЦЕВ С.В.
МАКАРОВ В.В.
НУЖНЫЙ В.П.
ПОКРОВСКИЙ В.В.
СЕМКЕ В.Я.
СЕРЕДЕНИН С.Б.
СИВОЛАП Ю.П.
СМИТ Д.
СОФРОНОВ А.Г.
СУДАКОВ С.К.
ШАБАНОВ П.Д.

Председатель редакционного совета
БОЧКОВ Н.П.

Заместитель
Председателя редакционного совета
ИРИШКИН А.А.

Редакционный совет

АНОХИНА И.П.
БОХАН Н.А.
БЫКОВ В.А.
ГОФМАН А.Г.
ЕГОРОВ В.Ф.
ЗАЙГРАЕВ Г.Г.
ЗИНЬКОВСКИЙ А.К.
ИЗOTOB Б.Н.
КОЗЛОВ А.А.
МИХАЙЛОВ А.Г.
ОНИЩЕНКО Г.Г.
ПЯТНИЦКАЯ И.Н.
РОХЛИНА М.Л.
СУДАКОВ К.В.
ХРИТИНИН Д.Ф.
ЦЕЛИНСКИЙ Б.П.
ЦЫГАНКОВ Б.Д.
ЧУРКИН А.А.

Издатель: ООО "Гениус Медиа"

Журнал зарегистрирован в Министерстве
печати и связи Российской Федерации
Регистрационный номер
ПИ №77-9024 от 31 мая 2001 г.

Адреса редакции:
1. 109544, Москва, ул. Солянка, 14,
Российская академия медицинских наук
Тел.: 698-54-48
2. 125315, Москва, ул. Балтийская, д. 8, офис 344,
Издательство "Гениус Медиа"
Тел. (495) 518-14-51, факс: (495) 601-23-74
e-mail: genius-media@mail.ru

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных публикаций.
Перепечатка материалов и использование их в любой
форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны
только с письменного разрешения издателя.

© ООО "Гениус Медиа", 2011
Тираж: 500 экз.

Наркология

Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал
Российская академия медицинских наук
International Society of Addiction Journal Editors

2011 г. №4 (112)

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ

Новости российского и мирового наркологических сообществ 3

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Материалы заседания Коллегии
Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков 9

Постановление Правительства Российской Федерации
от 25 февраля 2011 г. №112 г. 11

АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ЗА РУБЕЖОМ

Доклад Международного комитета
по контролю над наркотиками за 2010 г.
Наркотики и коррупция 12

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Кошкина Е.А., Игонин А.Л.
Штатные нормативы нагрузки на работников государственных стационарных
наркологических учреждений (подразделений) в России:
динамика показателей по годам 26

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Сафонов О.А., Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Козлов А.А.
История потребления, распространенность и контроль
за незаконным оборотом опиатов по регионам мира 36

Андреева Т.И., Красовский К.С.
Прекращение курения в России и Украине: сравнение результатов
Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака 44

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Шайдукова Л.К.
Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости:
путь к «гедонистическому альтруизму» 49

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Ульянова М.А.
Особенности клеточного иммунитета у здоровых добровольцев
после нагрузки алкоголем (в фазе постинтоксикации) 54

Меринов А.В., Шустов Д.И.
Влияние развода на суицидологические,
наркологические и личностно-психологические показатели
бывших жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью 64

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Менделевич В.Д.
Социологический анализ «анозогнозической установки» наркологов
по отношению к наркомании: отечественные и зарубежные реалии. 69

Круглый стол "Противодействие наркомании —
важнейший элемент безопасности России" 75

Alternate editor-in-chief
IGONIN A.L.

Deputies editor-in-chief
SOLOVIEV A.G.
PANCHENKO L.F.
CHERNOBROVKINA T.V.

Science editor
NADEZHDIN A.V.

Secretary
SABANTSEV B.N.

Editorial Board
ALTSHULER V.B.
BONDAR' I.V.
BRUN E.A.
GOLENKOV A.V.
GRINENKO A.YA.
ZVARTAU E.E.
IVANETS N.N.
KAZAKOVTSSEV B.A.
KLIMENKO T.V.
KOSHKINA E.A.
LITVINTSEV S.V.
MAKAROV V.V.
NUZHNY V.P.
POKROVSKY V.V.
SEMKE V.YA.
SEREDENIN S.B.
SIVOLAP YU.P.
SMITH D.
SOFRONOV A.G.
SUDAKOV S.K.
SHABANOV P.D.

Head of Editorial Council
BOCHKOV N.P.

Vice-Head of Editorial Council
IRISHKIN A.A.

Editorial Council
ANOKHINA I.P.
BOCHAN N.A.
BYKOV V.A.
GOFMAN A.G.
EGOROV V.F.
ZAIGRAEV G.G.
ZIN'KOVSKY A.K.
IZOTOV B.N.
KOZLOV A.A.
MIKHAILOV A.G.
ONISCHENKO G.G.
PYATNITSKAYA I.N.
ROKHLINA M.L.
SUDAKOV K.V.
KHRITININ D.F.
TSELINSKY B.P.
TSIGANKOV B.D.
CHURKIN A.A.

Publisher: Genius Media Ltd, Moscow, Russia

125315, Moscow, Baltiyskaya str., 8,
office 344,
Genius Media Publishing
tel.: +7 495 518-14-51,
fax: +7 495 601-23-74
e-mail: genius-media@mail.ru

Requests for permission to reprint
material from this journal should be
addressed to publisher
e-mail: genius-media@mail.ru

© Genius Media Ltd, 2011

Narcology

Monthly reviewed scientific and practical journal
Russian Academy of Medical Sciences
International Society of Addiction Journal Editors

2011. №4 (112)

CONTENTS

NEWS

News of Russian and global narcological community 3

STATE ANTI-DRUG POLICY

Proceedings of the meeting
of the Board Federal Service for Drug Control of Russian Federation 9

Resolution of the Government of the Russian Federation on February 25, 2011 № 112 . . . 11

GLOBAL ANTI-DRUG POLICY

International Narcotics Control Board Annual Report 2010.
Illegal drugs and corruption 12

ORGANIZATION

Koshkina J.B., Igonin A.L.

Established practice for the loading of staff
of inpatient state substance abuse clinics (units) in Russia:
dynamics by year 26

EPIDEMIOLOGY

Safonov O.A., Dmitrieva T.B., Klimenko T.V., Kozlov A.A.

History of abuse, distribution and control of trafficking of opiates
over the World regions. 36

Andreeva T.I., Krasovsky K.S.

Smoking cessation in Russia and Ukraine:
comparison of Global Adult Tobacco Survey results. 44

METHODOLOGY

Shaydukova L.K.

Psychotherapy of alcohol and drug dependence:
the way to «hedonistic altruism» 49

CLINICAL RESEARCH

Ul'yanova L.I., Gamaleya N.B., Ul'yanova M.A.

Features of cellular immunity in healthy volunteers after alcohol intake
(postintoxication phase) 54

Merinov A.V., Shustov D.I.

The influence of divorce on suicidal, narcological personal-psychological characteristics
of ex-wives of men suffering from alcohol dependence 64

DISCUSSION

Mendelevich V.D.

The sociological analysis of «attitude of anosognosia»
of experts in narcology in relation to the drug addiction:
domestic and foreign realities 69

Round table «Countering Drug Addiction —
essential element of Russia's security». 75

Новости российского и мирового наркологических сообществ

Эпидемиологические, профилактические и организационные аспекты наркологии в новостных материалах, опубликованных на сайтах ведущих информационных агентств

Приведенные материалы получены из доступных средств массовой информации и подаются "как есть". Мы оставляем за собой право комментировать новости там, где требуется справочный материал, и в случаях, когда мы имеем дополнительную информацию по теме новостной сводки. Присылаемые нам материалы должны обязательно иметь ссылку на источник информации. Приводимые ссылки на сайты и другие источники информации не несут коммерческой или рекламной нагрузки.

Успехи в борьбе с алкоголизмом в Краснодарском крае

Число больных алкоголизмом в регионе уменьшается, однако пока проблема алкоголизации населения по-прежнему остается одной из самых острых. Согласно данным Минздравсоцразвития России, Краснодарский край входит в состав регионов России с низкой распространенностью алкоголизма. Этому способствует деятельность администрации Краснодарского края и Департамента здравоохранения, которая направлена на пропаганду здорового образа жизни, профилактику и лечение алкоголизма.

В 2009 г. диагноз алкоголизм и алкогольные психозы впервые был установлен у 4654 чел., что на 6,2% меньше, чем в 2008 г. Всего в 2009 г. в Краснодарском крае насчитывалось 1515,3 больных алкоголизмом и алкогольными психозами на 100 тыс. населения. В последние годы наметилась тенденция к снижению этого показателя. По сравнению с 2007 г. он снизился на 25% и остается в 2 раза ниже среднероссийского уровня. Стабилизация показателей алкоголизации населения в регионе отражается и на снижении показателя смертности. Так, за первое полугодие 2010 г. наблюдается уменьшение числа умерших от случайных отравлений алкоголем в 1,4 раза по сравнению с первым полугодием 2009 г., а с 2002 г. этот показатель снизился более чем на 40%. Улучшение наркологической ситуации подтверждается и данными ГУВД Краснодарского края. В 2009 г. по сравнению с 2007 г. число преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, сократилось на 8%, причем на 36% снизился этот показатель среди несовершеннолетних.

Региональные власти проводят различные мероприятия по формированию здорового образа жизни населения. В 2010 г. в конкурсе "Здоровая Россия", учрежденном Минздравсоцразвитием РФ, проект "Дни здоровья на Кубани" занял первое место в номинации "Лучший национальный проект". Одной из целей проекта является повышение мотивации населения к ведению здорового образа жизни и ответственности за собственное здоровье, пропаганда отказа от вредных привычек. Эту же задачу призван решать День здоровья, который проводится с участием врачей-наркологов каждую субботу, начиная с августа 2008 г., во всех муниципальных образованиях края.

Проблема алкоголизации населения решается и на законодательном уровне. С августа 2008 г. на территории края действует детский закон №1539-КЗ "О мерах профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае". Принятие закона способствовало стабилизации наркологической ситуации в подростковой среде, снизило рост наркомании и алкоголизма и помогло уберечь многих детей от этих тяжелых болезней. Большую роль в этом сыграло и обращение губернатора к владельцам торговых точек и продавцам о недопущении продажи несовершеннолетним алкоголя и табака.

Немало внимания в Краснодарском крае уделяется и лечению алкоголизма, эффективность которого определяется сочетанием медикаментозной терапии и психотерапевтической программы, которая подбирается индивидуально в зависимости от стадии заболевания, психологических характеристик больного и его окружения.

Любченко Дмитрий Александрович, главный нарколог Краснодарского края, главный врач ГУЗ "Наркологический диспансер" Департамента здравоохранения Краснодарского края: "Задача по снижению уровня потребления алкоголя и формированию здорового образа жизни решается в Краснодарском крае комплексно. Сформировать тенденцию к стабилизации ситуации с алкоголизмом в регионе удастся не только за счет профилактических мероприятий и законодательных инициатив, но и за счет повышения самосознания наших граждан. Самое главное в жизни — здоровье, а хорошее здоровье, успешная и качественная жизнь не дается кем-то свыше. Это результат собственных ежедневных усилий, прежде всего над самим собой".

Источник: ГУЗ "Наркологический диспансер" Краснодарского края

Генная терапия способна излечить от алкоголизма

Исследователи из Школы медицины Университета Мэриленд обнаружили, что с алкоголизмом связаны гены двух рецепторов, работающих в головном мозге, — GABA и TLR4. Ученые продемонстрировали, что подавление активности этих рецепторов приводит к устойчивому снижению употребления спиртного у грызунов, приученных к чрезмерному пьянству.

Рецептор GABA взаимодействует с гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК). Это вещество — основной тормозной нейромедиатор в нашей нервной системе. От работы ГАМК-рецепторов зависит баланс возбуждения и торможения нервно-психических процессов. Особенно велика роль ГАМК-системы в амигдале — структуре головного мозга, контролирующей эмоциональное поведение. В случае пьянства именно эта система активно принимает участие в развитии чувства эйфории после приема спиртного.

Исследователи подавили действие ГАМК-рецепторов в амигдале крыс, приученных к пьянству, и обнаружили, что при этом не только снижается тяга животных к алкоголю, но и падает активность других рецепторов — TLR4. Оказалось, что эти молекулы тоже участвуют в развитии тяги к алкоголю.

TLR4 (Толл-подобные рецепторы типа 4) традиционно относятся к системе врожденного иммунитета и в головном мозге участвуют в развитии воспалительных реакций при инфекции. До сих пор не было известно, что их функция регулируется ГАМК-системой и что эти рецепторы могут участвовать в поведенческих реакциях. Но выяснилось, что генно-терапевтическое подавление TLR4 в амигдале приводит к такому же эффекту, как подавление ГАМК-рецепторов. По-видимому, в случае алкогольной зависимости ГАМК только регулирует TLR4, а за эмоциональные реакции, связанные с пристрастием к спиртному, отвечают именно они.

Авторы считают, что открытие роли ГАМК-TLR4-системы в развитии тяги к спиртному дает новые терапевтические возможности в лечении алкоголизма.

Источник: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Джеймс Аппатурай: Россия недооценивает то, как НАТО борется с наркоугрозой

Россия недооценивает усилия НАТО по борьбе с наркоугрозой в Афганистане, — считает заместитель помощника генсека НАТО по политическим вопросам и политике безопасности, специальный представитель генсека НАТО по связям со странами Кавказа и Средней Азии Джеймс Аппатурай.

«Я не раз слышал заявления российской общественности о том, что НАТО прилагает недостаточно усилий по борьбе с афганским наркотрафиком. Мне понятны эти опасения. Вместе с тем, я считаю, что в России просто недостаточно осведомлены о тех мерах, которые осуществляются альянсом», — подчеркнул он, выступая в понедельник на ежегодном образовательном форуме для студентов «Зимняя академия». Д.Аппатурай напомнил, что НАТО для борьбы с наркоугрозой предоставляет афганским спецслужбам транспорт, разведданные, а также оказывает другую необходимую поддержку. Со своей стороны, силы альянса также занимаются уничтожением лабораторий по производству наркотиков и противодействуют афганским наркобаронам. «Благодаря усилиям НАТО, в Афганистане значительно увеличилось количество провинций, где не выращивают мак. Раньше их было 6, а сейчас целых 20. Этот факт нельзя недооценивать», — указал он.

По данным Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), в Афганистане производится до 90% героина в мире. Через Таджикистан и Пакистан наркотики поступают в Европу и Россию, причем на долю российских наркоманов приходится 21% всего производимого в мире героина. В России, где наркотики ежегодно уносят жизни 30–40 тыс. чел., потребляется от 75 до 80 т афганского героина в год. Россия помогает Афганистану бороться с наркотиками, готовя национальные кадры для силовых структур, увеличивая финансовые взносы по линии специальных программ ООН и лоббируя создание соответствующей международно-правовой базы.

В октябре 2010 г. спецслужбы России, Афганистана и США впервые в истории провели совместную операцию, уничтожив несколько нарколабораторий у афгано-пакистанской границы. Ущерб, нанесенный наркodelьцам, ФСКН тогда оценила более чем в миллиард долларов: уничтоженного героина хватило бы на 200 млн доз.

Источник: www.narkotiki.ru

Наркоманам трудно распознать отрицательные эмоции по мимике лица

Испанские ученые Университета Гранады впервые проанализировали связь между употреблением наркотиков и распознаванием основных эмоций — радости, удивления, гнева, страха, грусти и отвращения. Оказалось, что наркоманы испытывают трудности с идентифицированием отрицательных эмоций гнева, отвращения, страха и грусти по выражению лица. Кроме того, мозг лиц, курящих марихуану, принимающих кокаин, алкоголиков хуже принимает решения. Каннабис и кокаин негативно влияют на работу памяти и мыслительные

процессы, а кокаин приводит к изменениям в торможении импульсивных действий. Результаты показали, что у 70% наркоманов происходят нейропсихологические нарушения, независимо от типа потребляемого наркотика. Наибольшим образом наркотики затрагивают рабочую память, гибкость мышления, область планирования и способностей к многозадачности. В большей степени наркотики ухудшают восприятие негативных эмоций по мимике лица.

Источник: www.ami-tass.ru

Физические упражнения помогают побороть наркозависимость

Физические упражнения значительно снижают тягу к марихуане у зависимых пациентов, установили американские специалисты Университета Вандербилта. Использование каннабиса среди участников исследования сократилось более чем на 50% после тренировок на беговой дорожке после 10–30-минутных занятий в течение 2 недель. Впервые наркологи доказали пользу физической активности против наркотической зависимости от марихуаны.

Употребление каннабиса и зависимость от марихуаны увеличилась во всех возрастных группах в последнее десятилетие в Соединенных Штатах. В 2009 г. около 16 700 американцев в возрасте от 12 лет и старше курили марихуану ежемесячно, а 6 млн. использовали каннабис 20 или больше дней в месяц. Лечение зависимости от марихуаны возросло за последние 10 лет в стране с 7 до 16%. По словам врачей, то, что выглядит как "невинная привычка" оборачивается тяжелой болезнью, требующей длительного лечения. Курение каннабиса может быть предрасполагающим фактором для развития психоза, предупреждают врачи. Неврологи считают, что физические упражнения положительным образом изменяют работу мозга, помогая избавиться от зависимости от конопли.

Источник: www.ami-tass.ru

Употребление спиртного перестало быть основной причиной панкреатита

Исследование провела группа специалистов под руководством Грега Коута (Greg Cote) из Медицинской школы Университета Индианы (Indiana University School of Medicine).

В настоящее время ведущими причинами хронического воспаления поджелудочной железы считаются желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя. В частности, со спиртным современные исследователи связывают от 60 до 90% случаев панкреатита. Г.Коут и его коллеги намеревались выяснить, какую роль в развитии заболевания играют такие факторы риска, как пристрастие к выпивке и курению.

Для участия в исследовании были отобраны 539 больных хроническим панкреатитом и 695 здоровых добровольцев. Все случаи болезни были разделены на три группы по причине ее возникновения: алкогольный, неалкогольный, а также идиопатический (причина которого не установлена) панкреатит. Доля больных в указанных группах составила 44,5; 26,9 и 28,6% соответственно.

Ученые выяснили, что доля больных той или иной формой хронического панкреатита зависит от их пола. В частности, алкогольным панкреатитом страдали 59,4% мужчин, неалкогольным — 18%, идиопатическим — 22,6%. Среди пациенток женского пола доли больных по группам составили 28,1; 36,7 и 35,2%. Кроме того, согласно результатам исследования, примерно треть больных алкогольным панкреатитом употребляли спиртное в количествах, недостаточных для токсического поражения поджелудочной железы.

Профессор Медицинского колледжа Нью-Йорка (New York Medical College) Альберт Лоуэнфелс (Albert Lowenfels) отметил, что последние исследования, проведенные в Европе, также выявили снижение доли случаев алкогольного панкреатита. По мнению Г.Коута, основными причинами развития хронического воспаления поджелудочной железы становятся состояние окружающей среды и наследственные факторы.

Источник: *Clinical Gastroenterology and Hepatology*

Опиоиды могут повредить сердцу будущего ребенка

У детей женщин, принимавших незадолго до или во время беременности рецептурные обезболивающие средства, чаще обнаруживаются врожденные пороки сердца. По данным исследования, риск появления на свет детей с врожденными пороками сердца для женщин, принимавших препараты, в состав которых входят опиоиды, в том числе кодеин и оксикодон, повышается вдвое, по сравнению с женщинами, не принимавшими такие обезболивающие. По оценкам Центра по контролю заболеваемости США, ежегодно в этой стране рождаются 40 тыс. детей с врожденными пороками сердца. И хотя в развитии заболеваний, связанных с приемом лекарственных средств, может играть роль целый ряд факторов, врачи и ученые отмечают, что женщины должны учитывать риск приема опиоидных препаратов. Беременные часто страдают болями в спине и в мышцах, что вызвано увеличением веса, к которому добавляется вес плода, плаценты и околоплодных вод. Специалисты рекомендуют вместо рецептурных

средств прибегать к гомеопатическим препаратам для успокоения боли. Кроме того, уменьшить неприятные ощущения при беременности помогают натуральные средства, содержащие фосфаты железа и кальция.

Источник: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*

Мужчины, живущие в бедных районах, в 2 раза чаще употребляют алкоголь

Установлено, что для женщин социально-экономическое положение в районе проживания не влияло на уровень потребления ими алкоголя. Но мужчины, проживающие в бедных районах, пили в среднем 8 спиртных напитков еженедельно, тогда как мужчины, живущие в более богатых районах города, пили 4 спиртных напитка в неделю. Специалисты предполагают, что культура потребления алкоголя в жилых окрестностях влияет на уровень употребления спиртного среди мужчин. Также американские клиницисты больницы Св. Михаила считают, что мужчины, живущие в бедных районах, с помощью алкоголя избавляются от стресса, тогда как у женщин стресс выражается в развитии депрессии и тревоги.

Источник: www.ami-tass.ru

Американская биотехнологическая компания Sangamo BioSciences сообщила об успешных испытаниях генной терапии ВИЧ-инфекции

Новая методика заключается в изменении генома клеток иммунной системы, являющихся главными мишенями вируса иммунодефицита. Основанием концепции нового метода лечения послужил случай выздоровления немецкого ВИЧ-инфицированного пациента после пересадки костного мозга, о котором ранее писали МедНовости. Донор, костный мозг которого был пересажен больному, был носителем мутации гена CCR5, которая затрудняет проникновение вируса иммунодефицита в Т-лимфоциты.

В ходе эксперимента, проведенного в США, американские ученые решили "отредактировать" гены клеток иммунной системы добровольцев с ВИЧ-инфекцией. Для этого исследователи удалили ген CCR5 из Т-лимфоцитов, выделенных из крови пациентов. После этого модифицированные клетки были размножены в лаборатории, а затем введены в организм испытуемых. Трое участников исследования получили приблизительно по 2,5 миллиарда модифицированных лимфоцитов, еще трое — в два раза больше клеток. Спустя три месяца после процедуры численность модифицированных клеток существенно увеличилась в крови 5 из 6 испытуемых. В результате не восприимчивыми к ВИЧ-инфекции оказались приблизительно 6% Т-клеток пациентов. Теоретически в будущем это может привести к замедлению развития СПИДа у носителей ВИЧ-инфекции.

Существенных побочных эффектов лечения за период наблюдения выявлено не было. Единственной отмеченной реакцией на введение модифицированных клеток были гриппоподобные симптомы, которые наблюдались в среднем в течение двух суток.

Как подчеркивают авторы исследования, проведенный ими эксперимент является первым этапом продолжительного исследования. Кроме того, различные типы ВИЧ используют разные пути для проникновения в клетку, поэтому даже теоретически удаление гена CCR5 может помочь далеко не всем пациентам. Дополнительные эксперименты потребуются для подтверждения безопасности предлагаемой методики лечения ВИЧ-инфекции. В частности, ученым предстоит выяснить, как скажется примененная ими методика удаления гена CCR5 на функциях модифицированных клеток (сейчас известно, что врожденное отсутствие этого гена не влияет на здоровье человека). Неизвестно также, насколько долго смогут сохраняться модифицированные клетки в организме пациентов. Наконец, еще одной проблемой является оценка стоимости предлагаемого лечения.

Источник: www.medportal.ru

Спонтанный отказ от курения можно считать одним из признаков рака легких

Американские ученые выяснили, что спонтанный отказ от курения можно считать одним из признаков рака легких. Исследование провела группа специалистов под руководством Барбары Кэмплинг (Barbara Campling) из Университета Томаса Джефферсона (Thomas Jefferson University) в Филадельфии. Б.Кэмплинг и ее коллеги опросили 115 пациентов филадельфийского медицинского центра для ветеранов, у которых были обнаружены злокачественные опухоли легких. Все опрошенные курили ранее, однако 55 участников исследования отказались от этой привычки до того, как у них был выявлен рак. По данным исследования, лишь у шестерых отказавшихся от курения симптомы рака проявились до того, как пациент бросил курить. Никотиновая зависимость была одинаково сильной как у бывших курильщиков, так и у тех, кто продолжил курить. Несмотря на это, 31% бросивших отказались от этой привычки с легкостью. Ученые также выяснили, что рак легких выявлялся у пациентов в среднем через 2,7 года после отказа от курения. По предположениям исследователей, злокачественные опухоли легких вырабатывают вещества, которые снижают зависимость от никотина.

Источник: *Journal of Thoracic Oncology*

Ученые подсчитали, за какое время курение и вредная пища наносят вред организму

Ежедневно человек ставит себя под удар, просто выпивая чашку кофе и съедая привычный завтрак. Возможно, для кого-то это не станет откровением, однако австралийские ученые уверяют: результаты их изысканий удивят многих. Эксперты собрали информацию и вычислили, за какое время сахар, сигареты, кофеин, соль и многое другое наносят вред телу, пишет *The Daily Mail*.

Так, табачный дым запускает опасный механизм в теле всего за 3 с, констатирует профессор Роберт Уест, руководитель исследований воздействия табака в Британском центре рака. По его словам, дыму требуется всего несколько секунд, дабы попасть в легкие, заставляя сердце перегружаться и повышать кровяное давление. Также дым провоцирует раздражение и воспаление дыхательных путей. Отсюда первая реакция на дым — кашель. А первую затяжку и начало генетических изменений отделяют всего 15 мин. Кстати, до мозга никотин добирается за 7 с, высвобождая гормон допамин, дающий ощущение облегчения и лежащий в основе табачной зависимости. Помимо дыма и никотина, в сигаретах содержится смертельная окись углерода — газ, не имеющий цвета и запаха. В сигаретном дыме наблюдается концентрация, превышающая более чем в 600 раз безопасные показатели. Данный газ приводит к снижению концентрации кислорода в крови. В норму тело приходит лишь по прошествии 6 ч после одной сигареты.

Следующий пункт — сахар. По мнению Урсулы Аренс из Британской диетологической ассоциации, данный продукт начинает оказывать влияние еще до того, как человек его проглотил. Речь идет о том, что сахар провоцирует увеличение числа бактерий на зубах. Бактерии, в свою очередь, превращают сахар в кислоту и разрушают эмаль. Если ничего не есть после сладкого, то баланс восстановится в течение часа за счет работы слюны. Не надо забывать и тот факт, что сахар дает моментальный рост уровня глюкозы в крови. А это фактор риска диабета 2 типа. Показатели снизятся через час, провоцируя усталость, голод и раздражение. "Если потреблять сахар или крахмал вместе с протеинами и жирами, то всасывание сахара будет происходить не так быстро, а человек сумеет избежать резких скачков в уровне глюкозы", — советует Урсула Аренс. Сахар повышает уровень инсулина, который тормозит экспрессию гормонов роста. В результате получается, что иммунная система угнетена. Так, 20 чайных ложек сахара снижают на 40% способность белых кровяных клеток поглощать бактерии. Особенно это заметно в течение 2 ч после потребления сладкого, а сам эффект сохраняется 5 ч минимум.

Алкоголю нужно всего 6 мин, дабы нанести вред мозгу, установили немецкие исследователи. Они специально собрали группу из мужчин и женщин, попросив их пройти сканирование мозга, одновременно выпивая две пинты пива или три бокала вина. Их публикация в *Journal Of Cerebral Flow And Metabolism* говорит о том, что концентрация соединений, защищающих мозг, снижается по мере того, как растет уровень алкоголя.

Касательно соли — она снижает пластичность артерий за 30 мин, сообщает отчет в *American Journal of Clinical Nutrition*. Кроме того, соль удерживает в теле до двух литров воды, увеличивая нагрузку на сердце и сердечно-сосудистую систему. А вот кофеину тоже требуется пол часа, дабы ухудшить кровоток. Соединение заставляет нервные клетки вырабатывать адреналин, увеличивая частоту сердцебиения, кровяное давление, насыщая мышцы кровью, но снижая питание органов и кожи.

Насыщенные же жиры, часто встречающиеся в печенье, сыре, кексах, нарушают работу системы, отвечающей за свертывание крови. Менее чем за час жиры увеличивают риск образования тромба, грозящего сердечным приступом или инсультом. Правда, снизить негативное воздействие можно, потребляя полиненасыщенные жиры и омега-3 вместе с орехами и рыбой.

Источник: www.meddaily.ru

Затраты на поддержку реабилитационных центров для наркозависимых должны составлять около 3 млрд руб. в год

Об этом заявил глава Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) Виктор Иванов. По его словам, эти деньги предполагается выделять реабилитационным центрам в виде грантов. В.Иванов выразил уверенность в том, что эти меры помогут резко оздоровить ситуацию в стране. Развитие в России системы медицинской и социальной реабилитации наркозависимых предусмотрено Стратегией антинаркотической политики, утвержденной президентом РФ. По словам В.Иванова, он "не очень положительно" относится к принудительному лечению наркомании, в том числе в альтернативных центрах, в нарушение законодательства практикующих насильственное удержание наркозависимых. Между тем, по данным главы ФСКН, российские наркологические диспансеры в настоящее время "дают менее 1% ремиссий и практически 100%-ную рецидивность". "Таким образом, вся сеть наркологических диспансеров не решает задачи реабилитации наркомана", — констатировал В.Иванов.

Источник: РИА Новости

Мосгордума предлагает запретить курение в подъездах жилых домов, а также на объектах социальной сферы столицы

Соответствующие меры предусмотрены проектом концепции закона "О защите населения Москвы от табачного дыма", представленном на заседании комиссии по здравоохранению Мосгордумы.

По словам председателя комиссии Людмилы Стебенковой, документ предусматривает запрет на курение в подъездах многоквартирных домов, а также в закрытых помещениях, занимаемых учреждениями социальной сферы, органами государственной власти города, унитарными и казенным предприятиями столицы. Запрет также коснется закрытых помещений, находящихся в собственности города, в том числе переданных в аренду, безвозмездное пользование и доверительное управление. "Действие закона не будет распространяться на помещения, находящиеся в частной собственности", — уточнила Л.Стебенкова.

Как пояснил один из разработчиков документа, председатель правления международной конференции обществ потребителей Дмитрий Янин, законопроект "предусматривает поэтапный переход к Москве, свободной от табачного дыма". Д.Янин сообщил, что в настоящее время количество курящих подростков 15—16 лет в Москве на 25% выше, чем в среднем по России, курильщиками являются около 50% выпускников школ.

Источник: Medportal.ru

Курение провоцирует рак желудка даже спустя годы после отказа

Проанализировав результаты 33 исследований, итальянские ученые установили, что у курильщиков вдвое выше риск рака пищевода и кардии желудка. Причем, в некоторых исследованиях риск рака пищевода оставался высоким даже спустя три десятка лет после отказа от курения.

В обоих случаях опухоли представляют собой аденокарциномы, и оба эти вида рака относительно нечасто встречаются в странах Запада по сравнению с развивающимися странами. Однако в последние десятилетия заболеваемость ими растет и в США и Европе, что, по-видимому, связано с ростом распространенности ожирения. Но курение всегда считалось важным фактором риска аденокарциномы пищевода и желудка.

"Бросить курить никогда не поздно, но для этих двух видов рака риск, похоже, снижается слишком медленно", — отмечает руководитель исследования Eva Negri из Миланского некоммерческого института фармакологических исследований им. Марио Негри.

В большинстве исследований, включенных в анализ, авторы сравнивали данные относительно небольших групп пациентов с раком пищевода или кардии с данными некурящих участников. В трех исследованиях ученые наблюдали большие группы взрослых участников длительное время, отмечая каждый новый случай рака пищевода или кардии. После отказа от курения риск обоих видов рака снижался, однако оставался на 62% выше, чем для некурящих. Но, учитывая, что в западных странах распространенность рака пищевода и кардии невысока, абсолютный риск для каждого курильщика остается низким.

По данным Американского общества по борьбе с раком, у среднего американца риск заболеть раком пищевода в течение жизни составляет 1:200, а раком кардии — 1:114. Для сравнения, риск заболеть раком легкого достигает 1:13 для мужчин и 1:16 — для женщин (считая как курящее, так и некурящее население).

Источник: Epidemiology

Материалы заседания Коллегии Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков

10 марта 2011 г. в Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации состоялось расширенное заседание Коллегии, на котором был рассмотрен вопрос «Об итогах оперативно-служебной деятельности Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в 2010 г. и задачах на 2011 г.». На заседании Коллегии выступил председатель Государственного антинаркотического комитета, директор ФСКН России Виктор Иванов. В ее работе приняли участие представители Администрации Президента Российской Федерации, Совета Безопасности Российской Федерации, федеральных органов судебной, законодательной и исполнительной власти, общественных организаций, руководящий состав центрального аппарата и территориальных органов ФСКН России.

На Коллегии отмечалось, что в 2010 г. Президентом Российской Федерации Дмитрием Медведевым была утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики до 2020 г. Сейчас идет активная работа по ее реализации. Также Правительством Российской Федерации принято решение о разработке государственной программы «Противодействие незаконному обороту наркотиков», целью которой является кардинальное снижение спроса на наркотики.

В декабре 2010 г. Государственный антинаркотический комитет подписал Соглашение с одним из основных партнеров — Русской Православной Церковью, которое позволит значительно усилить негосударственный сектор реабилитационной помощи, а также вывести на новый качественный уровень работу по профилактике наркомании среди детей и молодежи. В 2011 г. заработает система сертификации реабилитационных центров, которая гарантирует определенный стандарт этих услуг.

Наркоситуация в стране по-прежнему остается сложной. По экспертным оценкам, количество наркопотребителей с учетом латентной составляющей достигает примерно 2,5 млн чел., или почти 2% населения страны. Наибольшее распространение в России получили наркотики опийной группы: героин, экстракт маковой соломки, ацетилированный опий. Доля потребителей опиатов в нашей стране, по данным Минздравсоцразвития России, составляет почти 87% всех наркозависимых. Вызывает обеспокоенность резкий рост поставок в Россию афганского гашиша.

В 2010 г. российскими правоохранительными органами из незаконного оборота изъято 46,2 т наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ, в том числе 33,4 т — органами наркоконтроля.

Зарегистрировано свыше 222,5 тыс. преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Пресечена деятельность более 4,4 тыс. мест незаконного производства наркотиков, в том числе 43 специально оборудованных подпольных лабораторий. Уничтожены очаги произрастания дикорастущей конопли на площади свыше 28 тыс. га, масса уничтоженных растений составила 227,9 т. Из этого количества потенциально можно было получить более 34 т марихуаны, что составляет около 17 млн. средних разовых доз.

Органами наркоконтроля выявлено и пресечено свыше 85 тыс. наркопреступлений. Раскрыто 272 преступления, связанных с легализацией денежных средств и иного имущества, приобретенного в результате совершения наркопреступлений.

Масса изъятых из незаконного оборота опиатов составила 3,4 т (в том числе изъято 1,3 т героина), гашиша — 1,6 т, марихуаны — 22,8 т. В 5 раз больше, чем в 2009 г. изъято сильнодействующих веществ — около 4,8 т и в 4 раза кокаина — почти 100 кг. Пресечены почти 9 тыс. оптовых поставок наркотиков, включая свыше 2,2 тыс. оптовых партий героина. Масса наркотиков, изъятых в составе оптовых партий, составила почти 30 т.

В ряде регионов результативная деятельность правоохранительных органов по пресечению оптовых поставок вызывает «героиновый голод». Часть потребителей героина вынужденно переходит на употребление дешевых, но более вредных для здоровья суррогатов — дезоморфина, ацетилированного опия.

Дезоморфиновая (аптечная) наркомания оказывает огромное влияние на наркоситуацию в стране. В 2010 г. сотрудники ФСКН России ликвидировали более 4,8 тыс. наркопритонов, изъяли 32,8 кг дезоморфина, что почти в 6 раз больше, чем в 2009 г. В качестве одной из мер по купированию данной

Источник: Управление по взаимодействию с общественностью и СМИ ФСКН России

проблемы может стать введение рецептурного отпуска кодеинсодержащих лекарственных препаратов.

Как отмечалось на Коллегии, «популярность» в среде потребителей наркотиков получили также психоактивные препараты, содержащие синтетические каннабиноиды JWH-203, JWH-250, JWH-251, которые ранее не попадали под юридическое определение наркотического средства. После внесения в 2010 году изменений и дополнений в законодательство их оборот был запрещен.

На Коллегии отмечалось, что по-прежнему негативное влияние на развитие наркоситуации в стране оказывает слабый контроль за миграционными процессами. Так, для граждан стран-участниц СНГ продолжает действовать безвизовый режим въезда с использованием миграционных карт и упрощенный порядок пропуска через государственную границу. В 2010 г. российскими правоохранительными органами выявлен 3 331 иностранный гражданин, совершивший наркопреступления, в том числе органами наркоконтроля — 1 277 чел.

Говоря о международном сотрудничестве ФСКН России в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков, директор ФСКН России подчеркнул, что стратегической целью является противодействие глобальной наркоугрозе, а также концентрация основных усилий на ликвидации контрабанды в Россию опиатов и каннабиноидов из Афганистана. В 2010 г. ФСКН России активно взаимодействовала с Европейским Союзом, «Группой Помпиду» Совета Европы, Римской/Лионской группой, «Группой Восьми», а также ШОС, ОДКБ и другими международными организациями. На Министерской конференции «Группы Помпиду» Совета Европы был представлен для обсуждения российский план «Радуга-2», нацеленный на ликвидацию культивирования опийного мака в Афганистане.

По-прежнему эффективно сотрудничество стран в рамках международной операции «Канал», которая на сегодняшний день не имеет аналогов по масштабам и географии проведения. В операции, прошедшей в ноябре прошлого года, участвовали представители компетентных органов 20 государств. Из незаконного оборота было изъято около 18 т наркотиков, в том числе 8,7 т опия, 4 т марихуаны, 1,8 т гашиша, 1,4 т героина, 1,1 т кокаина, 62 кг синтетических

наркотиков и более 40 т прекурсоров. Выявлено более 12 тыс. наркопреступлений.

Ярким примером международного сотрудничества является проведенная 28 октября 2010 г. в Афганистане совместная с МВД Афганистана, ДЕА США и коалиционными силами операция, в результате которой была разрушена устойчивая инфраструктура производства наркотиков — уничтожены 4 нарколаборатории, изъяты 932 кг героина, 157 кг опия, более 110 кг прекурсоров. Таким образом, удалось ликвидировать инвестиционный героиновый транш в государства Центральной Азии, объем которого оценивается в четверть миллиарда долларов.

Сотрудники наркоконтроля пресекли 814 преступлений, связанных с контрабандой наркотиков. Раскрытие значительной их части стало возможным в результате усиления взаимодействия ФСКН России с правоохранительными органами зарубежных государств. В ходе 11 международных контролируемых поставок изъято почти 600 килограммов наркотиков.

В ходе оперативно-розыскной деятельности активно осуществлялось взаимодействие с другими органами исполнительной власти. Например, во взаимодействии с ФТС России и ПС ФСБ России удалось ликвидировать ряд международных воздушных наркотрафиков.

Одним из наиболее перспективных направлений деятельности оперативных подразделений органов наркоконтроля является совершенствование сотрудничества с учреждениями ФСИН России, в том числе в обеспечении непрерывности разработки лидеров и активных участников организованных групп и преступных сообществ. Так, во взаимодействии со ФСИН России на территории московского региона задержан в аэропорту «Домодедово» наркокурьер при попытке контрабандной поставки более одного килограмма кокаина из Кабо-Верде.

В результате проведенных с подразделениями ФСИН России 872 оперативных мероприятий раскрыто 540 преступлений.

В 2010 г. в сфере профилактики работа ФСКН России была направлена на реализацию решения Совета Безопасности Российской Федерации от 8 сентября 2009 г., а также положений Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации.

Постановление Правительства Российской Федерации

от 25 февраля 2011 г. №112 г.

"О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств"

Опубликовано 5 марта 2011 г.

Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств.

*Председатель
Правительства Российской Федерации
В. Путин*

Изменения, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств:

1. Раздел "Наркотические средства" списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I), перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 27, ст. 3198; 2006, N 29, ст. 3253; 2010, N 3, ст. 314; N 17, ст. 2100; N 28, ст. 3703; N 31, ст. 4271; N 45, ст. 5864; N 50, ст. 6696), после позиции, касающейся метилдигидроморфина, дополнить позицией следующего содержания:

"Метилendiоксипиовалерон".

2. Раздел "Наркотические средства" списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I), крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228 [1] и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2006 г. N 76 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 7, ст. 787; N 29, ст. 3253; 2010, N 3, ст. 314; N 17, ст. 2100; N 28, ст. 3703; N 31, ст. 4271; N 45, ст. 5864; N 50, ст. 6696), после позиции, касающейся метилдигидроморфина, дополнить позицией следующего содержания:

"Метилendiоксипиовалерон 0,6 3,0".

АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА ЗА РУБЕЖОМ

Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. Наркотики и коррупция

2 марта 2011 г. Международный комитет по контролю за наркотиками опубликовал свой ежегодный доклад, содержащий обзор таких актуальных проблем, как наркотики и коррупция, международная система по контролю за наркотиками, анализ положения с употреблением наркотиков в мире.

В знак признания вклада Татьяны Борисовны Дмитриевой (в 2005 г. — стала членом Международного комитета по контролю над наркотиками, выполняя функции его Докладчика (2006 г.), Председателя Постоянного комитета по исчислениям и второго заместителя Председателя Комитета (2007 г.) и первого заместителя Председателя Комитета (2009 г.)) в дело международного контроля над наркотиками Комитет хотел бы посвятить настоящий доклад ее памяти. Она останется в памяти как талантливый исследователь, умелый политический деятель и замечательный, теплый и добрый человек.

1. Ничто так не сковывает усилия по борьбе с незаконной торговлей наркотиками, как запугивание и подкуп публичных должностных лиц со стороны организованных преступных групп. Ничто так не подрывает международные усилия по контролю над наркотиками, как многочисленные случаи пособничества незаконному обороту наркотиков со стороны коррумпированных чиновников или их участия в криминальном наркобизнесе. Между тем, насилие и коррупция неизменно сопутствуют незаконной торговле наркотиками.

2. Запугивание и подкуп — самые эффективные приемы, которые организованные преступные группы противопоставляют действиям правоохранительных органов по контролю над наркотиками. По сути, речь идет о двух сторонах одного и того же явления: организованная преступная группа может с одинаковой легкостью заплатить за услуги публичного должностного лица или за его убийство. Устрашение и подкуп публичных должностных лиц в конечном счете служат главным источником силы преступных организаций, зачастую помогая им оставаться недостижимыми для правосудия. Коррупция — крайне опасное явление, оказывающее глубокое и разрушительное воздействие на личность, общество в целом и социальные институты. Нередко именно она становится причиной низкой результативности или даже полной несостоятельности усилий по контролю над наркотиками.

3. Борьба с организованной преступностью и пресечение незаконной торговли наркотиками являются для полицейских и других работников системы уголовного правосудия нелегким, а зачастую и опасным делом. При всей самоотверженности и мужестве этих людей им часто бывает не под силу одержать верх над богатыми и мощными криминальными структурами, орудующими в сфере незаконного оборота наркотиков. Порой полиция подвергается невероятному давлению со стороны организованной преступности:

покушения или реальные угрозы возмездия и насильственной расправы чередуются с попытками подкупа должностных лиц, в том числе самих сотрудников полиции. Несмотря на мощь организованной преступности, подавляющее большинство работников правоохранительных и судебных органов во всем мире не поддаются подкупу и запугиванию, а некоторые из них, к сожалению, даже жертвуют собственной жизнью в борьбе с коррупцией, связанной с наркотиками.

4. Не получая надлежащей поддержки и защиты, многие сотрудники правоохранительных и судебных органов оказываются перед непростым выбором: подвергнуться насилию или даже расстаться с жизнью либо пойти на сделку с совестью и стать сообщниками безжалостных преступников. Решившись принять взятку, они необратимо компрометируют не только себя, но и значительную часть усилий по контролю над наркотиками, которые предпринимаются их правоохранительными органами и учреждениями системы уголовного правосудия.

5. В большинстве районов мира возникли обширные сети незаконного оборота наркотиков, не ограниченные национальными границами. Колоссальная прибыль, извлекаемая подпольными рынками наркотиков, образует питательную среду для роста могущественных преступных организаций, превосходящих порой по своим финансовым ресурсам государственные ведомства. То, что запугивание и подкуп публичных должностных лиц расширяет возможности преступных организаций наживаться на незаконной наркоторговле, есть факт, который нельзя игнорировать. Все перечисленные выше факторы приводят к ослаблению позиций правоохранительных органов и учреждений системы уголовного правосудия. Они представляют собой угрозу для национальной и международной безопасности и стабильности.

6. Уже не первый год Международный комитет по контролю над наркотиками выражает глубокую обеспокоенность многочисленными примерами того, как насилие и коррупция способствуют незаконной торговле наркотиками. В задачи Комитета входит рассмотрение вопросов функционирования международных механизмов контроля над наркотиками на национальном и международном уровнях. Поэтому Комитет прекрасно осведомлен о том, что огромные доходы наркобизнеса подпитывают коррупцию. Он также полностью отдает себе отчет в том, что коррупция и подпольная наркоторговля образуют порочный круг, поддерживая и взаимно усиливая общими социальными последствиями связанной с наркотиками коррупции, включая то, что в некоторых случаях подпольная наркоторговля и сопутствующие ей насилие и коррупция ослабляют государственное управление и подрывают общественные институты.

7. Важно понимать, что связанная с наркотиками коррупция, или "наркосторрупция", как ее часто называют, дает некоторым организованным преступным группировкам возможность укреплять свою противозаконную деятельность, вести свои дела с минимальной оглядкой на органы власти и извлекать максимальный доход из подпольного рынка наркотиков. Для того, чтобы международный контроль над наркотиками был более эффективным, против насилия и коррупции, связанных с наркотиками, следует бороться более решительно и более систематически. Стратегии контроля над наркотиками должны опираться на лучшее понимание того, каким образом криминальным структурам удается за взятки заручаться пособничеством ключевых должностных лиц, особенно в правоохранительных органах и учреждениях системы уголовного правосудия, и зачастую снижать эффективность мер по борьбе с наркотиками и действовать в условиях относительной безнаказанности. На карту поставлено очень многое. Широкомасштабная коррупция и непрекращающееся насилие, характерные для подпольной наркоторговли, вполне могут выйти из-под контроля и заблокировать или даже полностью парализовать существующие механизмы наркоконтроля.

8. Борьба с коррупцией является одним из важнейших направлений всеобъемлющей стратегии пресечения незаконного оборота наркотиков. Принятие эффективных мер противодействия коррупции представляет собой один из способов сокращения масштабов незаконной торговли наркотиками и разрастания мощных организованных преступных группировок. Настоящая глава посвящена проблеме коррупции в ее сложной взаимосвязи с нелегальным рынком наркотиков, а также стратегиям борьбы с "наркосторрупцией". Наибольший интерес для Комитета представляет

выработка практических мер и стратегий, которые могли бы быть задействованы в борьбе с наркосторрупцией на национальном и международном уровнях. Некоторые из этих мер не слишком отличаются от мер противодействия коррупции вообще. Другие потребуют четкой увязки с существующими стратегиями контроля над наркотиками.

9. Для подавления незаконного оборота наркотиков, а также связанных с ним насилия и коррупции необходимо международное сотрудничество. Именно потребность в таком сотрудничестве привела к учреждению в 1961 г. Международного комитета по контролю над наркотиками и к принятию Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.¹ С тех пор были приняты и другие международно-правовые документы, призванные устранить препятствия для международного сотрудничества в борьбе с организованной преступностью и коррупцией. За последние 10 лет благодаря осуществлению Конвенции Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности² и Конвенции Организации Объединенных Наций против коррупции³ появились новые эффективные средства предупреждения и сдерживания организованной преступности и коррупции. Эти средства могут использоваться в борьбе с наркосторрупцией и помочь государствам более эффективно сотрудничать в деле пресечения операций по незаконному обороту наркотиков.

10. В настоящую главу включен краткий раздел о коррупции и незаконных рынках наркотиков, а также о последствиях коррупции, связанной с наркобизнесом. За ним следует раздел, посвященный коррупцирующему влиянию организованной преступности и тому, как оно может сводить на нет международные усилия по контролю над наркотиками; в нем рассматриваются некоторые основные проявления наркосторрупции в полиции, вооруженных силах и в судебных органах, а также среди политических деятелей и руководителей. В третьем разделе намечены некоторые стратегические подходы к борьбе с коррупцией, связанной с наркотиками, и особо подчеркивается важность международного сотрудничества в решении этой проблемы. В заключительном разделе изложены рекомендации, сформулированные Комитетом с целью побудить правительства и органы наркоконтроля еще раз проанализировать вопрос о том, что они могли бы сделать для предупреждения и пресечения наркосторрупции.

¹ United Nations, Treaty Series, vol. 1582, No. 27627.

² Ibid., vol. 2225, No. 39574.

³ Ibid., vol. 2349, No. 42146.

А. Коррупция, связанная с наркотиками, и ее последствия

1. Что такое коррупция?

11. Коррупция — не новое и не простое явление. Дать определение коррупции, которое удовлетворяло бы всех, вряд ли возможно, однако те или иные ее проявления осуждаются в любом обществе. Коррупция принимает разнообразные формы, которые соответствуют множеству путей, избираемых людьми для пользования и обмена богатствами и влиянием, и зависят от сравнительной эффективности норм и институтов, регулирующих и контролирующих этот обмен. В конечном счете за защиту граждан от запугивания и коррупции отвечают правительства.

12. Нет никаких оснований считать, что коррупция, связанная с наркотиками, принципиально отличается от других видов коррупции. Подкуп, взяточничество и вымогательство часто ассоциируются с наркобизнесом или организованной преступностью вообще, но они распространены и во многих других областях социальной и экономической деятельности. Иные виды коррупции порой также могут иметь весьма существенные и опасные последствия. Примерами такой коррупции являются фальсификация выборов, махинации при закупках, коррупция, связанная с контрабандным провозом мигрантов, торговлей людьми, незаконным оборотом огнестрельного оружия или незаконной торговлей алмазами. Серьезной проблемой был и остается подкуп при заключении международных коммерческих сделок⁴. Этот вид коррупции может иметь разрушительные последствия с точки зрения перспектив эффективного управления и экономического развития.

13. В отсутствие универсального определения коррупции используемые юридические формулировки ограничиваются определением тех или иных коррупционных действий. Например, Конвенция Организации Объединенных Наций против коррупции обязывает государства-участники ввести уголовную ответственность за ряд конкретных деяний, таких как подкуп, незаконное обогащение, злоупотребление служебным положением, злоупотребление влиянием в корыстных целях, хищение, неправомерное присвоение или иное нецелевое использование имущества публичным должностным лицом. Коррупция, как правило, связана со злоупотреблением полномочиями, вверенными тому или иному лицу. Применительно к публичным должностным лицам речь идет о пред-

оставлении или получении преимуществ противозаконными средствами либо средствами, несовместимыми с их служебным положением.

14. Помимо юридических дефиниций существует и ряд культурно-исторических различий в том, что понимается под коррупцией и как она воспринимается в разных районах мира. Культурные особенности имеют в этом плане очень большое значение, особенно когда речь идет о социальном статусе, подарках, семейных узах, понятиях взаимности и общности, и их нельзя не принимать во внимание. Учет этой культурной специфики помогает лучше понять, какое поведение признается коррупционным и какую реакцию это вызывает в той или иной культурной среде. В то же время культурные особенности не должны служить оправданием коррупции. На практике коррупционное поведение, судя по всему, считается недопустимым во всех культурах.

15. Коррупцию следует рассматривать с учетом политических, экономических и социальных условий ее возникновения. От них, например, может зависеть степень терпимости, проявляемой по отношению к коррупции независимо от действующего законодательства. Не менее важно понять, почему в тех или иных условиях общество готово мириться с коррупцией и даже признавать за ней право на существование. При определенных обстоятельствах коррупция может быть естественной реакцией социума на несостоятельность общественных институтов. С позиций отдельно взятого лица издержки и осложнения, которыми чревата борьба с коррупцией, могут перевешивать те блага, которые сулит ее искоренение. Некоторые группы лиц могут считать коррупцию полезным и удобным средством достижения законных групповых или политических целей. В конечном итоге, однако, коррупция может лишь подрывать социальные и политические институты. Возникает порочный круг, при котором коррупция препятствует эффективному управлению, а неэффективность управления порождает коррупцию.

2. Коррупция и незаконные рынки наркотиков

16. Незаконные рынки наркотиков представляют собой сложное, постоянно видоизменяющееся и весьма живучее явление. Наркоторговцы способны быстро адаптироваться, сопротивляясь попыткам государств вести с ними борьбу. Если со стороны правоохранительных органов возникает угроза пресечения незаконного оборота наркотиков, он нередко вытесняется в другие районы. Чтобы извлекать доходы из

⁴ См., например, конвенцию "Convention on Combating Bribery of Foreign Public Officials in International Business Transactions", принятую Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (Конвенция о борьбе с подкупом иностранных публичных должностных лиц при осуществлении международных коммерческих операций); Конвенцию Организации Объединенных Наций против коррупции и Декларацию Организации Объединенных Наций о борьбе с коррупцией и взяточничеством в международных коммерческих операциях (резолюция 51/191 Генеральной Ассамблеи, приложение).

такого нелегального рынка, любая стремящаяся к этому группировка, должна обладать как минимум некоторой степенью изоционности и организации. Вот почему доминирующее положение на таких рынках обычно занимают организованные преступные сообщества. Наиболее успешными среди них, как правило, становятся те, кто способен планомерно расшатывать государственную систему контроля и охраны правопорядка, продуманно применяя насилие и систематически прибегая к подкупу и запугиванию. То, чего им не удастся добиться с помощью коррупции, достигается силой и устрашением. Поэтому для городов, стран и других территориальных образований, в которых активно ведется подпольная торговля наркотиками, часто характерны высокие уровни насилия и коррупции.

17. Некоторые преступные группировки занимаются исключительно сбытом запрещенных наркотиков. Другие начинают заниматься незаконным производством и незаконным оборотом наркотиков в дополнение к своей обычной преступной деятельности. Незаконное производство и подпольный сбыт наркотиков, а также связанная с этим преступная деятельность приносят им огромную прибыль. Поскольку преступным сообществам необходимо снижать риск разоблачения и привлечения к ответственности, они используют доходы от своей преступной деятельности для подкупа сотрудников правоохранительных и судебных органов, а также других должностных лиц, с тем чтобы препятствовать отправлению правосудия и иметь возможность как можно меньше опасаться вмешательства в свои дела. Во многих случаях преступным организациям удается за соответствующую мзду попасть под защиту публичных должностных лиц и таким образом начать подрывать деятельность конкурирующих криминальных структур, чтобы добиться квазимонопольного положения на подпольном рынке наркотиков.

18. Имеются данные, указывающие на то, что преступные группировки, в том числе молодежные банды, занимающиеся незаконной торговлей наркотиками, более склонны к насилию, чем другие криминальные сообщества. Конкурентная борьба между такими преступными группами приводит к жестоким схваткам, создающим опасность для мирных граждан. Нередки также вооруженные столкновения организованных преступных групп с правоохранительными органами. Атмосфера устрашения и насилия повседневно сопутствует незаконной торговле наркотиками. Высокая степень риска и агрессивность по отношению к конкурентам, изначально присущие наркобизнесу, побуждают тех, кто участвует в нем, искать сообщников и покровителей среди публичных должностных лиц определенных структур, используя

для этого взятки либо насилие и угрозы. Когда криминальная группа заручилась таким покровительством и угрожает использовать его для ликвидации своих соперников, борьба за контроль над подпольным рынком соответствующих наркотиков может вступить в особенно ожесточенную насильственную фазу.

19. Возможность получить часть доходов от наркоторговли является мощным коррумпирующим фактором. Более того, некоторые руководители правоохранительных органов считают это главной силой, толкающей к коррупции сотрудников их ведомств. Огромные прибыли, извлекаемые из незаконной торговли наркотиками, открывают перед преступными организациями возможности для подкупа в самых широких масштабах. Без коррупции практически невозможно осуществлять бесперебойные поставки запрещенных наркотиков. Чтобы получать максимально высокую отдачу от своих капиталов, вложенных в подпольное производство и сбыт наркотиков, большинство преступных организаций постоянно ищут и находят способы завербовать себе в сообщники ключевых публичных должностных лиц.

20. Сотрудники правоохранительных органов, занимающиеся борьбой с наркотиками, входят в "группу риска" в том, что касается коррупции, шантажа и запугивания. В обмен на долю выручки от незаконного оборота наркотиков некоторые должностные лица воздерживаются от применения закона или исполняют эту обязанность недостаточно строго, предоставляя преступникам относительную свободу действий; кроме того, некоторые должностные лица могут за плату выборочно применять закон или направлять его силу против конкурентов конкретной преступной группы.

21. Известны случаи, когда криминальные структуры, стоявшие во главе процветающего наркобизнеса, обретали самостоятельное политическое влияние, успешно узурпируя полномочия и власть законных политических институтов. Некоторым таким преступным организациям в сговоре с коррумпированными представителями политической элиты, стремившимися к политическому превосходству над соперниками или к монопольному положению во власти, удавалось полностью подчинить себе обширные подпольные рынки. Подобное взаимоусиливающее переплетение политических и криминальных сфер влияния в итоге подрывает легитимность публичных институтов.

22. Таким образом, те самые органы и механизмы, которые создаются для ограничения незаконной торговли наркотиками, нередко ослабевают или теряют дееспособность из-за коррупции. В некоторых странах Центральной Америки, например, коррупция, связанная с наркоторговлей, была отмечена сре-

ди высокопоставленных должностных лиц, в том числе среди руководителей правоохранительных ведомств по борьбе с наркотиками. В 2008 г. правительством Мексики проводилась операция "Чистые руки", имевшая своей целью очистить ряды высших чинов полиции от влияния наркокартелей. В результате были арестованы и осуждены временный глава федеральной полиции и исполняющий обязанности начальника оперативного отдела по контролю над наркотиками. Это свидетельствует о том, что правительства могут бороться с всепроникающей наркокоррупцией на самом высоком уровне.

3. Насколько распространена коррупция?

23. Коррупция носит скрытный характер, а ее жертвы порой даже не осознают, что пострадали от коррупции. Поэтому масштабы данной проблемы поддаются количественной оценке лишь с огромным трудом. Измерить степень распространения коррупции нелегко. Некоторые считают, что распространенность коррупции не поддается точному измерению из-за принципиального несовершенства большинства используемых для этого методов.

24. Количество зарегистрированных случаев подкупа или коррупции, как правило, не отражает истинных масштабов этой проблемы. Официальные данные о коррупции обычно почерпнуты из национальной статистики преступности; такие "объективные" показатели скорее позволяют судить о сравнительной эффективности антикоррупционных мероприятий, чем об уровне коррупции в обществе. Кроме того, на официальную статистику коррупции влияют такие факторы, как степень доверия населения к правоохранительным органам и готовность заявлять в компетентные органы об этих преступлениях. Наконец, тот факт, что в разных странах применяются различные официальные определения коррупции, затрудняет любые международные сопоставления официальных данных системы уголовного правосудия и повышает вероятность получения искаженной картины.

25. Для измерения или оценки масштабов коррупции на основании личного опыта и/или впечатлений конкретных лиц часто проводятся опросы. Показатели, базирующиеся на восприятии этого явления гражданами, публичными должностными лицами или предпринимателями, применяются весьма широко и пользуются большой популярностью у журналистов. Нередко эти показатели объединяются в сводные индексы, такие как индекс восприятия коррупции, ежегодно публикуемый организацией "Трансперенси интернэшнл", разработанные Всемирным банком показатели качества управления, позволяющие также оценивать способность стран противостоять коррупции, или индексы, рассчитываемые Всемирным экономическим форумом в целях выявления препят-

ствий для предпринимательской деятельности. Такие показатели могут быть полезными, однако основанные на них выводы, как правило, несут на себе отпечаток несовершенства используемой методологии и различий в том, из какой социально-культурной среды почерпнуты исходные данные. Исследования виктимизации, такие как проводимый Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и Межрегиональным научно-исследовательским институтом Организации Объединенных Наций по вопросам преступности и правосудия Международный опрос жертв преступлений, ставят во главу угла опыт респондентов, столкнувшихся с коррупцией. В последние годы с учетом результатов Международного опроса жертв преступлений стали проводить Международный опрос предпринимателей на тему преступности, основное внимание в котором уделяется пережитым респондентами эпизодам коррупции, мошенничества и вымогательства.

4. Последствия коррупции, связанной с наркотиками

26. Колоссальные доходы от незаконной торговли наркотиками — мощная коррумпирующая сила. Последствия ее могут быть глубокими и повсеместными. Коррупция ставит под угрозу демократию и развитие, затрудняет добросовестное управление и подтачивает общественные институты. Связанная с наркобизнесом коррупция может крайне негативно отражаться на доверии к органам уголовного правосудия и на эффективности их работы, тем самым подрывая правопорядок. Она может также нанести удар по авторитету и легитимности других общественных институтов. Она сеет в людях недоверие к деятельности как публичного, так и частного сектора. Она может причинить катастрофический ущерб экономическому и социальному развитию страны.

27. Не встречая сопротивления, низовая коррупция способна проникнуть во все общественные институты. Там, где она приобрела системный и институционализированный характер, должностным лицам проще прибегать к различным способам вымогательства и "крышевания". Едва ли будет преувеличением назвать возникновение таких форм коррупции симптомом серьезного кризиса, который требует неотложного внимания. Опыт учит нас тому, какой серьезной опасностью это чревато. Можно найти немало примеров сокрушительного урона, наносимого наркокоррупцией государству и его институтам. В некоторых случаях коррупция, связанная с наркотиками, имела пагубные последствия для всей политической системы страны.

28. Коррупция может быть как следствием, так и причиной неэффективности управленческих механизмов. Коррупция расцветает там, где для этого открываются широкие возможности вследствие проводимой политики и действующих норм регулирования и где слабы контролирующие органы. Таким образом, ее можно рассматривать как прямой результат неадекватности, нелегитимности или неэффективности механизмов и органов управления на различных уровнях. При этом справедливо и обратное — коррупция способна сводить на нет эффективность этих институтов и их жизненно важные управленческие функции.

29. Страны, в которых остро стоят проблемы незаконного оборота наркотиков, особенно уязвимы для махинаций организованных преступных групп. Подпольная наркоторговля может оказывать дестабилизирующее воздействие на национальную экономику, политическую жизнь и гражданское общество⁵. Коррупция, отношения покровительства и кумовства в политике позволяют криминальным сообществам брать под свой контроль целые группы населения и политические процессы. Наркоторговцы успешно находят в них свое место, обменивая ценные услуги на голоса избирателей. Покровительство, оказываемое своим людям некоторыми преступными организациями, самостоятельно или при участии политиков, может накладывать глубокий отпечаток на местную политическую жизнь. Все эти проблемы весьма сложны и свидетельствуют о необходимости широкомасштабных инициатив по предупреждению наркокоррупции посредством расширения прав и возможностей населения на местах, информационно-просветительской работы и институциональной реформы. Вступая в борьбу с наркокоррупцией и ее разрушительным воздействием на общество, нельзя позволять себе закрывать глаза на серьезность этого явления или отказываться от начатого. Правительствам, безусловно, следует принимать решительные меры по предупреждению и сдерживанию коррупции. Парадоксальный факт состоит в том, что те из них, которые сами уже пронизаны и ослаблены наркокоррупцией или коррупцией иного происхождения, оказываются наименее склонными к принятию эффективных антикоррупционных мер.

В. Коррупция и контроль над наркотиками

30. Коррупция не только существенно тормозит социально-экономическое развитие, но и мешает надлежащему функционированию системы правосудия и силовых структур. Криминогенная ситуация не может не ухудшаться в условиях, когда раскрываемость пре-

ступлений низка, а взятка — лучший способ уйти от ответственности за содеянное. Со временем коррупция приобретает институционализированный, системный характер и может поразить всю судебную систему. Это, в свою очередь, быстро отражается на авторитете и легитимности судебной системы. Эффективность ее работы падает по мере того, как оно лишается общественной поддержки, необходимой для успешного отправления правосудия. С этого момента коррупции уже ничто не мешает рано или поздно достичь высших эшелонов государства и начать подрывать его авторитет, легитимность, стабильность и в конечном счете его жизнеспособность.

1. Роль организованной преступности в подкупе и запугивании публичных должностных лиц

31. Одним из основных свойств организованной преступности является ее способность использовать недостатки различных структур и прибегать к коррупции и устрашению с тем, чтобы как можно надежнее оградить свою деятельность от постороннего вмешательства. Самые благоприятные условия для расцвета организованной преступности имеются в тех городах, странах и других территориальных образованиях, где государственное управление и местные институты ослаблены, а чиновники коррумпированы. Степень внедрения преступных организаций в публичный сектор зависит от их особенностей, характера их деятельности и сравнительной прочности и сопротивляемости публичных институтов. Главной причиной коррупции не всегда является деятельность наркоторговцев и организованных преступных групп; слабость правоохранительных органов и органов уголовного правосудия сама по себе провоцирует коррупцию. В экстремальных случаях неадекватно функционирующие государственные учреждения могут даже полностью подпасть под контроль организованных преступных групп в результате их коррупционных действий.

32. Свидетельства систематического использования преступными группировками тактики подкупа и запугивания, равно как и частых сговоров криминальных элементов с коррумпированными чиновниками различных уровней, имеются в изобилии. Самая распространенная форма коррупции — подкуп с целью влияния на деятельность правительства. Продажные чиновники становятся марионетками в руках преступников, которые могут пользоваться их пособничеством.

2. Коррупция в полиции, на таможне и в других правоохранительных органах

33. Все более широкое признание получает тот факт, что коррупция среди полицейских не всегда

⁵ См. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2002 г. (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под №R.03.XI.1), глава I.

представляет собой случайное аномальное явление. Коррупционные действия организованной преступности носят системный характер, а их последствия имеют долгосрочный характер. Известны случаи, когда преступные группы налаживали сравнительно стабильные отношения с полицией или другими правоохранительными и регулирующими органами. Речь может идти о бездействии или избирательном применении закона должностным лицом, которое в обмен на долю в прибыли, получаемой от незаконной деятельности, позволяет той или иной преступной группировке занять или укрепить главенствующее положение на нелегальном рынке. Правоохранительные органы могут проводить операции против мелкого криминала или против конкурентов. Между преступными группировками порой отмечаются вспышки насилия, связанные с борьбой за право пользоваться или распоряжаться услугами коррумпированных должностных лиц, контролирующих те или иные территории (такие, как взлетно-посадочная полоса или пропускной пункт на границе). Продажные чиновники и сами могут попадать под удар своих нанимателей, если те заподозрят их в предательстве.

34. Полиция, таможня и другие учреждения, занимающиеся обеспечением соблюдения законов о наркотиках, подвергаются повышенному риску коррупции. В нескольких официальных докладах, опубликованных, в частности, в Австралии, на Багамских Островах и в Соединенных Штатах Америки⁶, признается тот факт, что подпольный наркобизнес делает работников полиции и таможни крайне уязвимыми для коррупции, связанной с наркотиками. Особенно это относится к подразделениям наркоконтроля, поскольку их личному составу приходится иметь дело с крупными суммами денег и большими партиями наркотиков, а также с преступниками, готовыми откупаться от своих преследователей. Частые контакты сотрудников таких специализированных подразделений с потребителями и поставщиками запрещенных наркотиков открывают широкий простор для коррупции и повышают вероятность проступков. Сотрудники подразделений наркоконтроля в большей степени, чем другие, открыты для коррупции и более активно вербуются криминальными группами. Их подразделения часто подвергаются опасности внедрения в них агентов организованных преступных группировок, которые занимаются незаконным оборотом наркотиков. Работа сотрудников правоохранительных органов, занимающихся делами о незаконном обороте наркоти-

ков, связана с использованием осведомителей, тайной агентуры и специальных следственных методов, таких как контролируемые поставки, вследствие чего они особенно подвержены коррупции. Кроме того, полицейские, в том числе новобранцы, могут считать коррупцию оправданной и допустимой при определенных обстоятельствах — такому отношению способствует особая субкультура, существующая в некоторых полицейских подразделениях.

35. Неоднократно сообщалось о случаях наркокоррупции среди полицейских, которые становились на путь серьезных преступлений, включая завладение деньгами и/или наркотиками, изъятыми у наркоторговцев, проведение с этой целью несанкционированных обысков, продажа изъятых наркотиков, предоставление защиты наркодельцам, лжесвидетельство и составление ложных протоколов⁷. Во многих странах известны случаи, когда изменившие своему долгу сотрудники правоохранительных органов активно занимались торговлей наркотиками, в том числе конфискованными у преступников, или охраной плантаций запрещенных наркотикосодержащих культур, принадлежавших криминальным структурам.

36. Известны также случаи злоупотребления служебным положением со стороны коррумпированных чиновников, в результате которых происходила утечка на черный рынок большого количества наркотических средств из законных каналов распределения, и тем самым наносился ущерб целям регулирующих органов и механизмов контроля над наркотиками.

37. Применительно к незаконной торговле наркотиками коррупция в полицейских органах нередко имеет форму взятки- "налога" или "ренты", негласно взимаемых с преступных доходов. По мере наращивания усилий по охране правопорядка расширяются и возможности полицейских (а также других работников системы уголовного правосудия) облагать наркобизнес "налогом". Иногда это приводит к открытому соперничеству и даже вооруженным столкновениям между коррумпированными сотрудниками полиции, конкурирующими между собой за право собирать дань. Такое положение часто бывает на руку прочно укоренившимся наркоструктурам, которым оно дает возможность, платя взятки, отвлекать от себя внимание полиции и прокуратуры и направлять его на другие преступные группы, не обладающие столь "полезными" связями. Коррупция может помочь криминальной группировке прочно взять под контроль тот или иной (легальный или нелегальный) рынок, зару-

⁶ Bahamas, Report of the Commission of Inquiry, Appointed to Inquire into the Illegal Use of the Bahamas for the Transshipment of Dangerous Drugs Destined for the United States of America, November 1983 — December 1984 (Nassau, Commission of Inquiry, 1984); United States of America, General Accounting Office, Law Enforcement: Information on Drug-Related Police Corruption, GAO report GAO/GGD-98-111 (Washington, D.C., May 1998); The Knapp Commission Report on Police Corruption (New York, George Braziller, 1973); and Australia, New South Wales, Project Odin: Identifying and Managing High Risk Officers in the NSW Police Force (Sydney, Police Integrity Commission, September 2009).

⁷ Law Enforcement: Information on Drug-Related Police Corruption... (см. сноску 6).

чившись поддержкой властей и вытеснив или ослабив с их помощью своих конкурентов.

38. Коррупция в правоохранительных органах затрудняет международное сотрудничество по уголовным делам и по вопросам контроля над наркотиками. На пути к успешному взаимодействию правоохранительных органов разных стран встречается множество препятствий. Среди них — проблемы суверенитета, отсутствие правовой базы, несовершенство каналов связи и различия в структуре органов охраны правопорядка. В целях содействия объединению усилий государств в борьбе с организованной преступностью и незаконным оборотом наркотиков подготовлен целый ряд правовых документов и межведомственных соглашений. В конечном счете, однако, основой международного сотрудничества являются отношения доверия и взаимности между правоохранительными учреждениями и должностными лицами. Эти отношения могут серьезно пострадать от коррупции или даже от подозрений в ее наличии. Коррупция сводит на нет попытки международной координации действий и обрекает на провал некоторые из лучших начинаний в области международного контроля над наркотиками.

39. Эффективность стратегических подходов к борьбе с незаконным оборотом наркотиков, будь то на местном, региональном или международном уровне, всегда зависит от способности и готовности к сотрудничеству со стороны должностных лиц соответствующих организаций. Эта способность может быть серьезно подорвана коррупцией и порождаемой ею атмосферой недоверия между сторонами. Когда критически важная информация или вещественные доказательства, полученные из-за рубежа в рамках ведущегося следствия, попадают в руки коррумпированных полицейских или прокуроров, следствию наносится ущерб. Это может привести к раскрытию данных о свидетелях, осведомителях или агентах, принимающих участие в расследовании, создать для некоторых из них угрозу и даже стоять им жизни. Некоторые сотрудники полиции и системы уголовного правосудия могут стать жертвами предательства, запугивания или возмездия. Таким образом, коррупция способна сделать совместные полицейские операции или трансграничные расследования практически неосуществимыми. Коррупция в правоохранительных органах может также стать препятствием для международного сотрудничества в деле обмена оперативно-следственными данными и защиты свидетелей.

40. Бороться с коррупцией в полиции нелегко, однако всем, кто имеет к этому отношение, должно быть ясно, что коррупция в правоохранительных органах, на таможенных и в подразделениях наркоконтроля недопустима ни под каким видом и ни при каких обстоятельствах. Для решения этой проблемы об-

ычно бывает недостаточно репрессивных мер временного характера. Эффект таких мер, как правило, ограничен и недолговечен. Требуется более широкая стратегия борьбы с коррупцией, которая включает меры профилактики и периодические проверки. Независимые механизмы надзора за деятельностью полиции, инициативный подход к проведению внутренних расследований и создание специальных антикоррупционных подразделений — необходимые составляющие любой комплексной стратегии обнаружения и искоренения в зародыше коррупции.

41. Организованная преступность может проявлять интерес не только к сотрудникам оперативных подразделений полиции, таможни и других правоохранительных органов, но также к работникам иных силовых структур. Так, попытки внедрения своих людей или подкупа могут предприниматься по отношению к службам безопасности и другому персоналу международных аэропортов и прочих пунктов пересечения границ. Стратегическое исследование, проведенное федеральной полицией Канады, показало, что организованные преступные группы пытались обосноваться в аэропортах этой страны путем подкупа их сотрудников или внедрения своих сообщников в штат аэропортовых служб⁸.

42. От наркокоррупции не защищены также регулирующие и надзорные органы. Например, поскольку криминальным структурам необходимо укрывать доходы от своей незаконной деятельности, им часто требуется помощь сотрудников регулирующих органов, работников финансовых учреждений и других специалистов для отмыwania этих доходов. Их пособничество, обеспечиваемое путем подкупа или запугивания, используется для нейтрализации действий полиции и других сил охраны правопорядка по выявлению, замораживанию, изъятию и/или конфискации таких активов.

3. Коррупция в вооруженных силах

43. В ряде стран из-за коррупции в полиции власти вынуждены подключать к операциям по контролю над наркотиками, уничтожению нелегальных плантаций и охране границ вооруженные силы. Это, в свою очередь, может приводить к проникновению наркокоррупции в их ряды, и уже имели место случаи, когда это наносило ущерб моральному состоянию личного состава, авторитету и легитимности соответствующих военных ведомств. Иногда, чтобы остановить разрушительные процессы коррупции, руководству приходилось принимать решения о выведении воинских частей, которые должны были использоваться

⁸ Canadian Mounted Police (2008). Project SPAWN — A Strategic Assessment of Criminal Activity and Organized Crime Infiltration at Canada's Class 1 Airports (Ottawa, 2008).

для преследования наркоторговцев, из районов незаконного производства наркотиков. В других случаях полиция и военные на глазах у населения начинали обвинять друг друга в коррупции (или даже применять силу по отношению друг к другу), от чего серьезно страдала репутация и тех, и других.

4. Коррупция в органах правосудия

44. Торговцы наркотиками могут применять тактику подкупа и запугивания и против сотрудников судебной системы. Судьи и прокуроры, в силу их важной роли в отправлении уголовного правосудия, часто привлекают к себе внимание преступных группировок. Обладая полномочиями возбуждать и прекращать уголовные дела, судьи и прокуроры подвергаются наибольшему риску коррупции и психологического прессинга. Многие сотрудники судебных органов становятся жертвами устрашения, возмездия и насилия. Другие идут на сделку с собственной совестью. Скомпрометировав себя, они лишаются обычных средств защиты, предусмотренных законом, и утрачивают всякую возможность сопротивляться давлению организованной преступности.

45. Работники суда и прокуратуры не могут эффективно осуществлять функции надзора за работой остальной системы уголовного правосудия в случае собственной причастности к сделкам с преступниками. Существующих механизмов судебного надзора и контроля, к сожалению, не всегда достаточно для предупреждения или пресечения коррупции. Защита независимого статуса судебных органов является важным способом их предохранения от коррупции, однако она должна подкрепляться другими эффективными антикоррупционными мерами в системе правосудия. Профилактика коррупции должна включать, в частности, разработку кодексов профессиональной этики для работников судов и проведение учебно-просветительских мероприятий. Следует создавать механизмы, позволяющие судьям сообщать о предпринимаемых по отношению к ним попытках запугивания и получать необходимую поддержку. В некоторых странах бывает нелегко подвергнуть санкциям судью, уличенного в коррупции. Поэтому правительствам необходимо обеспечить, чтобы возможность применения санкций в соответствующих случаях допускалась по закону.

46. Судьям, несомненно, принадлежит важная роль в борьбе с коррупцией. В некоторых правовых системах они принимают непосредственное участие в расследовании дел о коррупции и привлечении виновных к ответственности. Эффективному противодействию коррупции могут препятствовать нехватка ресурсов, сложность рассматриваемых дел, отсутствие поддержки со стороны полиции, уничтожение доказательств, применение насилия, запугивание, недостаточная защищенность и вмешательство политических сил.

5. Наркокоррупция в странах с расшатанной системой управления и в постконфликтных ситуациях

47. Связанная с наркобизнесом организованная преступность становится одной из главных угроз миру и безопасности. Особенно уязвимы для нее страны, переживающие постконфликтный период, и страны с переходной экономикой. Войны, гражданские столкновения, повстанческие движения и стихийные бедствия могут быть причиной тяжелой нагрузки для органов правосудия и общественной безопасности. Возникающий при этом дефицит социального контроля часто порождает насилие, нестабильность и коррупцию. Стремительные социальные перемены в сочетании с характерной для подобных ситуаций слабостью и дезориентированностью правоохранительной и судебной систем создают условия для расцвета организованной преступности, незаконной торговли наркотиками и коррупции. Наркокоррупция и организованная преступность могут причинить колоссальный ущерб социальному, политическому и экономическому развитию таких стран. Незаконный оборот наркотиков и сопровождающие его насилие и коррупция, как правило, дестабилизируют постконфликтные общества и наносят сокрушительный урон их усилиям по миростроительству и восстановлению. В этих условиях доходы от незаконного оборота наркотиков весьма нередко используются для поддержки мятежников, закупки оружия, дестабилизации правительств, срыва демократических процессов, а также нейтрализации усилий органов правопорядка и уголовного правосудия.

48. В Афганистане, например, незаконный оборот наркотиков способствовал ускоренному развитию организованной преступности и массовой коррупции. Незаконный оборот наркотиков и коррупция являются главными препятствиями для миротворческой деятельности, миростроительства и усилий по восстановлению страны. Согласно недавнему докладу ЮНОДК "Corruption in Afghanistan: Bribery as Reported by the Victims" (Коррупция в Афганистане: свидетельства жертв подкупа), наркотики и коррупция являются двумя крупнейшими источниками доходов населения Афганистана. Взятые вместе, они составляют половину валового внутреннего продукта Афганистана. В докладе подчеркивается, что коррупция подрывает доверие к публичным должностным лицам и государству в целом и является одним из самых серьезных факторов, мешающих наладить мирную жизнь в стране.

49. Многим странам с переходной экономикой пришлось столкнуться с быстрым распространением организованной преступности и незаконного оборота наркотиков. Например, организованные преступные группировки прочно обосновались на Балканах.

По данным полиции Сенегала, валютекующий конфликт в регионе Казаманс способствует расширению здесь незаконного оборота каннабиса⁹.

Полиция Сьерра-Леоне сообщила, что члены Революционного совета вооруженных сил, находившегося у власти в 1997—1998 годах, превратили страну в пункт международного транзита наркотиков. В Юго-Восточной Европе, где, как указывается в недавнем докладе ЮНОДК, наркобизнес является самым доходным видом преступной деятельности, наркокоррупция стала серьезной проблемой, непосредственно затрагивающей органы уголовного правосудия¹⁰.

50. Государственные перевороты и войны, сотрясающие Западную Африку с конца 1980-х годов, привели к стиранию граней между политикой и криминалом в этом субрегионе, не говоря уже об общем отсутствии какой-либо ясности в отношении личных состояний и способов их приобретения. Это создало питательную среду для коррупции и еще больше усугубило проблему организованной преступности в субрегионе¹¹. Как указывается в докладе ЮНОДК¹², кокаин и другие наркотики, незаконно изготавливаемые в Южной Америке, все в больших количествах ввозятся контрабандой на растущие европейские рынки запрещенных наркотиков через Западную Африку. Этот субрегион, преодолевающий последствия ряда жестких гражданских конфликтов, в такой степени страдает от наркотиков в основном потому, что наркоторговцам удается действовать безнаказанно. Среди главных причин его уязвимости — слабая материальная база органов уголовного правосудия и их крайняя подверженность коррупции. Согласно докладу ЮНОДК, международные наркодельцы, орудующие в Западной Африке, даже будучи арестованы, редко признаются виновными и несут наказание.

С. Борьба с наркокоррупцией

1. Противодействие организованной преступности

51. Ликвидация преступных организаций, занятых незаконным оборотом наркотиков, или хотя бы подавление их деятельности является неперенным условием успешного осуществления стратегий контроля над наркотиками. Борьба с организованной преступностью ставит перед органами уголовного правосудия повсюду в мире множество совершенно особых, насущных задач. Эти задачи усложняются в условиях быстрой глобализации криминальных сообществ, подвергающей испытанию волю и способность национальных органов и учреждений к сотрудничеству

между собой в целях сдерживания международной активности мощных преступных групп. Организованные преступные группировки умело используют слабые места органов наркоконтроля и других правоохранительных структур. Кроме того, они способны быстро адаптироваться к новым методам и подходам органов наркоконтроля и правоохранительных ведомств. Зачастую самое большее, на что можно рассчитывать, — это временное прекращение деятельности этих преступных организаций, более или менее сохраняющих несмотря на это свою способность продолжать заниматься незаконным оборотом наркотиков.

52. Борьба против организованной преступности связана с рядом очевидных трудностей. Организованные преступные группы, как правило, имеют в своем распоряжении огромные материальные ресурсы и могут использовать в своей деятельности новейшие технологии. В организованные преступные группы трудно внедрить агентуру, а сами они проявляют редкостную бдительность в отношении потенциальных перебежчиков, осведомителей и полицейских агентов. Они без всяких колебаний прибегают к насилию. Учитывая динамичный характер преступной деятельности, особенно незаконного оборота наркотиков, правоохранительные органы и учреждения системы уголовного правосудия должны постоянно оттачивать, переосмысливать и совершенствовать свою стратегию. Там, где это возможно, следует применять современные методы расследования, такие как контролируемые поставки, электронное наблюдение или агентурные операции. Правоохранительным органам и учреждениям системы уголовного правосудия необходимо наращивать потенциал для международного сотрудничества и быть в состоянии эффективно взаимодействовать со своими партнерами в других странах.

53. Важно отметить также значение усилий по борьбе с отмыванием денег, отслеживанию и аресту доходов от наркоторговли, коррупции и иных преступлений. В основе режима борьбы с отмыванием денежных средств лежит ряд норм и международно-правовых документов, призванных лишить преступников безопасных убежищ. К числу этих ключевых документов относятся Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г., Конвенция Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности, Конвенция Организации Объединенных Наций против коррупции и рекомендации

⁹ Transnational Organized Crime in the West African Region (United Nations publication, Sales No. E.05.XI.1), p. 8.

¹⁰ Crime and Its Impact in the Balkans and Affected Countries, published by the United Nations Office on Drugs and Crime in March 2008, pp. 12—13.

¹¹ Transnational Organized Crime in the West African Region, p. 7.

¹² Drug Trafficking as a Security Threat in West Africa, published by the United Nations Office on Drugs and Crime in November 2008.

Целевой группы по финансовым мероприятиям для борьбы с отмыванием денег. Существующий режим противодействия отмыванию денег дает возможность пресекать деятельность преступных организаций и налагать арест на доходы от их незаконной деятельности.

2. Осуществление необходимых превентивных мер

54. Для предупреждения коррупции, связанной с наркотиками, можно принять ряд мер. Многие из них совпадают с теми, которые принимаются для борьбы с коррупцией вообще. Речь идет о мерах по предупреждению, обнаружению и расследованию случаев коррупции. В правоохранительных и судебных органах могут приниматься меры по созданию и укреплению множественных структур подотчетности, механизмов внутреннего расследования и дисциплинарных процедур. Самые важные меры предупреждения наркокоррупции определены в Конвенции Организации Объединенных Наций против коррупции.

55. Сдерживание распространения наркокоррупции посредством расследований, привлечения к ответственности и сурового наказания виновных является основополагающим элементом любой всеобъемлющей стратегии решения данной проблемы. Однако этот элемент не является единственным. Необходимо также акцентировать внимание на информационно-пропагандистской и профилактической работе, поскольку в долгосрочном плане она способна дать более существенные результаты в плане обеспечения добросовестной работы публичных ведомств и воздействия на поведение публичных должностных лиц. Конвенция против коррупции допускает создание независимых антикоррупционных органов, официально наделенных законодательными полномочиями и способных содействовать эффективному предупреждению коррупции. В ней также предложено периодически проводить оценку соответствующих правовых документов и административных мер на предмет определения их действенности с точки зрения предупреждения коррупции.

56. Предупреждение коррупции предполагает наличие во всех публичных ведомствах эффективных, прозрачных и объективных систем подбора, найма на работу, продвижения по службе и выхода в отставку публичных должностных лиц. В этих системах должен учитываться и тот факт, что некоторые лица или учреждения, занимающиеся, например, вопросами обеспечения соблюдения законов о наркотиках и наркоконтроля, могут быть в большей степени подвержены риску коррупции, чем другие. Это, как уже отмечалось, относится к персоналу и учреждениям, занимающимся обеспечением соблюдения законов о наркотиках и контролем над наркотиками. Необходимо выявлять и анализировать конкретные факторы уяз-

вимости таких лиц и учреждений. Характерные для этих сфер деятельности факторы риска должны определяться и устраняться посредством конкретных мер, которые нуждаются в периодической оценке и рассмотрении. Применительно к некоторым из этих факторов риска можно принять такие меры, как проверка кандидатов, отобранных для заполнения должностей или для выполнения специальных задач в области контроля над наркотиками, перед их официальным назначением, ротация персонала или сравнительная оценка результатов работы отдельных лиц и групп.

57. Все ведомства, участвующие в деятельности по контролю над наркотиками, должны обеспечить наличие у них конкретных процедур поддержки и контроля за работой всех сотрудников, особенно тех, кто подвержен непосредственной опасности коррупции. Во всех этих ведомствах, учитывая их уязвимость с точки зрения коррупции, следует ввести такие процедуры, как регулярная аттестация сотрудников, декларирование коллизий интересов, а также деятельности, несовместимой со служебными обязанностями, и побочной деятельности, декларирование и регистрация активов, материальных интересов и принимаемых подарков, в сочетании с надлежащими процедурами проверки достоверности таких деклараций. Необходимо предусмотреть процедуры конфиденциального информирования о подозрительных сделках и инцидентах, в сочетании с положениями об эффективном расследовании таких сигналов службами внутреннего надзора или независимыми контрольными органами.

58. Во всех случаях, когда в соответствии с действующим порядком и процедурами некоторые должностные лица наделяются теми или иными дискреционными полномочиями, должны предусматриваться эффективные меры для отслеживания и оценки того, как используются эти полномочия. С учетом степени коррупционного риска, последовательное рассмотрение и утверждение некоторых решений несколькими инстанциями всегда является предпочтительным по сравнению с системой, при которой такие решения принимаются единолично сотрудником, имеющим исключительное право решать те или иные вопросы. Поощрение прозрачности и подотчетности при принятии решений на всех уровнях — один из самых эффективных способов предупреждения коррупции. Потребность в неразглашении оперативной информации для сохранения тайны следствия, проводимого органами наркоконтроля, и защиты участвующих в нем должностных лиц не должна служить предлогом для уклонения от служебной и общественной подотчетности.

59. Важным методом предупреждения коррупции является недопущение отмывания коррупционных до-

ходов. Попытки отслеживания и ареста прибылей от наркоторговли привели к созданию весьма совершенных международных механизмов предотвращения отмывания денег и борьбы с ним, не позволяющих наркоторговцам пользоваться доходами от своей незаконной деятельности. Эти механизмы могут служить для того, чтобы не позволять коррумпированным чиновникам отмывать незаконно нажитые ими капиталы. Меры по борьбе с отмыванием денег отчасти опираются на бдительность и содействие финансовых учреждений и их сотрудников, а также других специалистов (бухгалтеров, инвесторов, юристов). Последние, в свою очередь, также нуждаются в защите от коррупции.

60. Первоочередной задачей эффективной антикоррупционной стратегии является борьба с подкупом и запугиванием сотрудников судебной системы. Когда работники судебных органов скомпрометированы, организационно-правовые механизмы сдерживания коррупции перестают действовать. Для предупреждения такой коррупции могут приниматься кодексы профессиональной этики органов судопроизводства, создаваться эффективные механизмы надзора и вводиться строгие дисциплинарные меры, не затрагивающие независимость судебных органов. В Бангалорских принципах поведения судей¹³ подтверждается идея о том, что судьи должны нести ответственность за свое поведение перед соответствующими инстанциями, учрежденными для поддержания надлежащих стандартов в деятельности судебных органов и характеризующимися в свою очередь независимостью и беспристрастностью; они призваны дополнять собой существующие нормы права и стандарты поведения, обязательные для судей, а не умалять значение этих норм. В Принципах вновь подчеркивается тот факт, что честность и неподкупность совершенно необходимы для надлежащего исполнения судебных полномочий и что судьи обязаны обеспечивать, чтобы их поведение было безупречным.

61. Функции, вверенные судьям и прокурорам, должны быть защищены от опасности, создаваемой коррупцией и запугиванием, гарантией открытости и доступности правосудия. Судебные процессы должны быть открытыми для публики, а судьи должны быть обязаны обосновывать свои решения, которые должны регистрироваться в протоколах и доводиться до сведения общественности через средства массовой информации. Судьи и судебная администрация несут ответственность за предупреждение коррупции путем создания условий для эффективного и подотчетного ведения судопроизводства, включая системы составления и обработки протоколов судебных заседаний,

процедуры, сокращающие задержки в работе судов, регистрацию судебных решений и порядок реагирования на жалобы граждан. Должны быть приняты меры для недопущения уничтожения или хищения следственных материалов и вещественных доказательств, а также утраты или уничтожения судебных протоколов.

62. Особая роль в предупреждении коррупции принадлежит прокуратуре. Ее работники должны иметь возможность выполнять свои профессиональные функции без запугивания, помех, давления, политического вмешательства или неоправданной угрозы привлечения к персональной ответственности. Они должны отвечать за свои решения и быть способными прямо и откровенно обосновывать их. Дисциплинарные меры необходимы, но их следует применять только после оперативного и справедливого разбирательства. Как и судьи, прокуроры должны быть надежно защищены: их личной безопасности и безопасности их семей ничто не должно угрожать в связи с выполнением ими своих служебных обязанностей.

63. Существует несколько подходов к предупреждению коррупции в полиции и на таможене. В сфере охраны правопорядка профилактика коррупции предполагает решительные действия по целому ряду направлений:

- а) подбор личного состава, его подготовку и продвижение по службе;
- б) обеспечение достаточными ресурсами;
- в) корректировку несовершенных схем оплаты труда, вознаграждения и поощрения сотрудников;
- г) совершенствование существующих в организации и за ее пределами механизмов управления и подотчетности;
- д) повышение прозрачности;
- е) изменение сложившихся в организации подходов и традиций, мешающих становлению высоких стандартов полицейского профессионализма и этики;
- ж) борьбу с любой внутренней субкультурой, которая может закреплять в сознании сотрудников идею о допустимости коррупции.

64. Особое значение для предупреждения незаконного оборота наркотиков имеют также профилактика и сокращение масштабов коррупции в таможенных органах. Эти учреждения весьма уязвимы для коррупции. Одно-единственное решение сотрудника таможни завизировать заведомо ложную декларацию может перечеркнуть результаты многомесячной успешной работы по контролю над наркотиками. Вопросам подбора и обучения личного состава таможенных органов и надзорных служб, а также наблюдению за их работой необходимо уделять самое пристальное внимание. Разработке стратегий противодействия коррупции среди сотрудников таможни свя-

¹³ E/CN.4/2003/65, приложение; см. также резолюцию 2006/23 Экономического и Социального Совета, приложение.

зана с выявлением конкретного риска коррупционных действий на разных стадиях процесса таможенного оформления и разработку, при необходимости, специальной "карты рисков" с указанием того, в какой степени различные элементы действующих процедур облегчают потенциальные нарушения и открывают возможности для коррупции. Всемирной таможенной организацией определен ряд направлений целенаправленной работы по предупреждению коррупции на таможне:

- эффективное руководство и последовательность в достижении поставленных целей;
- нормативно-правовая база;
- прозрачность;
- автоматизация;
- реформы и модернизация;
- аудит и расследования;
- кодекс поведения;
- управление людскими ресурсами;
- моральное состояние и служебная культура¹⁴.

65. Таким образом, для эффективного противодействия факторам, способствующим возникновению и распространению коррупции в правоохранительных органах, необходимы комплексные подходы. К числу основных элементов всеобъемлющего плана предупреждения коррупции относятся совершенствование практики подбора и подготовки личного состава, адекватная оплата труда, надлежащие принципы, процедуры, надзор и административный контроль, позволяющие выявлять проблемы злоупотребления наркотиками и коррупции среди сотрудников правоохранительных органов и принимать необходимые меры. Необходимыми предпосылками успешного применения таких подходов являются ответственность и подотчетность в вопросах управления и контроля. Руководящие полицейские кадры следует воспитывать в духе ответственности за честность и неподкупность подчиненных и спрашивать с них за это. Необходимо проводить организационные преобразования, призванные обеспечить подотчетность и эффективный надзор внутри соответствующих учреждений, и вносить изменения в процедуры и практику, способствующие коррупции. Наконец, коррупцию невозможно искоренить до конца в отсутствие надлежащих методов выявления, расследования и наказания проступков. Для этого нужна автономная служба внутренних расследований, надлежащим образом действующая под контролем независимого механизма гражданского надзора.

66. Обнаружение коррупции в правоохранительном учреждении может быть связано с некоторыми

трудностями. На существование коррупции отчасти могут указывать сигналы граждан или сотрудников правоохранительных органов, но их, как правило, недостаточно. В соответствующих учреждениях могут применяться также тесты на добросовестность и неподкупность, механизмы раннего предупреждения для выявления сотрудников, которые могут быть склонны к коррупции, а также упреждающие расследования в отношении отдельных сотрудников, действующих в составе подразделений или в районах, с которыми связаны многочисленные жалобы на коррупцию. Выявление сотрудников, склонных к коррупции или нарушению установленных норм, является важной составляющей эффективного подхода к обнаружению и расследованию таких случаев. Некоторым областям правоохранительной деятельности, в частности в сфере обеспечения соблюдения законов о наркотиках, необходимо уделять особое внимание. Здесь риск коррупции сравнительно более высок в силу того, что значительная часть работы ведется скрытно и почти не подлежит управленческому, административному или общественному надзору. После надлежащей оценки рисков, определения вероятности тех или иных проступков и выявления сотрудников, от которых их можно ожидать, могут составляться планы сдерживания и предупреждения коррупции¹⁵.

67. Важнейшей предпосылкой успешной борьбы с коррупцией на всех уровнях ее предупреждения являются меры по защите любого лица, из добросовестных побуждений сообщаемого о случаях предполагаемой коррупции, от несправедливого обращения. В основу подобных мер должен быть положен баланс между необходимостью защиты прав лиц, являющихся объектом таких обвинений, и защиты тех, от кого такие сигналы исходят. Учитывая, что ложные обвинения в коррупции могут использоваться для дискредитации должностных лиц и нейтрализации их усилий по борьбе с преступностью, эти меры должны предусматривать также определенную степень защиты от ложных обвинений. Необходимо также обеспечить защиту свидетелей, экспертов и потерпевших, сообщающих информацию или дающих показания в делах о коррупции. Запугивание может принимать различные формы, и для защиты лиц, входящих в группу риска, обычно требуются весьма разнообразные меры. Они должны быть рассчитаны на физическую защиту свидетелей, которые могут находиться в опасности; следует также установить правила доказывания, позволяющие им давать показания так, чтобы не подвергать себя опасности. Важно разработать программы всесторонней защиты свидетелей, позволяю-

¹⁴ World Customs Organization, Revised Arusha Declaration: Declaration of the Customs Cooperation Council concerning Good Governance and Integrity in Customs, 2003; see also World Customs Organization, Integrity Development Guide (2007).

¹⁵ См., например: Project Odin: Identifying and Managing High Risk Officers in the NSW Police Force. (см. сноску 6).

щие обеспечить безопасность лиц, сотрудничающих с правосудием в ходе расследования коррупционных дел и судебного преследования виновных.

D. Рекомендации

68. Усилия по пресечению незаконной торговли наркотиками должны быть лучше скоординированы и увязаны с более общими стратегиями борьбы с организованной преступностью и ограничения негативных последствий наркокоррупции. Для обеспечения более эффективного осуществления международных конвенций о контроле над наркотиками Комитет рекомендует:

а) правительства должны уделять больше внимания инициативам по предупреждению коррупции, особенно в том, что касается публичных ведомств и должностных лиц всех уровней, активно занимающихся обеспечением соблюдения законов о наркотиках. Для этих должностных лиц опасность коррупции особенно велика, и они нуждаются в защите от нее. Разработке планов противодействия коррупции и ее предупреждения должны предшествовать надлежащая оценка рисков и выявление факторов, повышающих вероятность коррупции и проступков;

б) правительства должны придавать первоочередное значение стратегиям профилактики коррупции и антикоррупционной информационно-пропагандистской работы, опираясь на специфические преимущества и ценности, присущие каждой культуре;

с) правительства должны придавать первоочередное значение предупреждению коррупции и запугивания, особенно в отношении сотрудников судебных органов. Коррупцированный суд является серьезным препятствием как для успешной борьбы с коррупцией, так и для эффективного контроля над наркотиками;

д) всем правоохранительным органам и органам уголовного правосудия, участвующим в контроле над наркотиками и в борьбе с организованной преступностью, следует официально провозгласить и проводить политику абсолютной нетерпимости по отношению к коррупции в своих рядах;

е) правоохранительным органам и органам уголовного правосудия, участвующим в контроле над наркотиками, следует в первоочередном порядке принять конкретные меры по предупреждению связанной с наркотиками и иной коррупции и нарушений установленных норм среди их личного состава. Такие меры могут включать внедрение исключаящих коррупцию методов подбора и подготовки кадров, распределения по участкам работы и местам службы и служебного контроля; проверки на неподкупность и добросовестность; усиле-

ние механизмов внутреннего расследования; независимый общественный надзор; эффективное привлечение к ответственности; обеспечение более надежной защиты информаторов (осведомителей) и свидетелей;

ф) всем учреждениям, участвующим в контроле над наркотиками, следует предотвращать коррупцию, обеспечивая наличие у себя конкретных процедур поддержки и надзора за деятельностью всех сотрудников, особенно тех, чья работа непосредственно связана с риском коррупции. Во всех таких учреждениях, учитывая их особую уязвимость для коррупции, необходимо предусмотреть такие профилактические процедуры, как: регулярная аттестация персонала; декларирование коллизий интересов, а также деятельности, несовместимой со служебными обязанностями, и побочной деятельности; декларирование и регистрация активов, материальных интересов и принимаемых подарков, в сочетании с надлежащими процедурами проверки достоверности таких деклараций. Следует ввести процедуры конфиденциального информирования о подозрительных сделках и инцидентах, в сочетании с положениями об эффективном расследовании таких сигналов службами внутреннего надзора, инспекциями или независимыми органами общественного контроля;

г) необходимо вновь активизировать усилия на национальном и международном уровнях в целях дальнейшего наращивания мер борьбы с отмыванием денег и обеспечения того, чтобы они использовались для выявления и конфискации доходов от наркокоррупции и других преступлений, связанных с наркотиками;

h) необходимо и далее укреплять международное и региональное сотрудничество, а также способность соответствующих правоохранительных органов и органов системы уголовного правосудия взаимодействовать между собой, особенно в том, что касается предупреждения и искоренения случаев подкупа и запугивания в связи с торговлей наркотиками;

i) государствам, которые еще не сделали этого, следует ратифицировать и осуществлять Конвенцию Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности и Конвенцию Организации Объединенных Наций против коррупции с тем, чтобы обеспечить тем самым реализацию всего потенциала этих двух документов в деле борьбы с наркопреступностью, особенно на международном уровне;

j) международному сообществу следует оказывать помощь государствам, всячески пытающимся противодействовать наркокоррупции и устрашению граждан и нуждающимся в техническом и ином содействии, для наращивания их потенциала в области борьбы с наркокоррупцией.

Штатные нормативы нагрузки на работников государственных стационарных наркологических учреждений (подразделений) в России: динамика показателей по годам

КОШКИНА Е.А.

д.м.н., профессор, директор ФГУ «Национальный научный центр наркологии»
Минздравсоцразвития России, Москва

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма
ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии»
Минздравсоцразвития России, Москва; e-mail: aligonin@mail.ru

Дана характеристика штатных нормативов нагрузки на работников стационарных государственных наркологических учреждений (подразделений). Нормативы нагрузки на врачей и медицинский персонал приведены с учетом различий, которые установлены для наркологических стационаров и палат, предназначенных для лечения лиц различных возрастных групп, пациентов с теми или иными формами наркологических заболеваний, больных с психотическими и другими острыми состояниями, а также тяжелой сопутствующей патологией. Описаны нормативы нагрузки на сотрудников стационаров, оказывающих больным социально-психологическую помощь. Рассмотрены нормативы нагрузки на работников наркологических дневных стационаров. Оценена динамика штатных нормативов всех видов наркологических стационаров в нашей стране за период с 1970 по 2010 гг.

Ключевые слова: организация наркологической помощи, штатные нормативы, стационарные наркологические учреждения, ставка

Нагрузка на сотрудников наркологических стационаров, в первую очередь, определяется их режимом работы. Естественнo, что для работников обычного типового подразделения и для дневного стационара должны существовать разные нормативы нагрузки. В типовом стационаре штатные нормативы, касающиеся сотрудников, которые проводят лечение, с одной стороны, основного контингента наркологических больных и, с другой, особых групп пациентов, не совпадают¹.

Под больными основного контингента понимаются лица работоспособного возраста с неосложненными формами наркологических заболеваний. К особым группам пациентов относятся лица детско-подросткового возраста, а также больные с резко выраженными психическими и соматическими расстройствами, осложняющими течение основного заболевания. Считается, что работа с пациентами особых групп требует от сотрудников особых навыков и, как правило, носит более интенсивный характер, чем работа с больными основного контингента. Поэтому нагрузка на специалистов, работающих с больными особыми группами, должна быть меньше, чем нагрузка на работников, обслуживающих основной контингент. Нагрузка на

работающих в наркологических стационарах специалистов социально-психологического профиля, рассчитывается на индивидуальной основе. Наконец, отдельно рассматриваются, с точки зрения установления нагрузки на них, такие категории работников, как представители администрации или заведующие отделениями, а также лица, ведущие непрофильную или вспомогательную работу.

Анализируя первые ведомственные документы, в которых приводятся нормативы нагрузки на работников наркологических стационаров, следует отметить, что стационарные подразделения в структуре наркологической службы были развернуты гораздо позже, чем амбулаторные подразделения. После создания в 1975—1976 гг. самостоятельной наркологической службы еще длительное время основной коечный фонд, предназначенный для наркологических больных, существовал в структуре психиатрических больниц. Лишь в 80-х годах XX века эти койки были окончательно перемещены в наркологические учреждения (в форме стационарных отделений наркологических диспансеров или самостоятельных наркологических больниц). Поэтому в течение длительного времени нагрузку на работников наркологических

¹ Названия этих групп отсутствуют в ведомственных подзаконных актах. Они используются авторами настоящей работы лишь для более четкого структурирования излагаемого материала.

стационаров регламентировал приказ Минздрава СССР, изданный еще до выделения самостоятельной наркологической службы и предназначенный для психиатрических больниц (от 15.08.1974 г. №760). Лишь 3.11.1987 г. вышел ведомственный штатный приказ №1177, предназначенный для стационаров самостоятельных наркологических учреждений.

В табл. 1 приведены штатные нормативы нагрузки на врачей и медицинский персонал, оказывающих помощь больным основного контингента работоспособного возраста с неосложненными формами наркологических заболеваний. Описана динамика данных нормативов за несколько последних десятилетий. Как уже отмечалось выше, первым штатным нормативным документом, регламентирующим стационарную наркологическую помощь, был приказ Минздрава СССР от 15.08.1974 г. №760. Данным документом была установлена нагрузка на врачей, оказывающих помощь больным основным контингентом, из расчета 1 должность на 45 коек больных алкоголизмом и 35 — наркоманиями. Для среднего медицинского персонала дифференциация по формам наркологических заболеваний отсутствовала. Нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинских сестер (5,5 ставки) по приказу №760 составляла 30 коек, санитарок — 50 коек.

Приказом Минздрава СССР от 3.09.1987 г. №1177 был незначительно снижен норматив нагрузки в наркологическом стационаре на врачей (уже не просто психиатров, а психиатров-наркологов) при оказании помощи больным наркоманиями (с 35 до 30 коек на 1 ставку). Нагрузка на врачей при лечении больных алкоголизмом осталась той же — 45 коек на 1 должность. В соответствии с приказом №1177 на 1 медсестринский круглосуточный пост при обслужи-

вании больных наркоманиями стало приходиться меньшее, чем прежде, число коек (уже не 30, а 20). Нагрузка на медицинских сестер при лечении больных алкоголизмом осталась той же, что и раньше, — 30 коек на 1 круглосуточный пост. Санитарки в соответствии с приказом №1177 стали обслуживать меньшее, чем прежде, число коек больных наркоманиями. На 1 круглосуточный пост санитарок стало приходиться не 50, как раньше, а 20 коек больных с данной формой наркологического заболевания. Нагрузка на санитарок при лечении больных алкоголизмом, как и медсестер, не изменилась — 50 коек на 1 круглосуточный пост.

Очередной штатный нормативный приказ по наркологии от 29.09.1997 г. №287 также внес определенные изменения в нормативы нагрузки на врачей и медицинский персонал наркологических стационаров. Эти изменения касались, в основном, числа обслуживаемых коек больных наркоманиями (табл. 1). По приказу №287, один врач психиатр-нарколог должен был вести этих пациентов не на 30 койках, как раньше, а на 20. Нагрузка на врачей при лечении больных алкоголизмом осталась той же — 45 коек на 1 должность. Число коек, приходящееся на 1 круглосуточный пост медицинских сестер, при обслуживании ими больных алкоголизмом, несколько уменьшилось: с 30 до 25. Нагрузка на медицинских сестер при лечении пациентов, страдающих наркоманиями, осталась той же — 20 коек. Число коек, приходящихся на 1 круглосуточный пост санитарок при обслуживании больных как алкоголизмом, так и наркоманиями, не изменилось.

Следующим штатным приказом Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201 впервые за много лет было несколько уменьшено число коек больных алкоголизмом, приходящихся на 1 должность врача психиат-

Таблица 1

Нагрузка на врачей и медицинский персонал, оказывающих стационарную помощь основному контингенту наркологических больных (пациентам работоспособного возраста с неосложненными формами заболеваний)

Ведомственные штатные приказы	Число коек, приходящееся на:					
	1 должность врача психиатра-нарколога		1 круглосуточный пост (5,5 ст.)			
			Медицинских сестер (палатных)		Санитарок	
	Алкоголизм	Наркомании	Алкоголизм	Наркомании	Алкоголизм	Наркомании
Приказ Минздрава СССР от 15.08.1974 г. №760	45	35	30	30	50	50
Приказ Минздрава СССР от 3.11.1987 г. №1177	—"	30	—"	20	50	20
Приказ Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287	—"	20	25	—"	30	15
Приказ Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201	40	—"	—"	15	—"	—"
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45	30	15	15	10	20	10

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

ра-нарколога (с 45 до 40). Нагрузка на него при лечении больных наркоманиями осталась той же — 20 коек. Штатные нормативы работы медицинского персонала в наркологических стационарах почти не изменились. Была лишь в очередной раз несколько уменьшена нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинских сестер при лечении больных наркоманиями — с 20 до 15 коек.

Как видно из табл. 1, наиболее существенные изменения в нормативах работы врачей и медицинского персонала в наркологических стационарах были внесены действующим в настоящее время приказом Минздравсоцразвития от 27.01.2006 г. №45. Данным документом была существенно снижена нагрузка на врачей и персонал при стационарном лечении больных как алкоголизмом, так и наркоманиями. На одну должность врача психиатра-нарколога стало уже приходиться не 40 коек больных алкоголизмом, как раньше, а 30. При лечении пациентов, страдающих наркоманиями, на одну должность врача стало приходиться 15 коек вместо 30.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 было предусмотрено также снижение нагрузки на медицинский персонал. Норматив нагрузки на 1 круглосуточный пост медицинских сестер составил при алкоголизме 15 коек (ранее было 25), а при наркоманиях — 10 коек (прежде — 15). На 1 круглосуточный пост санитарок стало приходиться при алкоголизме 20 коек (ранее — 30), а при наркоманиях — 10 (прежде — 15).

В 1997 г. Минздрав РФ приказом от 29.09.1997 г. №287 ввел дифференцированный принцип установления нагрузки на работников наркологических стационаров. Были выделены *особые группы наркологических пациентов*, при стационарном лечении которых нагрузка на врачей психиатров-наркологов и медицинский персонал устанавливалась меньшая, чем при лечении наркологических больных основного контингента. Как уже отмечалось выше, это было обусловлено тем обстоятельством, что работа с этими пациентами требовала владения дополнительными навыками и, как правило, была более интенсивной, чем работа с больными основного контингента. Из табл. 2 видно, что к таким категориям больных относятся:

- дети и подростки;
- больные с алкогольными и интоксикационными психозами;
- пациенты, получающие неотложную помощь;
- больные с тяжелой сопутствующей патологией.

Первые три группы пациентов были выделены упомянутым выше приказом №287, четвертая категория — последним приказом от 27.01.2006 г. №45.

Волна госпитализаций в наркологические стационары детско-подросткового контингента, особенно лиц, злоупотребляющих неалкогольными видами ПАВ, пришла на вторую половину 90-х годов XX века. Именно в это время, как это видно из табл. 2, приказом Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287 были введены специальные нормативы на-

Таблица 2

Нагрузка на врачей и медицинский персонал, оказывающих стационарную помощь специальным группам наркологических пациентов

Приказы Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287 и от 21.06.2002 г. №201, а также приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45	Число коек, приходящихся на:		
	1 должность врача психиатра-нарколога	1 круглосуточный пост (5,5 ст.):	
		Медицинской сестры (палатной)	Санитарки
Детско-подростковый контингент Приказы: №287 №201 №45	15 12 10	15—20 15 10	15 15 10
Алкогольные и интоксикационные психозы Приказы: №287 №201 №45	15 25 20	15 15 10	15 15 10
Неотложная наркологическая помощь Приказы: №287 №201 №45	15 25 20	15 15 10	15 15 10
Тяжелая сочетанная патология Приказы: №287 №201 №45	— — 20	— — 10	— — 10
Примечание. Приведенные в данной таблице штатные нормативы устанавливаются без учета формы наркологического заболевания — алкоголизма или наркоманий			

грузки на врачей и медицинский персонал, проводящих лечение пациентов указанных категорий. Следует напомнить, что в соответствии с приказом №287 нагрузка на 1 должность врача психиатра-нарколога, осуществляющего лечение больных алкоголизмом работоспособного возраста, была 45 коек, наркоманиями — 20 коек (табл. 1). Для врачей, проводящих лечение детей и подростков, независимо от формы наркологического заболевания, была установлена нагрузка 15 коек на 1 должность.

На 1 круглосуточный пост медицинских сестер в соответствии с приказом №287 должно было приходиться: при лечении взрослых больных алкоголизмом 25 коек, при лечении детей и подростков — 15 или 20 коек («вилка» заложена в приказе). Аналогичная нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинских сестер при лечении взрослых больных наркоманиями составила 20 коек, детей и подростков с тем же диагнозом — 15 коек.

В следующем штатном приказе по наркологии Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201 эти различия были сохранены. Напомним, что установленная данным приказом нагрузка на 1 должность врача психиатра-нарколога при лечении взрослых больных алкоголизмом была 40 коек, наркоманиями — 20 коек (табл. 1). Нагрузка на 1 должность врача при лечении злоупотребляющих ПАВ детей и подростков, независимо от формы наркологического заболевания, составила 12 коек (табл. 2).

В соответствии с приказом №201 нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинских сестер была установлена: при обслуживании взрослых больных алкоголизмом — 25 коек, наркоманиями — 15. Для несовершеннолетних больных эта цифра, независимо от формы наркологического заболевания, составила 15 коек. 1 круглосуточный пост санитарок должен был обслуживать 30 коек взрослых больных алкоголизмом и 15 — наркоманиями. Для санитарок, обслуживающих детей и подростков, этот норматив, независимо от формы наркологического заболевания, составил 15 коек.

Введение в 90-х годах XX века особых показателей нагрузки на врачей и персонал, проводящих лечение особых групп больных, было обусловлено, наряду с прочими причинами, увеличением потока наркологических пациентов с острыми состояниями. Именно в этот период времени прогрессивно возрастал показатель заболеваемости алкогольными психозами. Кроме того, рост употребления алкогольных суррогатов, наркотиков и других токсических веществ привел к учащению случаев тяжелых форм острой интоксикации ПАВ, создающих высокий риск для жизни пациентов. В этот период в структуре наркологических учрежде-

ний стали активно создаваться подразделения неотложной помощи наркологическим больным.

Как видно из табл. 2, в соответствии с тремя ведомственными штатными приказами 1997, 2002 и 2006 гг., нормативы нагрузки на врачей и персонал, проводящих лечение наркологических больных с острыми состояниями (психозы, острая интоксикация ПАВ и другие расстройства, требующие неотложной помощи), оказались одинаковыми.

Приказ Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287 впервые содержал нормативы нагрузки на врачей и медперсонал, проводящих лечение наркологических больных с острыми состояниями. Как видно из табл. 2, на 1 ставку врача психиатра-нарколога по этому приказу должно было приходиться 15 коек больных, переносящих острые психозы либо другие состояния, требующие неотложной помощи. При лечении наркологических больных вне острых состояний эта нагрузка была 45 коек для больных алкоголизмом и 20 — наркоманиями (табл. 1). Норматив нагрузки на 1 круглосуточный пост медицинского персонала (как медсестер, так и санитарок) составил при купировании острых состояний 15 коек. При лечении пациентов вне острых состояний эти данные были следующими: медсестры — 25 коек больных алкоголизмом и 20 — наркоманиями, санитарки — 30 коек больных алкоголизмом и 15 — наркоманиями.

Как видно из табл. 2, следующим штатным приказом Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201 норматив нагрузки на 1 должность врача психиатра-нарколога, купирующего острые состояния всех перечисленных выше видов, по неясным причинам был увеличен с 15 до 25 коек (независимо от формы наркологического заболевания). Для сравнения нагрузка на врачей, проводящих лечение больных вне острых состояний, в соответствии с приказом №201 была при алкоголизме — 40 коек, при наркоманиях — 20 коек. Нормативы нагрузки на медицинский персонал, обслуживающий пациентов с острыми состояниями, остались такими же, как и прежде.

Ныне действующий приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45, в отличие от предыдущего ведомственного нормативного документа, продолжил тенденцию снижения нагрузки на врачей психиатров-наркологов и медицинский персонал, занимающихся купированием острых состояний при наркологических заболеваниях (табл. 2). В соответствии с данным приказом на 1 ставку врача, занимающегося этой деятельностью, должны приходиться 20 коек (независимо от формы наркологического заболевания). Число коек, приходящихся на 1 ставку врача, проводящего лечение больных вне острых состояний, составило по данному приказу: 30 — для больных алкоголизмом, 15 — наркоманиями (табл. 1).

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинского персонала (как медсестер, так и санитарок) при купировании острых состояний в соответствии с приказом №45 была установлена 10 коек (аналогичный норматив при лечении наркологических больных вне острых состояний — 30 коек для больных алкоголизмом и 15 — наркоманиями).

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 была выделена еще одна особая группа наркологических больных, при лечении которых в наркологических стационарах на врачей психиатров-наркологов и медицинский персонал устанавливается пониженная нагрузка. Речь идет о пациентах с тяжелой сочетанной патологией (табл. 2). Это могут быть, в первую очередь, психические расстройства, являющиеся последствиями злоупотребления ПАВ, в частности, выраженные амнестические расстройства и деменция.

К такой же категории пациентов относятся больные с «микстами» — сочетанием наркологических и психических заболеваний. Имеется в виду не просто легкая фоновая психическая патология в виде расстройств личности или незначительных остаточных явлений органического поражения ЦНС, а «большие» психозы: шизофрения и заболевания шизофренического спектра, аффективные психотические приступы, текущие органические заболевания головного мозга и пр.

Возможны также тяжелые соматические осложнения наркологических заболеваний: патология печени, сердца, желудочно-кишечного тракта и другие виды нарушений внутренних органов. У наркологических больных, как известно, нередко встречаются выраженные синдромы поражения центральной и периферической нервной системы. Важной группой сочетан-

ных расстройств является комбинация зависимости от наркотиков и ВИЧ-инфекции.

Как видно из табл. 2, на психиатров-наркологов, проводящих лечение больных с тяжелой сочетанной патологией, приказом от 27.01.2006 г. №45 были установлены те же нормативы нагрузки, что и на врачей, занимающихся купированием описанных выше острых состояний. На 1 должность врача в наркологическом стационаре в соответствии с данным приказом должно приходиться 20 коек. Нагрузка на 1 круглосуточный пост медицинского персонала (как медсестер, так и санитарок) должна составлять 10 коек.

Медицинские и немедицинские работники, оказывающие наркологическим больным стационарную социально-психологическую помощь, начали активно привлекаться к деятельности наркологических учреждений в нашей стране лишь в самом конце XX века. Но при этом необходимо отметить, что некоторые из специалистов данного профиля стали фигурировать в ведомственных нормативных документах еще в 70-х годах XX века. В частности, в приказе Минздрава СССР от 15.08.1974 г. говорилось, что должности медицинских психологов могут включаться в штат наркологических стационаров. Но нагрузка на них определена не была. Число должностей психологов устанавливалось «в зависимости от объема работы» (табл. 3). Отсутствие конкретных штатных нормативов в то время либо затрудняло, либо исключало использование этих столь необходимых для лечебной работы специалистов.

Лишь в приказе Минздрава РФ от 29.09.21997 г. №287 впервые появились точные штатные нормативы нагрузки не только на медицинских психологов, но и на работников других категорий, оказывающих наркологическим пациентам социально-психологическую по-

Таблица 3

Нагрузка на сотрудников наркологических учреждений, оказывающих больным стационарную социально-психологическую помощь

Категории специалистов социально-психологического профиля		Число коек, приходящихся на 1 должность, по приказам:			
		Минздрава СССР от 15.08.1974 г. №760	Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287	Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201	Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45
Врач-психотерапевт	Алкоголизм	—	45	45	35
	Наркомании	—	30	30	20
	Дети и подростки	—	25	20	12
Медицинский психолог	Алкоголизм	"В зависимости от объема работы"	30	20	20
	Наркомании		20	15	15
	Дети и подростки		15	10	10
Специалист по социальной работе*	Алкоголизм	—	45	35	35
	Наркомании	—	45	35	35
	Дети и подростки	—	25	25	15

Примечание. * В соответствии с приказами №№287, 201 и 45, специалистам по социальной работе придаются социальные работники. На одну должность специалиста по социальной работе устанавливаются 2 должности социальных работников.

мощь: врачей-психотерапевтов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

Как видно из табл. 3, в соответствии с приказом №287 на одну ставку врача психотерапевта должно было приходиться 45 коек больных алкоголизмом, 30 коек пациентов, страдающих наркоманиями, и 25 коек детей и подростков, злоупотребляющих как алкоголем, так и наркотиками. Следующим штатным приказом по наркологии Минздрава РФ от 21.06. 2002 г. №201 были внесены лишь небольшие изменения в нормативы нагрузки на врачей-психотерапевтов наркологических стационаров (табл. 3). Была незначительно уменьшена нагрузка на них при работе с детьми и подростками (с 25 до 20 коек). Остальные показатели нагрузки на психотерапевтов не изменились.

Как видно из табл. 3, ныне действующий штатный приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 уже значительно снизил нагрузку на работников социально-психологического профиля. Нагрузка на 1 должность врача психотерапевта, например, уменьшилась при лечении больных алкоголизмом с 45 до 35 коек, при лечении больных наркоманиями — с 30 до 20 коек, а при лечении детей и подростков — с 20 до 12 коек.

Нормативы нагрузки на медицинских психологов в приказе Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287 были установлены для больных алкоголизмом — 30 коек, пациентов, страдающих наркоманиями, — 20 коек, детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ, — 15 коек (табл. 3). Приказом Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №20 эти нормативы были уменьшены и составили соответственно 20, 15 и 10 коек. Ныне действующий приказ Минздрава РФ от 27.01.2006 г. №45 нагрузку на медицинских психологов, работающих в наркологическом стационаре, по сравнению с предыдущим приказом, не изменил.

Специалисты по социальной работе стали готовиться в учебных заведениях России только в конце XX века. Наркология должна быть, как известно, одной из важнейших сфер деятельности работников этого профиля. Поэтому авторами—составителями штатного приказа Минздрава РФ по наркологии от 29.09.1997 г. №287 были разработаны нормативы нагрузки на специалистов по социальной работе наркологических стационаров. Как видно из табл. 3, на 1 ставку данного специалиста по этому приказу должны были приходиться 45 коек взрослых больных как алкоголизмом, так и наркоманиями. Для детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ, этот норматив составил 25 коек.

Штатный приказ Минздрава РФ по наркологии от 21.06.2002 г. №201 уменьшил норматив нагрузки на специалистов по социальной работе в части обслуживания взрослых наркологических больных (табл. 3). Для пациентов, страдающих как алкоголизмом, так и наркоманиями, он составил 35 коек (ранее было 45 коек).

Нагрузка на специалистов по социальной работе при обслуживании детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ, осталась той же — 25 коек.

Действующий в настоящее время приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 также внес изменения в нормативы нагрузки в наркологическом стационаре на специалистов по социальной работе, только эти изменения касались уже не взрослых пациентов, а детей и подростков. Как видно из табл. 3, при работе с ними нагрузка на специалистов данного профиля была уменьшена с 25 до 15 коек. Штатный норматив, касающийся взрослых наркологических больных (независимо от формы заболевания), не изменился — 35 коек.

Помощниками специалистов по социальной работе являются социальные работники. Тремя последними приказами №№287, 201 и 45 установлен норматив нагрузки на последних, в соответствии с которым на 1 ставку специалиста по социальной работе должны приходиться 2 ставки социальных работников.

Особым типом стационарных подразделений в наркологических учреждениях являются *дневные стационары*. По организации работы дневной стационар занимает промежуточное положение между типовым стационарным и амбулаторным подразделениями. Он лучше, чем типовой стационар, обеспечивает решение задач реабилитации наркологических пациентов на этапе поддерживающего лечения. Первые экспериментальные дневные стационары, предназначенные для больных алкоголизмом, появились в нашей стране достаточно давно — в начале 70-х годов XX века. Но их существование длительное время не было узаконено Минздравом СССР. Лишь в 1987 г. появился приказ от 3 сентября №1177, в котором были даны штатные нормативы работы врачей и медицинского персонала в данных подразделениях. Поскольку в наркологических дневных стационарах пациенты пребывают в относительно хорошем физическом и психическом состоянии, а также уходят на ночь домой, нагрузка на врачей и медицинский персонал была установлена значительно более высокая, чем в типовых стационарах, функционирующих круглосуточно. Как видно из табл. 4, норматив нагрузки на сотрудников наркологических дневных стационаров был единым для врачей психиатров-наркологов, медицинских сестер и санитарок — 50 мест наркологических пациентов на 1 должность (независимо от формы заболевания).

Далее нормативы нагрузки на работников наркологических дневных стационаров приводились во всех ведомственных штатных приказах по наркологии. Приказом Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287 эти нормативы были снижены (табл. 4). Нагрузка

Нагрузка на врачей и медицинский персонал, оказывающих наркологическую помощь больным в дневных стационарах

Ведомственные штатные приказы	Число мест больных, приходящихся на 1 должность:						
	Врача психиатра-нарколога			Медицинской сестры			Санитарки
	Алкоголизм	Наркомании	Дети и подростки	Алкоголизм	Наркомании	Дети и подростки	Независимо от кате- гории больных
Приказ Минздрава СССР от 3.09.1987 г. №1177	50	50	—	50	50	—	50
Приказ Минздрава РФ от 29.09.1997 г. №287	50	20	15	50	20	15	50
Приказ Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201	45	20	15	40	20	12	20
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45	35	20	10	30	15	10	20

как на врачей, так и медицинских сестер при лечении больных алкоголизмом осталась прежней (50 мест пациентов на 1 должность), но при лечении больных наркоманиями она сократилась с 50 до 20 мест. Нагрузка на санитарок осталась прежней — 50 мест больных на 1 должность независимо от их категории. Кроме того, был введен показатель нагрузки на врачей и медицинских сестер дневных стационаров, занимающихся лечением детей и подростков (15 мест пациентов на 1 должность), независимо от вида употребляемых ПАВ. Для санитарок данный дополнительный норматив не вводился: они по-прежнему должны были обслуживать 50 мест больных любых категорий.

Как видно из табл. 4, в приказе Минздрава РФ от 21.06.2002 г. №201 была несколько снижена нагрузка на врачей психиатров-наркологов и медицинских сестер в дневных стационарах, оказывающих помощь больным алкоголизмом. Если раньше она составляла 50 мест пациентов, приходящихся на 1 должность как врача, так и медсестры, то по приказу №201 этот норматив уменьшился до 45 и 40 мест соответственно. Нагрузка на врачей и медицинских сестер, оказывающих помощь больным наркоманиями, осталась прежней — 20 мест на 1 должность. Была значительно уменьшена нагрузка на санитарок. Если раньше на 1 должность санитарки приходилось 50 мест наркологических пациентов любых категорий, то сейчас — 20. На 1 должность медсестры при лечении детей и подростков (независимо от вида употребляемых ПАВ) стало приходиться не 15 мест, как ранее, а 12. В то же время нагрузка на врачей, выполняю-

щих те же функции, не изменилась (15 мест любых наркологических больных на 1 должность).

Ныне действующий приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 продолжил тенденцию снижения нагрузки на работников дневных стационаров, оказывающих наркологическую помощь (табл. 4). После издания этого приказа на 1 должность врача психиатра-нарколога приходится при лечении больных алкоголизмом не 45, как раньше, а 35 мест пациентов. Аналогичный норматив для больных, страдающих наркоманиями, не изменился и составляет 20 мест. Нагрузка на врача психиатра-нарколога, проводящего лечение детей и подростков (независимо от вида употребляемых ПАВ), снизилась с 15 до 10 мест.

Также уменьшились штатные нормативы, касающиеся медицинских сестер (табл. 4)². На должность медсестры дневного стационара в соответствии с приказом №45 приходится 30 мест больных алкоголизмом (ранее — 40), 15 мест больных наркоманиями (ранее — 20) и 10 мест, предназначенных для детей и подростков (ранее — 12). Нагрузка на 1 должность санитарки дневного стационара осталась прежней — 20 мест пациентов.

В соответствии с ныне действующим приказом от 27.01.2006 г. №45 должность заведующего наркологическим дневным стационаром устанавливается вместо 0,5 должности врача психиатра-нарколога. Каждому дневному стационару, независимо от категорий получающих лечение наркологических больных, придается 1 должность врача психотерапевта.

² Исчисление нагрузки на медицинский персонал в типовом и дневном стационарах является различным. Как видно из табл. 4, в типовом стационаре число обслуживаемых коек рассчитывается исходя из нагрузки на 1 круглосуточный пост (5,5 ставки). В дневном же стационаре (табл. 4) число обслуживаемых мест больных рассчитывается исходя из нагрузки на 1 должность.

На 30 мест любых пациентов устанавливается 1 должность процедурной медицинской сестры.

Как уже отмечалось выше, в типовых наркологических стационарах (не дневных) кроме основного контингента работников трудится большое количество лиц, выполняющих особые обязанности. Диапазон должностей таких сотрудников очень велик — от представителей администрации до вспомогательных и хозяйственных работников.

Переходя к характеристике нормативов нагрузки на всех этих лиц, следует, в первую очередь, остановиться на *врачах, выполняющих административные функции*. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. №45 в штат наркологического учреждения может быть введена кроме должности главного врача ставка его заместителя (или нескольких заместителей). Число этих ставок зависит, во-первых, от количества коек в учреждении и, во-вторых, от числа врачебных должностей (любых), имеющих в нем. Если число коек составляет менее 100, то для установления должности заместителя главного врача по медицинской части количество врачебных ставок должно быть не менее 25. При наличии 100 и более наркологических коек для установления указанной должности достаточно 15 врачебных ставок. Если же в учреждении имеется свыше 300 коек, а количество врачебных ставок составляет цифру 60 и более, то заместителей главного врача по медицинской части может быть более 1 (из расчета 1 ставка на каждые 30 врачебных должностей).

В штат наркологического учреждения могут быть введены должности заместителей главного врача по специальным вопросам (организационно-методическая работа, детская наркология, экспертная деятельность). Но, как уже отмечалось в первой статье настоящего сообщения, посвященной амбулаторной наркологической помощи, это может быть сделано, во-первых, лишь в одном наркологическом учреждении на одну территорию и, во-вторых, в том случае, если наркологическое учреждение оказывает не только стационарное, но и амбулаторное лечение.

В типовых стационарных отделениях наркологических учреждений должности заведующих устанавливаются исходя, во-первых, из формы наркологического заболевания пациентов, находящихся в отделении, и, во-вторых, из числа коек в подразделении. При лечении взрослых больных алкоголизмом в штат работников отделения с числом коек менее 30 включается 1 должность заведующего вместо 0,5 ставки врача, а с числом коек 30 и более — 1 должность заведующего сверх имеющихся врачебных ставок. Для лечения взрослых больных наркоманиями в отделение, имеющее менее 20 коек, устанавливается 1 должность заведующего вместо 0,5 ставки врача, а на

подразделение с 20 койками и более — 1 должность заведующего сверх имеющихся врачебных ставок.

Предусмотрены также нормативы, касающиеся заведующих стационарными отделениями, в которых содержатся некоторые специальные категории больных. При числе детско-подростковых коек менее 10 существующий норматив — 1 должность заведующего вместо 0,5 ставки врача. Если в отделении имеется свыше 10 коек, предназначенных для пациентов данной категории, устанавливается 1 должность заведующего сверх имеющихся врачебных ставок.

При оказании неотложной помощи, купировании алкогольных и интоксикационных психозов, а также лечении больных с тяжелой сочетанной патологией нормативы нагрузки на заведующих отделениями являются теми же, что и при лечении больных наркоманиями. Если в отделении имеется менее 20 коек, устанавливается 1 должность заведующего вместо 0,5 ставки врача, если же 20 коек и более — 1 должность заведующего сверх имеющихся врачебных ставок.

Если *приемное отделение* наркологического учреждения работает в круглосуточном режиме, в данном подразделении устанавливается круглосуточный пост врачей психиатров-наркологов (5,5 должности). Нагрузка рассчитывается исходя из нормы — 1 круглосуточный пост на 300 коек и более. Один круглосуточный пост врачей психиатров-наркологов приемного отделения может быть установлен и для стационаров с числом коек от 150 до 300 при условии, что 25 коек из них предназначены для оказания неотложной наркологической помощи, купирования алкогольных или интоксикационных психозов, а также лечения больных с тяжелой сочетанной патологией.

Установлены нормативы нагрузки на *врачей-консультантов* наркологических стационаров. Нагрузка на врачей-терапевтов и врачей-инфекционистов в стационарных подразделениях устанавливается из расчета 1 должность на 100 коек. В наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией 1 ставка врача-терапевта должна приходиться на 25 коек. Должности врачей-неврологов в стационарных подразделениях устанавливаются из расчета 1 ставка на 150 коек, но не менее одной должности на стационарное подразделение, имеющее 100 коек и более. В наркологических отделениях для больных с тяжелой сочетанной патологией 1 ставка врача-невролога должна приходиться на 25 коек.

Нагрузка на врачей клинической лабораторной диагностики в стационарных подразделениях устанавливается из расчета 1 должность на 100 коек, но не менее одной ставки в случае, если в стационаре имеется 75 коек и более. Расчет должностей врачей-специалистов (педиатров, акушеров-гинекологов, физио-

терапевтов, стоматологов, офтальмологов, отоларингологов, рентгенологов, статистиков) в наркологических стационарных подразделениях производится на основе штатных нормативов, предназначенных для психиатрических больниц³.

Должности заведующих лабораторией, рентгеновским кабинетом и физиотерапевтическим кабинетами, а также кабинетом функциональной диагностики в стационарных наркологических подразделениях устанавливаются, соответственно, вместо 0,5 должности врача клинической лабораторной диагностики, врача-рентгенолога, врача-физиотерапевта, врача функциональной диагностики. Если же нормативы предусматривают введение в штат учреждения менее 1 врачебной ставки этих специалистов, должность заведующего не устанавливается.

Ниже даются содержащиеся в приказе Минздрава РФ от 27.01.2006 г. №45 нормативы нагрузки на некоторые группы медицинского персонала в наркологических стационарах.

В штат любого наркологического учреждения со стационарным подразделением может быть включена должность главной сестры. Число ставок старших медицинских сестер должно соответствовать числу должностей заведующих стационарными отделениями. В физиотерапевтическом кабинете должность старшей медицинской сестры устанавливается при наличии в штате наркологического учреждения не менее 4 ставок медицинских сестер по физиотерапии (вместо 1 из них).

Нагрузка на медицинских сестер процедурных в наркологических стационарных подразделениях рассчитывается следующим образом:

- один круглосуточный пост на отделение для взрослых больных алкоголизмом и наркоманиями;
- один круглосуточный пост на 20 коек при оказании неотложной наркологической помощи, а также лечении детско-подросткового контингента и больных с тяжелой сочетанной патологией.

Число должностей медицинских сестер приемного отделения наркологического стационара зависит от количества коек в учреждении. Если стационар имеет мощность от 100 до 150 коек, устанавливается 0,5 должности, если от 151 до 250 коек — 1 ставка, если от 251 до 500 коек — 2 должности, если 501 койка и более — 1 круглосуточный пост. При оказании неотложной наркологической помощи, купировании алкогольных и интоксикационных психозов, а также лечении больных с тяжелой сочетанной патологией нагрузка на медицинских сестер приемно-

го отделения наркологического стационара должна быть уменьшена. Если в учреждении имеется 250 коек и более и не менее 20 из них предназначены для оказания данных видов помощи, то в штат учреждения включается 1 круглосуточный пост медицинских сестер приемного покоя.

Должности медицинских сестер специальных врачебных кабинетов в стационарных наркологических подразделениях (кроме физиотерапевтического, рентгеновского и статистического) устанавливаются соответственно должностям врачей. Норматив нагрузки на медицинских сестер физиотерапевтических кабинетов составляет 1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год. Должности медицинской сестры кабинета функциональной диагностики устанавливаются из расчета 1 ставка на 150 коек.

Нагрузка на фельдшеров-лаборантов наркологических стационаров рассчитывается исходя из норматива 1 должность на 100 коек. Ставки рентгенолаборантов устанавливаются соответственно должностям врачей-рентгенологов, включая должность заведующего рентгеновским кабинетом (отделением). Нагрузка на диетическую медицинскую сестру в стационарных подразделениях составляет 1 должность на 200 коек (не менее 1 ставки и не более 3 ставок на учреждение). В штат наркологического учреждения могут быть включены должности медицинских дезинфекторов исходя из расчета 1 ставка на 400 коек, но не менее 1 должности на стационарное подразделение.

В штат наркологического учреждения, имеющего стационар, включаются медицинские регистраторы. Для работы в справочном бюро устанавливается 1 должность регистратора на 500 коек. При наличии стационара (не менее 500 коек) наркологическому учреждению положена 1 ставка медицинского регистратора для работы в архиве.

Приказ Минздрава РФ от 27.01.2006 г. №45 предусматривает также нормативы нагрузки на младший медицинский персонал наркологических стационаров, выполняющий особые функции. Должности сестер-хозяек вводятся в штат учреждений исходя из нагрузки 1 должность на 1 стационарное отделение. В штат учреждения могут быть включены ставки санитарок-буфетчиц (из расчета 1 должность на 20 коек). При лечении больных с тяжелой сочетанной патологией может быть установлена должность санитарки-ваннщицы, нагрузка на которую составляет 1 ставку на 30 коек.

В приказе №45 предусмотрена также должность санитарки наркологического стационара «для наблю-

³ В соответствии с ныне действующим штатным приказом Минздравмедпрома РФ по психиатрии от 13.02.1995 г. №27 нагрузка на врачей-специалистов указанных категорий (исключая педиатров и статистиков) установлена одинаковая — 500 коек на 1 должность. При наличии в стационаре детей до 14 лет включительно в штат учреждения вводятся врачи-педиатры, нагрузка на которых составляет 1 должность на 100 коек. В каждом стационарном учреждении должна быть 1 ставка врача-статистика.

дения за больными и их сопровождения». Эта ставка вводится в штат отделения лишь в том случае, если в нем не менее 20 коек заняты детьми и подростками или пациентами с психотическими состояниями и тяжелой сопутствующей патологией.

Должности санитарок лабораторий стационарных наркологических учреждений (подразделений) устанавливаются соответственно должностям врачей клинической лабораторной диагностики, включая заведующего лабораторией. В штат учреждения вводятся должности санитарок рентгеновского кабинета (отделения) и процедурных кабинетов стационарных по-

дразделений (1 должность на 1 кабинет). Нагрузка на санитарок физиотерапевтического кабинета рассчитывается исходя из норматива 1 ставка на 2 ставки медицинских сестер по физиотерапии.

Должности санитарок стоматологического кабинета в стационарных наркологических отделениях устанавливаются соответственно должностям врачей-стоматологов (зубных врачей), но не менее 1 должности на подразделение. Расчет должностей санитарок приемного отделения производится в соответствии со штатным нормативом: 1 круглосуточный пост на 1 подразделение.

ESTABLISHED PRACTICE FOR THE LOADING OF STAFF OF INPATIENT STATE SUBSTANCE ABUSE CLINICS (UNITS) IN RUSSIA: DYNAMICS BY YEAR

KOSHKINA J.B. MD., PhD., Professor, Head of National Research Center for Narcology, Moscow

IGONIN A.L. MD., PhD., Professor of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

The article describes the characteristics of staff standards burden on employees of state inpatient drug treatment agencies (departments). Regulations burden on doctors and medical staff are taking into account differences that are set for hospitals and drug treatment chambers for the treatment of persons of mature age with various forms of substance abuse, children's and teenage contingent, patients in psychotic and other severe conditions, as well as patients with severe concomitant diseases. The loads on the staff regulations of hospitals that provide patients with psychosocial support are described. Regulations burden on employees of hospitals day care are considered separately. The article shows the dynamics of staffing standards for all types of substance abuse hospitals in our country for the period from 1970 to 2010.

Key words: organization of narcological care, staffing standards, ambulatory drug abuse patient's department

*История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом опиатов по регионам мира**

САФОНОВ О.А.

статс-секретарь — заместитель директора ФСКН России, Москва

ДМИТРИЕВА Т.Б.

д.м.н., профессор, академик РАМН

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник

ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского"

Минздравсоцразвития России,

профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин и криминалистики

Российской правовой академии Минюста России, Москва; e-mail: klimenko17@mail.ru

КОЗЛОВ А.А.

д.м.н., зам. директора по клинической работе — главный врач

ФГУ "Московский НИИ психиатрии" Минздравсоцразвития России, Москва; e-mail: aakozlov@inbox.ru

Проанализирована динамика злоупотребления опиатами в историческом аспекте и на современном этапе по отдельным регионам и странам мира. Изучен исторический и современный опыт ответных государственных мер по контролю и ограничению злоупотребления опиатами. Показано, что государственные меры регулирования легального оборота опиатами и контроля за их нелегальным оборотом должны быть гибкими и должны определяться напряженностью наркоситуации по опиатам и другим наркотическим средствам. Ключевые слова: опиаты, распространенность, наркотрафик

Одна из первых в истории попыток установления государственного контроля над оборотом опиума была проведена в Китае в конце XVIII века, когда масштабность опиокурения приняла бедственный для страны характер. В тот период Великобритания, а вслед за ней Франция, Германия, США и некоторые другие западные государства организовали через Ост-Индскую кампанию (1600—1858 гг.) массовую продажу индийского опиума населению Китая в обмен на серебро. Таким образом, западные страны рассчитывали компенсировать свои потери серебра от увеличивающегося оборота закупок китайских товаров, главным образом чая и шелка, оплата за которые шла серебром. По причине эпидемии опиокурения эдиктом императора Юнг Чанга в 1729 г., а затем императором Киа Конгом в 1800 г. было запрещено содержание опиумных курил и продажа опиума для курения. После этого европейские страны продолжали ввоз в Китай огромных количеств опиума, но уже контрабандно, что и послужило основной причиной развязывания так называемых «опиумных войн» между Китаем и Англией, а позже — Францией (1839—1860). Поражение Китая в этих войнах привело к тому, что он вынужден был предоставить право ввоза опиума иностранным державам, после чего опиокурение приобрело в стране еще большие размеры.

В первой трети XX века методология Опиумных войн и английская практика умышленной наркотизации населения героином были использованы японскими милитаристами в ходе колонизации острова Формоза (ныне — Тайвань), Манчжурии, Кореи и отчасти континентального Китая [1]. Локальная практика отрабатывалась в полевых условиях ряда военных конфликтов в странах Азии, Африки и Латинской Америки. Все это позволило некоторым современным исследователям рассматривать Опиумные войны как исторически базовую модель оружия массового поражения многофакторного воздействия на противника, опробованной задолго до изобретения атомной бомбы, биологического или химического оружия массового поражения [14].

Выделенный из опиума в 1803 г. морфин стал основным обезболивающим средством при тяжелых ранениях. В эпоху Гражданской войны в США морфин даже называли «солдатским лекарством». Крымская и Франко-Прусская войны (1870—1871 гг.) стали объективным толчком к росту морфинизма в Европе. Особенно морфинизм распространился в европейских странах во второй половине XIX века и особенно был распространен среди женщин и в среде врачей [25].

В 1874 г. известный британский химик Олдер Райт для того, чтобы помочь больным, постоянно употребляющим морфин в качестве обезболивающего лекарства, постепенно отвыкнуть от него, получил из

* Использованы материалы «The World Drug Report 2006, 2007, 2008, 2009». — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007.

отходов производства морфина новое химическое вещество — диацетилморфин. Но открытие Райта осталось не замеченным. Только в 1898 г. великий немецкий фармаколог Генрих Дрейзер, синтезировавший ранее аспирин, заново открыл диацетилморфин, назвал его героином и заметил, что по обезбаливающему действию он во много раз сильнее самого морфина. С той поры героин стали применять как обезбаливающее лекарство и... как средство от кашля.

В США и в Европе с начала XIX века опий в виде различных лекарственных препаратов повсеместно продавался легально, а в конце XIX — начале XX века уже героин и морфин продавались в аптеках без рецепта и по доступной цене. В США в открытых по всей стране наркодиспансерах наркозависимым выдавали необходимую им дозу героина или выписывали соответствующий рецепт. После начавшейся в 1912 г. в Нью-Йорке эпидемии шприцевой героиновой наркомании, поражавшей в первую очередь молодых людей с асоциальным образом жизни, правительство США было вынуждено ужесточить систему контроля за наркотиками. В 1914 г. был принят «The Harrison Act», согласно которому героин стал продаваться только по рецепту врача, за любое нелегальное обращение с наркотиками грозило тюремное заключение, а за медицинским использованием наркотиков был установлен жесткий контроль [20]. Наркодиспансеры по решению правительства стали закрываться. Последний такой наркодиспансер был закрыт в 1923 г. В результате предпринятых исключительно силовых методов воздействия без каких-либо дополнительных масштабных реабилитационных мероприятий эпидемия героиновой наркомании в США была ликвидирована, в период с 1923 по 1939 гг. произошло снижение наркопотребителей в 10 раз (на 90%), и все последующие годы в большинстве штатов Америки действовали жесткие репрессивные меры в отношении наркопотребителей и наркоторговцев [8]. В середине 1960-х годов в результате разрекламированных либеральных взглядов А. Линдесмита репрессивная американская политика в отношении контроля за наркотиками оказалась в состоянии кризиса. Американские суды стали гораздо мягче относиться к наркоправонарушителям. И уже через несколько лет после этого к концу 1960-х годов в США наблюдалось увеличение числа опийных наркоманов более чем в 10 раз [4].

Аналогичные американским жесткие репрессивные технологии противодействия наркоэпидемии были использованы также во вновь образованной Китайской Народной Республике, где к 1950-м годам отмечался самый высокий в мировой истории уровень опиомании — около 20 млн активных курильщиков опиума, что составляло 5% населения страны, или

2% взрослого населения [16]. Правительством страны был предпринят целый ряд репрессивных мер, по которым те, кто выращивал, производил или продавал опиум, подвергались принудительному труду, принудительному лечению и различным видам уголовного наказания вплоть до казни при одновременном жестком контроле за выращиванием, производством и использованием лекарственного опиума. В результате предпринятых жестких мер удалось значительно снизить число наркопотребителей и прекратить почти трехсотлетнюю эпидемию курения опия в стране. При этом силовые методы воздействия коснулись только 10% наркопотребителей, которые были направлены на работу в исправительные лагеря сроком до двух лет, а при отсутствии эффекта — на исправительные работы на несколько лет в особые лагеря. Остальные наркопотребители прекратили употребление наркотиков из-за мощного социального давления [17].

В Великобритании так же как и в США в первой половине XX века отмечались лишь локальные случаи злоупотребления героином, не выходящие за рамки божественных и асоциальных кругов. В такой достаточно благоприятной наркоситуации правительство в 1926 г. приняло «Rollestone Act», по которому разрешалось беспрепятственно приобретать героин в аптеках, правда, по рецепту врача, но по достаточно низким ценам. «Роллестонский акт» с его либеральными установками оставался основным документов в регулировании наркооборота Великобритании вплоть до 1946 г., когда волна героиновой наркомании из Канады не докатилась до английских берегов. Считается, что немаловажное значение в пересечении героиновой наркоманией Атлантического океана имела распропагандированная А. Линдесмитом на американском континенте разрешительная «британская система». Это побудило канадских наркоманов перебраться в Англию, что и положило начало британской героиновой эпидемии. Британская ветвь героиновой эпидемии нарастала стремительно, почти в геометрической прогрессии. С 1946 по 1968 гг. количество героиновых наркоманов удваивалось каждые 16 мес. Это послужило поводом для отмены в 1968 г. разрешительной «британской системы» [5].

Последние годы большинство стран мира придерживаются сбалансированных подходов при формировании национальных антинаркотических стратегий, в первую очередь в отношении незаконного и легального оборота опия и его производных. Современная запретительно-ограничительная система контроля за оборотом наркотиков наряду с внедрением программ снижения вреда, организации заместительной терапии и открытия в некоторых европейских странах инъекционных комнат, предусматривает принуди-



Рис. 1. Потребление опиатов и героина по регионам мира (абс. число потребителей среди населения в возрасте от 15 до 64 лет)

тельное или альтернативное лечение больных наркоманией, совершивших уголовные и административные правонарушения, строгие меры административного и уголовного преследования в отношении наркоправонарушителей [13]. В некоторых западноевропейских странах предусматриваются также санкции за употребление наркотиков, в том числе и опиатов: во Франции лишение свободы на срок от 2 мес. до 1 года и штраф от 500 до 5000 франков, в Греция — от 2 до 5 лет, в Австралии — 2 года и/или штраф в 2000 долл., в Швейцарии — от 1 дня до 3 мес. или штраф. Наряду с этим для законодательств многих стран Евросоюза характерен «мягкий» подход к определению уголовно наказуемого количества наркотических средств. В ряде стран эти минимальные количества оговариваются в законе (Австрия, Дания, Португалия, Финляндия), в других — решение этого вопроса оставляется на усмотрение суда, который и определяет, какое количество наркотика квалифицируется как хранение с целью сбыта, а какое — как хранение с целью потребления, от чего в конечном счете и зависит мера наказания.

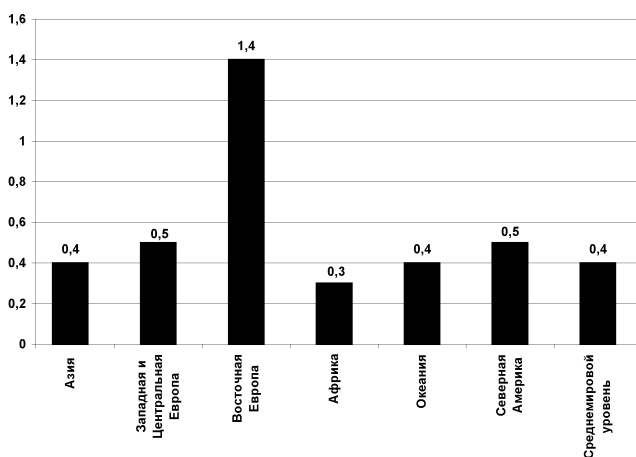


Рис. 2. Уровень потребления опиатов по регионам мира (% от численности населения региона)

В Советском Союзе героин был запрещен законом с 1924 г. В настоящее время в Российской Федерации опий и героин запрещены к производству, распространению и употреблению и внесены в Список №1 Постоянного Комитета по наркотикам. Другие опиаты (морфин, кодеин и пр.) относят к разрешенным лекарственным средствам, используемым под определенным контролем при соответствующих медицинских показаниях.

По данным на 2009 г. опиатами злоупотребляли 16,5 млн чел., или 0,4% населения мира.

При относительно невысоком уровне потребления опиатов в Азии (0,4%) большинство потребителей опиатов проживает именно в этом регионе мира — 9,33 млн чел. (рис. 1—2).

Наиболее высокий уровень потребления опиатов отмечается в регионах, через которые проходит наркотрафик из Афганистана, который является на сегодняшний день наиболее крупным производителем опия. Около 2,3 млн потребителей опия проживают в районах Ближнего и Среднего Востока и Юго-Западной Азии. Именно в этих регионах Азии принципиально более высокий уровень потребления опиатов — в среднем по региону около 1% проживающего там населения в возрасте от 15 до 64 лет. На территории самого Афганистана и в Иране потребление опия находится на одном из самых высоких уровней в мире, соответственно 1,4 и 2,8% от общей популяции населения в возрастной группе от 15 до 64 лет. В 1999 г. в Иране насчитывалось около 1,2 млн регулярных потребителей опия. С тех пор ситуация по опию принципиально не изменилась, и на сегодняшний день, по разным источникам, в Иране насчитывается от 0,8 до 1,7 млн потребителей опия.

В Пакистане проживает около 630 тыс. потребителей опиатов, что составляло 0,7% от общей популяции населения страны. Большинство из них (77%) потребляли героин — 480 тыс. чел. Несмотря на то, что уровень потребления опиатов в Пакистане один из самых низких в Азии, он в 2 раза выше среднемирового уровня, а в провинциях страны, через которые проходит наркотрафик из Афганистана в Иран, уровень потребления опиатов достигает 1,1% взрослого населения.

В Центрально-Азиатском регионе средний уровень потребления опия почти в 2 раза выше общемирового — 0,7%. При этом в некоторых странах этого региона он еще выше: Казахстан — 1,0% населения, Киргизстан — 0,8%, Узбекистан — 0,8%. В остальных странах Центральной Азии уровень по-

ребления опиатов значительно ниже среднего показателя по данному региону мира, но выше среднего показателя по странам Азии в целом: Армения — 0,3%, Туркмения — 0,3%, Азербайджан — 0,3%, Израиль — 0,5%, Грузия — 0,6%. В целом по странам Центральной Азии проживает около 300 тыс. потребителей опиатов, 63,2% из них потребляют героин и 91% — потребляют наркотики инъекционным способом.

В Южно-Азиатском регионе уровень потребления опиатов принципиально ниже (по данным на 2006 г. в среднем по региону 0,4% населения): Шри-Ланка — 0,1%, Мальдивы — 0,2%, Непал — 0,3%, Индия — 0,4%, Бангладеш — 0,4%. Однако при таком относительно невысоком для Азии уровне потребления абсолютное число потребителей опия огромно: только в одной Индии проживают 3 млн опиоманов.

В Восточной и Юго-Восточной Азии уровень потребления опиатов еще меньше и за редким исключением (Мьянма — 0,4%, Вьетнам — 0,3%, Китай — 0,3%) не превышает 0,2%: Тайвань, Индонезия, Гонконг и Малайзия — 0,2%, Таиланд — 0,1%. В некоторых странах данного региона уровень потребления опиатов минимальный относительно всех региональных и территориальных показателей: Япония — 0,06%, Филиппины и Сингапур — 0,005%. Во многом это связано с жесткими мерами контроля по обороту над наркотиками в этих странах. Например, в Японии за наркоторговлю предусмотрено уголовное наказание в виде пожизненного заключения и запрещен въезд в страну лиц, в отношении которых имеется информация о том, что они когда-либо потребляли наркотические средства.

В странах так называемого Золотого треугольника, в который входят Афганистан, Лаос и Мьянма, еще совсем недавно бывших основными поставщиками опиатного сырья на мировой рынок, уровень потребления опиатов приближается к среднемировому: Афганистан — 1,4%, Лаос — 0,5%, Мьянма — 0,4% населения страны.

Несмотря на относительно невысокие показатели, отражающие уровень потребления опиатов в Китае, Индонезии, Малайзии, Лаосе и на Филиппинах, абсолютное число опиоманов с учетом народонаселения в данном регионе огромно. Более половины всех опиоманов мира проживает на территории этих стран: 54% — в 2005 г., 56% — в 2006 г. Так, например, в Китае при относительно невысоком уровне потребления, не превышающем 0,25% населения страны, общая численность опиоманов достигает 2,3 млн чел. Доля стран Азии в общемировом потреблении героина несколько ниже: 6,1 млн чел., или 51% всех зарегистрированных потребителей героина.

Вторым по значимости мировым рынком потребления опиатов является Европа, где в общей сложности проживают 3,6 млн потребителей опия, что составляет 22% всех опиоманов мира. Уровень потребления опиатов в среднем по странам Европы — 0,7% проживающего населения в возрасте от 15 до 64 лет.

В странах Западной и Центральной Европы проживают 1,5 млн потребителей опиатов из 360 млн жителей Европейского континента при среднем уровне потребления 0,5% населения данного региона в возрасте от 15 до 64 лет. Большинство потребителей опия проживает в Великобритании (340 тыс. чел.), Италии (300 тыс. чел.), Франции (170 тыс. чел.), Германии (140 тыс. чел.) и Испании (70 тыс. чел.). При этом самый высокий уровень потребления опия среди стран Европы отмечен в Эстонии (1,5%). Во всех остальных европейских странах он принципиально меньше. Большая часть стран Европы сообщают о принципиально более низком по сравнению со средним по данному континенту уровне потребления опия: Испания, Финляндия, Лихтенштейн, Польша, Чехия, Швеция — 0,2%, Нидерланды, Греция, Германия — 0,3%, Словакия, Франция, Бельгия, Венгрия, — 0,4%, Дания, Словения, Австралия — 0,5%. В остальных странах потребление опия соответствует общерегиональному уровню: Литва, Швейцария, Мальта — 0,6%, Португалия — 0,7%, Италия — 0,8%, Люксембург, Латвия, Англия и Уэльс — 0,9% [2].

Большинство стран Западной и Центральной Европы сообщают о стабилизации потребления незаконных опиатов. Германия, Норвегия, Португалия и Испания даже сообщали о снижении уровня потребления населением незаконных опиатов. В 2005 г. относительная доля опиоманов, проживающих в странах Европы, среди общемировой когорты потребителей опиатов снизилась с 25 до 22% в 2006 г. Это является отражением наметившейся в западноевропейских странах тенденции к стабилизации уровня потребления опия или даже некоторого снижения по сравнению с ростом уровня потребления и числа потребителей опия в странах Азии и Африки.

В странах Восточной Европы проживает 2 млн потребителей опия при среднем уровне потребления 1,4% населения этих стран в возрасте от 15 до 64 лет. Это в 2,8 раза выше, чем в среднем по западноевропейским странам. Самым большим опийным рынком в Европе является Российская Федерация, где, по данным директора ФСКН России В.П. Иванова, проживает 2—2,5 млн опиоманов, или почти 2% населения страны в возрасте от 15 до 64 лет [4]. Согласно данным ООН, процент российского населения, вовлеченного в злоупотребление опиатами, в

5—8 раз превышает аналогичный показатель по странам Европейского Сообщества, а в отдельных странах, например в Германии, число опийных наркозависимых в удельном отношении в 20 раз меньше, чем в Российской Федерации. Вторым по масштабности опийным рынком в Восточной Европе является Украина, где проживает 300 тыс. потребителей опиия при уровне потребления 0,9%, что почти в 2 раза (1,8 раза) выше среднеевропейских показателей.

В странах Северной, Центральной, Южной Америки и Карибского бассейна проживает 2,2 млн потребителей опиия при среднеамериканском уровне потребления 0,4%. Это почти соответствует или даже чуть ниже аналогичных показателей в среднем по европейским странам (0,5%). Больше всего потребителей опиия проживает в США, где уровень потребления опиия несколько превышает средний по Америке — 0,6% населения в возрасте от 15 до 64 лет.

В странах Южной Америки самым крупным потребителем опиия является Бразилия, Аргентина и Колумбия, где уровень потребления опиатов соответственно 0,7, 0,6 и 0,5% от общего населения в возрасте от 15 до 64 лет. При этом большинство опиоманов в Бразилии потребляет синтетические опиаты, на потребителей героина приходится менее 0,05% взрослого населения страны. Минимальное потребление опиатов в Перу (0,1%), Эквадоре (0,2%), Боливии (0,3%) и Чили (0,4%).

В Африке опиий потребляет более 1,4 млн взрослого населения. При этом средний уровень потребления опиатов по этому континенту значительно меньше аналогичных показателей по Европе и Америке — 0,3% взрослого населения. Большинство жителей стран Африки потребляют героин. Однако напряженность потребления опиатов по разным странам Африки значительно различается. Самый высокий уровень потребления в Африке на Маврикии, где 2% взрослого населения являются опиоманами, и в Египте, где опиий потребляют 0,7% взрослого населения. Несмотря на то, что уровень потребления опиатов в Египте почти в 3 раза (в 2,9 раза) меньше, чем на Маврикии, он является самым крупным опийным рынком на Африканском континенте, поскольку общая численность потребителей опиия в Египте — 330 тыс. чел. в возрасте от 15 до 64 лет.

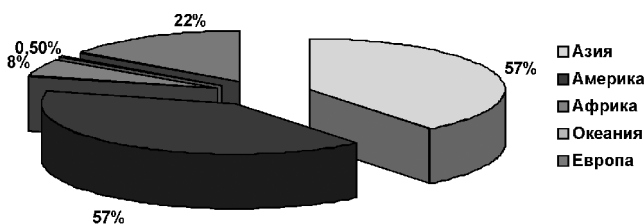


Рис. 3. Потребление опиатов по регионам мира по данным на 2009 г.

Таким образом, уровень потребления опиатов и абсолютное число потребителей опиия не коррелируют между собой. В странах Азии, где потребление опиатов находится на среднемировом уровне 0,4%, проживает самое большое число опиоманов — 9,33 млн чел., или 57% всех потребителей опиия (рис. 3).

В странах Восточной Европы, где фиксируется самый высокий уровень потребления опиатов и героина (соответственно 1,4 и 1,1% от общей численности взрослого населения) проживает только 22% всех потребителей опиия в мире, или 2 млн чел. В странах Океании при уровне потребления опиия 0,4%, что соответствует среднемировым показателям, проживает всего 0,5% всех опиоманов мира, или 80 тыс. чел. В странах Западной и Центральной Европы и Северной Америки, где уровень потребления опиатов выше общемирового и составляет 0,5%, проживает 2,87 млн жителей, или 14% населения мира (рис. 3).

Среди всех потребителей опиатов мира (16,5 млн чел.) 12 млн, или 70% всех опиоманов употребляли героин (0,2% населения мира).

В европейских странах до 90% опиоманов потребляют героин. В странах Западной Европы опиоманы часто сочетают потребления героина с другими опиатами, чаще с метадонем, бупренорфином или кустарными опиатами. В странах Центральной и Восточной Европы, таких, как Польша, Люксембург, Украина и Россия, героин часто потребляется наряду с кустарно изготовленным экстрактом маковой соломки.

В странах Азии две трети опиоманов потребляют героин. При этом в сельской местности его часто сочетают с приемом кустарного опиия. Потребление опиия широко распространено в Иране, Афганистане, Мьянме и Лаосе, то есть в странах, которые традиционно являются самыми крупными производителями опиия на планете.

В странах Африки также большинство опиоманов потребляют героин.

В странах Северной Америки лишь 30% опиоманов используют героин.

В странах Океании на потребителей героина приходится не более трети всех потребителей опиия. Это связано с тем, что последние 10 лет фиксируется тенденция к увеличению потребления с немедицинской целью синтетических легальных опиатов, полученных из незаконных источников. Чаще всего с немедицинской целью используются такие лекарственные болеутоляющие средства как кодеин, оксиконтин (Оху-Contin), пропоксифен (пропрохурпен), незаконное потребление которых только в США с 2002 г. по 2006 г. выросло с 4,7 до 5,1% населения в возрасте старше 12 лет. Считается, что суммарное потребление незаконных опиатов и законных лекарственных болеутоляющих синтетических опиатов в США превыша-

ет 5,5% взрослого населения страны в возрасте старше 12 лет, что в 10 раз выше уровня потребления только героина. Но из незаконных опиатов на потребление героина приходится около 95%.

Динамические тенденции потребления героина в общей популяции взрослого населения планеты показывают, что с 1993 г. наблюдался стремительный рост потребителей героина практически по всем регионам мира с 0,2% в 1993 г. до 0,8% в 1998 г. Затем фиксировалось такое же резкое снижение уровня потребления героина, когда в течение трех лет с 1998 по 2001 г. уровень его потребления опять снизился в целом по всем странам мира до 0,2% и, этот уровень не менялся все последующие годы (рис. 3).

В Англии и Уэльсе динамический рисунок потребления героина практически полностью повторял общеевропейский, но с опозданием на 2 года. При этом число потребителей героина при идентичной динамике показателей практически в 2,5 раза (0,8% в возрастной группе 16—24 года против 0,3% в общей популяции) превышала аналогичные показатели по популяции в целом.

В Германии наблюдалась аналогичная динамика показателей потребления героина и числа новых потребителей, но на несколько более низком по сравнению с Англией и Уэльсом уровне. Поскольку кривая показателей, отражающих снижение уровня потребления героина и число новых его потребителей, практически повторяли одна другую, можно предположить, что снижение потребления героина в Германии происходило в значительной степени за счет уменьшения когорты новых адептов. Это, в свою очередь, можно рассматривать как результата эффективности мероприятий в рамках первичной профилактики наркотизма, которые проводятся в этих странах (рис. 4—5).

В США по сравнению с европейскими странами тенденция к снижению потребления героина в структуре общего незаконного потребления опиатов наметилась несколько позже. С 2001 по 2006 гг. уровень потребления героина в США снизился до 0,23% взрослого населения в возрасте от 15 до 64 лет.

В Российской Федерации в отличие от других регионов мира большинство зарегистрированных наркопотребителей является потребителями опия (до 84%) и героина (около 70%). В соответствии с этим фиксированный в стране 1991 г. значительный рост числа потребителей происходил в большей мере за счет опиоманов. С 2002—2003 гг. в Российской Федерации отмечается относительная стабилизация

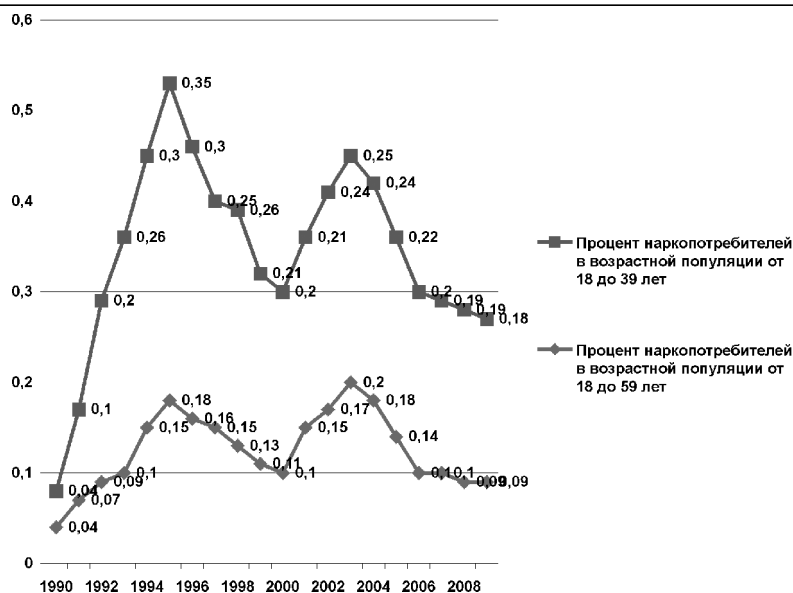


Рис. 4. Потребление героина в Германии в 1990—2009 гг.

числа наркопотребителей в целом и зависимых от опиатов в том числе (рис. 6).

Сравнительный анализ уровня потребления опиатов показывает, что динамика потребления имеет определенные закономерности в течение последних лет.

В пограничных Афганистану странах фиксируется рост потребления опиатов. В то же время большинство стран Восточной и Юго-Восточной Азии (Китай, Индонезия, Филиппины, Малайзия, Мьянма), начиная с 2006 г. сообщает о снижении уровня потребления опиатов, что большинство экспертов связывают со снижением объемов производства опиатов в Мьянме и Лаосе последние годы. Однако абсолютное число потребителей опия в тех же странах увеличивается. В большинстве стран Западной и Центральной Европы (20 стран) к 2008—2009 гг. фиксируется стабилизация потребления опиатов, 4 страны даже сообщали о снижении уровня потребления и только 4 страны фиксировали увеличение потребления опиатов [8].

Значимым показателем напряженности наркоситуации считается показатель, отражающий число но-

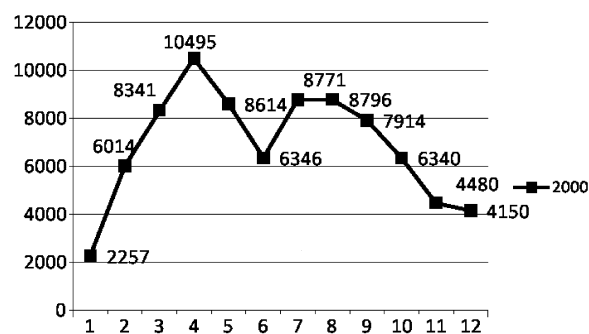


Рис. 5. Число новых потребителей героина в Германии

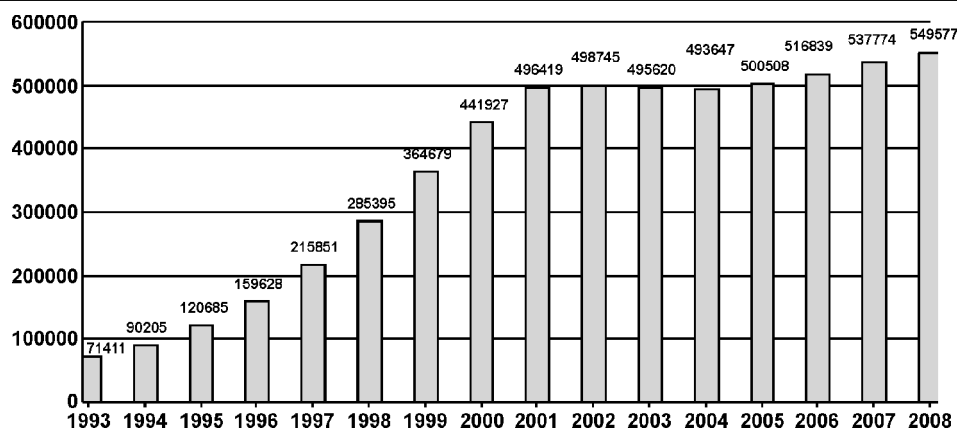


Рис. 6. Динамика наркомании в Российской Федерации в 1991–2008 гг.

вых потребителей наркотиков, поскольку именно по приросту или по уменьшению числа новых адептов можно судить об эффективности проводимых в регионе мероприятий по первичной и вторичной профилактике. По опиатам в целом за последние 20 лет отмечался прирост новых потребителей, больше выраженный в странах Азии (+4,8%), Африки (+4,0%) и Европы (+3,9%) (рис. 7).

В странах Азии увеличение числа новых адептов происходило в основном за счет пограничных Афганистану стран. В странах Африки рост новых потребителей опиатов осуществлялся в основном за счет потребления героина. Наиболее высокий прирост новых героиновых адептов отмечался в Кении, Танзании, Мозамбике и Сенегале, где число новых потребителей только за первое полугодие 2006 г. возросло на 7%. Это объясняется тем, что через территорию этих стран проходит маршрут героинового трафика из Европы в Северную Америку.

При относительно стабильном общеевропейском показателе числа новых потребителей за последние 10 лет в странах Западной Европы также отмечается стабилизация или даже некоторое снижение роста числа новых потребителей опиатов при росте этого показателя по странам Восточной Европы.

В странах Америки с 2001 г. фиксируется достаточно стабильный уровень новых потребителей опиатов, а в странах Океании и Австралии с 2000 г. отмечается значительное их уменьшение, которое к 2004 г. снизилось ниже уровня 1992 г. Это связано с тем, что в 2001 г. были перекрыты героиновые наркотрафики в Австралию из Юго-Восточной Азии, что привело к резкому снижению числа потребителей опиатов, в том числе и новых адептов, к росту цен на героин и снижению смертности от наркотиков опиоидного ряда.

В 1998 г. Генеральной Ассамблеей ООН была проведена специальная сессия по проблемам наркотиков, на которой были поставлены цели — в течение

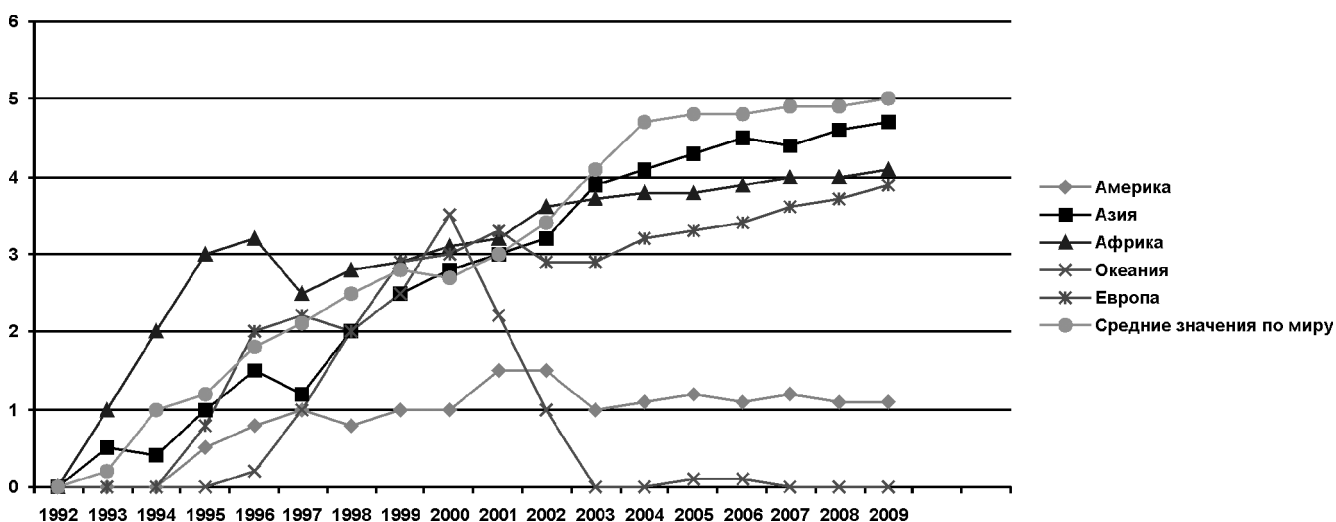


Рис. 7. Динамика потребления опиатов по регионам мира с 1992 по 2009 гг.

ближайших 10 лет вдвое сократить потребление наркотиков и существенно уменьшить их незаконное производство. В то время эти цели могли показаться недостижимыми, но опыт последних лет свидетельствует о том, что поиск путей эффективного контроля над наркобизнесом дает положительные результаты. Во многом это связано тем, что последние 10 лет в большинстве стран мира реализуется антинаркотическая политика сбалансированного типа.

Список литературы

1. Амлето Веспа. Тайный агент Японии. — М.: Воениздат, 1939
2. Батлер У.Э. Наркотики и ВИЧ/СПИД в России. Правовое положение программ снижения вреда в России по состоянию на 15 декабря 2004 г. — М.: Центр ЮриИнфоР, 2006. — 602 с.
3. Борьба с распространением наркотиков в Великобритании // Проблема преступности в капиталистических странах. — М., 1980. — №3. — С. 9—10.
4. Борьба с незаконным распространением наркотиков в странах Западной Европы // Проблемы преступности в капиталистических странах. — М., 1986. — №3. — С. 20—23.
5. Борьба полиции и таможни Великобритании с нелегальным ввозом наркотиков // Проблемы преступности в капиталистических странах. — М., 1986. — №3. — С. 37—38.
6. Борьба с наркоманией по уголовному законодательству США, Великобритании, Франции, ФРГ // Законодательство зарубежных стран. Обзорная информация. Вып. 1. — М., 1989.
7. Борьба с распространением наркотиков в США // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1992. — №4. — С. 10.
8. Борьба администрации США с наркоманией // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1993. — №6. — С. 14.
9. Генеральная стратегия департамента по борьбе с распространением наркотиков (США) // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1994. — №1. — С. 12—25.
10. Гилсен В.М. Система федеральных полицейских органов США, осуществляющих борьбу с наркоманией. — М., 1983.
11. Дейвид, Масто. Опиум, кокаин и марихуана в истории США // В мире науки. — М., 1991. — №9. — С. 6—16.
12. Злоупотребление наркотическими средствами в США и мероприятия по борьбе с ними // Проблема преступности в капиталистических странах. — М., 1995. — №8. — С. 24—29.
13. К вопросу о легализации в Великобритании некоторых видов наркотиков // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1995. — №2. — С. 7—12.
14. Кибальник А.Г., Соломоненко И.Г. Преступления против мира и безопасности человечества / Под ред. А.В. Наумова. — СПб.: Юрид. центр Пресс, 2004. — (Теория и практика уголовного права и уголовного процесса).
15. Субботин Г. Отравляющие вещества. Хранить? Уничтожить! // Гражданская защита. — 1996. — №12. — С. 22—23.
16. Bai Y.T. The anti-opium campaign movement in the early 1950s. // CPCHistory. — 2001. — Vol. 10. — P. 38—41.
17. McCoy C.B., Lai S., Metsch L.R., Wang X., Li C., Yang M., Li Y.L. No pain no gain: establishing the Kunming, China, drug rehabilitation center // Journal of Drug Issues. — 1997. — Vol. 27. — P. 73—85.
18. McCoy A. The politics of heroin: CIA complicity in the global drug trade: Afghanistan, Southeast Asia, Central America, Colombia. — Chicago: Lawrence Hill Books, 2003.
19. McCoy C.B., McCoy H.V., Lai S., Yu Z., Wang X., Meng J. Reawakening the dragon. Changing patterns of opiate use in Asia, with particular emphasis on China's Yunnan province. Substance Use and Misuse. — 2001. — Vol. 36. — P. 49—69.
20. The Harrison Act // Public Law No 223, 63rd Cong., approved December 17, 1914.
21. The World Drug Report 2006. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2006. — 206 s.
22. The World Drug Report 2007. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007. — 274 s.
23. The World Drug Report 2008. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2008. — 303 s.
24. The World Drug Report 2009. — Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2009. — 314 p.
25. www.rmj.ru

HISTORY OF ABUSE, DISTRIBUTION AND CONTROL OF TRAFFICKING OF OPIATES OVER THE WORLD REGIONS

SAFONOV O.A., **DMITRIEVA T.B.**, KLIMENKO T.V., KOZLOV A.A.

Historical and today's data on opiates abuse in certain regions and countries of the world have been analyzed. Experience on counter measures taken by the state in today's situation and in the past to control and restrict opiates abuse has been studied. It is shown that the state's measures to control opiates trafficking must be flexible and determined by the intensiveness of opiates abuse as well as abuse of other drugs.

Key words: opiates, prevalence, narcotraffic

Прекращение курения в России и Украине: сравнение результатов Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака

АНДРЕЕВА Т.И.

к.м.н., доцент Школы общественного здоровья
Национального университета «Киево-Могилянская академия»,
Киев, Украина. E-mail: tatianandreeva@yandex.ru

КРАСОВСКИЙ К.С.

зав. сектором контроля над табаком Украинского института стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины, Киев, Украина. E-mail: krasovskiyk@gmail.com

В 2005—2010 гг. распространенность курения в Украине значительно уменьшилась, в то время как в России осталась довольно высокой. Цель данной работы состояла в том, чтобы сравнить процессы прекращения курения в двух странах по результатам Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака. В Украине доля прежних курильщиков среди тех, кто когда-либо курил ежедневно, составила 26% против 18% в России. Доля курильщиков, желающих прекратить курить, соответственно, составила 75% против 69%. В 2009 г. украинские курильщики чаще предпринимали попытки прекратить курить (41% против 32%), однако при этом больше попыток российских курильщиков были успешными (7% против 11%). Меры контроля над табаком стимулируют людей к попыткам отказа от курения. Чтобы эти попытки были более успешными, меры контроля над табаком законодательного характера должны сопровождаться мерами по оказанию помощи в прекращении курения.

Ключевые слова: прекращение курения, медикаментозное лечение, медицинские работники, Россия, Украина, меры контроля над табаком

Введение

Россия и Украина — две страны прежнего Советского Союза с общей историей, довольно сходным населением и сопоставимой стадией табачной эпидемии. До 2005 г. уровни распространенности курения в двух странах были подобными и составляли более 60% среди мужчин и приблизительно 20% среди женщин. Однако после того, как в Украине был принят первый закон о контроле над табаком в 2005 г., в 2006 г. была ратифицирована Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ), а также осуществлен ряд эффективных мер контроля над табаком, распространенность курения в Украине значительно уменьшилась (до 50% среди мужчин и 11% среди женщин), в то время как в России она почти не изменилась.

В обеих странах в начале 2010 г. был завершен Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), что позволяет сравнить данные, полученные с использованием одинаковой методологии.

Цель анализа состояла в том, чтобы сравнить данные, связанные с прекращением курения, представленные в отчетах Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в обеих странах. Гипотеза состояла в том, что снижение распространенности курения в Украине было обусловлено более высокими уровнями прекращения курения.

Методы

Сравнение базируется на отчетах о результатах GATS в Российской Федерации [2] и Украине [3]. Сравнимые параметры перечислены в таблице и включают долю прежних курильщиков среди когда-либо куривших ежедневно людей и среди всего взрослого населения; распределение прежних курильщиков по времени, прошедшего с момента прекращения курения; долю тех, кто желает прекратить курить; попытки прекращения курения в течение прошлых 12 мес.; «успешные» попытки среди тех, кто пробовал прекратить курить; долю курильщиков, которые посетили медицинские учреждения и которым медики задавали вопросы о курении, посоветовав прекратить курить; долю тех, кому была предоставлена какая-либо консультация, и тех, кто воспользовался медикаментозными средствами для прекращения курения.

При возможности, сравнивались проценты отдельно для мужчин и женщин.

Результаты

В Украине доля прежних курильщиков выше, чем в России (таблица). Среди взрослого населения, в целом, различие достигает значимых величин только среди мужчин, среди тех, кто когда-либо курил ежедневно, это различие статистически значимо и составляет 26% в Украине против 18% в России.

Связанные с прекращением курения показатели по демографическим группам; проценты
(95%-ные доверительные интервалы) — GATS Российская Федерация и Украина

Показатель	Группа	Россия	Украина
1	2	4	4
Бывшие ежедневные курильщики (среди всех взрослых)	Всего	8,1 (7,4-8,8)	9,4 (8,7-10,1)
	Мужчины	13,3 (12,2-14,5)	16,9 (15,5-18,2)
	Женщины	3,8 (3,0-4,6)	3,2 (2,6-3,9)
Бывшие ежедневные курильщики (среди когда-либо куривших ежедневно)	Всего	18,3 (16,9-19,9)	25,9 (24,1-27,6)
	Мужчины	18,8 (17,2-20,5)	26,1 (24,1-28,0)
	Женщины	17,1 (14,2-20,5)	25,0 (20,3-29,6)
Процентное распределение бывших ежедневных курильщиков по времени с момента отказа от курения (лет)	Всего	100,0	100,0
	Менее 1	12,0 (9,4-15,3)	15,8 (13,0-18,7)
	От 1 до 5	24,6 (20,9-28,7)	25,9 (22,0-29,7)
	От 5 до 10	16,0 (13,5-18,9)	15,7 (13,0-18,4)
	10 и более	47,3 (42,8-51,9)	42,6 (39,1-46,1)
	Мужчины	100,0	100,0
	Менее 1	9,1 (7,0-11,9)	14,7 (11,8-17,6)
	От 1 до 5	24,5 (20,9-28,6)	21,9 (18,2-25,7)
	От 5 до 10	17,0 (14,3-20,2)	15,3 (12,4-18,1)
	10 и более	49,3 (45,0-53,6)	48,1 (44,2-52,0)
	Женщины	100,0	100,0
	Менее 1	20,6 (13,2-30,6)	20,7 (12,4-29,1)
	От 1 до 5	24,9 (16,4-35,8)	42,9 (31,8-54,0)
	От 5 до 10	13,1 (8,7-19,3)	17,8 (10,2-25,4)
	10 и более	41,4 (31,5-52,1)	18,5 (11,4-25,7)
Интерес к прекращению курения			
Собираются отказаться от курения в следующем месяце	Всего	3,6 (2,9-4,4)	7,5 (6,1-9,0)
	Мужчины	3,4 (2,7-4,4)	7,2 (5,6-8,8)
	Женщины	3,9 (2,7-5,6)	8,8 (5,3-12,3)
Думают об отказе от курения в течение следующего года	Всего	10,8 (9,1-12,7)	18,3 (16,3-20,4)
	Мужчины	9,3 (8,0-10,9)	17,6 (15,5-19,7)
	Женщины	14,1 (10,7-18,4)	21,0 (15,5-26,6)
Хотели бы отказаться от курения когда-либо, но не в течение ближайших 12 мес.	Всего	46,0 (43,7-48,3)	42,0 (39,3-44,7)
	Мужчины	43,0 (40,7-45,5)	41,5 (38,5-44,5)
	Женщины	52,7 (48,0-57,4)	44,1 (37,4-50,9)
Не заинтересованы в прекращении курения	Всего	30,8 (28,7-33,0)	25,1 (22,7-27,4)
	Мужчины	35,2 (32,9-37,6)	26,9 (24,3-29,5)
	Женщины	20,6 (17,2-24,5)	18,2 (12,6-23,9)
Предприняли попытку отказа от курения в течение прошедшего года	Всего	32,1 (30,2-34,0)	40,5 (37,9-43,0)
	Мужчины	29,4 (27,5-31,4)	39,1 (36,4-41,7)
	Женщины	38,1 (33,7-42,7)	45,6 (39,4-51,7)
Успешные попытки отказа от курения в течение прошедшего года		11,2 (ДИ неизвестен)	6,7 (5,5-8,0)
Посетили медицинское учреждение на протяжении прошедших 12 мес.	Всего	54,5 (51,7-57,2)	32,3 (29,6-35,0)
	Мужчины	50,4 (47,8-52,9)	29,6 (26,8-32,4)
	Женщины	63,5 (58,6-68,2)	41,9 (36,4-47,4)
Получили от медиков вопрос о курении	Всего	45,4 (42,4-48,4)	41,7 (36,8-46,5)
	Мужчины	47,7 (44,5-50,9)	43,1 (37,7-48,5)
	Женщины	41,3 (35,7-47,1)	38,2 (28,9-47,5)

Таблица (окончание)

1	2	4	4
Получили от медиков рекомендацию прекратить курить	Всего	31,8 (29,0-34,7)	74,0 (68,0-80,0)
	Мужчины	34,2 (31,1-37,4)	75,2 (68,7-81,8)
	Женщины	27,5 (23,1-32,4)	70,4 (57,0-83,8)
Получили консультационную помощь в процессе прекращения курения	Всего	3,5 (2,6-4,7)	2,7 (1,6-3,9)
	Мужчины	4,3 (3,1-5,9)	2,9 (1,5-4,3)
	Женщины	2,0 (0,9-4,3)	2,3 (0,0-4,7)
Воспользовались фармакотерапией			
НЗТ, Чампикс или Табекс		20,1 (17,2-23,3)	
НЗТ или Зибан			1,9 (1,0-2,8)
Безрецептурные препараты, включая Табекс			4,3 (2,7-6,0)
Примечание. ДИ — 95%-ный доверительный интервал; статистически значимые ($p < 0,05$) различия выделены жирным шрифтом ; различия, приближающиеся к статистически значимым, выделены <i>курсивом</i>			

Что касается времени, прошедшего с момента прекращения курения, большая доля мужчин среди бывших курильщиков в Украине по сравнению с Россией (15 против 9%) сообщила, что прекратила курить в течение прошедшего года. 43% бывших курильщиц в Украине (по сравнению с 25% в России) сообщили, что прекратили курить от одного до пяти лет назад.

В Украине большая доля курильщиков, чем в России, сообщила о готовности прекратить курить в течение следующего месяца (7,5 против 3,6%) или в течение следующего года (18 против 11%), и это различие было статистически значимым.

В Украине большая доля курильщиков предприняла попытки отказаться от курения в течение прошедшего года (41 против 32%); однако в России большая часть таких попыток (11%) оказалась успешной по сравнению с Украиной (7%).

В Украине меньшая доля курильщиков (32%) посетила медицинские учреждения в течение года перед опросом по сравнению с Россией (55%). Не было обнаружено существенных различий в том, какой доле курильщиков медицинские работники задавали вопросы о курении. И хотя среди тех, кто посетил медицинские учреждения, и кого спрашивали о курении, значительно большей части курильщиков медики посоветовали прекратить курить в Украине по сравнению с Россией (74 против 32%), среди всех курильщиков только 10% получили от медицинских работников совет прекратить курить в Украине и 8% в России.

В Российской Федерации среди тех, кто пытался прекратить курить, значительно выше доля тех, кто использовал какое-либо медикаментозное средство (никотиновую заместительную терапию (НЗТ), вarenиклин (чампикс) или табекс), и она составляет 20% по сравнению с 6% тех, кто использовал медикаментозные средства в Украине.

Обсуждение

Сравнение результатов GATS отражает значительно различающийся контекст контроля над табаком в двух соседних странах. Хотя табачная эпидемия, питаемая транснациональными табачными корпорациями, развивалась подобным образом до 2005 г., после этого осуществленные в Украине меры контроля над табаком с доказанной эффективностью стимулировали более интенсивные попытки отказа от курения в течение прошедших пяти лет. Это привело к более низким уровням распространенности курения и более высокой доле прежних ежедневных курильщиков в Украине.

Более интенсивное прекращение курения среди украинских женщин в течение предыдущих пяти лет и среди мужчин в последнее время соответствует результатам наших более ранних исследований [3], которые показали, что женщины уже в 2006 г. реагировали на меры освобождения общественных мест от табачного дыма, а мужчины стали более интенсивно отказываться от курения после введения новых предупреждений на табачных пачках в 2007 г., за чем последовало резкое повышение табачных акцизов в 2008—2009 гг. и соответствующая реакция населения [2].

В то время как доля прежних курильщиков выше в Украине, в течение года, предшествовавшего проведению GATS (фактически в 2009 г.), доля успешных попыток прекращения курения среди тех, кто предпринимал такую попытку, была выше в России, чем в Украине. С одной стороны, сомнительно, измеряет ли этот индикатор реальный успех прекращения курения, потому что попытки всех, кто воздерживается от курения в течение менее одного года, в отчетах рассматривались как успешные. С другой стороны, если все эти попытки действительно были успешными, наблюдаемое различие могло быть обусловлено двумя причинами. Во-первых,

во многих странах после первоначального снижения распространенности курения и соответствующего увеличения доли курильщиков с выраженной зависимостью произошло снижение темпов прекращения курения [6], так как более выраженная зависимость от никотина связана с меньшей вероятностью успеха прекращения курения [7, 8]. В 2005—2010 гг. доля ежедневных курильщиков в Украине, выкуривающих свою первую сигарету в течение 30 мин после пробуждения, увеличилась с 56% до 64% среди мужчин и с 41% до 52% среди женщин [3].

Второе возможное объяснение связано с более высокой доступностью в России медикаментозных средств [7] и усилиями фармацевтических компаний по их продвижению и обучению врачей оказанию помощи в прекращении курения. В Украине в последние годы рекламировался только табекс. НЗТ имеется в наличии, но почти не рекламируется; зибан зарегистрирован, но почти не доступен, варениклин (чампикс) не был зарегистрирован в Украине. Эти различия фармацевтического рынка могли повлиять на успешность предпринятых попыток прекращения курения.

Результаты показывают, что курильщики в России чаще посещают врачей. Это, вероятно, объясняется наличием системы обязательного медицинского страхования в России, которая пока отсутствует в Украине.

Позитивным аспектом проведенного исследования является то, что сопоставимые данные, собранные в рамках GATS, позволяют сравнить ситуацию в разных странах и использовать полученную информацию для выбора эффективных мер, делая это с учетом характерных особенностей населения в конкретных странах. Такой дизайн исследования, когда каждая страна является группой сравнения для других стран, доказал свою плодотворность в Международном проекте оценки политики контроля над табаком [5], охватившем значительное количество стран.

Уроки, которые должны быть извлечены двумя странами из опыта друг друга, включают в себя необходимость использования разносторонних мер контроля над табаком, которые стимулируют людей к попыткам отказа от курения. Касающиеся таких мер исследования показывают, что повышение цен на сигареты приводит к увеличению числа попыток отказа от курения [10]. Несколько резких повышений табачных акцизов и другие меры контроля над табаком, осуществленные в Украине в 2005—2009 гг., могли усилить желание курильщиков отказаться от курения и способствовать таким попыткам. Эти меры также могли побуждать медиков давать рекомендации по прекращению курения некоторым пациентам. Однако, когда законодательные меры контроля над табаком не сопровождаются всесторонними мерами по развитию помощи в прекращении курения, которые включают обучение

медиков оказанию эффективных кратких интервенций и обеспечение доступности медикаментозных средств прекращения курения, курильщики с большей вероятностью снова начинают курить и контроль над табаком не достигает своих потенциальных результатов. Таким образом, политика контроля над табаком должна не только стимулировать попытки прекращения курения, но также делать доступной и эффективной помощь в прекращении курения [9].

Данное исследование имеет ограничения, характерные для экологического дизайна, поскольку базируется на агрегированных результатах, включенных в отчеты стран о GATS. Проведенный анализ предлагает несколько дальнейших исследовательских вопросов, ответы на которые могут быть получены при наличии детальных данных опроса. К ним относятся вопросы о том, связаны ли попытки прекращения курения с рекомендациями врачей и воздействием мер контроля над табаком, особенно с такими мерами, как налогообложение, предупреждения на табачных пачках и политика освобождения от табачного дыма. Представляет интерес вопрос о том, связаны ли успешные попытки отказа от курения с посещениями медицинских учреждений и использованием медикаментозных средств для лечения зависимости от табака.

Выводы

1. После осуществления в Украине в 2005—2009 гг. мер контроля над табаком с доказанной эффективностью, включая политику освобождения от табачного дыма, предупреждения на табачных пачках и увеличение ставок налога на табачные изделия, наблюдается более высокий, чем в России, процент прежних курильщиков среди населения в целом и среди тех, кто когда-либо курил ежедневно (26 против 17%), доля попытавшихся прекратить курить в течение прошедшего года (41 против 32%) и большая доля тех, кто выражает готовность отказаться от курения (75 против 69%).

2. Большая доля российских курильщиков посещает медицинские учреждения (55 против 32%), в то время как в Украине больше доля тех, кому медицинские работники задавали вопросы о курении и советовали прекратить курить (74 против 32%).

3. Использование медикаментозных средств для прекращения курения намного выше в Российской Федерации, чем в Украине (20 против 6%).

4. Большая доля успешных попыток отказа от курения российскими курильщиками в 2009 г. (11 против 7%) может быть обусловлена двумя факторами:

- 1) после снижения распространенности курения в Украине доля зависимых курильщиков увеличилась;
- 2) в России выше доступность медикаментозных средств для прекращения курения, чем в Украине.

Благодарности

Глобальный опрос взрослых о табаке проведен при поддержке Глобальной инициативы Блумберга по уменьшению потребления табака. В России GATS провели АНО ИИЦ «Статистика России» Федеральной службы государственной статистики (Росстат) и Научно-исследовательский институт пульмонологии ФМБА России под руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В Украине GATS проводился Киевским международным институтом социологии в координации с Министерством здравоохранения и бюро ВОЗ в Украине.

Техническая помощь была предоставлена Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), Школой общественного здоровья университета Джонса Хопкинса, Центрами по контролю и профилактики заболеваний США и организацией RTI International.

Список литературы

1. Андреева Т.И. Зачем и как следует помогать пациентам-курильщикам в отказе от курения // Вестник современной клинической медицины. — 2010. — Т. 3. — Приложение 2. — С. 134—146.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация, 2009. Страновой отчет. — М., 2010. — 172 с.
3. Глобальный опрос взрослых о потреблении табака (GATS). Отчет по результатам исследования. Украина, 2010 /

Татьяна Андреева, Виктория Захожая, Наталья Король, Константин Красовский, Вероника Ли, Джульет Ли, Чарльз Уоррен, Наталья Харченко. — Киев, 2010. — 181 с.

4. Andreeva T.I., Krasovsky K.S. Recall of tobacco pack health warnings by the population in Ukraine and its association with the perceived tobacco health hazard // Int. J. Public Health. — 2010. — Dec. 23.
5. Borland R., Hyland A., Cummings K.M., Fong G.T. One size does not fit all when it comes to smoking cessation: observations from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project // Nicotine Tob. Res. — 2010. — Oct; 12. — Suppl.: S1—3.
6. Fagerstrom K.O., Kunze M., Schoberberger R., Breslau N., Hughes J.R., Hurt R.D. et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers // Tobacco Control. — 1996. — March 20(5). — P. 52—56.
7. Hagimoto A., Nakamura M., Morita T., Masui S., Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study // Addiction. — 2010 — Jan; 105(1). — P. 164—173.
8. Hyland A., Borland R., Li Q., Yong H.H., McNeill A., Fong G.T. et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey // Tob. Control. — 2006 — Jun; 15. — Suppl. 3. — P. 83—94.
9. Levy D.T., Mabry P.L., Graham A.L., Orleans C.T., Abrams D.B. Exploring scenarios to dramatically reduce smoking prevalence: a simulation model of the three-part cessation process // Am. J. Public Health. — 2010 — Jul; 100(7). — P. 1253—1259.
10. Levy D.T., Romano E., Mumford E. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies // Nicotine Tob. Res. — 2005. — Jun; 7(3). — P. 387—396.

SMOKING CESSATION IN RUSSIA AND UKRAINE: COMPARISON OF GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY RESULTS

ANDREEVA T.I.

School of Public Health, University of Kyiv-Mohyla Academy, Kiev, Ukraine

KRASOVSKY K.S.

Ukrainian Institute for Strategic Research of the Ministry of Health of Ukraine, Kiev, Ukraine

In 2005–2010 smoking prevalence in Ukraine declined significantly, while it stayed high in Russia. The objective was to compare smoking cessation in two countries based on the Global Adult Tobacco Survey results. In Ukraine, the proportion of former smokers among ever daily smokers was 26 vs. 18% in Russia, smokers willing to quit constituted 75 vs. 69%. In 2009, Ukrainian smokers more likely made quit attempts (41 vs. 32%), while more quit attempts by Russian smokers were successful (7 vs. 11%). Tobacco control measures encourage quitting. To make these successful, legislative measures are to be accompanied with smoking cessation aid.

Key words: smoking cessation, pharmacotherapy, health care providers, Russia, Ukraine, tobacco control measures

Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости: путь к «гедонистическому альтруизму»

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский Университет» Росздрава
e-mail: shaidukova@list.ru

Описана разработанная автором многоступенчатая психотерапевтическая тактика ведения больных с алкогольной и наркотической зависимостью. Выделены основные принципы, описаны последовательные этапы психотерапии, позволяющие структурно и целенаправленно воздействовать на больного (при индивидуальной форме употребления) и на его семью (при семейной, парно-групповой форме употребления). Включение в лечебную программу обязательной дестигматизации, антифрустрационной, антидепривационной, адаптационной психотерапии с выходом на завершающий этап «гуманизации трезвости», «гедонистического альтруизма» значительно повышает эффективность воздействия, способствует формированию устойчивой качественной ремиссии.

Ключевые слова: наркозависимость, психотерапия, реабилитация, гедонистический альтруизм

Психотерапия зависимостей является сложным процессом вследствие многокомпонентности расстройств, их полиэтиологичности и особенностей установок, характерных именно для данной категории больных [1, 3]. Длительное время было принято проводить отдельную психотерапию для пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, но практика показала, что выделение «наркоманов» из общей группы зависимых как наиболее сложных и низкокурабельных является дополнительным стигматизирующим фактором как для больных, так и для психотерапевтов, изначально настроенных на низкие результаты лечения. Современная международная классификация болезней десятого пересмотра [2] демонстрирует интегративный подход к данной патологии, внося прежние понятия алкоголизма, наркомании, токсикомании, табакокурения в рубрику «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления...», тем самым, обобщая проблему химических зависимостей.

Независимо от вида наркопатологии существуют единые психотерапевтические принципы, которых, на мой взгляд, необходимо придерживаться для полноценной реабилитации пациентов и которые составляют суть проводимой психотерапии.

Дестигматизация — является обязательной психотерапевтической процедурой, особенно при работе с женщинами, злоупотребляющими алкоголем, и больными опийной наркоманией. Предыдущие исследования [5] показали, что результатом стигматизации при алкоголизме женщин были: поздняя обращаемость за помощью, сокрытие алкогольной симптоматики, сниженная самооценка, ссылка на «оправдательные» психотравмы, защитное «псевдоэпифорическое поведение», чрезмерная активация механизмов психологической за-

щиты (вытеснения, рационализации, отрицания и т.д.), гиперкомпенсаторное поведение в ремиссии, феномен «запрограммированности на неудачу». Подобные проявления наблюдались и у больных героиновой наркоманией, когда особую популярность приобретали формулы изначальной «запрограммированности на провал»: «наркоман однажды — наркоман навечно», «бывших наркоманов не бывает», «наркоман — это не диагноз, а состояние души».

При проведении психотерапии с контингентом наркозависимых больных использовались разнообразные методы и приемы, интегрирующие когнитивно-логический и аффективно-рациональный компоненты.

Рациональная психотерапия включала в себя так называемую терапию обучением (educational therapy) с акцентом на семантике речи, когда важна была правильная дидактическая подача материала, — формулировка: «только четыре, самое большее десять процентов наркоманов дают длительные многолетние ремиссии» заменялась на формулировку «существуют бывшие наркоманы, которые начали новую жизнь, построили успешную карьеру».

Опыт многолетней психотерапии подобных пациентов показывает, что «дестигматизация — целенаправленное развенчание мифа о неизлечимости зависимости — является обязательной психотерапевтической процедурой, позволяющей создать положительный эмоциональный настрой, укрепить доверительные отношения с врачом, преодолеть неконструктивную психологическую защиту, мобилизовать копинговый потенциал. Если сама стигматизация обуславливает возможность употребления психоактивных веществ (ПАВ), то дестигматизация способствует началу конструктивного диалога с последующим «планированием воздержания» (замена словесной форму-

лы «когда все так плохо, то нет смысла бороться» на формулу «если это возможно, то это должно быть».

У больных с наркотической зависимостью нередко встречается феномен, который можно было бы обозначить как «антистигма» — гордость от принадлежности к «наркоманам», демонстрация особых знаний, ощущений, нестандартного образа жизни, своеобразная «наркотическая романтика». Вероятно, эта позиция также является защитной: в новой системе ценностей пациенты пытались добиться уважения со стороны «соаддиктов». В этих случаях провести дестигматизацию особенно сложно, так как речь идет об инверсии социальных ролей и новом пронаркотическом мировоззрении.

Рационально-дидактическая форма психотерапевтической работы с пациентами сочеталась с эмоционально-стрессовой, часто использовался прием *лингвистического шока* (все обозначения авторские) — иррациональной, порой парадоксальной подачи информации с целью разрушения прежних мыслительных и поведенческих стереотипов. Этот прием включал следующие варианты воздействия, применяемые совместно и отдельно:

- *выделение «ключевого слова-понятия»* в начале и конце сеанса психотерапии (в начале беседы — для привлечения и обострения внимания, в конце — для поддержания мотивации к проведению нового этапа лечения). Ключевое «слово-понятие» должно быть свежим, необычным по содержанию либо нести в себе информацию, имеющую индивидуально-личностное значение; оно должно отличаться от «санитарно-просветительских» канонов, пропагандистских штампов и освещать проблему в ином — нестандартном — свете (например, объяснение злоупотребления алкоголем «ферментопатиями», возможной «скрытой депрессией», «гашением тревоги», симптомом «тревожных губ»; объяснение приема наркотических веществ, как акта «неосознанной аутодеструкции», дефицита любовного объекта, «замены любовного объекта на наркотический» и т.д.).

У лиц с низким образовательным уровнем, с интеллектуальной дефицитарностью ключевые «слова-понятия» должны быть просты и доступны — «травмы мозга», «болезни печени», «наследственность». Дестигматизирующее значение этого приема выражалось в сохранении самоуважения, так как ответственность за заболевание частично перекладывалась на другие объекты. У больных наркоманией с изначально низким чувством вины после применения данного приема усиливалась психотерапевтическая податливость, появлялась заинтересованность в контакте (по неоднократным наблюдениям чувства вины и стыда у данного контингента лиц возникали крайне редко даже при добровольном обращении за помощью, часто они были декларативными, имитацион-

ными, «заказными», поэтому, добиваясь формирования чувства альтруизма, необходимо было делать ссылку на то, что он будет «гедонистическим»);

- *отвлечение внимания на абстрактные образы* осуществлялось с целью оживления образного мышления, перевода с психотравмирующей тематики в русло фантазий, для чего применялись притчи и басни [4]. Наблюдаемый легкий эмоциональный шок при предложении объяснить содержание «сказок» проявлялся у пациентов по-разному — в виде недоумения, растерянности, гнева, отказа. После катарсических эмоциональных реакций больные отвлекались от привычных стереотипов и начинали работать совместно с психотерапевтом;

- *использование приема «нонфинитности», незавершенности* проводилось не для дестигматизации, а как вариант «лингвистического шока». В работе с зависимостями принцип завершенности оказывал обратный эффект, слово «никогда» стимулировало к противоположному действию, желанию поступить вопреки запрету. Для лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, коморбидной с личностными расстройствами, императивное «нельзя» вызывало компульсивное «хочу», запрет активировал патологическое влечение. В соответствии с этим явлением психотерапия больных с зависимостями включает много косвенных приемов, направленных на удержание пациентов в программе без жестких императивных требований. Принцип «нонфинитности» был более действенен для больных наркоманией, так как способствовал сохранению интереса, активации копинговых ресурсов (речь, прежде всего, идет о лечении психопатизированных личностей).

Антифрустрационная психотерапия проводилась при обнаружении острых и пролонгированных (хронических) психотравм, при включении психотравмирующих переживаний в проблематику употребления алкоголя или ПАВ, при их звучании в фабуле внутри- и межличностного конфликта. При изучении модуса алкоголизации и наркотизации, в этих случаях имеющих эксцессивный характер (реже — систематический), было обнаружено преобладание тяжелых форм опьянения, формирование психогенно обусловленных запоев или наркотических биджингов. ПАВ использовалось не только для изменения эмоционального состояния, но и как средство «душевного наркоза», «психической анестезии».

Проведению психотерапии предшествовал короткий этап *медикаментозной психокоррекции* (не больше двух недель — срок после последнего приема ПАВ и началом психотерапии). Применялись транквилизаторы и антидепрессанты, так как в структуре эмоциональных нарушений присутствовали депрессия и тревога; общеукрепляющая, дезинтоксикационная,

дегидратационная терапия, витаминотерапия (инъекционные формы назначались в зависимости от тяжести интоксикации).

Второй этап — *психотерапевтически-психокоррекционный* — проводился параллельно с приемом пероральных форм препаратов (в основном, антидепрессантов). Вычленился «депрессивный синдром», рационально, на академическом уровне разбирались варианты невротической депрессии, эмоциональные нарушения увязывались с массивной алкоголизацией. *Каузальная психотерапия* заключалась в выявлении возможной причины заболевания, обращения к ПАВ как к средству уменьшения психической боли. Психокоррекция была направлена на преодоление последствий явных и скрытых психотравм: снижения настроения и самооценки, пессимистического прогноза на будущее, ощущения личностного тупика, психогенной суженности побудительных мотивов, фиксации на болезненных обстоятельствах, ощущения утери самоценности и значимости прежних жизненных ценностей (аномический компонент), чувства обиды, ослабления потребности в физическом, духовном, нравственном и материальном прогрессе. Уделялось внимание психогенно-невротическим проявлениям: настойчивому и малопродуктивному обращению к прошлому, игнорированию настоящих и отрицанию будущих перспектив, появлению регрессивного аутодеструктивного поведения.

Третий этап — *психореабилитационный* — заключался в создании новых «целевых программ» и был общим для всех пациентов (менялось только содержание программ). Психотерапия была направлена на решение таких задач, как снижение значимости актуальной психотравмы, расширение круга личных целей, повышение фрустрационной толерантности, замена патологических защитно-компенсаторных механизмов на психологически адекватные. Подобная тактика имела и дестигматизирующее значение: активное смещение акцента с алкогольных проблем на невротические открывало новые перспективы работы с больными.

Антидепривационная психотерапия показана в ситуации одиночества, которое условно можно было бы разделить на острое и привычное, полное и неполное (при супружеском одиночестве и наличии детей), социальное и экзистенциальное. Тема одиночества особенно явственно выступила при женском одиночном пьянстве — поступательная негативная динамика отмечалась именно в условиях коммуникативного, эмоционального, ролевого дефицита, когда алкоголь с его многочисленными функциями оказывал антидепривационное действие.

Одиночество служило дополнительной психологической нагрузкой, мотивационно подкрепляя алкоголизацию (трудно было определить место «первичнос-

ти» — одиночество порождало алкоголизацию или оно возникло в результате алкогольных проблем), поэтому при лечении алкоголизма у женщин учет фактора одиночества был необходимым. Отказ от алкоголя — с его стимулирующими, релаксационно-антидепривационными, эйфоризирующими, коммуникативно-манипуляционными, иллюзорно-ролевыми свойствами — сам по себе порождает состояние депривации, поэтому возвращение женщин в ситуацию реального одиночества без проведения соответствующей антидепривационной психотерапии приводит к скорому рецидиву заболевания.

Обычно трудно изменить саму ситуацию одиночества, поэтому психотерапия направлена на снижение его фрустрирующего воздействия, достижение своеобразной «десенсибилизации» к одиночеству. Наиболее интенсивно антидепривационная психотерапия проводилась при внезапно возникшем одиночестве — «быстром» разводе, смерти супруга, уходе с работы, — поэтому в этих случаях она заключалась в рациональном объяснении ситуации. Последовательно анализировались: социальные функции человека и ролевое многообразие; возможность утери одной или нескольких ролей; попытки восстановить ролевого дефицит с помощью новых проалкогольных ролей — собутыльника, члена алкогольной компании; закрепление патологических ролей с прогрессированием алкоголизма; тупиковость такого выбора. Привычное одиночество менее травматично, но и в этих случаях проведение антидепривационной терапии необходимо для снятия еще одной «стигмы» — клейма «одиноким женщиной».

В последние годы с ростом наркотизации изменился состав пациентов, но тема одиночества осталась по-прежнему актуальной — она стала носить экзистенциальный характер. Больные жаловались на состояние скуки, внутреннего одиночества, непонятности окружающими. Был выявлен своеобразный феномен «аддиктивной амбивалентности», когда пациенты говорили о плохой переносимости одиночества, но вместе с тем, не могли полноценно общаться со сверстниками без алкогольно-наркотических «адаптогенов». В подобных случаях антидепривационная терапия проводилась по схеме, в рамках которой последовательно рассматривались: одиночество как естественное состояние человека, необходимость временного одиночества (для принятия самостоятельных решений, реализации творческих задач); допустимость постоянного одиночества, его общественная нормативность, изменение отношения к одиночеству в обществе в связи с его количественным ростом; борьба с одиночеством с помощью ПАВ, иллюзия заполнения эмоционального, коммуникативного, ролевого вакуума в процессе употребления ПАВ; появление новых аддиктивных проблем; последствия употребления ПАВ, в том

числе частота летальных исходов; трактовка смерти как глубокого необратимого одиночества.

Адаптационная психотерапия служила необходимой частью реабилитационного процесса, так как нередко рецидивы алкоголизации и наркотизации возникали не под воздействием психотравм, не в ситуации фрустрирующего одиночества, а по адаптационным причинам, при возвращении в прежний микросоциум. У больных с алкогольной и наркотической зависимостью адаптационная психотерапия заключалась в проведении микротренингов, в которых моделировались ситуации столкновения с проалкогольным окружением, обсуждались возможные провокационные и манипуляционные действия бывших аддиктивных соратников, вырабатывалась позиция «невозврата» к прежнему социальному окружению, поведению и патологическим привычкам.

Обязательным проведение адаптационной психотерапии было при женском алкоголизме, возникшем в структуре парного — супружеского — алкоголизма, когда употребление алкоголя женщинами было формой приспособления к пьянству мужей, способом улучшения внутрисемейных отношений в так называемых алкогольно-невротических семьях, либо в результате «спайвания» их супругами («субмиссивный» вариант).

Основной задачей психотерапии в «алкогольно-невротических семьях» было рациональное объяснение ситуации — поэтапно раскрывались: личные и семейные конфликты; иллюзорность разрешения их с помощью алкоголя одним или обоими супругами; закономерность неудачи такого иллюзорного способа решения проблем; возникновение заболевания как патологической формы адаптации супругов.

Спецификой психотерапии в таких семьях являлась работа по анализу конфликтных ситуаций с выявлением ролей алкоголя в них: коммуникативной (алкоголь — посредник в нарушенном общении супругов), релаксирующей (алкоголь — семейный транквилизатор), сексуально-стимулирующей (алкоголь — стимулятор полового влечения у супругов, средство снятия предкоитального напряжения у жен и проявлений «невроза ожидания» у мужей, а также улучшения отдельных количественных и качественных параметров сексуального поведения членов семьи).

В случаях «автономного», раздельного злоупотребления алкоголем каждым из супругов прицельно выявлялись обстоятельства пьянства как женщин, так и их мужей. Следует отметить, что в «алкогольно-невротических» семьях алкоголь выполнял также и манипуляционную роль. Женщины отмечали, что изначальная интенсивность алкоголизации их мужей усиливалась в периоды благополучных отношений и ослаблялась в ситуациях затянувшихся конфликтов. При детальном изучении этого явления обнаружено наличие дисгармо-

ничных половых взаимоотношений супругов, преобладание сексуальной фабулы в тематике конфликтов. Пациентки утверждали, что улучшение семейного микроклимата, «перемирие» (жены прощали мужьям пьянство, возлагали надежды на возобновление супружеских отношений) влекло за собой еще более выраженную алкоголизацию мужей. Не исключено, что стремление к опьянению у мужчин здесь являлось подсознательной формой реализации желания отсрочить или избежать нежелательных сексуальных контактов с женами, следствием сексуальной дисгамии.

В процессе проведения психотерапии в недирективной форме указывались противоречия между супругами, семейные формы неадекватного реагирования, защитные механизмы как каждого из супругов, так и семьи в целом. Опыт показывает, что степень раскрытия невротических проблем у жен выше, чем у мужей, так же как и уровень осознания семейных психологических конфликтов. Несомненно, эти параметры во многом определялись личностными особенностями супругов, однако у женщин чаще по сравнению с мужчинами наблюдалось психогенно-реактивное начало употребления алкоголя.

При наличии субмиссивных механизмов первичной алкоголизации женщин, «спайвании» их мужьями мишенями психотерапии являлся пассивно-зависимый стереотип поведения, выработанная за многие годы «психология жертвы». Подчинение алкогольному режиму, навязанному мужем, нередко сочеталось с подчинением иным видам агрессии: сексуальной (принуждение к половым контактам), физической (побои), моральной (оскорбление, унижение, хулиганские действия).

Несомненно, во время психотерапии принималось во внимание то обстоятельство, что жертвенность и подчиняемость женщин были условны, так как при развитии алкогольной симптоматики, биологизации алкоголизма, переходе психической зависимости в физическую они выступали как равноправные партнеры-субутильники. Тем не менее, при формировании ремиссии учитывалось наличие внутрисемейных отношений, основанных на деспотизме, с одной стороны, и пассивной подчиняемости, с другой.

Психотерапевтическими мишенями при субмиссивных вариантах алкоголизма были сами ситуации «спайвания» и личностное реагирование на них. В работе использовались приемы теоретического моделирования подобных ситуаций, отрабатывались возможные варианты ответного поведения. Особый акцент делался на коррекции утрированных фемининно-конформных особенностей пациенток, проводился поведенческий тренинг с закреплением реакций отказа — умения сказать «нет», противостоять персистирующему влиянию супру-

га, партнера и других лиц (родственников, коллег, коллегтивов с алкогольными традициями и т.д.).

Гуманизация трезвости (воздержания) является завершающим этапом психотерапии, квинтэссенцией позитивного восприятия предстоящей ремиссии с восполнением эмоционально-коммуникативного дефицита новыми, позитивно окрашенными и эмоционально насыщенными установками, связанными с трезвым образом жизни. Велся поиск иной сферы общения и интересов, где трезвость служит необходимым условием. У одиноких женщин проведение «программы трезвости» имело не только узко антиалкогольное значение (для закрепления ремиссии), но и антидепривационное, так как процесс самопомощи переходил в процесс взаимопомощи.

«Гуманизация» имела также антифрустрационное значение. Так, при проведении психотерапии в алкогольно-невротических семьях супругам предлагалось осмыслить проблемы алкоголизма как индивидуально-личностные, социально-демографические, культурально-этические и медико-психологические. Одновременно обсуждались функции семьи — воспитательные, сексуальные, хозяйственно-бытовые, духовно-нравственные. Здесь рациональная терапия включала в себя элементы «образовательной терапии», а логический и когнитивный компоненты дополняли один другой. Переход интересов семьи на новый ценностный уровень, объединение супругов взаимной ответственностью помогали разрешению и алкогольных, и невротических проблем.

Трезвость трактовалась не только как условие сохранения семьи, но и как отдельная самостоятельная ценность с общечеловеческим, глубоко гуманным содержанием. Реализация трезвого образа жизни среди родственников или только в своей семье нередко становилась доминирующей целью. Появление сверхценного радикала в поведении даже одного из супругов, выработка семьей «сверхзадачи» значительно улучшали психологическое взаимодействие супругов, способствуя редукции невротических расстройств.

В динамике поэтапной психотерапии больных, страдающих алкоголизмом, наблюдалась трансформация те-

рапевтических установок: установки на получение лечения и помощи переходили в установки на трезвость, которые затем сменялись более глубокими установками достижения позитивно социально значимых целей. Основной целью психотерапии на завершающем этапе являлось формирование позиций гуманности и альтруизма, но последний был «гедонистическим», приносящим удовлетворение, граничащее с удовольствием. На подобных принципах построена не только вышеописанная психотерапевтическая методика, но и многие антиалкогольные и антинаркотические программы в рамках обществ анонимных алкоголиков и наркоманов, где позитивизм, гуманизм и альтруизм являются конечной целью (в контексте «гедонистического альтруизма» возможна помощь самому психотерапевту, нуждающемуся в популяризации своих идей, издании наркологической литературы через общественные фонды, но при поддержке бывших пациентов).

Таким образом, включение в лечебную программу облигатной дестигматизации, антифрустрационной, антидепривационной, адаптационной психотерапии с выходом на завершающий этап «гуманизации трезвости» значительно повышает эффективность воздействия, способствует формированию устойчивой качественной ремиссии.

Список литературы

1. Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б. Роль психотерапии в коррекции социальной дезадаптации больных алкоголизмом. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология // Материалы 8-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. — М., 2010. — С. 111—114.
2. Классификации болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. — М.: Трианда-Х, 2003. — 184 с.
3. Корявко И.С., Дудкин В.Е., Соколов Е.Ю. Психотерапия при алкогольной депрессии в условиях наркологического стационара. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология // Материалы 7-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. — М., 2009. — С. 102—104.
4. Пезешкиан Н. Семейная психотерапия: семья как терапевт. — М.: Смысл, 1993. — 332 с.
5. Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при алкоголизме. — Гендерная наркология. — Казань: Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2007. — С. 148—153.

PSYCHOTHERAPY OF ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE: THE WAY TO «HEDONISTIC ALTRUISM»

SHAYDUKOVA L.K.

Особенности клеточного иммунитета у здоровых добровольцев после нагрузки алкоголем (в фазе постинтоксикации)

УЛЬЯНОВА Л.И.^{1,2} к.б.н., ведущий научный сотрудник
ГАМАЛЕЯ Н.Б.¹ д.м.н., профессор, зав. лабораторией иммунохимии
УЛЬЯНОВА М.А.¹ к.м.н., старший научный сотрудник

1 лаборатория иммунохимии, Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3; факс 8 (495) 2419961, e-mail: nrca@mail.ru

2 ФГБУ «Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства, 115478, Москва, Каширское ш., 24, к. 2; факс 8 (499) 617-10-27, e-mail: instimmune@yandex.ru

Обследовано 90 добровольцев, не страдающих алкогольной зависимостью. Показано, что употребление крепких алкогольных напитков в дозах 200 мл в сутки и выше существенным образом влияет как на гематологические показатели, так и на показатели клеточного звена иммунной системы. Изменения показателей клеточного иммунитета проявляются прежде всего снижением в периферической крови содержания $CD3^+$ Т-лимфоцитов; снижением $CD4^+$ -клеток и их пролиферативной активности в ответ на ФГА; нарастанием количества $CD8^+$ -клеток и увеличением их пролиферативной активности в ответ на конкавалин А (Кон А); увеличением количества НК-клеток и снижением их цитолитической активности, а также увеличением в периферической крови количества фагоцитирующих клеток при одновременном снижении их способности поглощать микроорганизмы. При этом повышается запрограммированная гибель клеток иммунной системы (апоптоз). Полученные результаты указывают на то, что злоупотребление алкоголем индуцирует состояние транзитного иммунодефицита, приводящего к снижению антиинфекционного и противоопухолевого иммунитета и повышению риска возникновения простудных заболеваний, оппортунистических инфекций и туберкулеза.

Ключевые слова: иммунитет клеточный, алкогольная нагрузка, здоровые добровольцы, больные алкоголизмом

Введение

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что клеткам иммунной системы (Т-, В-лимфоциты, НК-клетки, фагоциты и т.д.) принадлежит ключевая роль в иммуногенезе, сохранении иммунологической памяти и защите организма от воздействия на него различных неблагоприятных факторов окружающей среды, в первую очередь, токсических веществ и патогенных микробов [10, 11]. Поэтому любые изменения, происходящие в функционировании этих клеток, негативно сказываются не только на состоянии иммунной системы, но также и на состоянии других органов и систем макроорганизма. В связи со сказанным выше на сегодняшний день становится актуальным изучение влияния алкогольной интоксикации на показатели клеточного иммунитета здоровых лиц, не страдающих алкогольной зависимостью, так как известно, что хроническая алкогольная интоксикация является причиной возникновения большого числа соматических заболеваний, таких, как патология печени (алкогольный гепатит, стеатоз и цирроз печени), патология почек (алкогольный гематурический нефрит и уратная нефропатия), патология сердечно-сосудистой системы (алкогольная кардиомиопатия, алкоголь-

ная артериальная гипертензия), патология эндокринной системы (сахарный диабет) [2, 5, 8, 9, 12, 13, 19, 21, 23, 25]. Лица, злоупотребляющие алкоголем, входят в группу повышенного риска возникновения таких серьезных заболеваний, как туберкулез, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и онкологические заболевания [15]. И, наконец, они чаще, чем кто-либо, подвержены простудным заболеваниям [18].

К настоящему времени накоплен достаточно большой объем сведений об отрицательном влиянии хронической алкогольной интоксикации на иммунную систему лиц, злоупотребляющих алкоголем. В этих данных содержится много разночтений и противоречий, но одно для них является общим: при хронической алкогольной интоксикации нарушаются функции иммунной системы, что приводит, в конечном итоге, к иммунодефицитному состоянию [20, 21, 23]. Однако в литературе практически не освещен вопрос влияния алкоголя на иммунную систему в постинтоксикационном периоде у здоровых лиц, не страдающих алкогольной зависимостью.

В связи с этим целью работы было изучение особенностей клеточного иммунитета у здоровых добровольцев, не страдающих алкогольной зависимостью, после нагрузки алкоголем.

Пациенты и методы

Обследовано 90 здоровых добровольцев — 73 мужчины (81,1%) и 17 женщин (18,9%) в возрасте 24—60 лет, до и после нагрузки алкоголем (группа 1). На основании проведенного обследования были сформированы подгруппы. В первую подгруппу вошли практически не пьющие лица (не более двух раз в месяц по 50 мл водки или 150 мл вина); во вторую — пьющие один раз в неделю (200—300 мл водки). В третью подгруппу вошли лица, которые, в зависимости от обстоятельств, могли в течение 2—3 дней принять крепкие алкогольные напитки в больших дозах (1—2,5 л водки). Ни один из обследуемых не страдал утренним похмельем. Этой группе здоровых добровольцев было предложено за 16—18 ч до забора крови в течение дня принять 50 мл водки или 150 мл вина при обычном питании (первая подгруппа), 200—300 мл водки (2-я подгруппа), либо в течение 2—3 суток принять 1—2,5 л крепких алкогольных напитков: водки, виски, коньяку (3-я подгруппа).

В группу сравнения (группа 2) вошли 79 больных с ранней стадией алкогольной зависимости (I стадия) в фазе постинтоксикации, из них 58 мужчин (73%) и 21 женщина (27%) в возрасте от 24 до 60 лет, проходивших лечение в клиниках ННЦ наркологии. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 3,5 года, средняя длительность заболевания составила $1,89 \pm 0,49$ года. Существенных различий длительности заболевания у мужчин и женщин выявлено не было. Обследованные больные употребляли только качественный алкоголь практически ежедневно с утренним похмельем, последний прием алкоголя был за 16—18 ч до взятия крови. Состояние алкогольного абстинентного синдрома ни у одного из обследованных никогда не наблюдалось. Частота запоев у пациентов составляла 3—6 раз в год, толерантность к алкоголю варьировала от 0,4 л до 0,7 л у женщин и от 0,5 л до 0,9 л у мужчин крепких алкогольных напитков в сутки.

Большинство обследованных были лицами трудоспособного возраста, входящими в одинаковую социальную группу (высшее образование, хорошая среда обитания, одинаковый достаток, проживание в полноценных семьях), жителями г.Москвы.

Из числа обследованных были исключены лица с отягощенной наследственностью по соматическим заболеваниям, а также страдающие аллергическими, аутоиммунными, эндокринными заболеваниями, частыми простудными заболеваниями, рецидивирующими герпетическими, хламидийными, цитомегаловирусными инфекциями, туберкулезом, гепатитами В и С, ВИЧ-инфицированные.

Иммунологические исследования были выполнены на базе ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России. С целью определения возможных нарушений в отдельных звеньях иммунитета как у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем, так и у больных при I стадии алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации проводили мониторинг показателей клеточного иммунитета. Материалом для исследования служила кровь из локтевой вены, взятая в пробирки «Vacutainer». Исследование клеточного звена иммунитета включало: гематологический анализ крови, оценку пролиферативной активности Т-, В-лимфоцитов, активности НК-клеток (натуральные киллеры), фагоцитов и субпопуляционного состава лимфоцитов.

Пролиферативную активность Т- и В-лимфоцитов определяли в модели реакции бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ) на культурах мононуклеаров периферической крови, выделенных на градиенте плотности фикола-верографина ($1,077 \text{ г/см}^3$), с использованием поликлональных митогенов ФГА, КонА, МЛ и ЛПС (Sigma, США). Время культивирования клеток составляло 72 ч [14]. Результаты выражали в виде средних арифметических значений (СРМ — имп/мин) и индекса стимуляции (ИС), который вычисляли по формуле: $\text{ИС} = \frac{\text{средние значения имп/мин культур с митогенами}}{\text{средние значения имп/мин контрольных культур}}$.

Функциональную активность НК-клеток оценивали по их мембранотоксическому действию на клетки-мишени опухолевой линии К-562, меченных ^3H -уридином [7]. Результаты выражали индексом цитотоксичности, который вычисляли по формуле: $\text{ИЦ} = (1 - \frac{\text{средние значения в опытных культурах}}{\text{средние значения в контрольных культурах}}) \times 100\%$.

Фенотипирование клеток и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови: CD3^+ , $\text{CD3}^+\text{CD4}^+$, $\text{CD3}^+\text{CD8}^+$, CD19^+ , $\text{CD3}^+\text{CD16}^+$, $\text{CD3}^+\text{CD16}^+\text{CD56}^+$, $\text{CD3}^+\text{CD4}^+\text{CD8}^+$, $\text{CD3}^+\text{CD4}^+\text{CD8}^-$, $\text{CD4}^+\text{CD25}^+$, $\text{CD4}^+\text{DR}^+$, $\text{CD8}^+\text{CD25}^+$, $\text{CD8}^+\text{DR}^+$, NKDR^+ , $\text{CD4}^+\text{CD45RA}^-\text{RO}^+$ и $\text{CD8}^+\text{CD45RA}^-\text{RO}^+$, $\text{CD8}^+\text{CD28}^+$, $\text{CD8}^+\text{CD28}^-$, CD95^+ определяли методом лазерной проточной цитометрии на приборе FACScan («Becton Dickinson», США) с использованием одно-, двух- и трехцветных моноклональных антител (Becton Dickinson, США) [24].

Определение функциональной активности фагоцитов проводили методом хемилюминесценции нейтрофилов с использованием зимозана (действует через Fc рецепторы на клетку) и форбол-миристат-ацетата (ФМА, проникает внутрь клетки) [3]. Результаты выражали в виде средних арифметических значений хемилюминесценции нейтрофилов (имп/с на 100 мкл крови) и ИС, который вычисляли по формуле: $\text{ИС} = \frac{\text{средние значения имп/с с ФМА}}{\text{средние значения имп/с без ФМА}}$.

средние значения хемилюминесценции нейтрофилов с зимозаном, либо с ФМА (имп/с на 100 мкл крови) : средние значения спонтанной хемилюминесценции нейтрофилов (имп/с на 100 мкл крови).

Обработку результатов проводили методом вариационной статистики с использованием пакетов прикладных программ Excel 2000 и «Статистика 6.0» с учетом характера распределения признаков. Поскольку распределение значений показателей в обследованных выборках приближалось к нормальному, достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента *t*. Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$ [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Изменения в клиническом анализе крови у добровольцев после нагрузки алкоголем были отмечены в подгруппах 2 (выпивших 200—300 мл водки) и 3 (выпивших 1—2,5 л крепкого алкоголя), в то время как в первой подгруппе добровольцев (50 мл водки или 150 мл красного вина) они полностью соответ-

ствовали показателям до приема алкоголя (табл. 1). У лиц 2-й и 3-й подгрупп после алкогольной нагрузки в сравнении с общей группой добровольцев до нагрузки алкоголем (контроль), а также с 1-й подгруппой после нагрузки обнаружено увеличение количества лейкоцитов в 1 мкл крови (недостоверно для 2-й и достоверно для 3-й подгрупп), эритроцитов, их объема (недостоверно) и наблюдалась тенденция к увеличению СОЭ. Одновременное увеличение лейкоцитов и эритроцитов в крови добровольцев в 3-й подгруппе сопровождалось достоверным снижением количества лимфоцитов и тромбоцитов как в сравнении с этими показателями до алкогольной нагрузки, так и относительно 1-й и 2-й подгрупп после нагрузки.

Сравнение показателей гемограммы добровольцев после нагрузки алкоголем выявило общие закономерности с больными алкогольной зависимостью. При этом, изменения, обнаруженные в 3-й подгруппе, как видно из табл. 1, совпадали с изменениями гемограммы больных I-й стадии алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации.

Таблица 1

Гематологические показатели у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем в сравнении с больными I стадией алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации

Показатели	Ед. измерения	Здоровые добровольцы				Больные алкогольной зависимостью I стадия
		До нагрузки алкоголем	После нагрузки алкоголем			Группа 2, n=79
			Группа 1, n=90	Подгруппа 1, n=27	Подгруппа 2, n=35	
Эритроциты	млн/мл	4,17±0,17	4,19±0,15	5,04±0,14 p _{к,п1} <0,05	5,49±0,4 p _{к,п1} <0,05	4,79±0,22 p _{к,п1} <0,05
Гемоглобин	г %	13,9±1,89	14,0±1,81	14,2±2,2	13,95±2,0	14,2±1,18
Гематокрит	%	38,5±2,48	39,1±2,2	43,5±4,0 ↑	45,22±3,68 ↑	44,2±3,18
Ср. объем эритроцитов	мкм	83,85±6,35	83,6±6,52	84,2±6,2 ↑	85,4±6,98 ↑	85,65±7,24 ↑
Тромбоциты	тыс. кл./мкл	238,5±46,48	238±46,69	239±47,1	117±21,81 p _{к,п1,п2} <0,001	195,9±34,9 ↓
Лейкоциты	кл/мкл	5600±485,6	5605±500	5796±538,5	7700±1300,9 p _{к,п1} <0,05	6900±1299 p _к <0,05
Нейтр. миелоциты	%	0,0	0,00	0,0	0,0	0.0
метамиелоциты	%	0,0	0,00	0,0	0,0	0.0
палочкоядерные	%	2,5±0,38	2,45±0,3	2,85±0,5	3,0±0,43	3,0±0,56
сегментоядерные	%	58,85±7,76	59,05±8,0	58,9±7,89	59,03±7,87	59,44±8,3
Эозинофилы	%	2,25±0,45	2,15±0,59	2,75±0,42 ↑	2,8±0,4 ↑	2,75±0,38 ↑
Базофилы	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Лимфоциты	%	34,24±5,12	35,0±4,63	28,35±4,0 p _{к,п1} <0,05	27,85±3,88 p _{к,п1} <0,05	23,1±4,75 p _{к,п1} <0,05
Моноциты	%	5,54±1,53	5,5±1,59	6,78±1,4 ↑	7,1±1,75 ↑	6,7±1,68
СОЭ	мм/ч	7,9±1,88	7,85±1,93	7,95±1,9	8,98±2,0 ↑	9,8±2,18 ↑
Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); ↑ — тенденция к увеличению; ↓ — к снижению показателей; п1 — подгруппа 1; п2 — подгруппа 2; к — группа 1						

Таким образом, частое употребление алкоголя (в дозах 200 мл крепкого алкоголя и выше) приводит к нарушению гемограммы крови пьющих лиц, что согласуется с результатами больных с алкогольной зависимостью. Выявлены следующие нарушения: снижение количества лимфоцитов и тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, эритроцитов и их объема и нарастание СОЭ, что является, по К.Д. Лебедеву и И.Д. Понякиной, признаками развития воспаления [4].

При изучении влияния алкоголя на функциональный потенциал Т-, В-лимфоцитов в ответ на поликлональную стимуляцию митогенами (ФГА, КонА, МЛ и ЛПС) и НК-клеток в обследуемых подгруппах получены неоднозначные результаты. Как видно из табл. 2, у добровольцев 1-й подгруппы после приема низких доз алкоголя не наблюдалось существенных изменений в функциональном потенциале Т- и В-лимфоцитов и НК-клеток в сравнении с показателями добровольцев до алкогольной нагрузки. В то время как во 2-й и 3-й подгруппах обнаружены достоверные изменения функционального потенциала Т-, В-лимфоцитов и НК-клеток в сравнении с контролем, которые были сходны с изменениями при алкоголизме I стадии в фазе постинтоксикации.

Обнаружено, что спонтанный (не индуцированный митогеном) пролиферативный ответ лимфоцитов в 1-й подгруппе не изменялся после приема низких доз алкоголя и соответствовал показателям до приема алкоголя (табл. 2). Во 2-й подгруппе наблюдалась тенденция к увеличению спонтанной пролиферации лимфоцитов, в 3-й же подгруппе это увеличение было достоверным в сравнении с показателями до нагрузки алкоголем и показателями 1-й подгруппы здоровых добровольцев. Причем, как видно из табл. 2, более выраженные изменения спонтанной пролиферации выявлены в 3-й подгруппе добровольцев. Обращает на себя внимание, что показатели спонтанного пролиферативного ответа лимфоцитов во 2-й и 3-й подгруппах были сходны с аналогичными показателями пациентов с алкогольной зависимостью I стадии в фазе постинтоксикации (табл. 2).

На фоне повышения спонтанной пролиферации лимфоцитов во 2- и 3-й подгруппах здоровых добровольцев обнаружено достоверное снижение функциональной активности Т-лимфоцитов в ответ на ФГА (фитогемагглютинин, активирующий CD4⁺ Т-хелперы) и В-лимфоцитов в ответ на ЛПС (липолисахарид) в сравнении с контрольной группой (до употребления алкоголя). Эти показатели, как видно из табл. 2, со-

Таблица 2

**Особенности пролиферативной активности Т- и В-лимфоцитов
и цитолитической активности НК-клеток у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем
в сравнении с больными I стадией алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации**

Показатели	Здоровые добровольцы				Больные алкогольной зависимостью I стадия
	До нагрузки алкоголем	После нагрузки алкоголем			
	Группа 1, n=90	Подгруппа 1, n=27	Подгруппа 2, n=35	Подгруппа 3, n=28	
СП — спонтанная пролиферация	535,5±161,9	529,40±167,79	600,30±133,11	682,33±161,94 p _{к,п1} <0,05	648,7±166,72 ↑
ФГА (10 мкг/мл) — Индуцированная пролиферация ИС	72758±19717 135,8±34,18	72006,10±20137 136,0±34,25	55755,50±15935,45 92,87±15,6	52836,67±16266,12 p _к <0,05 77,44±12 p _{к,п1} <0,05	46417±18802 p _{к,п1} <0,001 71,55±10,45 p _{к,п1} <0,05
Кон А (10 мкг/мл) — Индуцированная пролиферация ИС	37310±13254 69,7±9,39	36998,00±13848 69,88±9,4	45880,70±13667,38 76,43±12,45 ↑	53508,42±16141,36 p _{к,п1} <0,05 78,4±11,6 ↑	47668±14835,6 p _{к,п1} <0,05 73,48±10,5 ↑
МЛ (5 мкг/мл) — Индуцированная пролиферация ИС	29431±9171,7 55,0±9,95	35979,60±9859 68,0±11,2 p _{к,с,п2,п3} <0,05	36521,80±10524,3 60,8±13,56 ↑	39963,33±10089 58,5±12,78 ↑	38035±11964 58,7±13,03 ↑
ЛПС (0,1 мкг/мл) — Индуцированная пролиферация ИС	3784,8±1527,8 7,06±2,73	3660,20±1123,96 6,9±2,8	3568,30±873,39 5,9±1,73 ↓	3367,58±916,2 4,93±0,9 ↓	3445,4±1392,2 5,3±1,25 ↓
Активность НК-клеток (ИЦ%)	51,65±5,62	50,9±6,28	44,10±4,11	40,95±4,13 p _{к,п1} <0,05	42,8±4,6 p _{к,п1} <0,05
Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); ↑ — тенденция к увеличению; ↓ — к снижению показателей; п1 — подгруппа 1; п2 — подгруппа 2; п3 — подгруппа 3; к — группа 1; с — группа 2					

ответствовали показателям больных алкоголизмом I стадии в фазе постинтоксикации, т.е. наблюдалась та же закономерность.

В то же время, у добровольцев 2-й и 3-й подгрупп после нагрузки алкоголем, так же как и у больных с I-й стадией алкоголизма, снижение функциональной активности Т-хелперов сопровождалось увеличением функциональной активности Т-лимфоцитов ($CD8^+$ -клеток) в ответ на стимуляцию митогеном Кон А, которое было достоверным в 3-й и недостоверным во 2-й подгруппах по сравнению с контрольной группой и подгруппой 1. При стимуляции лимфоцитов Т, В-клеточным митогеном МЛ (митоген лаконоса) в 1-й подгруппе отмечалось достоверное увеличение пролиферативного ответа лимфоцитов по сравнению с показателями контрольной группы, во 2-й и 3-й подгруппах добровольцев отмечалась та же закономерность, но увеличение пролиферативного ответа не было достоверным, что совпадало с показателями больных алкогольной зависимостью I стадии в фазе постинтоксикации (табл. 2) Из этого следует, что алкоголь усиливает контактные взаимодействия между Т- и В-лимфоцитами, что свидетельствует об активации последних.

Исследование функциональной активности НК-клеток показало, что после нагрузки алкоголем в подгруппах 2 и 3 наблюдается достоверное снижение их функционального потенциала, в то время как низкие дозы алкоголя (подгруппа 1) не вызывают изменений активности НК-клеток и соответствуют показателям до нагрузки алкоголем (табл. 2). Выявлено, что профиль функциональной активности НК-клеток в подгруппах 2 и 3 сходен с профилем функциональной активности НК-клеток больных алкогольной зависимостью I стадии в фазе постинтоксикации (табл. 2).

Таким образом, установлено, что дозы крепкого алкоголя от 0,2 л и выше оказывают неблагоприятное воздействие на клеточное звено иммунной системы, что выражается в снижении функциональных потенциалов Т- и В-лимфоцитов и НК-клеток, аналогичном тому, которое наблюдалось на I стадии алкогольной зависимости в постинтоксикационном состоянии. Важно отметить, что дефект ответа лимфоцитов на митогены *in vitro* тесно связан с их неспособностью к пролиферации *in vivo* при ряде заболеваний, что придает этому исследованию клиническую значимость.

Анализ популяционного и субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови выявил существенные различия в фенотипе клеток по CD-маркерам у лиц 2-й и 3-й подгрупп после алкогольной нагрузки при сравнении с аналогичными показателями до нагрузки алкоголем, в то время как в первой подгруппе они соответствовали показателям до алко-

гольной нагрузки (табл. 3). У добровольцев 3-й подгруппы, как видно из табл. 3, наблюдалось достоверное снижение содержания в периферической крови $CD3^+$ и $CD3^+4^+$ Т-лимфоцитов, во 2-й подгруппе добровольцев отмечалась та же закономерность, но снижение содержания их в крови не было достоверным. В 1-й подгруппе их значения соответствовали значениям контрольной группы (табл. 3). Следует особо подчеркнуть, что на фоне снижения количества $CD3^+$ и клеток с фенотипом $CD3^+4^+$ (Т-хелперов) у лиц, входящих во 2-ю подгруппу, в периферической крови не было отмечено существенных изменений в количестве Т-клеток с фенотипом $CD3^+8^+$, но наблюдалось снижение хелперно-супрессорного отношения $CD4^+/CD8^+$ (иммунорегуляторного коэффициента) относительно значений до алкогольной нагрузки (группа 1, контроль). В то же время, в 3-й подгруппе, напротив, наблюдалась тенденция к увеличению в крови содержания $CD3^+8^+$ и было выявлено снижение иммунорегуляторного коэффициента как относительно значений в контроле, так и по сравнению с показателями 1-й подгруппы. Эти данные свидетельствуют о развитии супрессии иммунного ответа, обусловленной употреблением алкоголя в больших количествах в течение 2—3 дней. Обнаруженные изменения в количестве $CD3^+8^+$ и в иммунорегуляторном коэффициенте в 3-й подгруппе, как видно из табл. 3, соответствовали изменениям, выявленным у больных с алкогольной зависимостью I стадии в фазе постинтоксикации. Кроме того, у добровольцев после высокой нагрузки алкоголем (подгруппа 3), выявлена тенденция к увеличению в периферической крови содержания В-лимфоцитов с фенотипом $CD19^+$ по сравнению с показателями в контроле, что сопровождалось снижением их функционального потенциала в ответ на митоген ЛПС. Эти данные свидетельствуют о том, что в крови этих лиц появились В-лимфоциты, которые не вступили в пролиферацию, а переключились на выполнение своей основной функции — продукции иммуноглобулинов.

Таким образом, установлено, что повышенная (200—300 мл) и высокая (1—2,5 л) нагрузка алкоголем у здоровых добровольцев приводит к снижению в крови содержания $CD3^+$ и клеток с фенотипом $CD3^+4^+$ (Т-хелперов). В крови лиц после приема высоких доз алкоголя (подгруппа 3) увеличивается содержание $CD3^+8^+$ Т-лимфоцитов, которое приводит к снижению хелперно-супрессорного отношения $CD4^+/CD8^+$ Т-лимфоцитов в сравнении с показателями до алкогольной нагрузки. Прием же алкоголя в дозах 50—300 мл не сказывается на содержании в крови $CD3^+8^+$ Т-клеток и значениях хелперно-супрессорного отношения $CD4^+/CD8^+$ Т-лимфоцитов.

Таблица 3

Особенности субпопуляционного состава лимфоцитов у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем в сравнении с больными I стадии алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации

Показатели	Ед. измерения	Здоровые добровольцы				Больные алкогольной зависимостью, I стадия Группа 2, n=79
		До нагрузки алкоголем	После нагрузки алкоголем			
			Группа 1, n=90	Подгруппа 1, n=27	Подгруппа 2, n=35	
CD3 ⁺ Т-лимфоциты	% клеток	73,5±7,3	73.2±7,80	67,3±5,57 ↓	65,25±5,02 p _{к,п1} <0,05	64,4±4,4 p _{к,п1} <0,05
CD3 ⁺ 4 ⁺ Т-хелперы, индукторы	% от CD3 ⁺	41,5±3,6	41,20±3,3	39,0±3,9 ↓	34,15±4,5 p _{к,п1} <0,05	32,1±5,15 p _{к,п1} <0,05
CD3 ⁺ 8 ⁺ Цитолитические Т-л и Т-регуляторные клетки	% от CD3 ⁺	24,1±3,6	24,05±3,37	23,5±3,79	25,8±4,12	25,8±4,4
4 ⁺ /8 ⁺ Иммунорегуляторный коэффициент	индекс	1,72±0,3	1,71±0,32	1,66±0,28	1,32±0,24 ↓	1,25±0,2 ↓
CD19 ⁺ В-лимфоциты	% клеток	10,95±2,01	11,08±2,31	12,7±3,64 ↑	13,70±3,09 ↑	16,5±3,12 p _{к,п1} <0,05
CD3 16 ⁺ 56 ⁺ NK-клетки	% клеток	16,1±3,67	14,97±3,70	20,1±4,1 p _{п1} <0,05; p _с <0,001	22,32±4,06 p _{к,п1} <0,05; p _с <0,001	10,6±2,7 p _{к,п1,п2,п3} <0,05
CD3 ⁺ (16 ⁺ /56 ⁺) NKT-клетки	% от CD3 ⁺	5,34±2,32	5,28±2,0	3,93±1,78 p _{к,п1} <0,05	1,82±0,87 p _{к,п1,п2} <0,001	2,14±1,61 p _{к,п1} <0,001
CD3 ⁺ 4 ⁺ 8 ⁺ Незрелые Т-клетки	% от CD3 ⁺	1,3±0,66	1,25±0,6	0,88±0,42	0,85±0,3 ↓	1,75±0,7 ↑
CD3 ⁺ 4 8 Незрелые Т-клетки	% от CD3 ⁺	2,3±0,56	2,4±0,48	2,5±0,64	3,05±1,0 ↑	2,58±0,95 ↑
CD4 ⁺ 25 ⁺ Т-лимфоциты, экспрессирующие рецептор к IL2	% от CD4 ⁺	18,1±3,9	17,97±2,99	29,03±5,32 p _{к,п1} <0,05	29,83±5,74 p _{к,п1} <0,001	26,3±4,1 p _{к,п1} <0,001
CD4 ⁺ DR ⁺ Т-лимфоциты, экспрессирующие HLA-DR	% от CD4 ⁺	6,2±1,53	6,41±1,73	5,83±1,2	5,0±1,1 ↓	4,9±1,12 ↓
CD8 ⁺ 25 ⁺ Т-лимфоциты, экспрессирующие рецептор к IL2	% от CD8 ⁺	2,6±1,4	2,78±1,32	7,7±2,96 p _{к,п1} <0,001	8,83±3,05 p _{к,п1} <0,001	6,5±2,8 p _{к,п1} <0,001
CD8 ⁺ DR ⁺ Т-лимфоциты, экспрессирующие HLA-DR	% от CD8 ⁺	12,6±4,3	12,50±4,2	17,30±5,07 p _{к,п1} <0,05	16,75±5,95 p _{к,п1} <0,05	16,4±5,5 p _{к,п1} <0,05
CD4 ⁺ 45RA RO ⁺ Т-хелперные клетки памяти	% от CD4 ⁺ Т-клеток	50,9±5,43	50,00±5,65	50,12±4,99	50,89±5,5	51,1±6,00
CD8 ⁺ 45RA RO ⁺ Т-клетки памяти	% от CD8 ⁺ Т-клеток	35,0±5,88	34,89±6,00	35,19±5,1	35,12±5,23	36,0±5,32
CD8 ⁺ 28 ⁺ корецептор	% от CD8 ⁺ Т-клеток	53,75±6,92	53,8±7,02	54,50±6,72	57,96±8,53 ↑	59,08±9,09 p _к <0,05
CD8 ⁺ 28	% от CD8 ⁺ Т-лимфоц	46,25±5,32	45,9±5,01	45,45±4,55	42,04±4,04 ↓	40,52±3,92 p _к <0,05
NKDR ⁺ Активированные NK-клетки	% от NK-клеток	9,95±3,35	9,75±3,39	8,3±3,16 ↓	6,93±4,05 ↓	5,25±4,46 p _{к,п1} <0,05
CD95 ⁺ молекула апоптоза	% клеток	23,24±5,9	23,0±6,0	30,8±5,64 ↑	40,7±7,5 p _{к,п1} <0,05	39,9±7,12 p _{к,п1} <0,05
Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); ↑ — тенденция к увеличению; ↓ — к снижению показателей; п1 — подгруппа 1; п2 — подгруппа 2; п3 — подгруппа 3; к — группа 1; с — группа 2						

Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); ↑ — тенденция к увеличению; ↓ — к снижению показателей; п1 — подгруппа 1; п2 — подгруппа 2; п3 — подгруппа 3, к — группа 1; с — группа 2

Далее нами было установлено, что у добровольцев после нагрузки алкоголем в дозе 200—300 мл и выше (подгруппы 2 и 3) в периферической крови наблюдается увеличение содержания НК-клеток фенотипа $CD3^{+}16^{+}56^{+}$ (табл. 3), в то время как в 1-й подгруппе добровольцев их количество соответствовало показателю в группе 1. Необходимо подчеркнуть, что при I стадии алкоголизма в постинтоксикационном состоянии, как видно из табл. 3, содержание $CD3^{+}16^{+}56^{+}$ клеток в крови было достоверно ниже, чем во 2-й и 3-й подгруппах, что свидетельствует о дефиците по НК-клеткам у больных алкоголизмом уже на I стадии зависимости. Установлено также, что в 3-й подгруппе добровольцев после употребления алкоголя в периферической крови достоверно снижается содержание цитолитических Т-клеток киллеров с фенотипом $CD3^{+}(16^{+}/56^{+})$ в сравнении со значениями до нагрузки алкоголем и в 1-й подгруппе, значения в которой соответствовали значениям в контроле. Во 2-й подгруппе наблюдалась лишь тенденция к снижению в крови цитолитических $CD3^{+}(16^{+}/56^{+})$ Т-киллеров. В 3-й подгруппе обнаруженные изменения в содержании в крови этих клеток соответствовали изменениям при I стадии алкогольной зависимости.

После нагрузки алкоголем в периферической крови добровольцев 2-й и 3-й подгрупп снижается содержание незрелых дважды позитивных Т-лимфоцитов фенотипа $CD3^{+}4^{+}8^{+}$ в сравнении с показателями в 1-й подгруппе и в контроле (группа 1), а также у больных с I стадией алкоголизма (табл. 3). В 3-й подгруппе наблюдается также (табл. 3) тенденция к увеличению содержания в периферической крови дважды негативных Т-лимфоцитов с фенотипом $CD3^{+}4^{-}8^{-}$ как в сравнении с показателями в 1-й подгруппе, так и с показателями в группе 1 (до приема алкоголя добровольцами). Обнаруженные изменения в количестве этих клеток в подгруппе 3 соответствовали изменениям, выявленным у больных (группа 2).

Анализ состава активированных лимфоцитов, который, как известно, обусловлен появлением на иммунокомпетентных клетках HLA DR молекул и рецептора к IL-2 (CD25), показал, что после нагрузки алкоголем у добровольцев 2-й и 3-й подгрупп достоверно нарастает содержание в периферической крови $CD8^{+}$ Т-лимфоцитов с экспрессией на их поверхности HLA DR молекул (табл. 3). В то же время, наблюдается недостоверное снижение в крови содержания НК-клеток и $CD4^{+}$ Т-лимфоцитов с экспрессией HLA DR молекул по сравнению с нормой (группа 1) и 1-й подгруппой добровольцев после нагрузки алкоголем. Характер этих изменений, как видно из табл. 3, соответствовал показателям больных в группе 2. Было установлено, что в периферической крови доб-

ровольцев во 2-й и 3-й подгруппах после нагрузки алкоголем достоверно увеличивается содержание активированных $CD8^{+}$ и $CD4^{+}$ Т-лимфоцитов, несущих на своей поверхности рецептор к IL-2 ($CD8^{+}25^{+}$) и ($CD4^{+}25^{+}$) в сравнении с показателями до алкогольной нагрузки. В то же время, в 1-й подгруппе содержание $CD4^{+}25^{+}$ и $CD8^{+}25^{+}$ соответствует показателям контроля (группа 1). Необходимо отметить, что результаты, полученные для подгрупп 2 и 3, совпадают с аналогичными показателями больных с I стадией алкоголизма.

Таким образом, мы установили, что алкоголь в дозах 200 мл водки и выше приводит к увеличению в периферической крови активированных $CD8^{+}$ Т-лимфоцитов, несущих на своей поверхности HLA DR молекулу ($CD8^{+}DR^{+}$) и рецептор к IL-2 ($CD8^{+}25^{+}$), и к снижению содержания активированных $CD4^{+}DR$ Т-лимфоцитов и натуральных киллерных клеток NKDR.

После алкогольной нагрузки в подгруппах 2 и 3 увеличивается содержание в крови клеток с экспрессией молекулы CD95 (маркер готовности к апоптозу), что согласуется с аналогичным показателем у больных с I стадией алкогольной зависимости в постинтоксикационной фазе. Последнее, по-видимому, может быть одной из причин уменьшения в периферической крови количества $CD3^{+}$ и $CD3^{+}4^{+}$ клеток, т.е. злоупотребление алкоголем может приводить к запрограммированной гибели Т-лимфоцитов и Т-лимфоцитов хелперов/индукторов. Установлено также, что на алкоголь (независимо от дозы принятого алкоголя и продолжительности его употребления) не реагирует клеток памяти $CD45RO$, что согласуется с результатами больных в группе 2 (табл. 3).

При неадекватном иммунном ответе на $CD8^{+}$ Т-лимфоцитах усиливается экспрессия стимулирующего корецептора CD28, который появляется на мембране Т-клеток после их активации и стимулирует пролиферацию В-лимфоцитов и продукцию иммуноглобулинов, взаимодействуя с расположенным на них корецептором CD40-CD40L [1]. Анализ экспрессии стимулирующего корецептора CD28 на $CD8^{+}$ Т-лимфоцитах показал (табл. 3), что после высокой нагрузки алкоголем (подгруппа 3) наблюдается тенденция к увеличению содержания $CD8^{+}$ Т-клеток, несущих на своей поверхности CD28 молекулу не только в сравнении с показателями до нагрузки алкоголем, но и в сравнении с этими показателями у лиц 1- и 2-й подгрупп. В то же время, у добровольцев 3-й подгруппы отмечается тенденция к снижению содержания в крови клеток без экспрессии стимулирующего корецептора $CD8^{+}28^{-}$. Снижение содержания последних и увеличение в периферической крови $CD8^{+}28^{+}$ -клеток указывает на то, что алкогольная

интоксикация приводит к активации $CD8^+$ Т-лимфоцитов. Полученные данные для добровольцев 3-й подгруппы сходны с таковыми у больных с I стадией алкогольной зависимости в фазе постинтоксикации.

Таким образом, употребление крепкого алкоголя лицами, не страдающими алкогольной зависимостью, в дозах 0,2 л и более приводит к развитию неадекватного иммунного ответа, который сопровождается активацией $CD8^+$ Т-клеточного звена иммунной системы, а именно увеличением содержания в периферической крови активированных клеток $CD8^+DR^+$ и $CD8^+25^+$, а также клеток, несущих стимулирующий корецептор $CD8^+28^+$, и снижением активационного состава NK-клеток ($NKDR^+$) и Т-хелперов ($CD4^+DR$).

Исследование функциональной активности фагоцитирующих клеток выявило значительную разницу в функциональном потенциале этих клеток до и после

алкогольной нагрузки. Установлено, что у лиц подгруппы 3 (табл. 4) достоверно увеличивается количество активированных кислородзависимых радикалов, образуемых нейтрофилами, что соответствует показателям больных алкоголизмом I стадии. В 1-й и 2-й подгруппах добровольцев этот показатель, как видно из табл. 4, соответствует значениям до алкогольной нагрузки. Однако при активации клеток крови зимозаном (влияет на Fc-рецепторы нейтрофилов) и ФМА (проникает внутрь клетки), несмотря на то, что абсолютные значения хемилюминесценции на зимозан и ФМА в 3-й подгруппе достоверно возрастают по отношению к значениям до приема алкоголя, функциональная активность фагоцитов по индексу стимуляции (ИС) достоверно снижается. Это согласуется с результатами больных в группе 2 (табл. 4). Во 2-й подгруппе ИС на ФМА соответствует значениям группы 1 (до нагрузки алкоголем) и 1-й под-

Таблица 4

Показатели функциональной активности фагоцитирующих клеток у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем в сравнении с больными алкоголизмом I стадии в фазе постинтоксикации

Показатели	Ед. измерения	Здоровые добровольцы				Больные алкогольной зависимостью, I стадия
		До нагрузки алкоголем	После нагрузки алкоголем			Группа 2, n=79
		Группа 1, n=90	Подгруппа 1, n=27	Подгруппа 2, n=35	Подгруппа 3, n=28	
СП (спонтанная хемилюминесценция)	имп/мин на мкл крови	241,7±55,66	242,4±53,83	268,90±64,11	863,92±154,94 p _{к,п1,п2} <0,0001	418,90±89,62 p _{к,п1,п2} <0,001
ЗИМ (зимозан индуцированная хемилюминесценция) ИС-индекс стимуляции	имп/мин на мкл крови	4503,15±800,65 18,6±2,4	4499,85±758,24 19,1±4,0	6063±394,60 22,5±5,45 ↑	10734,75±1643,68 p _{к,п1} <0,001 12,4±3,4 p _{к,п1} <0,05	7041,4±899,48 p _{к,п1,п3} <0,05 12,4±3,3 p _{к,п1} <0,05
ФМА (ФМА индуцированная хемилюминесценция) ИС-индекс стимуляции	имп/мин на мкл крови	6026,0±1512,1 24,9±3,6	5897,1±1492,4 25,16±3,99	7078,40±950,6 p _{к,п1,п3} <0,05 26,3±4,25 p _{п3,с} <0,001	12817,83±1564,36 p _к <0,001 14,83±3,2 p _{к,п1,п2} <0,001	8653,25±2000,2 p _{к,п1,п3} <0,05 14,83±4,0 p _{к,п1,п2} <0,001
Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); ↑ — тенденция к увеличению; ↓ — к снижению показателей; п1 — подгруппа 1; п2 — подгруппа 2; п3 — подгруппа 3; к — группа 1; с — группа 2						

Таблица 5

Показатели способности фагоцитов поглощать грибы *Candida albicans* у здоровых добровольцев до и после нагрузки алкоголем в сравнении с больными алкоголизмом I стадии в фазе постинтоксикации

Микроорганизмы	Ед. измерения	Здоровые добровольцы				I стадия алкоголизма
		До нагрузки алкоголем (n=90)	После нагрузки алкоголем			Группа 2 (n=79)
			Подгруппа 1, n=27	Подгруппа 2, n=35	Подгруппа 3, n=28	
Candida albicans	На один фагоцит	32,85±7,35	33,48±7,80	33,8±8,1 p _{п3,с} <0,05	23,87±3,28 p _{к,п1,п2} <0,05	22,73±3,05 p _к <0,05
Примечание. В таблице представлена достоверность отличия обследованных групп (t-критерий Стьюдента); п ₁ — подгруппа 1; п ₂ — подгруппа 2; п ₃ — подгруппа 3; к — группа 1; с — группа 2						

группы после алкогольной нагрузки и достоверно выше, чем в подгруппе 3 и в группе больных 2.

Таким образом, у здоровых добровольцев после высокой нагрузки алкоголем выявлены существенные изменения функциональной активности фагоцитов, что соответствовало увеличению их количества в крови. Можно предположить, что прием больших доз алкоголя приводит к незапрограммированному кислородному взрыву в организме, вследствие чего генерируются активные формы кислорода, что в дальнейшем может стать одной из причин разрушительного действия нейтрофилов не только на гепатоциты печени, но и на другие клетки и компоненты тканей. В то же время снижение поглотительной способности нейтрофилов может повлечь за собой снижение иммунореактивности организма и стать одной из причин частых инфекций у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Заключение

Подводя итоги вышеизложенных результатов исследования, можно констатировать, что крепкий, 40°-ный, алкоголь в дозах 200 мл и более у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью, существенным образом влияет как на гематологические показатели, так и на показатели клеточного звена иммунной системы. Изменения гематологических показателей сопровождаются лейкоцитозом, увеличением количества и объема эритроцитов, снижением содержания в периферической крови тромбоцитов, Т-лимфопенией и нарастанием СОЭ. Можно констатировать, что высокие дозы алкоголя оказывают негативное влияние на клетки крови, что может существенным образом сказаться на результатах анализа лиц, проходящих обследование в медицинских учреждениях, привести к неправильной трактовке данных и сказаться на постановке диагноза.

Обнаружено, что 40°-ный алкоголь в дозах 200 мл и выше у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью, влияет на количество и функциональную активность CD4⁺-, CD8⁺-, В-, NK-клеток и фагоцитов, что проявляется снижением в периферической крови содержания CD3⁺ Т-лимфоцитов; CD4⁺-клеток и снижением их пролиферативной активности в ответ на ФГА; нарастанием количества CD8⁺-клеток и увеличением их пролиферативной активности в ответ на Кон А; увеличением количества В-лимфоцитов и снижением их пролиферативной активности в ответ на ЛПС; увеличением количества NK-клеток, снижением их цитолитической активности и увеличением в периферической крови количества фагоцитирующих клеток при одновременном снижении их способности поглощать микроорганизмы. Установлено, что употребление алкоголя в больших количествах приводит к повышению запрограммированной гибели

клеток иммунной системы, что подтверждается увеличением экспрессии молекулы CD95 (маркера готовности апоптоза) на лимфоцитах. Алкоголь не влияет на образование Т-клеток памяти.

Таким образом, полученные нами результаты исследования указывают на то, что злоупотребление алкоголем может индуцировать состояние транзиторного иммунодефицита, которое может повлечь за собой снижение иммунореактивности организма, в результате чего снижается антиинфекционный и противоопухолевый иммунитет и повышается риск возникновения простудных заболеваний, оппортунистических инфекций и туберкулеза.

Список литературы

1. Гуцин И.С. Физиология иммуноглобулина Е // Аллергология и иммунология. М.: Медицина — Здоровье. — 2000. — Т. 1, №1. — С. 76—86.
2. Евсеев В.А. Иммунологические парадоксы алкоголизма — перспективы иммунотерапии // Иммунология. — 1990. — №2. — С. 4—8.
3. Зыкин В.Ю., Годков М.А. Способ клинической оценки кислородзависимого метаболизма нейтрофильных гранулоцитов человека // Клиническая Лабораторная Диагностика. — 2004. — №8. — С. 26.
4. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Интерпретация клинического анализа крови с определением субпопуляций лимфоцитов при воспалении // Аллергология и иммунология. — М.: Медицина — Здоровье. — 2002. — Т. 3, №1. — С. 50—61.
5. Плещитый К.Д. Алкоголизм и иммунитет. — М.: ВИНТИ, Выпуск «Алкогольная болезнь», 1997. — №6. — С. 1—12.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.
7. Рычкова М.П., Спиридонова И.В., Зедгенис М.С. и др. Новая высокочувствительная техника выявления нормальных киллеров // Иммунология. — 1981. — №3. — С. 88—90.
8. Тарасова Н.С. Иммунологические факторы в повреждении почек при хроническом алкоголизме // Клиническая Медицина. — 2001. — Т. 79, №5. — С. 45—47.
9. Тарасова Н.С., Белобородова Э.И. Иммунологическая характеристика циркулирующих иммунных комплексов при заболевании почек у больных хроническим алкоголизмом // Тер. Архив. — 1998. — Т. 70, №12. — С. 61—63.
10. Хаитов Р.М., Игнатова Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. Нормы и патология. — М.: Медицина, 2010. — 752 с.
11. Ярилин А.А., Добротина Н.А. Введение в современную иммунологию // Нижний Новгород, 1997. — 238 с.
12. Anderson L.M. Modulation of nitrosamine metabolism by ethanol: Implications of cancer risk // Alcohol and Cancer, Watson R.R., ed. — Boca Raton, FL, CRC Press 1992. — P. 17—54.
13. Ben-Eliyahu S., Page G.G. et al. Acute alcohol intoxication suppresses natural killer cell activity and promotes tumour metastasis // Nat. Med. — 1996. — Vol. 2. — P. 457—460.
14. Boyum A. Separation of leucocytes from blood and bone marrow // Scand. J. Clin. and Lab. Invest. — 1968. — Vol. 21. — Suppl. 97. — P. 77 — 82.
15. Cook R.T. Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system — A review // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 1998. — Vol. 22. — P. 1927—1942.

16. Digeon M. et al. Detection of circulating immune complexes in human sera by simplified assays with polyethylene glycol // *J. Immunol. Methods.* — 1977. — Vol. 16. — P. 165—183.
17. Fujihashi K., Yamamoto M., McGhee J.R., Kiyono H. alpha beta T cell receptor-positive intraepithelial lymphocytes with CD4+CD8- and CD4+CD8+ phenotypes from orally immunized mice provide Th2-like function for B cell responses // *J. Immunol.* — 1993. — Vol. 151. — P. 6681—6691.
18. Gillin J.C., Smith T.L. et al. EEG sleep studies in «pure» primary alcoholism during subacute withdrawal: relationships to normal controls, age, and other clinical variables // *Biol. Psychiatry.* — 1990. — Vol. 27. — P. 477—488.
19. Imhof A., Koenig W. Alcohol inflammation and coronary heart disease // *Addict. Biol.* — 2003. — Vol. 8, №3. — P. 271—277.
20. Kronfol Z., Nair M. et al. Immune function in alcoholism: a controlled study // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* — 1993. — Vol. 17, №2. — P. 279—283.
21. Laso F.J., Madruga J.I., Giron J.A. et al. Decreased natural killer cytotoxic activity in chronic alcoholism is associated with alcohol liver disease but not active ethanol consumption // *Hepatology.* — 1997. — Vol. 25, №5. — P. 1096—1100.
22. Lazaro del Nogal M., Fernandez Perez C., Figueredo Delgado M.A. et al. Basal immunological parameters in a group of retirees // *Rev. Clin. Esp.* — 2003. — Vol. 203, №9. — P. 417—422.
23. Leevy C.B., Elbeshbeshy H.A. Immunology of alcoholic liver disease // *Clin. Liver Dis.* — 2005. — Vol. 9, №1. — P. 55—66.
24. Loken M.R. *Immunofluorescence Techniques in Flow Cytometry and Sorting.* — Wiley, 1990. — 2nd ed. — P. 341—353.
25. Thomson G.S. Significance levels in genome scans // *Adv. Genet.* — 2001. — Vol. 42. — P. 475—486.

FEATURES OF CELLULAR IMMUNITY IN HEALTHY VOLUNTEERS AFTER ALCOHOL INTAKE (POSTINTOXICATION PHASE)

UL'YANOVA L.I.^{1,2}

Cand. Biol. Sci., leading researcher, State Research Center «Institute of Immunology»;
National Research Center of Addiction (NRCA), Moscow

GAMALEYA N.B.¹

MD, Doct. Med. Sci., Prof., Head, Laboratory of Immunochemistry, NRCA, Moscow

UL'YANOVA M.A.¹

MD, Cand. Med. Sci., senior researcher, Laboratory of Immunochemistry, NRCA, Moscow

¹ National Research Center of Addiction,

Malyi Mogilcevskii per. 3, Moscow 119002, Russia, Fax 007 495 2419961, e-mail: nrca@mail.ru

² State Research Center «Institute of Immunology»,

Kashirskoe shosse 24, suite 2, Moscow 115478, Russia, Fax 007 499 617-10-27, e-mail: instimmune@yandex.ru

Volunteers (90 subjects) without signs of alcohol dependence were examined. Alcohol abuse in amounts of 200 ml of strong alcohol beverage per day or more had a significant impact on hematological parameters and cell-mediated immunity. Alterations in cellular immunity were evident mainly as a decrease in the quantity of CD3⁺ T-lymphocytes in peripheral blood; a decrease in the CD4⁺ lymphocytes and their proliferation induced by PHA; as an increase in the quantity of CD8⁺ cells and their proliferation induced by Con A; an increase in the NK-cells and a decrease in their cytolytic activity, and also as an increase in the quantity of the phagocytic cells with simultaneous decrease in their ability to consume microorganisms. The programmed death, apoptosis, of the immune cells was increased. The results of this study point to the fact that alcohol abuse induces a state of a transient immunodeficiency, which leads to a decrease in the anti-infectious and antitumor immunity and to an increase in the occurrence of cold, opportunistic infections, and tuberculosis.

Key words: cell immune system, alcohol intoxication, alcohol abuse patients

Влияние развода на суицидологические, наркологические и личностно-психологические показатели бывших жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью

МЕРИНОВ А.В.

доцент кафедры психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

ШУСТОВ Д.И.

профессор, зав. кафедрой психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова;

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9.

Тел.: (4912) 46-08-01, 98-40-67. Факс: (4912) 46-08-08. E-mail: rzgmu@rzgmu.ru

Рассмотрено влияние развода и постразводного состояния на суицидологические и личностно-психологические характеристики жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ). Обнаружено, что бывшие жены МСАЗ имеют высокие показатели аутоагрессивной активности спустя значительный период времени после супружеской сепарации. То есть факт распада семьи и устранения патологического действия мужа не является фактором, полностью устраняющим имеющиеся в браке саморазрушающие паттерны поведения и личностно-созависимые типы реагирования. Изучены как суицидальная, так и несуйцидальная составляющие аутоагрессивного поведения у бывших жен МСАЗ.

Ключевые слова: развод, алкогольная зависимость, жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, аутоагрессия

Введение

Известно, что в нашей стране отмечается стабильно высокий уровень разводов [1, 4]. Алкогольной зависимости мужа как причине развода по-прежнему принадлежит одна из главных ролей [4, 6]. Процент разведенных женщин, назвавших причиной развода алкогольную зависимость мужа, остается стабильно высоким [2, 4].

Существует укоренившееся мнение, что проблемы жен в браках с МСАЗ, носят «реактивный» характер (т.е. созависимая реакция вторично вызывается воздействием мужа, имеющего алкогольные проблемы). Имеются данные, говорящие в пользу того, что для бывших жен МСАЗ развод является фактором, приводящим к улучшению ее общего соматического состояния, стабилизации психологических нарушений, сформированных в результате созависимой реакции, которые основываются в основном на фокусных клинических наблюдениях [3, 7]. Этот факт на житейско-бытовом уровне является для многих неспециалистов априори саморазумеющимся. К сожалению, в известной нам литературе мало исследований, подтверждающих это фактически. Тем более, нет работ, прямо затрагивающих послеразводные суицидологические и иные аутоагрессивные характеристики в этой группе (которые должны бы соответствовать формуле послеразводного «общего улучшения»). Так ли это на самом де-

ле, на этот вопрос призвано ответить данное исследование.

Цель предлагаемой работы — изучение влияния постразводного состояния на уровень и спектр аутоагрессивных показателей убывших жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, а также исследование их личностно-психологических особенностей в сравнении с женами из существующих «алкогольных» браков. Согласно поставленной цели, основной задачей исследования стала оценка степени влияния состояния разведенности на суицидологические и личностно-психологические показатели бывших жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Объект и методы исследования

Для получения ответа на поставленные вопросы были обследованы 31 бывшая жена МСАЗ, и 125 жен МСАЗ, состоящих в браке. Возраст в первой группе составил $40,2 \pm 5,4$ года, во второй — $40,5 \pm 4,7$ года. Срок семейной жизни составил $12,1 \pm 5,6$ года и $16,5 \pm 5,3$ года соответственно. Длительность послеразводного периода в первой группе — $8,8 \pm 3,6$ года, все респондентки на момент обследования в повторном браке не состояли. В качестве второй контрольной группы обследованы 62 женщины, состоящие в браке с мужчиной, не страдающим алкогольной зависимостью. Возраст респонденток со-

ставил $42,3 \pm 5,2$ года, срок семейной жизни — $20,2 \pm 5,1$ года. Обследованные группы сопоставимы по социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовались: опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, а также в такие временные отрезки, как последние 2 года, добрачный, брачный и послеразводный периоды. Сравнения между группами для характеристики послеразводной динамики изучаемых показателей проводилось с использованием периода «два последних года», поскольку для бывших жен МСАЗ во всех имеющихся у нас наблюдениях этот отрезок приходился на послеразводное состояние.

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека—Келлермана—Конте, опросник State-Trait Anger Inventory (STAXI), а также тест Mini-Mult. Все тесты адаптированы для использования в нашей стране.

Статистический анализ и обработку данных проводили параметрическими и непараметрическими методами математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней $\pm$ стандартное квадратичное отклонение).

Результаты

Рассмотрим характеристику суицидологических показателей бывших жен МСАЗ в сравнении с женами из действующих семей МСАЗ, представленную в табл. 1.

Показатели суицидальной активности (суицидальные мысли и суицидальные попытки) за период брака,

а также совокупные данные за весь анамнестический период достоверно не различаются в группах бывших жен МСАЗ и жен МСАЗ, сохраняющих брачные отношения. То есть, в целом, БЖА в отношении рассматриваемых признаков являются достаточно типичным срезом популяции жен МСАЗ вообще.

За послеразводный период (всю его длительность) показатели суицидальной активности незначительно отличаются от аналогичных в браке. Тем не менее, отметим обнаруженную тенденцию у бывших жен МСАЗ к снижению суицидальной активности в последние 2 года (что во всех наблюдениях пришлось на последние 2 года постразводного периода). Характерно, что наиболее нагруженным периодом в отношении суицидальной активности, женщины, имеющие таковую, называли первые три года после фактического развода с МСАЗ.

Таким образом, количество суицидальных попыток у разведенных женщин после расторжения брака и сепарации с мужем ниже, чем у женщин, проживающих в браке с МСАЗ. Отмечается снижение их количества с увеличением срока, прошедшего после развода, что подтверждают показатели за очерченный (последний двухгодичный) период жизни. Ту же самую тенденцию мы можем отметить и в отношении суицидальных мыслей. В этом контексте нелишне вспомнить и одну из особенностей российского постразводного периода, заключающуюся в том, что супруги часто длительно продолжают жить вместе после фактического развода [5], что, безусловно, фактически существенно не изменяет сложившуюся систему «алкогольного» брака.

Охарактеризуем послеразводную суицидальную активность. У трех респонденток в период после развода отмечались суицидальные попытки (9,68%), у одной — повторная. Два парасуицида возникли в период года после развода, у одной респондентки — спустя 5 лет. Всем парасуицидам предшествовал бо-

Таблица 1

Показатели суицидальной аутоагрессии разведенных жен МСАЗ и жен МСАЗ, состоящих в браке
(статистически достоверные различия между рассматриваемыми признаками отсутствуют)

Признак	Бывшие жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (n=31)	Жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (n=125)
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	22,58%	16,0%
Суицидальная попытка в период брака	16,13%	14,4%
Суицидальная попытка в последние 2 года	3,23%	7,2%
Суицидальная попытка в послеразводный период вообще	9,68%	—
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	22,58%	26,4%
Суицидальные мысли в период брака	16,13%	22,4%
Суицидальные мысли в последние 2 года	6,45%	19,2%
Суицидальные мысли в послеразводный период вообще	19,35%	—

лее или менее длительный период депрессии. Несмотря на то, что две из трех женщин, пытавшихся покончить с собой, сами имели, с их слов, «проблемы с алкоголем», появившиеся или усилившиеся после развода, на момент парасуицида у всех трех алкогольное опьянение отсутствовало. Все три парасуицида были осуществлены путем попытки отравления.

Отметим также и то, что по признакам, отвечающим за детекцию несуицидальных форм саморазрушения и предикторов аутоагрессивного поведения, рассматриваемые группы имеют минимум различий. Это касается лишь таких признаков, достоверно отличающих женщин из распавшихся и действующих семей МСАЗ, как: частота моментов острого одиночества в первой группе (70,97 и 45,6% соответственно; $p < 0,05$) и злоупотребление алкоголем в последние 2 года (38,71 и 15,2% соответственно; $p < 0,05$). Оба феномена бывших жен МСАЗ связывают с воздействием факта разведенности и фактического одиночества.

В серии сравнения бывших жен МСАЗ с женами из семей, где муж не страдает алкогольной зависимостью, за период всего анамнеза в отношении паттернов аутоагрессивного поведения и его предикторов нами обнаружен спектр достоверных различий, аналогичный таковому для жен МСАЗ, состоящих в браке. Однако данный факт лишь подтверждает бывшую общность женских групп (разведенных и состоящих в браке жен МСАЗ). Поэтому акцент в данной серии сравнения был сделан на показателях за последние 2 года, поскольку они способны отразить имеющуюся динамику аутоагрессивных паттернов и их предикторов в группе бывших жен МСАЗ после развода. Обнаруженные достоверные различия между группами представлены в табл. 2.

Как хорошо видно из представленной таблицы, между группами имеется значительное количество различий, отражающих высокий антивитаальный фон в группе бывших жен МСАЗ, сохраняющийся спустя значительное время после развода. Заметим, что имеющиеся различия затрагивают крайне важные для суицидологии показатели.

Таблица 2

**Достоверные различия в показателях
суицидальной и несуицидальной аутоагрессии и предикторов саморазрушающего поведения между группой
бывших жен МСАЗ и жен из семей, где муж не имел алкогольной зависимости (приведены пары сравнения с $p < 0,05$)**

Признак	Бывшие жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (n=31)	Жены мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (n=62)
Суицидальные мысли в последние 2 года	6,45%	0%
Склонность к долго переживаемому чувству стыда в последние 2 года	35,48%	8,06%
Периоды острого одиночества в последние 2 года	51,61%	6,45%
Периоды депрессии в последние 2 года	51,61%	29,03%
Моменты безысходности в последние 2 года	45,16%	14,52%
Долго переживаемое чувство вины в последние 2 года	22,58%	8,06%
Склонность к неоправданному риску в последние 2 года	16,13%	3,23%
Ощущение отсутствия смысла жизни в последние 2 года	16,13%	0%
Навязчивые угрызения совести в последние 2 года	41,94%	17,74%

Таблица 3

**Отличительные признаки личностно-созависимого и экспериментально-психологического характера
между группами бывших жен МСАЗ и жен из действующих браков МСАЗ (приведены пары сравнения с $p < 0,05$)**

Признак	Разведенные жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (n=31)	Жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (n=125)
Реальная оценка вклада супруга в семейную нестабильность (отсутствие созависимого эффекта присваивания чужой вины и ответственности за другого человека)	70,97%	48,0%
Понимание пагубности проживания в браке с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью	83,87%	56,8%
Рассказываю/ла легко про внутрисемейные проблемы	61,29%	30,4%
Создавала видимость счастливой семьи	35,48%	64,0%
Шкала Mini-Mult Sch (8)	10,6±5,1	14,2±3,4

Перейдем к характеристике личностно-созависимых и экспериментально-психологических особенностей бывших жен МСАЗ в сравнении с супругами из действующих браков МСАЗ. Имеющиеся различия представлены в табл. 3.

Прежде всего, обращает на себя внимание большая реалистичность в оценке роли супруга в генезе имевшихся в браке проблем, а также понимание негативных последствий существования в подобных отношениях, характеризующее бывших жен МСАЗ, что, вероятно, послужило возможным катализатором развода. То же касается и меньшей частоты выявления такого феномена созависимого поведения, как синдрома «счастливой семьи» [8].

Обращает на себя внимание низкий уровень шкалы Sch (8) у бывших жен МСАЗ по тесту Mini-Mult, говорящий о большей склонности испытуемых к экстраверсии, отсутствию у них эмоциональной отчужденности в межличностных отношениях и склонности искать причину происходящего только «в себе», без использования объективной обратной связи.

Обсуждение

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о некотором снижении аутоагрессивного потенциала группы бывших жен МСАЗ (это касается суицидальных типов реагирования), однако группа в «неостром» послеразводном периоде сохраняет, тем не менее, значительное количество актуальных аутодеструктивных предикторов. Особо обращает на себя внимание частота злоупотребления алкоголем в группе на фоне депрессивных переживаний и ощущения одиночества, что является благоприятной почвой для аутодеструктивных актов.

Результаты исследования позволяют нам условно расположить изучаемую группу в средней части континуума, отражающего общее количество суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения (по убывающей): жены МСАЗ — бывшие жены МСАЗ — жены мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью. Тем не менее, с учетом минимальных достоверных различий бывших жен МСАЗ от супругов МСАЗ из действующих браков можно утверждать, что по суицидальным и несуйцидальным аутоагрессивным показателям в этом континууме бывшие жены МСАЗ значительно ближе к женам из действующих браков МСАЗ, нежели к женщинам из референтной контрольной группы. Иными словами, после развода у бывших жен МСАЗ отмечается тенденция к снижению суицидологических показателей, однако далеко не достигающая нормативных в этой возрастной категории, даже после нескольких лет жизни вне брака с МСАЗ (т.е. после исключения воздействия традици-

онного экзогенного фактора в виде самого МСАЗ и генерируемой им внутрисемейной атмосферы!).

В заключение хотелось бы отметить еще один момент, позволяющий более дифференцированно взглянуть на последствия для женщин развода по алкогольной и параалкогольной причинам. Речь идет о факторе длительности брачных отношений. В своей работе мы рассматриваем семьи МСАЗ, распавшиеся после достаточно длительного периода брачной жизни и, следовательно, в результате сформировавшихся за это время системных семейных особенностей, характерных для этих этого типа браков и описанных нами выше. Как отмечает ряд исследователей [3, 10], данные патологические отношения (назовем их по традиции созависимыми) в полной мере формируются после не менее двух лет совместной жизни с аддиктом [6]. Все исследованные нами пациентки имели срок семейной жизни более двух лет — $12,1 \pm 5,6$ года, т.е., по определению, были созависимыми. Однако согласно возрастной статистике разводимости в нашей стране [4], многие браки распадаются сроком до двух лет совместной жизни, но и в этих случаях процент разводов по причине алкогольной зависимости мужа достаточно велик. То есть многие женщины, попав в условия брака с МСАЗ, не формируют полноценной созависимой реакции и, соответственно, достаточно быстро расторгают брачные отношения. Данные браки часто распадаются потому, что супруга изначально не имеет созависимой predispositions и не способна соответствовать «роли» классической созависимой жены (т.е. присутствует эгодистоничная реакция на продуцируемую мужем ситуацию). Это согласуется с мнением ряда исследователей о добрачном происхождении созависимой реакции [8, 11]. Вероятно, это совсем другая группа бывших жен МСАЗ с позиций суицидологической практики, что требует дальнейшего изучения.

Заключение

Резюмируя вышесказанное, можно утверждать, что после развода у бывших жен МСАЗ появляются определенные позитивные сдвиги в отношении снижения уровня аутодеструкции, однако развод не является тем нормализующим фактором, который полностью освобождал бы женщин от саморазрушающих форм поведения, тем самым выводя их за рамки интереса суицидологической службы. Развод, к сожалению, не является некоей провитальной панацеей для этой группы женщин.

Аутоагрессивный потенциал группы остается высоким и факт бывшего супружества с МСАЗ является диагностически значимым признаком для суицидологической практики.

Список литературы

1. Авдеев А.А. Браки и разводы в России // Гендерная экспертиза и законодательная политика / В 2-х т., Т. 1 / Ред.-сост. Е.В. Изотова, Е.В. Кочкина, Е.В. Машкова. — М.: Аванти-плюс, 2004. — С. 204—221.
2. Актуальные проблемы семей в России / Под ред. Т.А. Гурко. — М.: Ин-т социологии РАН, 2006. — 223 с.
3. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / Пер. с англ. — М.: Физкультура и спорт, 1997. — 331 с.
4. Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. — М.: Росстат, 2009. — 557 с.
5. Закирова В.М. Развод и насилие в семье — феномены семейного неблагополучия // Социологические исследования. — 2002. — №12. — С. 131—134.
6. Кошкина Е.А. и соавт. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи / Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000. — М.: Российская Ассоциация общественного здоровья, 1998. — С. 233—248.
7. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невроп. и психиатр. — 1994. — Т. 94. — Вып. 1. — С. 51—54.
8. Уайнхолд Б., Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости / Пер. с англ. — М.: Класс, 2008. — 233 с.
9. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. — М., 2000. — 20 с.
10. Schaef A.W. Codependence: Misunderstood-Mistreated. — Perennial library: Harper and Row Publ. — San-Francisco ect., 1986. — 105 p.
11. Ziter M.Z.P. Treating alcoholic families: The resolution of boundary ambiguity // Alcohol. Treat. Quart. — 1989. — Vol. 5, №3—4. — P. 221—233.

THE INFLUENCE OF DIVORCE ON SUICIDAL, NARCOLOGICAL PERSONAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EX-WIVES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE

MERINOV A.V., SHUSTOV D.I.

In the article the influence of divorce and post-divorce state on suicidal and personal-psychological characteristics of wives whose husbands suffer from alcohol dependence has been studied. It has been found out that ex-wives of alcohol dependent men have high indexes of autoaggressive activity after a long period of time after matrimonial separation. In other words, the fact of family disruption and elimination of husband's «pathological» influence is not the factor which completely removes self-destructive patters of behaviour and personal co-dependant types of reaction which existed in the family. Both suicidal and non-suicidal components of autoaggressivebehaviour in ex-wives of men suffering from alcohol dependence have been studied.

Key words: divorce, alcohol dependence, wives of men suffering from alcohol dependence, autoagression

Социологический анализ «анозогнозической¹ установки» наркологов по отношению к наркомании: отечественные и зарубежные реалии

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д. — д.м.н., профессор, директор Института исследований проблем психического здоровья, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета; e-mail: mend@tbit.ru

Приводятся результаты социологического исследования 338 специалистов, оказывающих наркологическую помощь. Сравнивается позиция отечественных и зарубежных наркологов по отношению к наркомании. Демонстрируется тот факт, что при равном числе врачей, декларирующих, что наркомания является заболеванием, требующим медикаментозного лечения, отечественные наркологи, в отличие от иностранных, фактически не признают наркоманию болезнью. Это подтверждается достоверно различным отношением к основополагающим принципам наркологии — необходимости соблюдения принципов конфиденциальности и «информированного согласия», допустимости принудительного лечения и опиоидной заместительной терапии. Отмечается, что признание наркомании заболеванием означает соблюдение всех принципов биомедицинской этики и опору на доказательную медицину при выборе тактики терапии. Делается вывод о том, что у российских наркологов обнаруживается феномен «анозогнозической установки» по отношению к наркомании.

Ключевые слова: наркология, наркомания, доказательная медицина, биоэтика

История наркологии (аддиктологии, аддиктивной медицины) как научной дисциплины насчитывает более сотни лет. Для развития любой науки этот срок считается достаточным для выработки основополагающих принципов и нахождения консенсуса между специалистами по вопросам дефиниций и границ компетенции. Не вызывает сомнений тот факт, что первоочередным для медицинских наук становится принцип солидарности по поводу объекта научных знаний — заболеваний (нозологий) и дифференциации их от проявлений нормы [4, 8, 9, 11, 20, 27]. В сфере нейронаук, особенно психиатрии, вопрос о том, считать ли то или иное психическое отклонение патологическим, т.е. болезненным, был разрешен уже давно. И ни у кого из профессионалов не вызывает сомнений тот факт, что шизофрения или невротические расстройства отвечают критериям заболеваний. Парадоксально, но для современной наркологии XXI века эта проблема по-прежнему остается одной из актуальнейших и дискуссионных. Под сомнение ставится факт биологической (патофизиологической) сущности основных симптомов наркологических заболеваний, в частности аддиктивного влечения и культивируются антинаркологические идеи [3]. Происходит столкновение медицинских подходов с психологическими, философскими и конфессиональными.

С точки зрения D.T. Courtwright [34], процесс медиализации факта злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), происходивший на протяжении десятилетий, несмотря на острую дискуссию завершился в середине 80-х годов XX века принятием новой мировой аддиктологической парадигмы, однозначно признавшей химические формы зависимостей нейропсихиатрической патологией, т.е. болезнью на основании результатов многочисленных научных исследований [32, 33, 37, 39, 41]. Вместе с тем, расширение знаний о механизмах формирования аномального аддиктивного поведения сталкивалось и сталкивается с безразличием общества, подозрением, и, в некоторых случаях, открытым сопротивлением со стороны части политических деятелей, клиницистов и социологов [29, 30, 38]. Кроме того, в зависимости от трактовки понятий «здоровье» и «болезнь» по отношению к наркомании находятся не только вопросы диагностики, но и реальная практическая тактика терапии [24].

В России проблема признания наркологических расстройств болезнями усугубляется тем фактом, что регистрируется скептическое отношение политиков и медицинских чиновников к научным доказательствам в целом, и в сфере наркологии, в частности [12, 15—17, 19, 22, 25, 28]. Помимо этого наблюдается существенное влияние церковных догм и обществен-

¹ В контексте данной статьи термин «анозогнозия» используется как синоним термина «антипсихиатрия» и «антинаркология» и отражает отрицание нозологической сущности наркологических расстройств.

ных традиций на принятие решений в области наркополитики, на деле игнорирующих и блокирующих научную дискуссию и процесс распространения медицинских сведений о химических аддикциях [3].

Известно, что в течение большей части прошлого столетия, ученые, изучавшие механизмы злоупотребления наркотиками, находились в плену мифов и искаженных представлений о природе зависимости. До того, как мировая наука (в частности, американская) начала активно изучать наркологические расстройства в 30-х годах XX столетия, потребители наркотиков признавались морально испорченными и/или безвольными. Эти представления на долгие годы сформировали взгляд общества и государства на процесс злоупотребления ПАВ как на нравственную, а не медицинскую проблему, что привело к акцентированию предпринимаемых мер на карательные, а не на профилактические и терапевтические [35, 40, 42].

Сегодня, благодаря научным исследованиям, проведенным в парадигме доказательной медицины, и инновационным открытиям в области нейropsychиатрии, в частности, при помощи нейровизуализационных, нейрохимических и иных современных подходов, взгляды и общественные ответы на механизм формирования злоупотребления наркотиками и зависимости кардинально изменились. В настоящее время у мирового медицинского сообщества не вызывает сомнений тот факт, что наркомания — хроническое рецидивирующее заболевание, «подобное другим хроническим болезням» [26, 31, 37, 39, 41]. Этой же точки зрения придерживаются политики большинства стран мира, а также профильные комитеты и комиссии ООН [42, 43], формирующие наркополитику.

На деле признавать тот факт, что наркомания является заболеванием означает не только то, что необходимо соглашаться с формальным наличием этой нозологии в рубрификаторе Международной классификации болезней (МКБ), руководствах и учебниках, но и применять стандарты лечения, протоколы ведения больных, базирующиеся исключительно на доказательных научных исследованиях; не рассматривать данную нозологию как острое заболевание и в связи с этим не ставить недостижимых целей терапии, например, полного излечения как единственной цели; не поддерживать иррациональные паранаучные методы «лечения»; рассматривать больных наркоманией как пациентов, обладающих всеми правами больного и неукоснительно применять по отношению к ним биоэтические принципы.

Гипотезой настоящего социологического исследования явилось предположение о том, что у российских и зарубежных специалистов, участвующих в оказании наркологической помощи, существуют кардинально различные взгляды на наркоманию как нейropsychиат-

рическое заболевание, проявляющиеся в дифференцированном отношении к основополагающим аспектам этиологии, патогенеза и терапии. В связи с этим была поставлена и сформулирована цель — с помощью социологического подхода и с использованием соответствующего инструментария изучить специфику отношения отечественных и зарубежных специалистов, участвующих в оказании наркологической помощи, к различным сторонам деятельности врача-нарколога, отражающим отношение к наркомании как к болезни, требующей лечения или как к девиации, требующей перевоспитания человека. Исследование данного вопроса являлось составной частью большого социологического исследования по спорным биоэтическим проблемам современной наркологии [17]. В числе изучавшихся проблем были вопросы, связанные с отношением респондентов к принудительному лечению в наркологии, опиоидной заместительной терапии, допустимости разглашения врачебной тайны (конфиденциальности) и нарушений принципа информированного согласия.

Для проведения социологического обследования была создана анкета, состоявшая из 19 вопросов (русскоязычный и англоязычный варианты). Исследование проводилось анонимно, безвозмездным методом. В качестве респондентов выступили специалисты в области оказания наркологической помощи (врачи-психиатры, наркологи и др.), пожелавшие принять участие в данном исследовании. Анкета была разослана по электронной почте, ответы также принимались по электронной почте. Анкеты рассылались на сайты наркологических диспансеров и центров различных регионов России, кафедр психиатрии, наркологии, психотерапии ВУЗов страны, а также на сайты аддиктологических, психиатрических и медицинских Ассоциаций, кафедр психиатрии Университетов и Центров по лечению зависимостей, расположенных в разных странах мира. Всего было разослано более 1000 анкет (700 по РФ и около 300 по странам мира). Заполненные 264 русскоязычные и 92 англоязычные анкеты были направлены респондентами в адрес исследователей. Были получены заполненные анкеты из 18 стран мира: Австралии, Бельгии, Бразилии, Великобритании, Вьетнама, Германии, Израиля, Италии, Канады, Китая, Латвии, Македонии, Нидерландов, США, Таиланда, Франции, Хорватии, Черногории. Корректно оказались заполненными и вследствие этого подверглись статистической обработке 246 русскоязычных и 92 англоязычные анкеты. Таким образом, выборка составила 338 чел. В исследовании приняли участие 138 мужчин (40,8%) и 200 женщин (59,2%). Стаж работы по профилю колебался от 1 до 25 лет.

Как показали результаты анкетирования, позиции респондентов по отношению к основному для данного исследования вопросу о том, является ли наркомания болезнью, требующей медикаментозного лечения или девиацией, требующей перевоспитания человека, оказались сходными. Подавляющее большинство специалистов высказало мнение о том, что наркомания — это болезнь. Из российской выборки таких оказалось 75,6%, из иностранной — 73,9% (соответственно 16,3 и 8,7% опрошенных не признали наркоманию болезнью).

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой исследования специально анализировались ответы респондентов на вопросы о некоторых аспектах наркологических процедур, которые косвенно могли подтверждать или опровергать их ответы на прямой вопрос о наркомании как о заболевании (таблица).

Как следует из полученных данных социологического исследования, по всем шести вопросам ответы российских и зарубежных специалистов различались достоверно. Это происходило, несмотря на тот факт,

что респонденты сходились во мнении, что «наркомания является заболеванием, требующим медикаментозного лечения, а не перевоспитания пациента».

В частности, 62,6% российских наркологов в противовес 28,3% иностранных посчитали, что наркоманию следует лечить принудительно ($p < 0,001$); только 51,2% по сравнению с 93,5% соответственно высказались в пользу научно обоснованного лечения — заместительной терапии опиоидной зависимости агонистами ($p < 0,001$); 54,5% по сравнению с 30,4% соответственно признали возможность нарушения принципа «информированного согласия» ($p < 0,01$) и 55,7% против 24% соответственно допускали возможность нарушения конфиденциальности ($p < 0,01$).

Таким образом, у отечественных специалистов, оказывающих наркологическую помощь, в отличие от их иностранных коллег были обнаружены существенные противоречия между декларированием того факта, что наркомания является болезнью, требующей медикаментозного лечения, и склонностью фактически отказывать больным в праве на получение такой помощи.

Таблица

Отношение респондентов к наркологическим проблемам

	Российские респонденты (n=246)			Иностранные респонденты (n=92)		
	За	Против	Затруднились с ответом	За	Против	Затруднились с ответом
Допустимость внедрения принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманией по медицинским показаниям	62,6%***	29,3%	8,1%	28,3%	71,7%	0%
Отношение к идее внедрения заместительной терапии наркомании, предполагающей назначение больным наркоманией по медицинским показаниям наркосодержащих лекарств	51,2%***	31,3%	17,5%	93,5%	4,3%	2,2%
Допустимость профилактики инъекционного пути передачи ВИЧ среди наркозависимых с помощью расширения доступа наркопотребителей к обмену использованных игл и шприцев на новые	73,5%*	16,7%	9,8%	87,0%	8,7%	4,3%
Отношение к идее узаконивания принудительного (обязательного) тестирования студентов и школьников на предмет выявления и предупреждения наркомании	47,2%***	39,0%	13,8%	19,6%	69,5%	10,9%
Отношение к тому, что принцип информированного согласия должен иметь исключения в наркологии	54,5%**	34,6%	10,9%	30,4%	56,5%	10,9%
Допустимость того, чтобы сведения о наркологически больных передавались в правоохранительные органы в целях поддержания безопасности в обществе	55,7%**	35,4%	8,9%	24,0%	63,0%	13,0%
Отношение к наркомании как к болезни, требующей медикаментозного лечения, а не как к девиантному поведению, требующему перевоспитания	75,6%	16,3%	8,1%	73,9%	8,7%	17,4%

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$

На деле российские наркологи не признавали больных наркоманией больными в полном смысле этого термина, поскольку они допускали игнорирование основополагающих принципов биоэтики по отношению к ним. То есть позволительно признать, что одной из тенденций российской наркологии является поощрение нарушения принципа конфиденциальности при декларировании его незыблемости. По данным социологического исследования потребителей инъекционных наркотиков [18] нарушение конфиденциальности в отечественной наркологии является «скорее правилом, чем исключением». Каждый третий пациент (34%) сталкивался с разглашением тайны своего диагноза. По мнению опрошенных, чаще всего информация о диагнозе передавалась из наркодиспансеров сотрудникам милиции (52,5%) и родственникам (49,8%), реже — по месту учебы (5,0%) и работы (4,5%). В течение последнего года в различных регионах страны состоящие на учете наркобольные в массовом порядке были лишены прав на вождение автомобиля только на основании факта нахождения на диспансерном учете. Сведения о больных были переданы в правоохранительные органы без согласия пациентов с грубым нарушением этико-деонтологических принципов.

Сходный «биоэтический нигилизм» и антинаркологические установки были зарегистрированы при оценке отношения респондентов к необходимости соблюдения принципа «информированного согласия», вокруг которого до настоящего времени ведется дискуссия [1, 22]. Проблема реализации принципа «информированного согласия» в российской наркологии заключается в том, что больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи либо не получает всего объема информации, необходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде. В первую очередь это относится к практике т.н. «кодирования», при котором информированное согласие строится на предоставлении пациенту врачом ложных данных о сути (механизмах) действия этой методики [12—14, 21]. Больного ставят в известность о том, что ему будет «введено вещество, блокирующее опиоидные рецепторы» или «будет изменена деятельность его головного мозга, которая снимет тягу к психоактивному веществу» или произойдет «кодирование на дозу» или «разрушится подсознательный образ болезни». Реализация информированного согласия в подобных случаях заключается в том, что пациент подписывает бумагу, в которой подтверждает согласие, что в случае добровольного нарушения им режима и принятия дозы спиртного (наркотика) его здоровье может подвергнуться серьезному риску ухудше-

ния вплоть до летального исхода. По этическим соображениям и вследствие ненаучности данная методика запрещена мировым наркологическим сообществом.

Проблема принудительного лечения в наркологии также входит в круг вопросов, на основании которых можно судить о признании врачами наркомании болезнью. Эта проблема в корне отличается от проблемы принудительного лечения в психиатрии или других медицинских областях [10]. Кроме того, проблему принудительного лечения можно рассматривать сквозь призму соблюдения одного из основополагающих принципов современной биоэтики — принципа автономности [36]. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения, посвященных терапии наркомании [43] прямо указывается на то, что «в соответствии с принципом автономности, у пациента должна быть свобода выбора — участвовать или не участвовать в лечении». В ситуациях же, «когда лица осуждены за преступления, связанные с употреблением наркотиков, им может быть предложено лечение в качестве альтернативы уголовному наказанию», однако «такое лечение не считается принудительным». Как показано выше, результаты социологического исследования показали достоверные различия между отношением к допустимости принудительного лечения наркологически больных российских и зарубежных наркологов.

Новой для российских специалистов стала проблема опиоидной заместительной терапии, в последние годы обозначаемой как поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО) [5] и входящей в ВОЗовские стандарты лечения. ПТАО — это назначение больным с опиоидной зависимостью (героиновой наркоманией) в медицинских учреждениях под врачебным контролем обоснованных их наркологическим состоянием строго определенных доз препаратов, являющихся агонистами опиоидов (аналогами наркотических веществ из той же фармакологической группы) [15, 40, 42, 43]. Основоположающим методическим основанием данной терапии является рассмотрение опиоидной зависимости как хронического рецидивирующего заболевания и, как следствие, использование принципа поддерживающей терапии. В многочисленных исследованиях за рубежом, проведенных в последние 40 лет с использованием принципов доказательной медицины, было показано, что ПТАО является эффективным методом лечения, основанном на патогенезе опиоидной зависимости [42, 43].

Как было отмечено выше, по данным социологического исследования мнения по поводу ПТАО российских и зарубежных наркологов достоверно различались ($p < 0,001$). Многие отечественные специалисты не поддерживают данный вид лечения и отдают

приоритет психофармакологической терапии. Кардинальные различия наблюдаются также по критериям оценки эффективности терапии — в российской наркологии единственным критерием является годовая ремиссия, у зарубежных коллег оценка результативности лечения наркомании носит многоосевой характер и включает в себя оценку изменений социального функционирования, приверженности и удержания в лечебных программах, улучшение соматического здоровья, снижение практик рискованного поведения и др. [6, 7, 23].

Таким образом, кардинальные различия отечественных и международных стандартов лечения наркомании основаны на несовпадении взглядов на химическую аддикцию как на хроническое или острое заболевание. Декларации российских наркологов о том, что опиоидная зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием не подтверждается действующими в РФ стандартами лечения.

Результаты проведенного социологического исследования позволяют констатировать, что у российских специалистов, участвующих в оказании наркологической помощи, имеется «анозогнозическое» отношение к наркомании, отличное от позиции мирового наркологического сообщества. Фактически отечественные наркологи не признают однозначно наркоманию болезнью, а рассматривают ее, как и обыватели, с позиции нравственной. Подобная тенденция может указывать на глубочайший кризис современной российской наркологии.

Список литературы

1. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход // Наркология. — 2008. — №1.
2. Альшулер В.Б. Эффективная и доказательная наркология в эпоху ВИЧ: комментарий к конференции // Вопросы наркологии. — 2008. — №2. — С. 3—5.
3. Берестов А. Духовные основы наркомании. /http://www.pravoslavieto.com/docs/berestov.htm#%D0%B4%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B5
4. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
5. Дворяк С.В., Власенко Л.В., Думчев К.В. с соавт. Поддерживающая терапия агонистами опиоидов: Методическое пособие. — Киев, 2010. — 172 с.
6. Зобин М.Л. Можно ли вылечить наркоманию? // Материалы науч. конф. «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии». — Казань, 2004. — С. 147—150.
7. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — СПб., 2009. — 26 с.
8. Иванец Н.Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — С. 7—15, 134—148.
9. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — 128 с.
10. Клименко Т.В. Этические и организационные аспекты недобровольного лечения лиц с наркологическими заболеваниями с учетом национального и зарубежного опыта // Наркология. — 2007. — №7.
11. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Наркология. — 2009. — №8.
12. Крупицкий Е.М. Краткосрочное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиции доказательной медицины // Неврологический вестник. — 2010. — №3. — С. 25—27.
13. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
14. Менделевич В.Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии // Российский психиатрический журнал. — 2004. — №6. — С. 24—29.
15. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. — Казань: Медицина, 2006. — 262 с.
16. Менделевич В.Д. Этика современной наркологии. — Казань: Медицина, 2010. — 218 с.
17. Менделевич В.Д. Альтернативность биоэтических предпочтений российских и иностранных наркологов // Неврологический вестник. — 2011. — №1. — С. 38—46.
18. Олейник С. Наркологическая служба глазами потребителей наркотиков. — Пенза, 2007. — 33 с.
19. Пелипас В.Е. Этические аспекты наркологии // Наркология: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 710—715.
20. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
21. Райхель Е. Применение плацебо в постсоветском периоде: гносеология и значение для лечения алкоголизма в России // Неврологический вестник. — 2010. — №3. — С. 9—24.
22. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
23. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
24. Софронов А.Г. Понятие «здоровье» и «болезнь» в клинике наркоманий // http://www.narcom.ru/cabinet/online/2.html
25. Торбан М.Н., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Хаймер Р. Исследование представлений врачей-наркологов РФ о работе наркологической службы — СПб.: Изд. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. — 59 с.
26. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология / Пер. с англ. — М.: СПб.: БИНОМ, 2000. — 320 с.
27. Чирко В.В., Демина М.В. Наркология — предмет и задачи // Наркология. — 2009. — №4. — С. 70—78.
28. Энтин Г.М., Копоров С.Г. В современной российской наркологии нет парадоксальных принципов, а методики лечения наркологических больных отвечают социально-экономической ситуации в стране и по эффективности не уступают зарубежным // Наркология. — 2005. — №6. — С. 61—68.
29. Angell M. Drug companies and doctors: A story of corruption // New York Review of Books 56. — 2009 (15 January). — P. 8—12.
30. Campbell N.D. Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research. — Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2007.
31. Carter A., Capps B., Hall W. Addiction neurobiology: Ethical and social implications. — Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009.
32. Condon T.P. Reflecting on 30 years of research: A look at how NIDA has advanced the research, prevention, and treatment of

drug abuse and addiction // Behavioral Healthcare. — 2006. — Vol. 26 (May). — P. 14—16.

33. Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. — Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2007.

34. Courtwright D.T. The NIDA brain disease paradigm: History, resistance and spinoffs // BioSocieties. — 2010. — Vol. 5, №1. — P. 137—147.

35. DeGrandpre R. The Cult of Pharmacology: How America Became the World's Most Troubled Drug Culture. — Durham, NC: Duke University Press, 2006.

36. Foddy B., Savulescu J. Addiction and autonomy: Can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction? // Bioethics. — 2006. — Vol. 20 (1). — P. 1—15.

37. Kreek M.J. The addict as a patient / Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B., Langrod J.G. (Eds.) // Substance abuse: A comprehensive textbook (P. 997—1009). — Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

38. Kuhar M. Contributions of basic science to understanding addiction // BioSocieties. — 2010. — Vol. 5(1). — P. 25—35.

39. Leshner A.I. Addiction is a brain disease // Issues in Science and Technology Online. — 2001, <http://www.issues.org/17.3/leshner.htm>.

40. Mendelevich V. Bioethical preferences of supporters and opponents of agonist opioid therapy in Russia // Heroin Addiction and Related Clinical Problems. — 2010. — Vol. 12(3). — P. 33—38.

41. National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction, revised edn. — Washington DC: National Institute on Drug Abuse, 2008.

42. UNODC, WHO. Principles of drug dependence treatment. — Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2008.

43. WHO: guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. — Geneva, 2009. — 123 p.

THE SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF «ATTITUDE OF ANOZOGNOSIA» OF EXPERTS IN NARCOLOGY IN RELATION TO THE DRUG ADDICTION: DOMESTIC AND FOREIGN REALITIES

MENDELEVICH V.D.

dr. med. sci., professor.

Head of Chair of Medical and General Psychology, Kazan State Medical University.

e-mail: mend@tbit.ru

In article results of sociological research of 338 experts in narcology are resulted. The position of Russian and foreign experts in narcology in relation to a drug addiction is compared. That fact is shown that at equal number of the doctors declaring that the drug addiction is the disease demanding medicamentous treatment, domestic experts in narcology unlike foreign actually do not recognise a drug addiction as illness. It proves to be true authentically various relation to basic principles of narcology — necessities of observance of principles of confidentiality and «the informed consent», admissibilities of compulsory treatment and opioid substitution therapy. It is noticed that the recognition of a drug addiction as disease means observance of all principles of biomedical ethics and a support on evidence-based medicine at a choice of tactics of therapy. The conclusion that the phenomenon is found out in the Russian experts in narcology «attitude of anozognosia» in relation to a drug addiction becomes.

Key words: narcology, drug addiction, evidence-based medicine, bioethics

Круглый стол **”Противодействие наркомании —** **важнейший элемент безопасности России”.** **Государственная дума, 22 ноября 2010 г.**

Н.В. Гончаров, член комитета Государственной думы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству: 9 июня 2010 г. Указом Президента была утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. В основе концепции содержатся предложения, имеющие особое значение для повышения эффективности мер, направленных на сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной, реабилитационной работы, за счет консолидации усилий и ресурсов всего общества, органов государственной власти всех уровней, общественных объединений и организаций.

Сегодня мы видим отсутствие государственной системы мониторинга развития наркоситуации или ее недостатки, следствием чего является недостаточно эффективная профилактическая деятельность, медицинская помощь, медико-социальная реабилитация больных наркоманией. Более того, в настоящее время недостаточно используется потенциал общественных организаций. В разных регионах России все выглядит по-разному, начиная от статистики, связанной с этой проблемой, заканчивая усилиями федеральных и региональных властей, различных общественных организаций.

Нам необходимо в определенной степени пересмотреть отношение к системе реабилитации лиц, больных наркоманией, необходимо разработать механизмы социального партнерства между государственными структурами, российскими корпорациями и компаниями, общественными объединениями. Возможно, найти более прогрессивный метод, дав возможность общественным объединениям приступить к некоторым саморегулируемым процессам. Не всегда законодательным путем можно обеспечить достаточный уровень контроля за системой реабилитации лиц, больных наркоманией. В связи с этим — это мнение, необходимо ввести в этой области институт саморегулируемых организаций. Это также необходимо и для того, чтобы такие организации имели свои стандарты и совершенствовали свое воздействие на институты в сфере реабилитации больных наркоманией, что, в бу-

дущем, как мы рассчитываем и надеемся, будет способствовать созданию современной системы лечения и современной системы реабилитации, приближающейся по соответствующим показателям к странам Европейского Сообщества. Так, процент потребляющих опиаты в Швеции, Финляндии, Германии — а это, практически, центр Европы, как минимум в 8 раз ниже российского.

Наркомания связана и с проблемами демографии — сокращением рождаемости, увеличением смертности. Как подсказывает клиническая практика, «подсевшие» на героин умирают через 5—7 лет после начала его систематического приема. Это означает, что Россия, только по официальным данным, от приема наркотиков ежегодно теряет до 10 тыс. чел. Однако, по экспертным оценкам, эта цифра составляет около 30 тыс. чел., а возможно, учитывая разброс, мы достаточной четкой цифры на сегодня в этой сфере не имеем. Но, тем не менее, цифра очень внушительная. В подавляющем большинстве случаев это — молодые, работоспособные, активные люди.

Угроза растущей наркотизации населения страны проявляется в различных международных сферах. Транснациональная преступность, международный терроризм, структура государственного управления — все несет серьезный ущерб и общество теряет и в экономике, и в системе государственного управления, а также в социальной сфере. Это рост смертности, рост заболеваний, сопутствующих употреблению наркотиков, углубление социального расслоения общества, демографический спад и ряд других вопросов, которые очень остро влияют на сегодняшнюю жизнь в России.

Отсутствие единого подхода к системе учета распространённости наркомании и ее последствий мешает объединить усилия ведомств и организаций, призванных вести борьбу с ней, сконцентрировать все силы на реализации антинаркотической политики. Основная тяжесть борьбы с наркоманией пока что ложится на плечи государства. Оно осуществляет правовые санкции против преступников — наркопроизводителей, наркоторговцев, сбытчиков, предпринимает меры по обнаружению мест производства нарко-

Источник: информационно-публицистический портал "Нет — Наркотикам". www.narkotiki.ru

тических средств и их локализации, перекрывает транши поставок. За последние 5 лет за незаконный оборот наркотиков в нашей стране осуждалось около полумиллиона человек.

Вместе с тем, реализация такого подхода к антинаркотической борьбе возможна лишь при интенсивном взаимодействии органов государственной власти и общественных структур. Ни одна глобальная проблема не решается одними лишь запретительными мерами. Мы все это знаем и понимаем, что такую задачу нам надо решать в комплексе, с учетом высказываемых на круглом столе предложений и замечаний. Я думаю, что мы рекомендуем Государственной думе — это можно рассматривать как предложение — обеспечить подготовку законопроекта, который не только предусмотрит ужесточение административной, а также уголовной ответственности за правонарушения и преступления в области оборота наркотических средств, психотропных веществ, а также их прекурсоров, но и законодательно закрепит регулирование деятельности общественных объединений в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков, реабилитации больных наркоманией, в том числе обеспечит возможность их добровольного объединения в саморегулируемые организации общественных объединений. России есть такие примеры, вы слышите о них, читаете в средствах массовой информации, а некоторые, возможно, имели прямое отношение к этим вопросам.

Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, совместно с Государственным антинаркотическим комитетом, необходимо провести мониторинг деятельности общественных объединений в сфере борьбы с наркоманией, профилактики и реабилитации больных наркоманией. Совместно с общественными объединениями обеспечить направления совершенствования системы профилактической и реабилитационной работы в рамках Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации. Она достаточно долгосрочна — практически на 10 лет, до 2020 г. Вопрос очень серьезный и требует серьезных консультаций и обсуждения.

Уважаемые коллеги, в нашей работе участвуют представители и федеральных структур, и общественных организаций, средств массовой информации. Я хотел бы сейчас дать возможность высказаться Селезневу Валерию Сергеевичу.

В.С. Селезнев, депутат Государственной думы Российской Федерации, член фракции ЛДПР, член комитета Государственной думы по международным делам: Насколько я понимаю, на выступление мне отводится пять минут. Я постараюсь, конечно, уложиться в них, но прошу аудиторию не оби-

жаться, если прозвучат некие резкие оценки ситуации, которая, на мой взгляд, сложилась по проблематике «круглого стола».

Почему я не мог не прийти на этот «круглый стол»? Потому что меня эта проблема беспокоит как минимум дважды: как члена комитета по международным делам, который видит, что предпринимается в международно-договорной сфере, и что мы с этого имеем, и как сопредседателя межфракционного депутатского объединения по делам инвалидов. Понятно, что наркомания ведет к двум последствиям — это смертность и инвалидность с последующей смертностью. Я хочу начать с того, что почитал статистику и понял, что количество наркоманов в стране не увеличивается. Почему? Потому что наркоманы долго не живут. Они умирают, и, поэтому, за последний год нам с радостью доложили, что количество наркоманов в стране не увеличилось, и эта «лукавая цифра» дает ощущение того, что мы эффективно боремся с наркоманией. Нет, просто увеличилась смертность наркоманов и снизился возраст умирающего наркомана.

Средний возраст умирающего наркомана по данным на 2009 г. — 28 лет. Представьте себе, если бы ежегодно не умирало 30 000 наркоманов — это официальная статистика, а я думаю, что она немножко лукавит, то тогда у нас средняя продолжительность жизни по стране была бы не 60—65 лет, а гораздо выше. Мы, наверное, должны перестать говорить о том, как хорошо было бы бороться с наркоманией и какие положительные эффекты это бы дало с точки зрения экономической, социальной и демографической ситуации.

Что касается принятия действенных законов, то здесь я с основным докладчиком совершенно согласен. Потому что у нас сейчас есть некая раздробленная, не связанная между собой последовательность действий инициатива, которая не превращается в ту госполитику, о которой говорил Президент и о которой говорил основной докладчик. Что меня волнует? Это системность подхода наших «друзей» к уничтожению нашей нации. Я сейчас приведу некоторые примеры. Первый пример — Афганистан. Наши парней за всю так называемую «афганскую кампанию» там погибло порядка 20 000 чел. На сегодняшний день, по оценкам различных экспертов, в стране от афганского наркотрафика ежегодно умирает до 30 000 чел., — т.е. в полтора раза больше, чем за всю афганскую войну.

Что мы делаем, как мы препятствуем афганскому наркотрафику? Да никак. На сегодняшний день мы не используем те возможности, которые нам дают страны НАТО. Страны НАТО время от времени запрашивают у нас все новые и новые послабления для своих воздушных и наземных коридоров, чтобы

можно было транспортировать в Афганистан своих военнослужащих и грузы. Буквально на этой неделе мы будем обсуждать в Комитете по международным делам ратификацию двух очередных соглашений по воздушному транзиту Франция—Афганистан и Испания—Афганистан, и ничего мы с этого не получаем. Они не борются в Афганистане с тем наркотрафиком, который потом идет к нам через Узбекистан. Мы спрашиваем — почему не борются? Это достаточно закрытая информация, но к чему ее скрывать? Они говорят: мы не хотим бороться с тамошними наркобаронами, потому что не хотим, чтобы они потом стреляли в спину нашим солдатам. Послушайте, но если вы не хотите бороться, почему мы должны там вам помогать? Что вы в конце концов делаете в Афганистане? Устанавливаете там свой режим или помогаете восстанавливаться экономике Афганистана? Если вы помогаете восстанавливаться экономике Афганистана и боретесь с двумя основными вещами — наркотрафиком и терроризмом, то у нас не видно эффекта от этой борьбы.

Второй международный пример. Это может показаться странным, но я улавливаю какую-то тенденцию. БАДы. Откуда у нас идут БАДы? В основном из Китая, Таиланда и других стран, которые контролируются так называемой «китайской ОПГ». БАДы своей целью имеют достижение здоровья и красоты, чтобы девушки были худенькие. Да простят меня присутствующие здесь женщины и девушки — все они в основном красивые. Известна теория, что от красивых рождаются красивые и умные дети. Так вот, это целенаправленная акция с тем, чтобы наши красивые девушки, пытаясь сделать себя еще красивее, употребляли эти БАДы. Наша медицина и ФСКН знают, к чему приводит употребление БАДов. Оно приводит к постепенному привыканию, дальше к наркозависимости и употреблению более стойких наркотиков.

Третье: энергетические напитки. Сколько мы с вами говорим о таких напитках, как «Ягуар»? Каждый день с различных площадок о том, что такие напитки надо запретить. Уже зафиксированы многочисленные случаи, в больнице Боткина умирают люди от напитка «Ягуар» и других энергетических напитков. Мы их почему-то все равно приветствуем и реклама от них идет. В то же время мы принимаем закон о социальной рекламе, в первом чтении у нас прошел закон о социальной рекламе и ее поддержке в плане благотворительности. Я не удивлюсь, если под эту рекламу попадут такие напитки, как «Ягуар». Под брендом «Ягуар» напишут «За здоровый образ жизни» и это будет считаться социальной рекламой.

Что я предлагаю? Более эффективно бороться не на словах, а на деле. Недаром «круглый стол» орга-

низован именно Комитетом Госдумы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству. Это не «круглый стол» комитета по здравоохранению. Во вступлении, да простит меня Николай Владимирович, прозвучало больше о медицине, о реабилитации и о последствиях. Надо бороться и пресекать на корню. У нас где начинается наркомания? Слава Богу, в детском садике еще нет, но в школе начинается. Потом она культивируется в средних и высших учебных заведениях. У нас с вами включено наличие у преподавателя и вообще у всех тех, кто работает с детьми в школах и вузах, справки из наркодиспансера о том, что он не является наркозависимым, о том, что он не имел судимостей, связанных с этими статьями? Нет у нас такого положения. А между тем, днем он может преподавать, вечером он может через любимых студентов распространять эту заразу. Всем известно, что наркотик — это высокодоходный товар, и люди ни перед чем не останавливаются. Поэтому я предлагаю рассмотреть этот вопрос на «круглом столе» и внести это в законодательном порядке в обязательные условия.

Далее — создание негосударственных фондов, которые бы могли реально действовать, может быть на базе предлагаемых СРО — это хорошая идея. Саморегулируемые организации, на мой взгляд, скорее позволят навести порядок в этой сфере, потому что кто стоит у истоков саморегулируемых организаций? Надеюсь и знаю, что у истоков саморегулируемых некоммерческих партнерств и организаций стоят люди, которые столкнулись с проблемой наркомании в жизни. Это могут быть мамочки, которые видят, как они теряют, или уже потеряли, не дай Бог, своих детей, это те люди, которые пропускают через себя боль наркомании каждый день, и кому, как не им, дать возможность бороться с этим явлением. Но, когда я говорил с Каландой из Госнарконоконтроля, и спросил у него, куда деваются деньги, которые они получают от конфискатов, он сначала даже не понял моего вопроса и сказал, что они конфискаты не продают, а уничтожают. Неужели он думает, что в Государственной думе не понимают, задавая этот вопрос, что конфискаты в виде наркотиков уничтожаются? Понимаем прекрасно. Он не понял моего вопроса. Я ему потом объяснил, что речь идет о деньгах, которые они получают за конфискованное имущество ненаркотического типа, которое конфискуется по результатам судебных решений у тех, кто вовлечен в незаконный оборот психотропных и наркотических веществ. Он сказал, что эти деньги уходят в бюджет.

У меня есть конкретное предложение, которое надо законодательно закрепить. Все штрафы, все сборы и все деньги, получаемые от этого ненаркотического конфиската, должны идти в бюджет и расходоваться

целевой строкой на профилактику и реабилитацию наркомании. Вот тогда мы чего-то будем добиваться на деле. Насколько я понимаю, мое время истекло, благодарю за то, что мне предоставили слово, и прошу извинения за столь резкие оценки. Наболело.

Н.В. Гончаров: Спасибо, Владимир Сергеевич. Та «красная линия», которая вызывает тревогу, понятна всем, кто сегодня принимает участие в нашем «круглом столе». Мы прекрасно понимаем, что одними правоприменительными мерами избавиться можно только от закоренелых наркоманов, сбывчиков, распространителей. А есть механизмы, которые вовлекают в это дело незаметно и плавно — не зря сегодня упомянули об энергетических напитках, которые вызывают зависимость у сегодняшней молодежи. Учитывая возможность для развлечений, танцев до утра и подпитки организма, чтобы выдержать этот марафон, они просто заставляют молодежь употреблять то, что позволяет им чувствовать себя уверенно в этом бешеном темпе. Проблема, к сожалению, на сегодня носит совершенно безобидных вид в виде красивых баночек и бутылочек. БАДы, которыми сейчас многие увлекаются, тоже, не исключено, ослабляют иммунитет, влияют на состояние молодежи. Потому что среди взрослых потребителей наркотиков, тех, кто начал таким образом, найти достаточно сложно. Мы их, как правило, находим в самом юном возрасте. Все начинается от того, что мы не замечаем возможностей влиять на эти негативные процессы с начальных классов. У нас нет того «25 кадра», который не вовлекает, а, наоборот, отталкивает, опережает и останавливает всех, у кого есть желание что-то попробовать. У нас сегодня собрался достаточно представительный круг и специалистов, и людей, которым безразлична эта проблема, поэтому давайте предоставим возможность высказаться тем, кто хотел бы поделиться своими соображениями по этой проблеме.

Г.В. Зазулин, к.ю.н, доцент кафедры конфликтологии СПбГУ: Я более 20 лет занимаюсь проблемой наркоугрозы для нашей страны, и для меня далеко не одно и то же слова «наркомания», «наркопреступность», «наркотическая субкультура/контркультура», «молодежный наркотизм». Мы это все уже давно раздифференцировали, чтобы лучше понимать друг друга. И поэтому, если мы сегодня говорим о наркомании, то я не думаю, что нам стоит говорить о том, что называется «снижение предложения». Не надо сегодня говорить о внешних угрозах — иначе нам просто не хватит времени, которого у нас всего 2 часа. Если мы сейчас начнем все мешать в кучу, то мы мало что сумеем обсудить.

Давайте говорить о внутренних проблемах. Я считаю — очень плохо, что в современной Стратегии, которую только что приняли, нет дифференциации

антинаркотической политики на федеральную, региональную и муниципальную. В результате мы не можем сразу сказать, о каком именно сегменте мы будем говорить. Гораздо удобнее говорить против Афганистана, чем критиковать неэффективность деятельности губернаторов, многие из которых так и не включились, как того хотел Президент, с точки зрения оценки и дифференциации по эффективности своих муниципальных образований. Ведь этого сегодня практически нет, а почему? По ряду причин. В частности, мне бы очень хотелось сказать, чего нет в мониторинге, потому что о мониторинге уже говорили до меня. В мониторинге есть все, что угодно, кроме мониторинга достижения объективных целей. Достижения результатов государственной антинаркотической политики. Это, собственно и есть цель моего выступления. Я приехал для того, чтобы услышать, что неправильно в моем понимании целей. Статья об этом уже была мной опубликована в сборнике ФСКН, но дискуссии пока не получается, так что, может быть, именно здесь было бы уместно услышать ответ.

Я считаю, что, кроме мониторинга наркоситуации, надо, прежде всего, мониторить цель государственной антинаркотической политики. Где она изложена? В Стратегии, к сожалению, она изложена размыто. Она изложена там в виде процесса. А как результат она изложена в статье 4 «Закона о наркотических средствах и психотропных веществах». Фактически она, если говорить не юридическим языком, а смыслодержательно, звучит очень просто — это постепенное сокращение числа активных наркоманов и уменьшение наркопреступности. В связи с этим чрезвычайно важно в мониторингах любого субъекта Российской Федерации в первую очередь мониторить именно эти две вещи: приближаемся мы к заявленным целям или отдаляемся от них. И тогда все что мы высказываем, стремясь к системе, образуется само собой. Потому что у нас будет элемент, центрирующий все вокруг себя, и все займет свое место согласно этой системе.

Афганистан — это проблема федеральной политики России, а сегодня мне хотелось бы поговорить о другом. Конечно, с учетом латентности эти показатели нельзя напрямую заложить в мониторинг, но, когда мы подумали, есть ли такие индикаторы, которые прямо пропорционально связаны с теми показателями, которые указаны в законе, то, действительно, такие данные есть. Первое — если мы хотим, чтобы наркопреступность у нас уменьшалась, а не увеличивалась, то, в конечном счете, надо закладывать административную ответственность. Потому что каждый человек, привлеченный к административной ответственности, прежде всего за потребление, да еще с арестом на 5—10 суток, что сегодня позволяет законо-

дательством — сколько он не совершит приобретенный и сбытов, пока он вырван из незаконного оборота? Вот оно, реальное поражение наркопреступности, вот ее предупреждение. Это первый критерий, который сегодня не учитывается. Он совершенно игнорируется МВД. И ФСКН, а особенно ГАК смирился с этим, и не критикует МВД, что совершенно неправильно, за такую позицию, отсутствие предупреждения наркопреступности.

Второй показатель — это прирост количества наркозависимых, не потребляющих наркотики — прирост устойчивой ремиссии. Как только этот показатель будет заложен, так Минздравсоцразвития понадобятся общественные организации, которые этим занимаются. А пока он не заложен в мониторинг, пока мы этого не наблюдаем — они ему чужды. Минздравсоцразвития ни денег не хочет давать этим организациям, ни работать с ними не желает. У Черлина будет, я считаю, великолепный доклад по созданию системы борьбы со спросом — вдобавок к тем структурам по борьбе с предложением, которые у нас уже есть. Надо создать структуры по борьбе со спросом. Создадим. Не заработают. Начнем сейчас деньги вкладывать в снижение спроса — эффекта не получим и будем еще сильнее деморализованы. А нам надо подумать, на каких условиях давать деньги. Если губернатор включает у себя критерий оценки эффективности антинаркотической политики — давайте дадим ему денег на снижение спроса. Это — наша последняя возможность, мы очень сильно запаздываем в строительстве системы.

Знаете, отчего это происходит? Сначала Черкесов руководил ФСКН, у которой была задача всех координировать, но полномочий на это не имелось. Однако в том, что у него нет таких полномочий, он Президенту не признавался. Ему эти полномочия достались только уже, так сказать, на излете своей деятельности, удалось провести пару заседаний ГАК. Что происходит сегодня, когда, на мой взгляд, ГАК работает более эффективно? Мне хотелось бы высказать «взгляд из общества». Мне кажется, что Минздравсоцразвития, и, прежде всего, Минобр, просто саботируют работу в ГАК. Мы прямо должны сказать: саботируют. К чему это привело? Иванов не может это признать — ни один руководитель не хотел бы это признать. В результате он начинает говорить, что ГАК — это совещательный орган. Обществу не нужен ГАК как совещательный орган. Обществу ГАК нужен, прежде всего, как руководящий орган. И таким он может стать только с нашей поддержкой — если мы станем ареной обсуждений и открытого обсуждения вопросов.

Посмотрите, ни один серьезный, актуальный и острый вопрос не обсуждается публично. Я имею в

виду не только площадки Государственной думы. Полно мест, где можно это обсуждать, но это не обсуждается — вот основная проблема. Перестанем обсуждать — на всем можно ставить крест. Будем так собираться и обсуждать — выйдем из этого положения. Текст своего доклада я прислал, мне бы очень хотелось, чтобы эти показатели по итогам нашего «круглого стола» были рекомендованы для включения в мониторинг — прежде всего, на региональном уровне. Спасибо.

Н.В. Гончаров: В соответствии с действующим законодательством, Георгий Васильевич, у нас ФСКН и является основным государственным представителем в сфере противодействия незаконному обороту наркотиков, и они эту работу выполняют. Может быть, не всегда это получается так, как хотели бы вы, или мы все, решительно влиять на те процессы, которые беспокоят и нас, и вас, но, тем не менее, вся программа их деятельности и государственной политики в этой сфере имеет четкие параметры и очертания. В том числе она затрагивает и ту наркоугрозу, которую озвучил Валерий Сергеевич, потому что у нас ввоз героина происходит именно из Афганистана. Мы все это прекрасно знаем. Россию мировые наркодилеры избрали основным путем поставок этого зелья, поэтому мы не можем этот вопрос обойти и не можем его не затрагивать. Он все время будет дышать нам в спину, избавиться от него мы не сможем. А давать оценку деятельности Госнарконтроля? Есть масса всяких параметров, за которые их можно покритиковать, но нельзя отрицать то, что сегодня основным проводником государственной политики является именно эта федеральная служба.

Вопрос деятельности антинаркотической комиссии — это как раз тот вопрос, по которому можно высказываться, разъяснять друг другу свою позицию и требовать исполнения тех или иных направлений от всех участников этой комиссии. Возможности для беседы там есть достаточно широкие. Хотелось бы также, чтобы в этом обсуждении принимали участие достаточно просвещенные и грамотные, глубоко окупившиеся в эту проблему если не специалисты, то энтузиасты, потому что проблема, действительно, очень серьезная. Мне хотелось бы предоставить возможность высказаться Евлановой Ольге Александровне.

О.А. Евланова, ведущий научный сотрудник отдела проблем прокурорского надзора и укрепления законности в сфере оборота наркотических средств Академии Генеральной прокуратуры РФ: В связи с тем, что время для выступления весьма ограничено, я хочу очень коротко остановиться на пяти основных, на мой взгляд, проблемах противодействия преступности в сфере незаконного оборота наркотических средств. Безусловно, большинство проблем,

которые я сейчас здесь озвучу, касаются правоохранительной деятельности.

Первым, и, на мой взгляд, самым серьезным недостатком страдает противодействие организованным формам наркобизнеса. В 2009 г. из общего числа расследованных преступлений, производство по которым закончено, всего лишь 11,4% составили те, которые совершены организованной группой либо преступным сообществом. Правоохранительные органы до настоящего времени выявляют в основном те организованные преступления, которые совершены группами по предварительному сговору. Как всем известно, это наиболее простые формы преступной деятельности. Меньше выявляется организованных групп, и еще меньше — преступных сообществ. До сих пор сохраняются эти недостатки. Так как все мы знаем, что наркобизнес носит транснациональный организованный характер, то, пока мы не наладим противодействие этим формам организованной преступности, мы не добьемся существенных результатов.

Следующее — сбыт наркотиков. Обычно принято при оценке эффективности деятельности правоохранительных органов ориентироваться на показатели выявления сбыта наркотиков. Да, безусловно, это преступление справедливо признается одним из самых опасных в анализируемой совокупности преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков вообще. За последнее время показатели выявления сбыта значительно выросли и они достаточно высоки. Однако, если мы посмотрим более внимательно на цифры, то мы увидим, что значительная часть этих преступлений в конце года приостанавливается по различным основаниям статьи 208 УПК РФ, среди которых преобладает неустановление лица, подлежащего привлечению в качестве обвиняемого. Это связано с тем, что правоохранительные органы исполняют указание Генеральной прокуратуры — есть совместное указание ФСКН и Генеральной прокуратуры, этот вопрос разрабатывался достаточно долго. Существует указание выделять в отдельное производство дела на неустановленных сбытчиков. По этим неустановленным сбытчикам материалы выделяются, дальше они просто лежат, никаких оперативно-разыскных действий по ним обычно не производится, лицо остается неустановленным и, по итогам года, дело приостанавливается за неустановлением того, кого привлечь в качестве обвиняемого. Таким образом, для иллюстрации могу сказать, что, например, в 2009 г. преступлений, квалифицированных как сбыт наркотических средств окончено расследованием было меньше половины, а именно 48,3%, а в суды направлено еще меньше — 47%.

Третий момент, о котором я хочу сказать — контрабанда. Да, безусловно, афганский наркотрафик —

это большая проблема, с этим сложно не согласиться, но, с другой стороны, территория Афганистана — это территория Афганистана, а у нас своя достаточно большая территория, и проблем на ней достаточно много, чтобы заниматься решением этих вопросов внутри собственной страны. Да, за последние годы с контрабандой есть некоторый рост, улучшение выявления. Например, в 2009 г. по сравнению с 2008 г. выявлено на 19% больше преступлений, связанных с контрабандой наркотиков. Однако, если мы с вами посмотрим по центральным федеральным округам, какова же доля выявленной контрабанды в общем числе преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, то мы увидим, что она очень маленькая. Например, в Северо-Западном федеральном округе за 2009 год доля контрабанды составила 0,7% от всех выявленных преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков, в Приволжском — 0,2%, в Сибирском — 0,4%. И везде показатели примерно такие. Даже если мы с вами возьмем приграничные регионы — такие, например, как Калининградская область, то в 2009 г. зарегистрировано 40 случаев контрабанды, то есть преступлений, предусмотренных статьями 188, части 2, 3 и 4. Это очень мало, поэтому, констатируя рост усилий правоохранительных органов в противодействии контрабанде наркотиков, трудно сказать, соответствуют ли они той масштабности контрабанды, о которой неоднократно заявляло и заявляет руководство ФСКН, в том числе и в связи с афганской наркоугрозой.

Четвертый момент — легализация преступных доходов. Все мы знаем, что основой для подрыва деятельности любой организованной преступной группы, тем более транснациональной организованной преступности, является подрыв их финансовой базы, а именно выявление фактов легализации преступных доходов. В том, что касается легализации преступных доходов от незаконного оборота наркотических средств, все тоже весьма непросто. Так, внесенные в апреле 2010 г. изменения в Уголовный Кодекс по существу декриминализировали большой объем действий, ранее подпадавший под признаки ч. 1 ст. 174.1 Уголовного Кодекса. Увеличили сумму легализованных средств, подпадающих под уголовную ответственность с 1 млн до 6 млн руб. Но, дело в том, что, как все мы знаем, по уголовным делам, связанным со сбытом наркотиков, обычно материальный доход по тем фактам сбыта, которые удается доказать правоохранительным органам, составляет весьма незначительные суммы. Поэтому криминализация только за крупный размер, указанная в части 1 этой статьи, создала еще большие сложности в привлечении этих лиц к уголовной ответственности. Здесь получается двойная сложная ситуация. Если раньше у нас не бы-

ло ограничения по размеру для части 1 этой статьи, то тоже были перегибы, уже в другую сторону — легализацией признавали покупку пачки сигарет после продажи дозы героина. Это, конечно, тоже совершенно недопустимо, но внесение в Уголовный Кодекс подобных изменений имеет двойные последствия — как положительные, так и отрицательные.

И, наконец, пятое, о чем я хотела бы сказать. Об этом уже много говорилось, и еще будет говориться — об огромном масштабе наркотизации населения и росте числа преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения. Да, официально у нас зарегистрировано в учетах 357 759 человек, но уже пять лет назад общее количество лиц, допускающих незаконное потребление наркотиков, оценивалось экспертами почти в 6 миллионов человек, и такая позиция нашла официальное признание в постановлении Правительства РФ по Федеральной целевой программе «Комплексные меры противодействия» о которой здесь уже говорилось. При этом статистические данные и информация врачей-наркологов, о которой, наверное, они здесь еще будут говорить, показывает, что излечивается 5—6% наркоманов. Да и то, по данным Минздравсоцразвития излечившимися считаются лица, которые не употребляли наркотики в течение года. Еще не факт, что они не вернутся к этому потреблению позднее. К тому же, эти 5—6% — это показатель крупных городов, таких, как Москва и Санкт-Петербург. Что же касается регионов, то там отсутствие реабилитационных центров не дает возможности достичь даже таких небольших показателей.

Подводя итог, хочу сказать, что, учитывая специфику преступности рассматриваемого вида, нельзя не сделать вывод о том, что залогом успеха и основой противодействия незаконному обороту наркотиков выступает комплексный подход к решению проблемы, о чем здесь уже говорилось. Это совокупность трех направлений: во-первых, это борьба с преступностью с акцентом внимания на ее организованные формы, во-вторых — это профилактика потребления наркотиков — старая профилактическая система разрушена, а новая фактически еще не создана, третье — лечение и реабилитация лиц, уже имеющих диагноз «наркомания». Обеспечение этого подхода может быть только с привлечением органов государственной власти и общественных структур в совокупности. Силами одной правоохранительной системы решить эту проблему невозможно. Спасибо.

Н.В. Гончаров: Мы как раз и собрались, чтобы на основе всей устрашающей статистики выработать некоторые другие меры и подходы, сформировать другую концепцию, которая, на наш взгляд, работает недостаточно эффективно. Это профилактика, это

медицина, это поведенческие вопросы, просвещение, профессиональное образование — вообще воспрепятствование тем дырам и лазейкам, которые, к сожалению, естественным путем образовались сегодня в вопросах вовлечения в наркоманию нашей молодежи. Эти вопросы нас, конечно, беспокоили и будут беспокоить.

И.И. Гильмутдинов, заместитель председателя комитета Государственной думы по физической культуре и спорту: Скажу кратко, всего несколько предложений. Я и в том созыве был автором ряда законопроектов, связанных с ужесточением мер ответственности в отношении тех, кто распространяет наркотики. Я до сих пор стою на этой позиции и считаю, что в отношении таких людей — я вообще даже не могу назвать их людьми, а также оргпреступности, которая этим делом занимается, и в уголовном и в административном плане необходимо усилить меры ответственности — вдвойне, втройне, вплоть до пожизненного заключения. Я считаю, что к имеющемуся блоку законопроектов надо вернуться. Подобные законы имеются в разных вариантах, внесенные не только нами, но и другими авторами, поэтому я бы попросил Комитет еще раз вернуться к ним, рассмотреть и ужесточить эти меры, потому что иначе будет неправильно.

Второе. Я считаю, что, к сожалению, государство пока мало поддерживает те организации, и, особенно, общественные формирования, которые стараются и борются с этим явлением. В том числе, необходима конкретная поддержка, в том числе финансовая, через грантовый механизм, самих молодежных организаций, которые этим процессом занимаются. Им это удобнее, сама молодежь к таким организациям тянется больше, чем к каким-то взрослым организациям. К сожалению, никакого реального механизма их поддержки сегодня нет. Я надеюсь, что с принятием наших законов, связанных с поддержкой некоммерческих организаций, будет реальная поддержка и со стороны федеральной, и со стороны, как здесь было совершенно верно сказано, муниципальных организаций и региональных властей будут конкретные меры такой поддержки, потому что одному государству это не по плечу.

Третье. Я считаю, что необходимо усилить всю материальную базу тех учреждений, которые занимаются и реабилитацией, и лечением наркозависимых. Направить туда лучших специалистов и дать хорошую заработную плату. Мы же нашли решение, когда у нас была проблема с семейными врачами? Увеличили им заработную плату — существенно ее повысили, и врачи туда пошли. Почему мы не можем дать именно этим специалистам столько, чтобы у них не болела голова о том, как заработать себе на

жизнь? Чтобы лечили, занимались этой проблемой день и ночь. Хорошие специалисты у нас есть, только они работают где угодно, но не там, где они нужны.

Четвертое. Обязательно во всех школах и высших учебных заведениях необходимо провести тесты на употребление наркотиков. В обязательном порядке. Я понимаю — нарушение прав. Но когда речь идет о жизни и судьбе ребенка, тут уже не до меркантильности. И выявлять таких людей. Если мы их не выявляем, то мы заранее закладываем в эту группу — студенческое и школьное сообщество, таких людей, которые их потихоньку привлекут, и понятно, что будет. Таких людей надо изъять, убрать и лечить. Не допускать их к школьным и студенческим сообществам.

Пятое. Понятно, что я, как представитель профильного комитета по физкультуре и спорту не могу не сказать, что надо нам усилить работу по привлечению молодежи к занятиям физической культурой и спортом. Особенно в школах и в студенческой среде. То, чего, я считаю, мы не делали. Возьмем материальную базу наших школ и спортивных залов. Далеко ходить не надо, школа есть здесь рядом. Зайдите в спортзал и посмотрите — там практически ничего нет, кроме оборванного каната. Да и сам зал не стандартный, а какого-то половинного размера. Чем там можно заниматься? И это — в Москве. А как в других городах? Или мы думаем, что родители покупают детям спортивный инвентарь? Особенно в сельской местности — там ни залов нет, ничего нет, чтобы привлечь молодежь к занятиям физкультурой. То же самое и в высших учебных заведениях. Во многих ВУЗах очень слабая материальная база. Понаоткрывали мы ВУЗов, а занятий по физкультуре не проводим, никаких зачетов по этой дисциплине нет, на нее можно не ходить. Практически у нас свыше 50% студентов не посещает занятия физкультурой. Это ненормально. Поэтому ведется работа по созданию целостной системы — это, наверное, не предмет для сегодняшнего разговора. Можно сказать о многом, что на сегодня есть, но, к сожалению, и о еще большем, чего сегодня нет. Нет ни нормальной системы школьного физкультурного воспитания, ни такой же системы для высших учебных заведений. Работы еще много. Спасибо за внимание.

И.И. Батыршин, советник директора ФСКН России: Согласно распоряжению Правительства №466-р от 31 марта 2010 г. в настоящее время создается научно-исследовательский центр ФСКН России, в задачи которого входит научное и аналитическое обеспечение деятельности ФСКН России, Государственного антинаркотического комитета и антинаркотических комиссий субъектов федерации.

Я бы хотел сказать несколько слов о целях и задачах этого центра, как я их вижу. С моей точки зре-

ния, главной задачей центра является проектирование новых антинаркотических практик, систем деятельности по противодействию наркомании, которые бы учитывали как существующие общественные организации, так и государственные органы по борьбе с наркоманией и координировали их деятельность. Условно можно выделить четыре основных направления антинаркотических практик, которые требуют научной и аналитической разработки.

Первое направление — это социальная реабилитация и ресоциализация наркозависимых. В августе этого года, в пансионате «Космонавт» ФСКН России, мы, совместно с несколькими департаментами ФСКН и Институтом демографии, миграции и регионального развития, проводили научно-практическую конференцию «Антинаркотическая политика как инструмент социальной модернизации». На ней мы обсуждали вопрос создания национальной системы реабилитации наркозависимых и их ресоциализации. После этого, в конце октября — начале ноября мы проводили в Нижневартовске вторую конференцию по вопросам социальной реабилитации и ресоциализации, на которой уже дошли до конкретных критериев добровольной сертификации реабилитационных центров и ряда проектных предложений. В целом, я считаю, задачей является создание мощной, целостной, скоординированной системы государства и общества по социальной реабилитации и ресоциализации наркоманов. Потому что сейчас существует около тысячи негосударственных реабилитационных центров и каким-то образом с ними нужно выстраивать взаимодействие. По сути, стоит очень большой вопрос по подготовке кадров для этих центров, очень большой вопрос по обмену опытом, очень большой вопрос по эффективности антинаркотических программ, которые они применяют. Нужно их стандартизировать, нужно вырабатывать новые эффективные программы. С моей точки зрения, нужно предложить некую систему мер по организации деятельности по координации этой социальной реабилитации и ресоциализации.

Здесь же я бы хотел сказать несколько слов о профилактике наркомании. К сожалению, очень часто большой упор делается на профилактику наркомании, но это слово сейчас обозначает все, что угодно. Под этим могут подразумевать и создание каких-то спортивных площадок, и проведение концертов «Рок против наркотиков», что само по себе достаточно смешно — пчелы против меда. Может быть раздача каких-то маек «Мы — против наркотиков». Так что слово «профилактика» сегодня обозначает все и ничего. Мне кажется более важным говорить не о профилактике потребления наркотиков среди подростков, а о социализации этих подростков. Потому что, что такое потребление наркотиков у подростка? Он просто

вырвался из общества, из семьи, из школы, из содержательного досуга. Он не профессионализируется, не получает какой-то профессиональный опыт и из-за этого он потребляет наркотики. Поэтому, если говорить о действенной системе профилактики, то нужно говорить о действенной системе социализации подростков.

Второе направление, которое, я считаю, нужно обязательно учесть, это вопрос обеспечения низовой антинаркотической безопасности — это конкретные школы, подъезды, дворы, дискотеки, на которых торгуют наркотиками. Нужно выстроить систему мер по выявлению этих точек, где продают наркотики и их ликвидации. Очень большой опыт этой работы также существует у разных общественных организаций, например, у существующих в разных городах организаций «Город без наркотиков». По сути, их деятельность, их опыт никак не востребован, не изучен и не проанализирован государственными структурами, и взаимодействие между ними никак не налажено. Можно по-разному относиться к целям и задачам этих организаций, но их эффективность в ряде вопросов, связанных с выявлением этих низовых наркопотребителей, очевидна. Нужно этот опыт изучить, обобщить и, опять же, построить целостную систему, антинаркотическую коалицию государства и общества по выявлению этих низовых продавцов наркотиков.

Третье направление — это вопрос международно-го наркотрафика. Сейчас уже все знают, что героин производится в Афганистане и идет к нам из Афганистана. Вопрос стоит в том, как организовать систему по ликвидации этого наркотрафика. И здесь встает вопрос о том, что наркотрафик из одной страны в другую — это всегда транснациональное явление, это всегда транснациональные группировки, состоящие из представителей нескольких государств. Потому что наркотик в одной стране производится, через другую страну везется и в третьей стране потребляется. То есть, обязательно существует спайка между представителями трех разных государств, и никакое одно государство эту проблему решить не может. Здесь нужно выстраивать систему антинаркотической дипломатии, взаимосвязи между различными государствами. Недавно проведенная ФСКН России совместно с США и правительством Афганистана операция по уничтожению четырех нарколабораторий один из примеров такой эффективной дипломатии. Год назад была создана правительственная комиссия Медведева—Обамы, в которой была рабочая группа по противодействию наркотикам, и эта операция по уничтожению четырех лабораторий, которая была проведена совсем недавно в Афганистане — это пример такой антинаркотической дипломатии. Но в це-

лом система взаимодействия между различными государствами по ликвидации транснационального наркотрафика не выстроена и серьезно никем не прорисована и не проработана. Это — третье направление.

Четвертое направление — это механизмы государственного регулирования в сфере борьбы с наркоманией. Это — законодательные меры, я вижу в материалах «круглого стола» уже предложен ряд законодательных мер, это финансовое и ресурсное обеспечение антинаркотических мероприятий. 11 ноября 2010 г. прошло заседание Правительства, на котором утверждался перечень государственных программ, среди которых, в частности, была и программа по борьбе с наркотиками. С моей точки зрения, очень важный вопрос — это какие мероприятия должны быть вложены в эту государственную программу, как они должны быть сформулированы.

Отвечая на предложение Георгия Васильевича по мониторингу эффективности деятельности, хотел бы сказать, что, мне кажется, что, кроме самого мониторинга эффективности достижения поставленных целей, очень остро стоит вопрос разработки путей достижения целей. Потому что можно сколь угодно долго смотреть, что эти достигли, а эти — не достигли, эти — более эффективно достигли, а эти — менее эффективно достигли. Но нужно все-таки выстроить некую систему действий, предложить ее оргпроект — как различным действующим группам функционировать по достижению тех или иных задач. Спасибо.

Ю.В. Крупнов, директор Института демографии, миграции и регионального развития: Я бы тоже хотел сказать пару слов об опыте нашей работы и сотрудничества с Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, Государственным антинаркотическим комитетом. Как мне кажется, важнейший момент, который уже здесь звучал в предыдущем выступлении Ильнура Ильдаровича — это создание целостного механизма и системы социальной реабилитации и ресоциализации. Здесь, мне кажется, нужно сделать особый акцент, который связан с тем, что традиционно говорят о медико-социальной реабилитации, говорят о решении комплексной задачи. Но при этом, при всем уважении к медикам, к наркологам, к психотерапевтам, которые работают в этой области, нужно признать, что основной провал, основная проблема возникает именно на этапе социальной реабилитации, на этапе ресоциализации.

Это связано со многими причинами. Прежде всего, отсутствует субъект, который за это отвечает. Вторая причина связана с тем, что эти проблемы — возвращение человека в общество, его социальной реабилитации во многом связаны с тем социальным кризисом, который наблюдается в целом в нашей

стране, с той ломкой мировоззренческих платформ, которая у нас происходит. Человек, в принципе, оказывается в ситуации, когда ему нужно во-многом заново сформировать мировоззрение, заново выстроить систему социальных связей. В этой ситуации в нашем обществе оказывается не только наркозависимый, но, в принципе, любой, прежде всего, молодой человек. Это все, естественно, усугубляет проблему, связанную с социальной реабилитацией и ресоциализацией.

Второй момент связан с тем, и это тоже уже отмечалось, что социальной реабилитацией у нас в стране, в основном, занимаются негосударственные, общественные организации. Занимаются на своих основаниях, занимаются очень часто по зову сердца. Есть, конечно, и коммерческие структуры, которые работают в этой области. Но, к сожалению, в течение многих лет внимание государства в этой сфере было достаточно ослаблено, и, соответственно, ослаблен и контроль за этой сферой деятельности. Поэтому, мне кажется, что назрела ситуация, назрели необходимые условия, и понимание ряда специалистов и представителей государства о том, что надо формировать целостную систему социальной реабилитации и ресоциализации. Ее можно назвать национальной системой, потому что, мне кажется, здесь нужно создавать единую систему, которая, по моему взгляду, должна представлять из себя, во-первых, сеть реабилитационных центров, центров социальной реабилитации и ресоциализации и, второе, ряда системных механизмов, которые бы позволили обеспечить деятельность этой сети.

Очень важный момент, как мне кажется, связан с развитием механизма государственного и общественного партнерства. Это связано и с тем, что, пока что, как я уже говорил, этим, к сожалению, занимаются в основном негосударственные центры. Но мне кажется, что нужно прекрасно понимать, что если бы мы сейчас даже поставили себе задачу существенно нарастить наши возможности в этой области, то чисто учрежденческим методом, то есть формированием сети учреждений, здесь, к сожалению, проблему решить не удастся. Мне кажется, очень важно, чтобы те лучшие общественные, негосударственные центры, которые работают в этой сфере, вошли в эту формируемую национальную систему социальной реабилитации и ресоциализации. Да, в тех регионах, где таких центров не хватает, там, безусловно, нужно создавать и учреждения.

Очень важно здесь, мне кажется, опереться не только на те медицинские наркологические учреждения, которых у нас, к сожалению, на самом деле в области реабилитации очень мало. Здесь открываются возможности по созданию учреждений именно в сфере социальной защиты, социального обслуживания. Та-

кие предложения уже есть, в частности, на состоявшейся недавно конференции в Нижневартовске обсуждались инициативы Ханты-Мансийского округа по тому, чтобы департамент социального развития очень серьезно занялся развитием этого звена социальной работы. Тут, мне кажется, предстоит большая работа, и прежде всего она связана с отработкой самих механизмов оценки деятельности. Об этом тоже здесь уже говорилось. Такие попытки разработки системы стандартизации, системы сертификации уже предприняты. Мне кажется, большая работа здесь еще впереди, но главное — создать действующую систему, которая бы позволила нам отобрать те лучшие центры, которые уже работают, и совершенствовать работу этих центров, уже опираясь на помощь государства, опираясь на научно-методический потенциал государства и научного сообщества, опираясь на кадровый потенциал, который уже существует в этих центрах.

Поэтому, мне кажется, что основной акцент должен быть сделан на это, на то, чтобы организовать национальную систему реабилитации и ресоциализации. Если говорить о системных механизмах, которые должны обеспечить эффективность деятельности этой системы в целом, то здесь, мне кажется, очень важна роль антинаркотических комиссий на местах. Потому что, если мы говорим о системе ресоциализации, то это не только деятельность тех реабилитационных центров, я бы даже точнее сказал реабилитационных сообществ, которые уже существуют и этой деятельностью занимаются. Безусловно, на местах необходимо очень серьезное внимание обратить вообще на социальную структуру нашего общества, на те сообщества, которые уже существуют на территориях.

Обычно, когда говорят о реабилитации наркозависимых, прежде всего говорят о терапевтических сообществах. Мне кажется, что нужно говорить о целых сообществах, условно назовем их здоровыми сообществами, они могут быть выстроены по профессиональному принципу. Это могут быть и спортивные сообщества, и различные молодежные волонтерские движения. То есть, те сообщества, которые активно работают на территории, которые являются тем движущим механизмом, который необходимо здесь максимально задействовать и в сфере первичной профилактики, и в сфере реабилитации и ресоциализации. И антинаркотические комиссии на местах должны, конечно, максимально знать эти сообщества, понимать, какие сообщества здесь надо активно поддерживать, чтобы они росли и развивали свою деятельность, и, наоборот, знать о тех сообществах, которые проводят негативную деятельность, деятельность которых нужно контролировать, и, по возможности,

ограничивать. Поэтому здесь, мне кажется, не получится опираться только на работу самих реабилитационных центров, нужна будет более сложная система.

Теперь несколько слов о первичной профилактике. Ильнур Ильдарович здесь уже говорил, что сейчас, к сожалению, первичной профилактикой называется очень разные формы и методы работы. Мне кажется, что очень серьезно должен быть поставлен вопрос воспитания в целом, и роли школы. Безусловно, без возвращения воспитательной роли школы, ничего сделать в области первичной профилактики вообще невозможно. И здесь государство должно проявить государственную волю, а общество и общественные силы помочь государству восстановить воспитательную роль школы. Мне кажется, что без этого никаких успехов достичь нельзя. Школа должна учить, школа должна воспитывать, и тогда можно будет без каких-либо серьезных и специальных затрат на антинаркотические программы справиться с этой бедой. Но это моя точка зрения, с ней, может быть, не все согласятся. А, с точки зрения оценки деятельности региональных органов власти, мне кажется, как раз и должны быть поставлены вопросы и внесены соответствующие критерии эффективности их деятельности связанные с тем, как развивается образовательная инфраструктура — или она деградирует, или она развивается, как развивается культурная инфраструктура в регионе. Если это есть — значит, создаются необходимые условия для того, чтобы эффективно социализировалась и ресоциализировалась наша молодежь. Спасибо.

Н.В. Гончаров: Затронув схему работы территориальных антинаркотических комиссий, вы прекрасно понимаете, что можно взять любую комиссию — антитеррористическую или антинаркотическую — у них единый режим работы. Возглавляет ее губернатор, в состав ее входят, как правило, все министерства или департаменты, имеющие к этому отношение. В данном случае это министерство или департамент образования, здравоохранения, социальный, представитель ФСКН, представитель МВД и так далее. Все они с хорошими усилиями заслушивают «низы», там, где идет работа, где возвращают людей к жизни, где борются с тем, чтобы отучить от наркозависимости.

А фактически школьный блок остался в таком состоянии, что и спроса с него серьезного нет, и помощи им никакой ни от каких структур не получишь. За исключением акцентирования внимания там, где туда загнали школьных участковых, где ввели одного-двух-трех школьных психологов, где можно на ранней стадии что-то выявить и в обязательном порядке отреагировать. Но не все регионы имеют возможность содержать такие штатные единицы и активнейшим образом влиять на возможную антинарко-

тическую ситуацию и обстановку. К сожалению, эти процессы не имеют сегодня определенной вертикали, единых требований, единых норм, единых оценок в этой части.

Ни государство, ни любая другая федеральная структура этот вопрос не осилит, если он не будет заострен и не будет полностью возложен на власти субъектов, на муниципальные власти, которые должны в своей деятельности опираться на задачу, указанную Стратегией. Стратегия до 2020 г. предусматривает эти направления. Есть рабочие группы — не знаю, может ли нам представитель Наркоконтроля рассказать о результатах работы этих групп? Они изучали целый ряд направлений и, или еще находятся в работе, или позволяют уже сделать определенные выводы. Как расставить акценты? Я думаю, что, если территория будет безразлично относиться к этому процессу, то никакую школу ни Министерство образования, ни Наркоконтроль, ни МВД не вытащат из того состояния, куда она может пойти, брошенная на произвол судьбы на месте. Для этого нужны какие-то средства, для этого нужны определенные должности, определенные специалисты, чего там явно не хватает. Я уже не говорю о том, как оборонить эту школу теми социальными привилегиями, к которым она сегодня имеет прямое отношение — здоровье, спорт, интересы, которые сегодня детям очень важны. Надо не только компьютер в классе подключить к Интернету — должно быть что-то живое, чтобы отвлекать их оттуда, куда их очень легко вовлекают наркосбытчики. Одно увеселительное заведение за десять километров заставит всю школу пешком туда топать. Когда мы говорим, что нужно идти в спортзал, их никто не может заставить туда пойти. Нет объединенных усилий ни родителей, ни общественных организаций, ни вообще постановки такого вопроса.

В.А. Черлин, Заместитель директора Межрегиональной ассоциации НКО по решению проблем наркомании и алкоголизма «Северо-Запад», г. Санкт-Петербург: Разговор пошел таким образом, что то, что я сейчас хочу сказать, просто просится. Мне бы хотелось затронуть самые общие, структурные аспекты организации деятельности по снижению спроса на наркотики.

Если мы с вами построим любую, самую разумную, самую логичную систему, то оценивать ее мы будем все равно по результатам, по тому, что она делает. И, если мы с вами люди разумные, то если мы посмотрим на систему снижения спроса на наркотики не по частям, а в целом, то мы должны объективно сказать, что она работает крайне малоэффективно. Это если мы будем судить не по количеству десятков тонн изъятых наркотиков, а по количеству людей, которые в это вовлечены и ежегодно погибают от

употребления наркотиков. Вот тогда мы увидим, что, действительно, эффективность крайне мала.

Мало того, существующая сейчас система эффективнее работать вообще не сможет. Это совершенно точно. И у этого положения есть несколько важных причин. Первое — это то, что детально не разработана государственная политика, которая бы четко определила принципы правового, административного, организационного и функционального построения системы противодействия спросу на наркотики. Структуры снижения предложения наркотиков действуют достаточно успешно. Структуры снижения спроса на наркотики работают крайне неэффективно. А это — чрезвычайно важно. Потому что, даже если произойдет такая фантастическая ситуация и мы полностью перекроем канал поступления того же героина из Афганистана, я вас уверяю, что пройдет год — и у нас будет еще больше наркотиков, уже своих. Если есть спрос, будет и предложение.

Структуры, которые должны заниматься спросом на наркотики, разобщены, у них нет эффективного механизма координации, поскольку они находятся в разных государственных ведомствах и у них совершенно разные ведомственные интересы. Деятельность негосударственных структур, к сожалению, тоже пока мало структурирована, мало организована системно и, по большому счету, конечно, в этой области пока царит неразбериха. Кроме того, в Стратегии государственной антинаркотической политики основная часть работы по сопротивлению спросу на наркотики вновь, как и прежде, отведена медицинским структурам с достаточно неопределенным тезисом о том, что общественные организации имеют право участвовать в этой деятельности. Но, во-первых, зарубежный и отечественный опыт четко доказывает, что наиважнейшая часть этой работы — не медицинская, а психолого-социальная. В общей структуре антинаркотической помощи медицинская часть должна была бы составлять всего около 10%, и так именно и обстоит дело в большинстве стран, где это успешно применяется. Мало того, медицинская помощь сама по себе дает результативность всего 2—5%. Это официальные данные. Несмотря на это, в существующей структуре именно на эту сферу выделяется подавляющая часть финансовых средств.

Во-вторых, мировой и отечественный опыт показывает, что противодействием спросу на наркотики, профилактикой, реабилитацией и ресоциализацией наиболее успешно, по совершенно объективным причинам, занимаются и должны заниматься в первую очередь негосударственные организации — на 75—80%. Результативность их работы обычно достигает 25—85% и более, это против 2—5% медицинских. Объективность причин, по которым негосу-

дарственные организации делают эту работу намного эффективнее государственных, связана с природой болезни, особенностями психологии зависимых и спецификой работы негосударственных организаций. Это — объективные причины.

При этом деятельность негосударственного сектора в этой сфере критически мало поддерживается государством. Также критически недостаточно развито взаимодействие государства с практиками в области противодействия спросу на наркотики на стадии разработки стратегических проектов и тактических программ. И наконец, конечно, в России огромная коррупционная емкость этой деятельности, поэтому, даже та правовая база, что существует, практически не используется. Таким образом, разобщенность структур, ведущих деятельность по снижению спроса на наркотики, не дает возможности создать, координировать и поддерживать эффективно работающий механизм противодействия.

Какой из этого должен быть вывод? Необходимо кардинальное усиление деятельности по снижению спроса на наркотики. При этом попытки модернизировать современную систему, которая, по своей сути, не несет в себе эффективного механизма противодействия спросу, не могут привести к усилению результативности этой деятельности. Поэтому в России, я в этом глубоко уверен, совершенно необходимо как можно оперативнее создать новую, эффективную, централизованную государственную структуру по организации, координации, управлению и контролю над деятельностью по снижению спроса на наркотики, ответственную за эту деятельность и функционально объединяющую в себе и негосударственный и государственный сектора.

Система мер по сокращению спроса на наркотики должна представлять собой совершенно четкую функциональную цепочку. Это первичная профилактика — в нее включается целый ряд совершенно определенных вещей, которые должны рассматриваться как первичная профилактика. Это оказание первичной информационно-консультативной помощи, это оказание наркологической помощи больным наркоманией, это психолого-социальная реабилитация больных наркоманией, их близких и семей. Это социальная адаптация и психолого-социальное сопровождение и поддержка больных наркоманией и их семей. Эта цепочка действует только целиком. Из нее ни одного звена нельзя вытащить, тогда она перестает нормально работать.

Структура, ответственная за снижение спроса на наркотики, должна выполнять следующие функции: исполнение и совершенствование государственной политики в этой сфере; организация работ по координации и контролю над деятельностью разных частей

этой системы; прямое руководство деятельностью тех частей системы, которые находятся в ее непосредственном подчинении, то есть государственный сектор; регулирование и помощь, посредством различных механизмов, в деятельности тех частей системы, которые не находятся в ее непосредственном подчинении — это негосударственный сектор; определение вариантов деятельности в каждом звене функциональной цепи; разработка и реализация системы государственной поддержки, в том числе финансовой, каждого звена этой общей функциональной цепи; нормативно-правовое регулирование, обучение, сертификация и лицензирование программ и специалистов; мониторинг эффективности деятельности системы целиком. Эта структура должна обладать следующими важнейшими свойствами — это, на мой взгляд, очень важно. Именно в России она возможна только в виде единой системы с жесткой вертикалью управления. Именно в России без этого ничего не получится. И недопустимо основывать эту систему на таких формах, как межведомственные и прочие комиссии. Они могут быть очень важны, но они важны как часть системы. Всю систему они заменить не могут.

Затем, профилактику наркомании и алкоголизма, безусловно, надо объединить воедино. Профилактика — это единая проблема. Противодействие спросу на наркотики должно быть комплексным, признающим наркоманию как болезнь, имеющую биопсихосоциодуховную или культурную, если хотите, природу. Противодействие должно все эти аспекты обязательно затрагивать. В работу непременно должны быть включены как части единого механизма и государственные и негосударственные организации, поскольку, как я говорил, по ряду совершенно объективных причин, негосударственные организации именно в данной сфере деятельности оказываются более эффективными, чем государственные.

Далее, на мой взгляд, очень важный пункт. Организационная, административная помощь и поддержка, а также финансирование должны стать со стороны государства средствами централизованного регулирования системы в целом — и государственного, и негосударственного секторов. Это совершенно реальная система управления. Какие ресурсы у нас есть для этого? Ресурсы есть. Концепция государственной политики есть, основы правовой базы — есть, государственные структуры в разных ведомствах, которые этим занимаются — есть, негосударственные организации в данной сфере — есть, достаточно эффективно работающие сообщества анонимных наркоманов и алкоголиков как система поддержки — есть. Квалифицированные специалисты в данной области есть, но их крайне недостаточно. Харизматичные лидеры, имеющие опыт данной работы в государствен-

ном и негосударственном секторах, которые могли бы стать центрами кристаллизации этой новой системы — тоже есть. Варианты основных нормативных документов — стандартов и программ, с которыми можно уже начинать работать — тоже есть.

Чего не хватает? Детально проработанной правовой базы. Единой централизованной структуры, ответственной за деятельность системы противодействия спросу на наркотики. Условий для самоорганизации системы, эти условия надо создавать, помогать системе самоорганизовываться. Достаточного количества негосударственных структур, удовлетворяющих критериям необходимого качества и профессионализма. Эффективных механизмов взаимодействия государственного и негосударственного секторов, системы сертифицирования и лицензирования и системы обучения специалистов. И, к сожалению, главное. Пока нет решающей воли руководства страны и органов власти. Воли, которая должна была бы быть направлена на создание новой, реально работающей, а не формальной системы. Пока не видно эффективных шагов в этом направлении.

Я могу здесь обратиться к представителям власти и надеюсь, что мой крик души будет услышан. От вашей позиции, от ваших решений сейчас очень многое зависит. Здесь, во власти, многие важные решения принимаются и реализуются годами, но у нашей страны, у наших детей, которые тонут в этой наркомании, такого времени уже нет. Нам все равно придется создавать такую же или подобную систему. Она должна быть не виртуальная, не политическая, а по-настоящему рабочая, причем не через несколько лет, а уже сейчас. Ложка пока еще дорога к обеду. Спасибо за внимание.

В.К. Доронкин, сотрудник Синодального отдела Московской Патриархии по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, эксперт Общественной Палаты: У нас сегодня идет достаточно хороший, содержательный разговор касательно снижения спроса на наркотики, очень приятно видеть здесь специалистов, с которыми мы все время встречаемся, видимся, друг друга знаем, знаем, что каждый из нас скажет. К сожалению, здесь пустуют кресла представителей других секторов нашего общества — к сожалению, ушли Валерий Сергеевич и другой представитель Государственной думы.

В разговоре, который мы ведем, я целиком поддерживаю Владимира Александровича и Георгия Васильевича Зазулина по поводу критериев эффективности. Но мы все вместе замечательно описываем некий камень, который все мы, здесь присутствующие, столкнуть не можем. Здесь в кулуарах мы со всеми специалистами говорим, и Владимир Александрович

тоже говорит, что должна быть создана какая-то структура, которая сможет. И все говорят, что пока Президент такую структуру не возглавит, ничего не изменится. Мы будем говорить о снижении спроса, о наркоугрозе, наркотрафике и так далее, но надо констатировать, что в обществе сейчас эта тема становится все более и более горячей. Пример — дело Егора Бычкова, другие подобные дела. Я думаю, что это будет нарастать все больше и больше.

По сентябрьским опросам ВЦИОМ, 57% граждан нашей страны основной опасностью для себя видят не голод, не войну, не разруху, а алкоголизм и наркоманию. И против этого, как говорится, никуда не поперешь. И абсолютно точно можно констатировать, что у нас в стране отсутствует социальный заказ на результат деятельности по снижению спроса. Как сказал Георгий Васильевич, нет мониторинга достижения целей. Абсолютно. И прозвучавшие категории увеличения числа наркозависимых с большей ремиссией, уменьшения числа потребляющих наркотики — за эти показатели никто не спрашивает и никто за это не отвечает. Нет субъектов, которые бы этим занимались. За это не отвечает Государственная дума — это не ее дело. Некому спросить с Государственной думы за то, что не приняты законы, о которых мы тут все говорим — то есть, существует некая пустота. Я во всех аудиториях, где мы выступаем, обращаю внимание на отсутствие в нашей понятийной правовой базе понятия социальной реабилитации людей, зависимых от наркомании, алкоголизма. Почему это важно? Почему важно разделять медицинскую и социальную реабилитацию, почему это — разные понятия? Потому что общество не волнует состояние здоровья наркомана, не волнует, как он себя чувствует. Общество волнует место наркомана в обществе и его отношение к этому обществу.

Мое глубокое убеждение, что акцент в работе с зависимыми людьми должен быть смещен в законодательной базе на закон о социальном обслуживании. В нем должен появиться термин «социальная реабилитация», понятие, что это такое. Тогда, как говорит Георгий Васильевич, мы сможем говорить, есть социальная реабилитация или ее нет, сколько социально прореабилитировано. Также сегодня Татьяна Юрьевна будет говорить о методах общественной саморегуляции, и Николай Владимирович сказал о том, что нужно эти методы развивать и усиливать. Но у нас саморегуляция ни в здравоохранении не работает, ни даже в строительстве, с железяками мы не можем эту саморегуляцию ввести. Чего уж тут говорить о душах и судьбах людей — какая там саморегуляция может быть? То есть, ключевые вещи: отсутствие понятия социальной реабилитации, отсутствие системы правового принуждения к этой самой социальной реабили-

тации, отсутствие мониторинга достижения цели, и, в итоге, отсутствие социального заказа.

В заключение хотел бы сказать, что в раздаточных материалах к сегодняшнему «круглому столу» есть наши предложения — проекты поправок к законодательству по социальному обслуживанию, по альтернативному наказанию. На наш взгляд, они могли бы способствовать преодолению правовых пробелов в нашем законодательстве. Причем они не носят радикального характера, и, на мой взгляд, не ведут к увеличению бюджетов и прочим подобным последствиям. Нам нужно хотя бы введение понятий. Спасибо.

Н.В. Гончаров: Спасибо, Валерий Константинович, вы внесли достаточно подробный проект поправок, конечно концентрация или оттачивание тех или иных позиций, их совершенствование, требуются в любом вопросе. Мы, по окончании нашего «круглого стола», конечно, соберем узкий круг специалистов, обменяемся мнениями, сфокусируем все эти вопросы и соберемся вновь. Конечно, нам надо будет это обсуждать.

Т.Ю. Тагиева, Президент Свердловской областной общественной организации «Центр поддержки гражданских инициатив «Открытое общество», г. Екатеринбург, к.ю.н.: Здесь уже упоминали о проблеме саморегулирования, мне хотелось бы немного рассказать о практическом опыте запуска этого механизма. Здесь очень много говорилось о том, что нужно изменить, и я с этим полностью согласна, но мы пытались сделать то, что можно, в той ситуации, которая существует сегодня. Нам хотелось понять, можно вообще что-то сделать, если не меняются принципиальные параметры? Мы исходили из следующего. В рамках модернизации страны в настоящее время взят официальный курс на сокращение участия государства в тех сферах, где его присутствие во всей полноте не является необходимым. Так неоднократно формулировал эту мысль Президент России. И мейнстрим этого курса — развитие системы саморегулирования. С учетом этого сформировавшегося тренда — его, кстати, пытались уже запускать многие — и в банковской сфере, и в строительной отрасли, и в сфере ЖКХ, а сегодня об этом очень много говорят медики.

Мы попытались разработать и реализовать проект, который мы назвали «Развитие саморегулирования в сфере деятельности АННКО, занимающихся социальной реабилитацией». В качестве исходных точек мы опирались на следующие посылы. Механизм саморегулирования осуществляется, основываясь на разработке правил и стандартов предпринимательской и профессиональной деятельности, которые исходят от действующих субъектов соответствующего сообщества и ими же утверждаются. Государство, в

случае развития саморегулирования, в лице уполномоченного органа, об отсутствии которого тут много говорили, формирует национальные стратегии, осуществляет общий надзор за результатами деятельности — о критериях, опять же, говорил Георгий Васильевич, и следит за легитимностью протекающих процессов, обеспечивая, тем самым, единство национальной системы, о чем здесь, опять же, уже было сказано.

Второй посыл, на который мы опирались. Услуги по социальной реабилитации обладают существенной спецификой, они относятся к разряду так называемых «доверительных благ», то есть тех благ, оценка качества услуг по предоставлению которых не может быть произведена сразу после их окончания. Это делает принципиальным то, что для повышения уровня эффективности такого рода услуг принципиально важно, чтобы организации, их производящие, ориентировались не просто на предоставление услуг, но на решение проблем клиентов.

Третий посыл, который был для нас очень важен. Мы понимали суть социальной реабилитации как услуги, которая состоит в создании в ходе реабилитационной программы условий, позволяющих человеку не просто отказаться от употребления наркотиков, а выйти из сферы влияния наркотической субкультуры и вернуться в большой социум. Другими словами, в основе социальной реабилитации лежит процесс изменения ценностных ориентиров наркозависимых через воздействие субкультуры восстанавливающих сообществ.

В рамках первого этапа проекта, который завершился у нас в октябре 2010 г. проведением второй ежегодной конференции российских АННКО, мы ставили следующие цели. Первое — это формирование сообщества антинаркотических некоммерческих организаций, которые заинтересованы в процессе развития саморегулирования. Второе — разработка стандарта АННКО и регистрация соответствующей системы добровольной сертификации. Третье — создание сообщества внутренних аудиторов системы добровольной сертификации, как основы формирования профессионального сообщества сотрудников ННКО и проведение пилотной добровольной сертификации. Четвертое — это развитие системы взаимодействия с заинтересованными сторонами, в которой мы, в свою очередь, среди этих заинтересованных сторон видим органы власти.

Результаты реализации этого этапа сегодня выглядят так. В орбиту нашего проекта в той или иной мере вовлечены лидеры и сотрудники не менее 100 российских антинаркотических организаций. Это те, кто уже в том или ином виде заявили о своем желании участвовать. Разработан стандарт ННКО.

В разработку новых фрагментов стандарта в последнее время активно включились другие организации, он стал реальным инструментом обобщения передового опыта сектора. Зарегистрирована в установленном законом порядке система добровольной сертификации. Сегодня 120 сотрудников ННКО из разных регионов России получили сертификаты внутренних аудиторов системы СДС АННКО. Проведена первая сертификация — это центр «Спасение» в городе Асбесте Свердловской области. Региональная антинаркотическая комиссия Свердловской области положительно оценила опыт применения системы сертификации на основе стандарта АННКО. Инициировано создание региональных координационных советов АННКО в семи регионах. Проведена кампания по ликвидации «закрытых детоксов» в АННКО. Сегодня эта практика у АННКО, вовлеченных в проект, отсутствует. Это то, о чем говорил фонд «Город без наркотиков» как о единственной технологии осуществления реабилитации.

В регионах, включившихся в проект, развиваются механизмы взаимодействия АННКО с властными структурами и другими заинтересованными сторонами. Скоординированы усилия имеющихся в сообществе обучающих центров с целью повышения уровня профессиональной подготовки сотрудников АННКО, выработке профессионального стандарта образования для сотрудников АННКО, мне это представляется очень важным. Проведено две научно-практические конференции российских АННКО. Тема первой — «Нормативно-правовое регулирование АННКО», второй — «Стратегический план развития российских АННКО». Разрабатывается партнерский проект со свердловским региональным отделением «Опоры России» по развитию частного-государственного партнерства в социальной сфере в целом. Мне кажется, что развитие процессов социальной реабилитации должно идти не отдельно, но в русле реформ в социальной сфере в целом. Реализуется партнерский проект с консалтинговой фирмой «Новые коммуникационные системы», которая работает в 70 регионах России, по поддержке проекта в сфере внедрения IT-технологий. Но если говорить об итогах, мы считаем самым ценным итогом то, что в сфере деятельности АННКО удалось инициировать достаточно масштабный и живой процесс, нацеленный на профессионализацию и модернизацию данного сектора.

В настоящее время мы приступили к формированию второго этапа. В связи с этим была подготовлена стартовая версия стратегического проекта «Социальные инновации — 2020», которая сегодня разослана участникам проекта по онлайн-сети с целью получения замечаний и предложений. Поскольку времени

мало, я не буду подробно рассказывать об этом проекте, коснусь только некоторых принципиальных моментов. В частности, хочу отметить, что данный стратегический проект разработан в рамках положений Стратегии государственной антинаркотической политики до 2020 г. В то же время он имеет своей целью конкретизировать то, о чем говорил господин Зазулин, а это очень важно — ввести конкретные критерии исполнения и механизмы исполнения. Общая стратегия не дает необходимой детализации. Цель проекта определена так: «Инновационное развитие реабилитационного пространства, обеспечивающее высокую эффективность помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации в связи с употреблением наркотиков и расширение участия ННКО в государственной системе профилактики наркомании во взаимодействии со всеми заинтересованными сторонами».

Отмечены следующие стратегические направления проекта: создание унифицированной системы подготовки сотрудников — без участия государства это вообще вряд ли возможно сделать; развитие взаимодействия с заинтересованными сторонами; укрепление материальной базы; развитие системы обмена опытом; развитие регионального и межрегионального оперативного взаимодействия в рамках сектора ННКО; формирование инновационных площадок социальной реабилитации; разработка и внедрение эффективных технологий профилактики. Кроме того, подчеркну еще раз, в проекте сделана попытка подробно представить критерии оценки и механизмы реализации стратегии.

По истечении двух лет работы в проекте мы пришли к выводу, что, может быть, самыми важными секторами развития саморегулирования АННКО в данной сфере могут стать, конечно же, регионы, при условии формирования в них в инициативном порядке следующих институтов: центров сертификации; центров профессиональной подготовки и переподготовки сотрудников АННКО; координационных советов АННКО; советов по взаимодействию АННКО с властными структурами и многопрофильных экспертных сообществ, находящихся в оперативном взаимодействии с АННКО. При этом легитимность и стратегическая нацеленность процессов должна, безусловно, обеспечиваться государством. Спасибо за внимание.

Н.В. Гончаров: Спасибо, Татьяна Юрьевна, можно вам как профессионалу задать один вопрос? Скажите пожалуйста, какой слой общества вы считаете на сегодняшний день наиболее важным, чтобы хоть немного потрясти наркозависимость, рожденную на территории Российской Федерации? Что нужно для этого слоя? Я считаю, что основная масса и

основная наша боль на сегодня — это школьный возраст. Туда нацелены усилия наркосбытчиков, где легче всего вовлечь, нанести удар по нашему обществу и нашей социальной базе. Но, в то же время, ничего там организовывать не надо. Есть дом, в котором все это находится. И вокруг него у нас не развито того, о чем мы все сейчас говорим. И мы что, не можем ринуться туда все?

Т.Ю. Тагиева: Вы знаете, мне кажется, что здесь ключевой вопрос — о субкультурности того, что происходит. Вот есть субкультура наркомании — это определенная очень устойчивая вещь, за счет того, что есть четкое ценностное ядро. У нас, к сожалению, не сформирована субкультура, которая могла бы очень эффективно противостоять этой субкультуре. Большой социум сегодня, к сожалению, этого не делает, иначе у нас бы не было такого роста наркомании. И мне представляется, что это развитие антинаркотического сектора как раз и может внести очень большой вклад в формирование того, что мы называем «восстанавливающей субкультурой». Она будет способна вытеснять ценности наркотической субкультуры, и вот с этим вот уже можно будет идти в школу. А до тех пор, пока мы не сможем предъявить очень яркий ценностный набор и с его позиций организовать работу в школе, мне кажется, что работать со школьниками довольно трудно. Таков, во всяком случае, мой практический опыт.

Н.В. Гончаров: Я скажу еще пару слов. Если 30—40 лет назад школа-тысячник была своего рода глобальным достижением в обучении детей, то сегодня я считаю, что школа-тысячник — это место, где губят детей. Тысячу детей отвлечь от того, что мы сегодня обсуждаем, практически невозможно. Мы не сможем на них влиять. У них рождается собственное массовое психологическое восприятие того, что им более интересно, и мы никак его не разобьем. Кого бы мы туда ни сажали — пять психологов, десять школьных участковых и так далее. Мы только будем выявлять отдельные болевые точки, наказывать их, чуть-чуть разобщать, а нас снова будет накрывать, как зыбучие пески.

Может быть, государственная программа и должна строиться сегодня так, чтобы избавиться от этих огромных сборищ детворы, где невозможно регулировать процессы, которые сегодня наносят удар по тем вопросам, которые мы заостряем. Может быть наоборот, нужно заставить общество пойти по другому пути? Что такое 150—200 учащихся в нормальных условиях при наличии достаточного количества педагогов? Все дети под контролем, причем под реальным контролем. Ведь вы знаете, что когда дети попадают в закрытые школы, где учится 50 детишек, у них от скверных привычек очень быстро, через ме-

сяц — два не остается и половины? Они не курят, они не пьют, они вовремя ложатся спать, они идут, учатся готовить, учатся, как правильно себя обслужить, как погладить себе одежду и так далее. Через месяц вы с ними разговариваете другим языком. Вот, наверное, какая государственная программа должна быть изучена и предложена.

Т.Ю. Тагиева: Я допускаю, что да, но когда мы рассуждали как работать со школьниками, то говорили, что мы должны сформировать для них ценностный противовес. Давайте смотреть, где сегодня формируются ценности наших детей школьного возраста. Во многом это происходит, извините, «онлайн». И сегодня без привлечения IT-технологий невозможно влиять на этот процесс формирования ценностей. В то же время, у нас получается, что реабилитационное пространство или те, кто занимается первичной профилактикой, не связаны с IT-технологиями. Они сегодня не обладают тем уровнем умения работать в этом пространстве, которым обладают наши дети, школьники. Мне кажется, что это сложная система, но она требует разработки особой программы с четким пониманием, где происходят эти процессы, с кем они происходят, по каким технологиям они происходят.

Г.В. Зазулин: Хотел бы очень коротко поддержать ваш диалог. Тот факт, что ценности важны, никто не отрицает. Почему не происходит их становления? Мне кажется, что надо все-таки понимать конфликт государства и рынка. Обычного рынка. Потому что в данном случае, действительно, ведь очень велик рынок товаров, вредных для здоровья. И, в конечном счете, школа — это большая семья, а в обычной семье как защитить ребенка? Нам здесь проще понять друг друга, чем в остальных вопросах, потому что многие из нас были родителями. Вот за что я боролся? Я защищал своих детей, чтобы они не закурили. Если бы я здесь не победил, и мой ребенок начал бы курить, значит, первый барьер наркобезопасности я уже потерял. Школы сегодня этой позиции не занимают. Они до сих пор играют в «некурящие классы». Хотя уже в 2001 г. принят Федеральный закон об ограничении курения.

Когда я захожу в книжные магазины, я вижу сотни книжечек с различными федеральными законами. Я ни разу не встречал публикации с текстом этого закона. Почему? Задумайтесь. Ведь это можно даже специальное исследование сделать. В Белоруссии в административном кодексе есть статья — если люди курят в запрещенном месте, то получают штраф в несколько МРОТ. Почему же мы норму федерального закона, где определяются шесть мест, где запрещено курить, забыли довести до административного кодекса? Давайте подумаем, может быть, это еще не позд-

но сделать. А то дети как бы не понимают, что им нельзя курить. Вот если бы нам удалось показать наше взрослое общество таким, где все, кто курит, делают это в стеклянной клетке, тогда дети сразу бы это социальное понятие поняли — их можно высмеять. Сегодня это встретишь только в аэропорту. А во всех остальных общественных местах они курят почти рядом с нами, ничем не отделенные. И вы думаете, что мы сможем сформировать ценности, если мы не можем обезопасить своих детей, так изменить отношение к этому. Да кури на здоровье, только не мешай другим! Поэтому надо оснастить места досуга этими аквариумами — пусть в них сидят и травятся. Вот тогда детям не надо будет объяснять, что общество курение не принимает — сами сразу поймут. А если еще добавить в административный кодекс статью, как в белорусском — вообще всем все понятно станет. Спасибо.

Т.Ю. Тагиева: Я хочу Георгия Васильевича поддержать еще вот в каком плане. Я недавно была в школе, общалась с ребятами, и создается такое впечатление, что у нас с ними идет очень несерьезный разговор. Они у нас все время дети, а потом оканчивают школу и сразу становятся взрослыми. Значит, с ними надо намного раньше начинать говорить на взрослом языке, предъявлять им требования и требовать от них ответственности. У нас же какая-то психология «детскости» поразительно устойчиво сохраняется прямо до окончания школы. Ну не могут они потом в один день стать взрослыми. Надо делать их взрослыми и социально ответственными гораздо раньше.

Н.В. Гончаров: В то же время у них через интернет уже внутри все взрослое. Только они об этом не говорят.

Т.Ю. Тагиева: Если мы не даем им другого взрослого, то они получают именно это.

М.А. Кондратьев (игумен Мефодий), Руководитель Координационного Центра по противодействию наркомании при Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви: Я хотел бы выразить озабоченность Церкви. Сейчас мы говорим о взаимодействии государства и общества, но при этом во всем разговоре, хотя он и длительный, ни разу слова «церковь» не прозвучало, как будто ее, как таковой, и нет. Хотя Церковь — это самая могучая общественная организация на территории России, и у нас есть своя озабоченность в связи с теми законодательными актами, которые сейчас существуют в стране.

Здесь уже много говорилось о необходимости создания единого центра, который бы координировал усилия государства и общества по противодействию наркомании, наркотической угрозе. В церкви такой

центр в этом году уже создан. До этого церковь строила свою деятельность на работе отдельных священников, редко епархий. Сейчас при Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению создан Координационный Центр по противодействию наркомании. Кроме этого, в 2010 г. произошли следующие ключевые события: был подготовлен проект Концепции Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых. Он прошел три чтения внутри Церкви с привлечением светских специалистов, он был размещен в Интернете, прошло его общественное обсуждение. В настоящее время он находится в Президиуме Межсоборного присутствия, надеемся, что в феврале 2011 г. он может быть принят Архиерейским собором. Это будет очень большим шагом в развитии деятельности Церкви по противодействию наркомании.

В настоящее время проходит разработка и апробация методологии собственно церковной реабилитации. Она проводится в одном из приходов, и я тоже в ней участвую. Скажу два слова о Координационном Центре по противодействию наркомании. Он взаимодействует с Координационным Советом, как своего рода совещательным органом, который входит в Совет Старейшин — священников, которые давно этим занимаются, чтобы более разумно выстраивать стратегию Церкви по развитию антинаркотической деятельности. Также он взаимодействует с экспертной группой, в которую входят не только священнослужители, но и светские специалисты высокого уровня, которые могут давать экспертные оценки по поводу церковных организаций, а также светских организаций, которые настроены на взаимодействие с церковью в этой области. Задача — это мониторинг, сбор и анализ информации, координация деятельности церковных организаций, создание, апробация и внедрение церковной методологии реабилитации, координация взаимодействия церковных реабилитационных структур с государственными и общественными организациями, анализ и экспертиза услуг по реабилитации, предлагаемых общественными организациями, с точки зрения православного мировоззрения. Вот это — основные задачи Координационного Центра.

Теперь два слова о концепции РПЦ по реабилитации наркозависимых. Это не очень большой документ, но он достаточно структурирован и говорит свое церковное слово в этой области. Там сформулированы основные принципы церковной реабилитации. Первый принцип: главным деятелем церковной реабилитации является Бог. Второй принцип — это включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины. Третий принцип — это компетентность и профессионализм членов церковной общины, участвующих в реабилитации. Подробно об этом я

говорить не буду из-за недостатка времени. Методология церковной реабилитации не выдумана из головы, она обобщает и структурирует опыт, который накоплен некоторыми церковными организациями, которые доказали свою устойчивость и эффективность в деле реабилитации. Там, где этот процесс органично вошел в жизнь церковных общин, использует многовековой опыт православной аскезы и в своих идейных основах основывается на православном вероучении. Важно, чтобы эта методология была транслирована с помощью тех возможностей, которые сейчас открываются у Церкви, в другие приходские и монашеские общины для развития реабилитационной деятельности Церкви.

Каковы ближайшие шаги Координационного Центра? Сейчас мы занимаемся мониторингом состояния системы церковной реабилитации, затем готовим XIX Международные Рождественские образовательные чтения совместно с ФСКН. Затем мы изучаем опыт построения реабилитации в других странах, в частности, в декабре мы едем в Польшу, затем в Литву, в Америку. Кстати, есть страны, в которых государственно-общественное партнерство, в том числе церковное, выстроено очень хорошо. Я думаю, что и нашим государственным мужам есть смысл посмотреть, что делается в других государствах, каков зарубежный опыт, который во многом можно перенести к нам. Затем, методология — завершение ее написания и апробация. В этом году произойдет налаживание взаимодействия с государственными структурами в деле борьбы с наркоманией. В декабре 2010 г. планируется подписание договора между РПЦ и ФСКН.

Теперь хотел бы высказать слово озабоченности. Когда принимаются законодательные акты, не принимается в расчет некоторая особая специфика Церкви — в данном случае Русской Православной Церкви. С точки зрения государства священник — вообще необразованный человек. Духовное образование — семинарское, академическое и, в том числе ученые звания — кандидат богословия, доктор богословия — никак не котируются в государстве. Поэтому, когда выпускаются законы об общественных организациях, получается так же, как в нашем сегодняшнем разговоре, когда слова «церковь» не упомянули. В законах слово «церковь» не упомянут, и Церковь окажется за бортом. Хотя деятельность Церкви, как общественной организации, в этой области достаточно эффективна. Эта деятельность еще недостаточно развита в самой Церкви, мы это прекрасно понимаем и сейчас направляем в эту область большие усилия. Потому что потенциал Церкви в деле противодействия наркомании и реабилитации наркозависимых, наверное, самый большой из существующих. Может

быть, в настоящий момент, он даже больше государственного потенциала в этой области — исходя из кадровых ресурсов, исходя из специфики церковной деятельности. У нас по всей стране существует множество приходов и монастырей, которые могут успешно заниматься реабилитацией на основе церковной методологии этой деятельности. Поэтому, когда принимаются законы, роль Церкви должна каким-то образом особо оговариваться. Двухтысячелетний опыт православной аскезы, духовная традиция показывает, что успешный священник в то же время является и квалифицированным социальным работником, и духовником-психиатром. Поэтому рассматривать священника можно сразу в двух ипостасях — и как социального работника, и как психиатра, если это будет прописано в законах. Какая-то равнозначность должна быть, иначе никакого лицензирования церковные центры не получают. Благодарю за внимание.

К.В. Бендас, Первый заместитель председателя — Управляющий делами ЦРО «Российский Объединенный Союз Христиан Веры Евангельской (пятидесятников)», член экспертного совета Комитета Государственной думы по делам общественных объединений и религиозных организаций: Конечно, в таком коротком выступлении невозможно охватить все темы. Тема противодействия наркомании и реабилитации для меня более чем знакома. С 1995 г. я непосредственно профессионально занимаюсь этим вопросом — и практической организацией реабилитационных центров, и консультированием, и в сфере скромного пока в нашей стране законодательства в этой области, работаю в Общественном совете ФСКН, участвую в ряде федеральных и региональных социальных проектов.

То, что я сейчас скажу, это, возможно, эмоциональный крик души. Я только что из аэропорта, прилетел из командировки в Мурманск. Там я побывал, как уже давно обещал, в маленьком городе Ковдор, с населением всего в 25 тысяч человек. Это самый край Мурманской губернии, дальше — только тундра. От Мурманска туда ведет двухполосная дорога в 350 километров, однопольная железная дорога, где нет даже станции — вот такой моногород, выстроенный вокруг завода. На 25 тысяч населения там, по скромным подсчетам, полторы тысячи наркозависимых. При этом, насколько я, как человек способный рассуждать и анализировать, понимаю, при отсутствии аэропорта, железнодорожной станции, разветвленной системы перекрестков дорог и путей, ограничить ввоз наркотиков не так сложно. Но никого ничего не интересует.

Почему я приехал в этот городок? Три года назад религиозная организация — христианская протестантская церковь — обратилась ко мне с этой пробле-

мой, попросила как-то помочь. Мы дали им программы, методики, взяли людей, направили на стажировку в лучшие российские реабилитационные центры, подготовили кадры. В регионе сейчас расформировывается ряд поселков и деревень, признанных бесперспективными, оттуда расселяют жителей, и я посоветовал обратиться за тем, чтобы от одного из отдаленных поселков не отрезали электричество и несколько домов передали им. Там можно организовать производство, трудотерапию и как-то помогать ребятам.

Законодательное собрание Мурманской губернии очень долго рассматривало это обращение, потом оно было отправлено на заключение ведущему наркологу, и нарколог выдал замечательный документ. К сожалению, его у меня нет с собой, он остался в багаже. Я хочу его не просто опубликовать, а походатайствовать, чтобы этого ведущего нарколога Мурманской области представили к какой-то серьезной государственной награде. Он пишет: «В Мурманской области состоит под наблюдением триста с лишним наркозависимых. Все они получают квалифицированную медицинскую помощь. Считаю, что открытие какого-либо реабилитационного центра или иной структуры нецелесообразно и не нужно. Все проблемы в сфере наркомании у нас благополучно решаются». Такую картину мы, на самом деле, имеем в значительной части наших регионов, только этой бумагой она доведена до абсурда.

Абсолютно правильно говорил сегодня Георгий Васильевич, и, насколько я понимаю, все его поддерживали — необходимо разработать критерии оценки, формы и механизмы реального мониторинга — не по количеству освоенных бюджетных денег на мифические профилактические или иные программы, а на реальные дела, реальный мониторинг. И ответственность за это, я полагаю, прежде всего, надо возложить на губернаторов, и спрашивать с них. Почему сегодня ряд общественных организаций и Общественная Палата Российской Федерации смогли вложить в уста Президента слова о том, что одним из критериев оценки деятельности губернаторов будет отсутствие очередей в детские сады? И все засуетились, принялись выгонять из зданий детских садов различные конторы, истреблять очереди и так далее, и так далее. Видимо, если у нас действует только такое ручное управление, то ради спасения людей нужно включить подобное управление и в этой сфере.

Лет восемь назад появилась такая федеральная антинаркотическая профилактическая программа «Поезд в будущее». Я был одним из ее участников, оргкомитет возглавлял Георгий Сергеевич Полтавченко, нынешний Его Святейшество Патриарх — на тот момент глава Отдела внешних церковных связей владыка митрополит Кирилл, Виктор Васильевич

Черкесов — на тот момент глава Госнаркоконтроля. Это была серьезная, хорошая, продуманная программа. И я наблюдал отношение губернаторов. Программа «Поезд в будущее» приходит в Иркутск. Пять дней идут профилактические акции, тренинги, обучение специалистов — Госнаркоконтроля, МВД, наркологов, преподавателей, педагогов, специалистов в социальной сфере — и губернатор сам возглавил региональный оргкомитет и сказал: «Мы хотим, чтобы эта программа и опыт были у нас постоянно действующими». Они запустили систему мониторинга. Поезд уехал, а работа была продолжена, есть реальные результаты по снижению потребления, увеличилось количество задержаний и так далее.

Другой город и регион, не буду его называть, это центральная часть России. То же самое запускаем, губернатор возглавляет местный оргкомитет, через несколько дней звонок от вице-губернатора директору программы: «Сколько у вас миллионов бюджет? — Столько-то, 50% дает государство, на 50% мы находим спонсоров. — Ага, вот такая-то сумма должна быть завезена в понедельник». Директор отвечает: «Вы что-то перепутали, мы привлекаем волонтеров, у нас не хватает средств, мы не осваиваем деньги, мы реально помогаем людям. — Ничего не знаю, если этого не будет, мероприятие провалится». И оно провалилось. В этом городе и в этом регионе был полнейший саботаж, когда поступил негласный запрет директорам школ, колледжей, институтов, чтобы там проводились мероприятия, когда были закрыты клубы, ДК, площади. Я считаю, что руководитель с таким отношением — просто убийца, который должен получать в нашей стране возмездие и наказание.

На этом мне хотелось бы закончить, мое время исчерпано, но, простите, просто все кипит. Потому что я видел и вижу, я общался с матерями, и на руках выносил гниющих 15—17-летних подростков из подвалов, и в моей личной практике самый юный наркоман был восьмилетний. Его посадили на героин в таком возрасте собственные родители — тридцатилетние наркоманы. Нам нужно что-то делать, и очень хорошо, что мы собрались и что мы являемся единомышленниками. Спасибо.

О.А. Цимбал, руководитель лаборатории создания проектов развития, Институт демографии, миграции и регионального развития: Хотел бы поделиться тем достигнутым опытом, который появился в результате проведенных недавно двух конференций, о которых здесь уже говорил Ильнур Ильдарович. Была сформирована и первично опробована на лучших российских профессионалах в вопросах социальной реабилитации, которые там были собраны, следующая идея. Единицей практики, о которой требуется говорить, является не услуга конкретному персоналию

(это — тупиковый путь, я позже поясню свою мысль), а так называемая «специфическая практика» в отношении города. То есть, это устойчивая социальная единица, в которой и требуется произвести определенные преобразования. Это — несколько революционная мысль, которая задает совершенно другую управленческую практику, совершенно другая система требуется, для того, чтобы ее реализовать, другой аппарат и все другое.

Несколько слов в пояснение этой мысли. Во-первых, откуда это взялось. Трагический опыт, который есть в России в нескольких городах, где разными способами было фактически объявлено чрезвычайное положение разными способами, в том числе и непосредственно Президентом России, привело к тому, что у нас этот опыт появился. Есть несколько городов России, где удалось в течение очень короткого времени — буквально одного-двух лет, снизить наркотизацию в 10 раз. Фактически этот элементик — это то, что нужно допонимать, научно исследовать и после этого выстраивать ту эффективную практику, о которой мы все здесь думаем. Мы этот опыт описываем, будет издан сборник работ по итогам этих конференций, все заинтересованные лица смогут его получить, у нас на сайте он будет вывешен в электронном виде. Там будет подробно представлен структурно-деятельностный анализ этой технологии, которую мы практически исследуем уже полгода.

Почему, к сожалению, как мне кажется, концепция услуг наркоманам — тупиковая линия в мышлении, в том, чтобы фокусировать на это общественные ресурсы и внимание. Во-первых, несколько экономических цифр. Если мы говорим об услугах наркоманам, даже в рамках государственного центра, то процесс занимает, минимум, один год. Будет потрачено 600 тысяч рублей. Негосударственные центры, как правило, берут больше. Есть некоторые центры, которые в основе своей очень широко используют труд волонтеров, и там выстраивается специальный процесс, там эта цифра может быть снижена в 10 раз за счет того, что используется труд людей, они сами себя обеспечивают продуктами питания, на которые приходится достаточно большой расход — вот этот диапазон. Но проблема не в этом. Проблема в том, что эффективность этой практики — практически нулевая, потому что, в лучшем случае, к нормальной социальной жизни будут возвращены 5—7% этих людей.

С другой стороны, если посмотреть еще с одной стороны, то по отношению к общему числу наркоманов у нас есть менее одного процента количества мест, где мы можем их даже по такой технологии возвращать к нормальной жизни. То есть, большая часть наркоманов умрет, не дождавшись этой возможности.

А, более того, никто и не хочет туда ложиться, то есть даже те места, которые есть, они не востребова- ны. Какая тут картина? Есть масса точек зрения, моя точка зрения следующая. Та советская система, кото- рая была, к сожалению, как все понимают, не разви- валась, осталась в том же состоянии, а число нарко- манов выросло в 20 раз. За вовлечением в наркотиза- цию лежат совершенно другие социальные процессы. Они стали более сложными, потому что советская наркомания была более просто устроена. Там были возможности воздействовать на человека идеологиче- ски, и она выросла на совершенно других принципах.

Сейчас необходимы технологии «реабилитации го- рода». О каком типе практик идет речь? Фактически это вопрос информационной войны, которую ведут два субъекта. С одной стороны — это наркоиндуст- рия, которая вовлекает людей в наркотизацию, это субъект, который выстраивает свою очень эффектив- ную систему. С другой стороны должна быть выстро- ена система, которая этих людей оттуда возвращает. Собственно говоря, если мы обсуждаем возвращение города, то информационное воздействие такого фак- та, как создание 1000 перспективных рабочих мест для молодежи, невозможно сопоставить с какими-ли- бо программами по реабилитации. Этот фундамента- льный факт тут же изменит всю практику жизни мо- лодёжи в этом городе, и она будет думать о другом. Она будет думать не о том, как делать себе карьеру на улице, в бандитском сообществе, а будет думать о том, как получить качественное образование, и, в конце концов, добиться этого рабочего места.

Или, например, ещё один факт. Часто говорят «профилактика». Фактически, деньги сегодня тратят- ся, если применить практический подход, на две ве- щи. Во-первых, медики берут себе на программы де- токсикации, во-вторых, мы тратим на профилактику. Всевозможные мероприятия, в частности, тут недав- но назывался «Поезд в будущее». Вопрос в том, что содержанием этой профилактики может быть только одна вещь. Если мы выстраиваем, создаем, преобра- зуем высокое качество жизни молодежи, то это и есть профилактика. Если мы ничего не создаем, мы только пытаемся за счет манипулирования сознанием мо- лодёжи каким-то образом вывести ее из-под влияния, то это все бесперспективно. Более эффективные средства — у наркомафии, потому что они ещё и нар- котики дают, которые вызывают всевозможные изме- ненные состояния и все прочее. Либо мы будем де- лать ставку на реальное преобразование качества жизни — а я знаком с работами по качеству жизни — в России они находятся в достаточно зачаточном состоянии. Если же говорить о такой специфической сфере, как качество жизни молодежи — то они вооб- ще практически на нуле, это никто не исследует.

А именно это и должно стать основой профилактики. Спасибо.

Т.Ю. Тагиева: У меня масса вопросов и желание по целому ряду пунктов возразить. Во-первых, вы го- ворите о советской практике. Практика не видеть от- дельного человека за городами и странами — это то- же, извините, советская практика. Если не видеть от- дельного человека, то так можно зайти очень далеко. Потом, если говорить о повышении качества жизни, и не просто молодежи. Как вы собираетесь повысить качество жизни молодежи, не повышая качества жиз- ни общества в целом? Если вы читали работы по те- матике, то в этом вопросе есть определенная корреля- ция. Совершенно понятно, что, чем благополучнее об- щий социальный фон, тем легче снимается опреде- ленная часть проблем, связанных с уходом в наркоти- ческую субкультуру.

В то же время, вы говорите о спасении городов. Здесь мы очень много говорили о том, что наркома- ния — это не только городское явление. Да, конечно, город — это важно. Но города, страны и так далее — это взаимодействующая система. Решая проблему в отдельных городах, мы столкнемся со своего рода сообщающимися сосудами, и, на самом деле, ничего не решим. Вопрос может идти о городской субкуль- турности, правильно, Георгий Васильевич? Города, действительно, могут быть более или менее благопо- лучными с точки зрения формирования этих особен- ностей.

Г.В. Зазулин: С точки зрения управления анти- наркотической деятельностью, мы, несомненно, дол- жны оценивать города как более наркобезопасные и более наркопораженные. Коллега совершенно прав, эту единицу надо вставлять. Просто поймите, товари- щи, когда мы говорим о том, что чем больше будет социализма, тем меньше будет наркомании — вы со- вершенно правы, но вы готовы в сегодняшних усло- виях вернуть в нашу страну социализм? Я так пони- маю, что после выбора, сделанного в 1990-х, никто особенно назад не рвется, независимо от отдельных пожеланий. Жизнь в капиталистическом обществе подразумевает определенный уровень наркомании, который, бесспорно, выше, чем в любом социалисти- ческом.

Давайте смотреть на проблему более узко, решать, как мы можем свести ее до сугубо медицинской, уб- рать общественную опасность этой проблемы. И здесь не надо думать, что в первую очередь мы — ваши оппоненты. Мы за, и за то, чтобы были рабочие места у молодежи, и образование для человека было целью, а не средством. Но это невозможно сделать реально, если вы не мечтатель.

О.А. Цимбал: Коллеги, я хотел бы ответить. К сожалению, я получил образование по организации

систем управления, и эмоциональный посыл мне немного чужд, поэтому давайте обсуждать профессионально.

В.К. Доронкин: Обсуждать профессионально — очень хорошее предложение. У нас в стране на наркологическом учете 555 тыс., а алкоголиков — 2,5 млн. Три миллиона человек, состоящих на наркологическом учете. Замечательно, конечно, оценивать города, а вот с этими людьми-то что делать?

Профилактика, создание рабочих мест — это все хорошо, нужно, как говорили раньше «архиважно». Я — за. Кто против рабочих мест, кто против оценки городов, кто против введения критериев в деятельность губернаторов? Надо со всех за это спрашивать. Надо с наркологов за это спрашивать, с социальных работников, с Государственной думы, с Президента. Со всех давайте спросим. Не надо говорить, что вот это вот плохо, вот это — не надо, социальная и медицинская реабилитация — это не то, куда надо направлять усилия. Везде нужно эту работу вести. Спасибо.

Т.Ю. Тагиева: Можно еще один аргумент? Практики скажут, что, у нас та молодежь, которая достаточно хорошо социально обеспечена, свободна от проблемы наркотизации? Там наркотизация ничуть не меньше.

М.А. Кондратьев: Наркомания была и в богатых странах.

О.А. Цимбал: Я не употреблял термин «уровень жизни», я употреблял термин «качество жизни». Они имеют некоторую корреляцию, но не связаны между собой.

Т.Ю. Тагиева: Мы в курсе, но они связаны, заметьте.

О.А. Цимбал: В том смысле, в котором говорите вы, они совершенно не связаны, а иногда противоположны. У нас сегодня качество жизни сверхбогатой молодежи очень низкое.

В.А. Черлин: Мне бы тоже хотелось сказать пару слов. Дело в том, что, если мы говорим как системщики, то тогда надо было бы говорить, что наркомания — это системное понятие. И в этой системе, безусловно, есть место и тому, на что, по вашим словам, следует обращать внимание. Здесь есть некоторые терминологические неувязки, но фактически это то, что я, например, назвал бы первичной профилактикой. Это и есть первичная профилактика, это целый комплекс первичных профилактик. Это — одна часть проблемы.

Вторая часть проблемы — это те люди, которые, уже по каким-то причинам оказались втянуты в эту проблему. Их, действительно, тоже нельзя выбрасывать. Мы с вами понимаем, что их не то количество, о котором тут сказал коллега, а их в десять раз больше.

Их огромное количество. А если мы сюда еще присокупим цифру реальных алкоголиков, то назвать ее вообще будет страшно. Так что если мы говорим о системе, то надо говорить о всех частях этой системы и о создании механизма, который бы работал с системой целиком, на всех уровнях.

Н.В. Гончаров: Мне хотелось бы немного скорректировать разговор, потому что накрывать научными терминами проблему — это не наша основная задача. Наша задача — использовать науку для того, чтобы понять, как выйти из этой ситуации, как решить эту проблему. Давайте полемику в таком ключе немножко отодвинем, она у нас уже заходит в большую глубину. Давайте поработаем и дадим друг другу возможность сформировать концепцию, которая будет базироваться на ваших мнениях. Если необходимо, мы можем встретиться еще раз. Ведь здесь много ученых. Я понимаю, что есть углубленное понимание этой проблемы, и, естественно, оно должно иметь прикладной ресурс. Для этого мы это и делаем. Есть изъяны в законодательстве, есть разрыв между усилиями различных ведомств. Как это все сформировать?

Мы затронули вопрос о том, что такое антинаркотическая комиссия на территории, в субъекте и почему мы не имеем никакого эффекта? Я немного знаю изнутри эту проблему и хочу вам сказать, что эта комиссия — надзиратель, и не более того. Не исполнитель. А мы ее должны перевести в другое качество. У нас надзирающих структур, являющихся законодателями в сфере формирования этих процессов достаточно — и на федеральном уровне, и на уровне часто упоминаемой нами Государственной думы, от которой зависит принятие законов. А как быть с исполнителями, которые и копейку из кармана не вынут, и проблеме не хотят так заострять, потому что считают, что от этого у них потом возникнут проблемы? И пусть ее возглавляет губернатор, председатель законодательного органа на территории, кто угодно — она все равно была в тупике и там остается. Вот как ее вытащить оттуда? Да, есть оценка деятельности губернатора и в этой сфере. А что она дает? У них огромный перечень проблем. Я заострил одну, потому что она мне видится именно в этом ключе. Ну, давайте соберем школу-трехтысячник. И чему мы там детей научим?

Вы не задумывались над тем, что, выйдя на Красную Площадь, когда там собираются десятки тысяч человек и начинает играть музыка, даже у того, кто не умеет танцевать, возникает совершенно особое ощущение и он начинает волей-неволей тоже притоптывать ногой? Если же он сидит в хорошем концертном зале и слушает хорошую музыку у него и настроение совершенно другое, и такт он не отбивает, и го-

лова нормально работает — потому что там нет общего психоза, в который вовлекли всех. Причем это делается сплошь и рядом, везде и всюду. Такую же аналогию я провожу и с огромным школьным коллективом, где каждый, увидев для себя интересный момент в виде мальчика, который закурил марихуану, тоже решил попробовать. То ли запах подошел, то ли настроение было такое. Дурных примеров очень много, как их проконтролировать в такой массе? Может быть, надо школы создавать не более чем для 100 человек? Но для этого нужны средства, их надо строить, готовить под это учебную базу. Нас же беспокоит больше всего наше молодое поколение, мы его те-
рем.

То же самое и в здоровье. Давайте поставим огромную клинику на 1000 мест. Ну и что? И будет там доктор бегать в течении дня из одной палаты в другую и станет к вечеру совсем никакой. Наверное, немного по-другому надо подходить к этим вопросам. Не знаю, наверное отец Мефодий, затрагивавший эту тему, слышал немного о Темнолесском реабилитационном центре, работающем на базе Ставропольской и Владикавказской епархии на территории Ставропольского края. Там трудотерапия, там все на вере. Они трудятся, работают, помогают друг другу. Некоторые уезжают, потом возвращаются, привозят туда людей. Их там не так много, всего десятка три, но они работают. Мы не можем возвести в рамки закона и указать церковь или мечеть — это будет неправильно. Но мы можем заключать любые соглашения. Кто запрещает, несмотря на то, что церковь отделена от государства, заниматься этой проблемой? Работа в этом направлении имеет не официальную федеральную поддержку, а поддержку всего общества. Наверное, это важнее, чем мы пропишем это в законе и родим огромное количество критики и стрел, которые пустят в нас все, в том числе, наверняка и энтузиасты в этом деле. Понимаете, какие проблемы могут возникнуть? Надо все это делом завоевывать.

М.А. Кондратьев (игумен Мефодий): Я хотел бы ответить на одну вашу реплику. Вы говорили о реабилитационных центрах, которые занимаются трудотерапией. К сожалению, поскольку общество не хочет заниматься наркозависимыми, ими занимается криминал, который берет их в больших количествах в оборот и занимается с ними «трудотерапией», то есть, по сути, рабским трудом. Этот момент тоже надо как-то отслеживать.

Н.В. Гончаров: Может быть, такие моменты и есть, я их не встречал, хотя и осведомлен в этой сфере достаточно глубоко. Я бы хотел чтобы вы, чтобы воспринять эту схему, пообщались бы с владыкой Ставропольским и Владикавказским Феофаном. Он вам все расскажет. Это он — инициатор, он это все сде-

лал и там есть достаточно серьезные успехи. Трудотерапия и вера настолько там сплелись, что люди, выйдя оттуда, иногда привозят туда тех, кто хотел бы вылечиться. Они привозят их, размещают там, помогают восстановиться. Я с ними встречался, поэтому знаю проблему и считаю что это — правильный путь. Но это — лишь частичка и крупица всех тех путей, которые можно использовать, в том числе базируясь на вашей концепции и ваших возможностях. Они действительно огромны. Но официально их озвучить или загнать в какой-то законодательный акт сегодня, я считаю, общество не готово. Посмотрите, что произошло с православным образованием в школах. Где-то оно прижилось, а где-то атакуют образовательные регионы с огромными усилиями, особенно там, где живет многонациональный народ.

М.А. Кондратьев (игумен Мефодий): Я понимаю, что законодательство, регулирующее отношения Церкви и государства — это очень сложный момент, но, когда оно принимается, может быть есть смысл приглашать представителей Церкви, чтобы они смогли выразить свою озабоченность.

Н.В. Гончаров: Когда идут предварительные слушания — конечно, это можно делать. Приглашать для консультаций, для общения, для того, чтобы учесть некоторые нюансы более тонко, чем мы учитываем, это можно сделать. Мы не возражаем.

К.В. Бендас: Позвольте маленькую реплику к сказанному. Как эксперт Комитета по делам общественных объединений и религиозных организаций, хотел бы заметить, что отчасти законодательное решение этого вопроса существует. Не так давно, наверное, в апреле этого года, был принят Государственной думой и подписан Президентом ряд поправок к законодательным актам о социально ориентированных некоммерческих организациях. Он впервые ввел норму и возможность финансирования из бюджета, как федерального, так и регионального, в разных формах всех форм некоммерческих организаций, включая религиозные, занимающихся социальной деятельностью. В настоящее время в субъектах идет формирование реестров этих социально ориентированных организаций. Так что какой-то практический шаг со стороны государства в этом плане уже сделан.

М.А. Кондратьев (игумен Мефодий): По этому законопроекту хотел бы сказать, что в Санкт-Петербурге местные юристы сказали, что церковные организации к этим социально ориентированным организациям не относятся.

К.В. Бендас: Наши московские юристы, которые этим занимаются, готовы проконсультировать тех юристов и вразумить их, показав, что они неправы.

Т.В. Клименко: д.м.н, профессор, главный научный сотрудник Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского: Мне бы хотелось присоединиться ко всем тем предложениям, которые были здесь сегодня высказаны. Я их поддерживаю абсолютно, но, на мой взгляд, здесь сегодня не поднималась одна очень важная тема. Здесь все время говорилось о том, что кардинально изменить ситуацию без реальной политической воли невозможно. О какой политической воле может идти речь, когда на заседании Правительства делается доклад, в котором говорится, что за последние 10 лет у нас количество наркоманов принципиально не изменилось и последние 10 лет у нас есть плато? Ждать в такой ситуации какой-то реальной политической воли, наверное, не представляется возможным. Поэтому, мне кажется, что первый шаг, с которого надо начинать — это сделать ситуацию прозрачной и реально посмотреть на то, что из себя представляет наркоситуация в нашей стране.

Реальных цифр не знает никто. На учете в государственных наркологических учреждениях состоит 550 тысяч наркозависимых. Виктор Петрович Иванов, директор ФСКН, говорит, что их у нас 2,5 миллиона. Сколько их на самом деле? Может быть больше, а может быть меньше. У нас реабилитационных центров то ли 300, то ли 1000 — везде говорят разные цифры, никто не знает, как они работают, какие у них методики, никто не знает, много это или мало, сколько их вообще нужно — может быть, этого уже достаточно. Только сегодня было названо две цифры, показывающие, сколько человек у нас умирает ежегодно 10 тысяч и 30 тысяч. А еще есть цифра, что у нас ежегодно умирает 100 тысяч. Невозможно наметить стратегию лечения, стратегию исправления, если мы не поставили диагноз.

Поэтому, как мне кажется, первый шаг — это сделать прозрачной реальную наркоситуацию. Цифры, наверное, получатся некрасивые, все это будет очень неудобно, данные могут быть устрашающими. Но, например, когда в июне 2009 г. состоялось заседание Общественной Палаты, посвященное алкогольным проблемам, там были представлены цифры европейского мониторинга. Европейцы сказали, что наша страна последние 10 лет держит первое место по убийствам. В 2007 г. в нашей стране, в пересчете на 100 000 населения, было совершено, только вдумайтесь, в 50 раз больше убийств, чем в Великобритании, в 25 раз больше, чем в Хорватии и в 3 раза больше, чем на Украине. Это — чудовищные цифры. Наверное, если мы посмотрим на реальную ситуацию с наркотиками, она будет не менее печальной. Но невозможно ставить вопрос о политической воле, если до тех, кто принимает это решение, не донесены ре-

альные цифры. Поэтому с реальных цифр нужно начинать.

То, что эту ситуацию можно исправить — очевидно. В США за последние 10 лет, несмотря на то, что потребление наркотиков остается на достаточно высоком уровне, оно было снижено в 2 раза. В 2 раза за 10 лет — это очень серьезно. Все европейские страны действительно вышли на реальную стабилизацию по потреблению опиатов, амфетаминов, кокаина. Идет рост потребления каннабиса, но этому есть свое объяснение. Все эти цифры говорят о том, что, если к этой проблеме подойти комплексно, то возможны очень эффективные решения и достижение высоких целей. Но, конечно, все это должно быть комплексно, а комплексно это возможно сделать только при наличии некоего единого регулирующего и координирующего органа. Пока что мы действуем как лебедь, рак и щука.

Ситуация последних 10 лет показала, что идея межведомственного взаимодействия не срабатывает. Каждое ведомство либо тянет часть средств на себя, либо отказывается от той ответственности, которую оно, по идее, должно нести. Нет ни того, кто отвечает, ни того, кто делает. Так что координирующий орган обязательно должен быть. Этот орган обязательно должен поставить вопрос о создании единой законодательной базы. У нас ведь происходит очень занятная ситуация. Минздрав создает много разных приказов, которые, в частности, координируют реабилитацию, но они работают только в системе Минздрава. 500-й приказ «О реабилитации», закон «О порядке оказания наркологической помощи» работают только в системе Минздрава. В 1998 г. был издан приказ министра, запрещающий сайентологические технологии Рона Хаббарда. Но при этом работает целая сеть реабилитационных центров «Наркокон», где эти технологии используются, и этот приказ не имеет к ним никакого отношения. Абсолютно парадоксальная ситуация, ситуация абсолютного хаоса сложилась на рынке реабилитационных услуг. Это говорит о том, что нужно все-таки создать единую законодательную базу.

Уже много лет среди наркологов идет спор о том, подпадают ли наркозависимые и больные алкоголизмом под действие закона об оказании психиатрической помощи, и не нужно ли создавать свой, дополнительный закон. Но когда-то ведь все-таки нужно поставить точку в этом вопросе? Единая законодательная база — это основа основ. У нас громадное количество учреждений, которые занимаются профилактикой и реабилитацией. Это и государственные учреждения, и негосударственные, и коммерческие, и общественные, и конфессиональные самой разной направленности. Но должна же быть под это подведена

какая-то единая законодательная база. Создателем подобной законодательной базы, наверное, и должен стать тот единый координирующий орган, на который будут возложены и законодательные, и исполнительные функции, и ответственность. То, о чем говорил Владимир Александрович, нужна вертикальная составляющая. Я уже повторяюсь, идея межведомственного взаимодействия не срабатывает. Это главное. То, что обсуждалось потом, тоже очень важно, но, поверьте, это тактические вещи. А на таком высоком собрании надо решить именно вопросы стратегии, их продвигать, и тогда уже можно будет реально справиться со сложившейся ситуацией. Спасибо.

Г.В. Зазулин: То есть вы считаете, что ГАК не справляется с этими задачами как единый координирующий орган и должен быть расширен? Увеличен, с предоставлением ему законодательных возможностей? Я не понял.

Т.В. Клименко: Дело в том, что Виктор Петрович Иванов говорит о том, что у ГАК согласительные функции, и никаких других. Поэтому, видимо, ГАК нужно поднимать на более высокий уровень и давать ему более широкие полномочия. Потому что та роль, которая дана ему сейчас, является фактически номинальной. Они ничего не могут.

Г.А. Корчагина, заместитель по науке Директора ФГУ ННЦ наркологии: Большое спасибо за то, что представителей Минздрава пригласили на этот круглый стол. Мне бы хотелось поделиться некоторыми своими соображениями по поводу того, что здесь говорилось. Конечно, большинство сделанных предложений очень разумны, они требуют дальнейшего осмысления и внедрения в практику. Но что бы мне хотелось сказать по поводу межведомственного взаимодействия. Я в проблеме 30 лет, и 30 лет об этом говорят. Мне кажется, что мы должны понимать межведомственное взаимодействие не как единый закон, единую платформу, а как момент организации обсуждения. Что же касается исполнения, то ответственность за него должно нести то или иное ведомство, отвечающее за конкретную задачу.

Объясню, почему. Возьмем, например, Министрство здравоохранения, к которому я отношусь. Если за лечение будут отвечать многие другие структуры, мы все равно никогда не получим хорошего результата. Если за образовательную функцию будет отвечать кто-то еще, мы тоже не получим результата. Поэтому, наряду с предложениями Георгия Васильевича, который говорил об ответственности на региональном и муниципальном уровнях, я бы, все-таки, стала еще говорить и об ответственности и работе на уровне различных структур и ведомств. Что касается неоднократно звучавшего сегодня предложения о создании единого координационного центра. Мне ка-

жется, что Госнаркомконтроль, который возглавляет В.П. Иванов, достаточен для страны по кадрам, по функциям и по всему остальному. Или у вас есть какие-то другие мысли? Потому что, если будет создан еще один координационный орган, то мы погибнем в этих управляющих структурах. Точно так же как и создание отдельного специализированного органа по созданию стратегии снижения спроса на наркотики. Мы и так уже вокруг проблем, связанных с наркотиками, наплодили достаточное количество разных органов. Мне кажется, что создания Госнаркомконтроля более чем достаточно для управления страной в этом вопросе.

Также не могу не откомментировать неоднократно звучавшие сегодня высказывания о количестве наркоманов и его динамике. Мне бы хотелось, чтобы люди, работающие в этой области, четко понимали, что те цифры, которые озвучивает Минздрав — это количество наркоманов, обратившихся за медицинской помощью. Это — данные по обращаемости. Мы ни в коем случае со своей медицинской статистикой не претендуем на то, чтобы говорить о распространенности. Ни одна страна в мире, если мы прочитаем ежегодные доклады Управления по наркотикам ООН, не говорит о реальном числе наркоманов, находящихся в их стране, потому что методов их подсчета не существует. Существуют скрытые контингенты, которые мы можем высчитать только путем теоретических научных исследований. Но что делается в других странах? В других странах проводятся общенациональные исследования, когда выявляется уровень пораженности наркотиками. Когда у нас было проведено последнее такое исследование — я не знаю. Оно должно включать проведение полноценной репрезентативной выборки по всему взрослому населению страны. Это — дорогостоящее мероприятие, но тогда мы можем получить, опять же примерный, уровень распространенности потребления наркотиков. А реальное число наркоманов, которое хотят получить многие, определить невозможно, в силу того, что мы имеем дело с очень специфическим контингентом. Даже если мы его получим, что мы с ним будем делать?

Т.Ю. Тагиева: Можно реплику? Вы сказали, что достаточно такого органа, как ФСКН. У нас складывается практика, в ходе которой сегодня Минздрав-соцзащиты, другие ведомства ФСКН не может посадить за стол для реальной работы. Так что мне кажется, что антинаркотический комитет все-таки должен возглавлять человек, который бы стоял над этой ведомственной разделенностью. Исходя из практики, его статус нужно повысить.

Н.В. Гончаров: То есть, вы считаете, что Антинаркотический комитет, являющийся главенствующим во всех стратегических вопросах борьбы с неза-

конным оборотом наркотиков и противодействия наркомафии, должен иметь более высокий уровень руководства.

Т.Ю. Тагиева: И, если так можно выразиться, вневедомственную природу.

Г.В. Зазулин: Буквально сейчас стало понятно, когда новая Стратегия подписана Президентом. Пункт 8 этой Стратегии гласит: «Руководит антинаркотической деятельностью в стране Президент». Что происходит на самом деле? Решения ГАК подписывает не Президент. Вот и все. Ларчик открывается просто. Как только решения Государственного антинаркотического комитета, в соответствии с новой Стратегией, будут подписываться Президентом, и Минздрав, и Минобр будут обязаны их выполнять. Пока их подписывает Иванов — ничего меняться не будет. Поэтому дело не в отсутствии полномочий. Просто здесь еще не пришли в соответствие форма и содержание.

О.А. Цимбал: Что касается борьбы со спросом, то, мне кажется, если строить иерархическую структуру, которую вы предлагаете, было бы целесообразно сделать в рамках ФСКН отдельный департамент по снижению спроса, внести для этого изменения в Указ Президента, который устанавливает положение о Федеральной службе по контролю за наркотиками, таким образом создастся иерархически жесткая федеральная структура.

Н.В. Гончаров: Мы не будем сейчас заниматься этим вопросом, тем более, что он требует более детальной проработки, в первую очередь на уровне тех, кого он касается.

В.А. Черлин: Буквально одно слово. Если мы говорим о том, что ФСКН у нас занимается борьбой с наркомафией, то мы, безусловно, прежде всего, говорим о полицейской, силовой части этой деятельности. Если мы говорим, о том, что противодействие спросу на наркотики — это такая же важная составляющая работы, то какая часть ФСКН занимается сейчас этой деятельностью?

Г.В. Зазулин: Только пополам надо делить, чтобы было равноценно, как прописано в Стратегии. А пойдут они на это?

В.А. Черлин: Правильно, ровно пополам.

Н.В. Гончаров: Теоретически мы можем предполагать что угодно. Давайте, если вам это интересно, и у вас есть такая возможность, вы исследуете этот вопрос, а мы на круглом столе готовы его обсудить.

Т.В. Клименко: Зачем его исследовать? Иванов и так везде говорит, что они — чисто полицейская структура. Во всех своих последних выступлениях.

Г.В. Зазулин: А как председатель Государственного антинаркотического комитета кто он тогда?

И. Э. Батыршин: По Указу Президента ФСКН действительно является чисто полицейской структурой. В этом-то и проблема.

Г.В. Зазулин: Не совсем мы можем с вами в этом согласиться. Как же, ведь там написано: заниматься координирующей деятельностью, заниматься политической функцией. Там это написано, посмотрите указ. Общество по-другому видит.

Н.В. Гончаров: Формировать государственную политику. Да, это полномочия, но в любом случае они требуют скоординированных усилий всех. В любом случае участники этого процесса — это и Минздрав, и Минобразования, Комитет по делам молодежи — все должны этим заниматься. Социальная сторона вопроса — это огромный сегмент, без которого ни одну задачу, даже полицейскую, решить невозможно.

В.К. Доронкин: К сожалению, Виктор Петрович в рамках ГАКа не может спрашивать с министерства здравоохранения.

Н.В. Гончаров: Только что один из вариантов решения проблемы был озвучен. Кто подпишет решение Антинаркотического комитета.

Е.Н. Мельников, председатель Совета Свердловской областной общественной организации «Антинаркотический центр «Спасение», г. Челябинск: Мне хотелось бы все-таки кратко представить свой доклад. Мы заявлены как представители Екатеринбурга, но на самом деле мы только что переехали в Челябинск, где начинаем новый проект — строительство социального поселка для лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. К разговору о региональных антинаркотических комиссиях. К нам поступил заказ от Управления ФСКН по Свердловской области в рамках решения, принятого на заседании антинаркотической комиссии Свердловской области от 3 сентября 2009 г. Он предусматривал разработку стандарта для некоммерческих организаций, которые занимаются социальной реабилитацией.

Мы разработали такой стандарт. Он называется «Антинаркотические некоммерческие организации. Цели, виды и принципы деятельности. Требования к социальному обслуживанию людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств и критерии оценки результативности основных направлений деятельности». Для разработки этого стандарта мы привлекали достаточно много экспертов — это и представители здравоохранения, и Роспотребнадзора, и соцзащиты, и юристы. Также в работе активно участвовали руководители реабилитационных программ. Проект стандарта год обсуждался в режиме «онлайн», в рассылке участвовало 250 электронных адресов. В результате, 2 марта 2010 г., согласно закону №184 «О техническом регулировании» этот стандарт был зарегистрирован.

Перед тем, как разработать стандарт, было проведено социологическое исследование, проходившее на средства, выделенные в качестве гранта Общественной Палатой. В нем приняло участие 1950 респондентов. Из них 60 чел. — представители властных структур, 27 — лидеров реабилитационных центров. Как раз это исследование определило конструкцию стандарта.

Были определены три проблемные точки. Первая проблемная точка — это отсутствие достаточно ясного представления о миссии, целях и задачах, формах деятельности некоммерческих организаций, адекватных для них формах взаимодействия с заинтересованными сторонами, в том числе властными структурами. Как с той стороны было непонятно, как взаимодействовать, так и с этой. Отсутствовали нормативные документы, конкретно определяющие требования к социальному обслуживанию людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств. Это то, о чем говорят коллеги-наркологи. Как определить социальную реабилитацию? То ли это медицинская, то ли не медицинская. Мы в стандарте также попытались описать эти процессы. Также отсутствовал объективный критерий оценки эффективности деятельности АНКО. Здесь мы тоже попытались описать критерий эффективности деятельности.

Также в стандарте, согласно закону, мы, кроме базовой терминологии, также постарались определить некоторые термины, такие, как «антинаркотическая некоммерческая организация», «заинтересованные стороны», «стратегическая цель», «наркотическая субкультура», «восстанавливающая субкультура», «социальная реабилитация людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств». Мы также описали там понятие «программа социальной реабилитации» и понятие «кейс-менеджмента». В первом разделе стандарта мы специально сделали отдельный подраздел, посвященный взаимодействию с заинтересованными сторонами, он выполнен с учетом требований международного стандарта AA 1000 SES «Взаимодействие с заинтересованными сторонами».

Во втором разделе мы как раз и описали принципы социального обслуживания людей, которые оказались в трудной жизненной ситуации, основные направления и формы социального обслуживания, также представлена базовая программа социальной ре-

билитации с выделением важных этапов. В стандарте также отражено то обстоятельство, что такая базовая программа реабилитации и ресоциализации действует в рамках восстанавливающей субкультуры, которая формирует у человека мировоззрение, содействующее интеграции человека в большой социум.

В третьем разделе у нас включена система оценки показателей деятельности организации, то есть это менеджмент организации. Первое — это показатели привлекаемых финансовых ресурсов и показатели привлекаемых человеческих ресурсов. Еще два показателя — это показатель результативности социальной реабилитации и показатель результативности профилактической работы. Кроме того, здесь представлена методика расчета показателей качества взаимодействия с заинтересованными сторонами. Все эти показатели загоняются в оценочный шаблон, который позволит составить достаточно полное представление о менеджменте конкретной некоммерческой организации. Кроме того, в стандарт мы включили 16 приложений — это документы для практического применения, рекомендации по наиболее сложным вопросам, а также критерии сертификации по данному стандарту.

Данный стандарт применяется в рамках системы добровольной сертификации, один центр уже прошел сертификацию, сейчас еще более 20 центров в 15 регионах страны подходят к этому этапу проведения сертификации. Сейчас идут этапы в Кемеровской и Самарской областях, там проходят диагностические аудиты и формирование экспертной комиссии по добровольной сертификации. Соответственно мы подключили для этого подготовку специалистов. После прохождения определенного курса обучения 120 чел. получили сертификаты внутренних аудиторов системы добровольной сертификации. Спасибо.

Н.В. Гончаров: Большое спасибо за сообщение, я более подробно ознакомлюсь с вашими предложениями. К сожалению, отведенное нам время вышло. То, что мы с вами сегодня обговорили, наработали, нуждается в углубленном изучении, вся эта информация запротоколирована. Надеюсь, что мы будем поддерживать связь друг с другом и вычленим то, что было наиболее важным из обсуждавшегося сегодня. Если возникнет необходимость поставить какие-либо вопросы и скорректировать какие-то документы, то это будет сделано. Большое спасибо всем участникам.

ИНФОРМАЦИЯ

Северный Государственный Медицинский Университет
Институт ментальной медицины
Казанский Государственный Медицинский Университет
Институт исследований проблем психического здоровья

**ШКОЛА МОЛОДЫХ НАРКОЛОГОВ И АДДИКТОЛГОВ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ
"АДДИКТОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ, КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА
И МЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА"
г.Архангельск, 10—12 октября 2011 г.**

Проведение Школы молодых наркологов и аддиктологов Северо-Западного региона России посвящается 75-летию кафедры психиатрии и наркологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ).

В программу Школы 10—11 октября войдут лекции ведущих российских ученых и практиков — признанных авторитетов в области наркологии и аддиктологии: академика П.И.Сидорова (Архангельск), проф.А.Г.Софронова (Санкт-Петербург), проф.Ю.П.Сиволапа (Москва), проф.В.Д.Менделевича (Казань), проф.А.Ю.Егорова (Санкт-Петербург), проф.А.Г.Соловьева (Архангельск), д-ра М.Л.Зобина (Москва) и др. Будут освещены вопросы этиопатогенеза, клиники, систематики, терапии и реабилитации аддиктивных расстройств. Особое внимание будет обращено на лечебно-профилактическую тактику (организационно-методическую, фармакологическую, психологическую) и реализацию реабилитационных подходов наркологическому контингенту.

12 октября участники Школы будут иметь возможность участия в работе докторского диссертационного совета СГМУ при защите диссертаций по проблемам социальной психологии, наркологии и психиатрии, а 13—14 октября смогут участвовать в работе Научной сессии СГМУ, посвященной 300-летию М.В.Ломоносова (информация — на сайте СГМУ www.nsmu.ru).

В рамках Школы планируется проведение конкурса научных работ молодых ученых в области аддиктологии. К участию в конкурсе допускаются работы специалистов, занимающихся научно-практической деятельностью в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии, терапии неотложных наркологических состояний, в возрасте до 35 лет. Победителям конкурса будет предоставлена возможность опубликовать статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК России "Наркология", "Неврологический вестник им. В.М.Бехтерева", "Психическое здоровье", "Экология человека".

Для участия в конкурсе необходимо прислать в адрес оргкомитета статью по электронной почте. Требования к оформлению статей: объем до 4-х страниц, шрифт Times New Roman 12, интервал 1,5. Необходимо указать возраст автора, место работы, специальность, должность, ученую степень, телефон и электронный адрес. Статьи принимаются по электронному адресу: narcoschool@mail.ru. Срок подачи заявок для участия в конкурсе — до 1 сентября 2011 г.

Победители будут иметь возможность доложить результаты собственных исследований на специальных заседаниях в рамках Школы и Научной сессии СГМУ. Заседания будут проходить в Институте ментальной медицины СГМУ (163000, г.Архангельск, Троицкий проспект, 51).

Справки по контактным телефонам
в Казани: +7 843 238 6074; +7 843 236 9669
и Архангельске: +7 8182 285766, +7 8182 289284

Сопредседатели оргкомитета:
Ректор СГМУ, директор Института ментальной медицины,
академик РАН **Сидоров Павел Иванович**
Директор института исследований проблем психического здоровья,
заведующий кафедрой Казанского государственного медицинского университета,
профессор **Менделевич Владимир Давыдович**

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ФГУ Национальный научный центр наркологии**

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ"
г. Москва, 20—21 октября 2011 г.**

Уважаемые коллеги!

Национальный научный центр наркологии в соответствии с планом о проведении научно-практических мероприятий и при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации проводит Всероссийскую научно-практическую конференцию "Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению" совместно с Совещанием главных наркологов органов управления Здравоохранением субъектов Российской Федерации.

На конференции и совещании будут обсуждены:

- вопросы организации наркологической помощи населению и стратегии ее развития;
- правовая регламентация порядка оказания наркологической помощи;
- вопросы эпидемиологии и профилактики наркологических заболеваний, в том числе среди лиц молодого возраста, включая мероприятия по тестированию;
- новые подходы к диагностике и лечению болезней зависимости, медико-социальной реабилитации наркологических больных;
- медико-генетические проблемы зависимости, включая вопросы по выявлению лиц с высоким риском развития зависимости с использованием генетических маркеров.

Планируемое количество участников — 600 чел.

Регистрация участников — с 8.30 20 октября 2011 г.

Открытие конференции состоится 20 октября 2011 г. в 10:00,

закрытие конференции и совещания — 21 октября 2011 г. в 18:00

Адрес проведения конференции и совещания:

г. Москва, Измайловское шоссе, 71 (станция метро "Партизанская"),
гостиничный комплекс "Измайлово", корпус Гамма-Дельта, 3 этаж, зал "Москва".

Контакты:

тел/факс: +7 499 241 9690, **e-mail:** e.borisova@mail.ru

тел/факс: +7 499 241 3723, **e-mail:** medscilaw@mail.ru

тел: +7 499 241 3041, **e-mail:** msmirnovskaya@mail.ru

Правила оформления статей при направлении в журнал «Наркология»

К публикации принимаются теоретические и обзорные статьи, результаты завершённых оригинальных исследований, краткие сообщения, информация о съездах и конференциях, рецензии на книги и письма в редакцию. Не допускается направление ранее опубликованных или представленных в другие издательства материалов.

Общие требования

1. Статьи следует направлять на русском языке в формате текстового редактора Microsoft Word по адресу электронной почты **genius-media@mail.ru**.

3. Структура оригинальной статьи: введение, материалы (пациенты) и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы). Теоретические и обзорные статьи могут иметь иное построение. Краткие сообщения печатаются без выделения подразделов.

Оформление статьи

1. На первой странице статьи указывается ее название, фамилия и инициалы автора (авторов). На отдельном листе приводятся данные об авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень и звание, занимаемая должность, служебный адрес с почтовым индексом, телефон, факс и адрес электронной почты, а также указывается автор, с которым редакция будет вести переписку.

2. К статье необходимо приложить резюме, размером не более 0,5 страницы, продублировать название статьи и фамилии авторов, указать ключевые слова (не более 5) **на русском и английском языках**.

3. Названия разделов статьи и подзаголовки внутри их печатаются на отдельной строке полужирным шрифтом и полужирным курсивом, соответственно. На левом поле распечатанного текста от руки указываются места расположения рисунков и таблиц. В десятичных дробях целая часть отделяется от дробной через запятую.

4. Допускается использование в статье только общепринятых сокращений. Малоупотребительные и узкоспециальные термины должны быть расшифрованы. Единицы измерения приводятся в единицах Международной системы (СИ).

5. При описании лекарственных препаратов следует указать активную субстанцию, коммерческое и генерическое название, фирму-производителя. Все названия и дозировки должны быть тщательно выверены. Описания пострегистрационных клинических испытаний лекарственных препаратов должны обязательно включать в себя информацию о регистрации и разрешении к применению указанных препаратов официальными разрешительными органами (регистрационный номер, дата регистрации).

Список литературы

1. Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (вначале на русском языке) и включает в себя только опубликованные работы. В тексте рукописи номер ссылки заключается в квадратные скобки и соответствует нумерации в списке литературы.

2. Ссылки оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ, действующими на территории Российской Федерации.

3. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

Примеры оформления ссылки

- на публикацию в журнале:

Dawson D.A. Gender differences in the risk of alcohol dependence: Unites States// Addiction. — 1996. — Vol. 91, №11. — P. 1831—1842.

- на книгу:

Валентик Ю.В., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, потребляющих наркотики: Пособие для врачей. — М.: Каллиграф, 2003. — 157 с.

- на автореферат диссертации:

Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 26 с.

Прочие условия

Присланные для опубликования материалы рецензируются. Редакция не вступает в дальнейшую переписку с авторами по поводу отклоненных статей. Редакция оставляет за собой право вносить исправления в текст при обнаружении грамматических и смысловых дефектов, а также возвращать статью автору для доработки. Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные статьи не возвращаются. Авторский гонорар не выплачивается. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.