

*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 Кианг Конгом в 1800 г. было запрещено содержание опиумных курилен 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 обезболивающему действию он во много раз сильнее самого морфина. С той поры героин стали применять как обезболивающее лекарство и... как средство от кашля.

В США и в Европе с начала XIX века опиум 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 опиумных 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 опиума 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. «Роллестоунский акт» с его либеральными установками оставался основным документом 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 опиума и его производных. Современная запретиительно-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-

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ



Рис. 1. Потребление опиатов и героина по регионам мира (абс. число потребителей среди населения 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 законодательства 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.

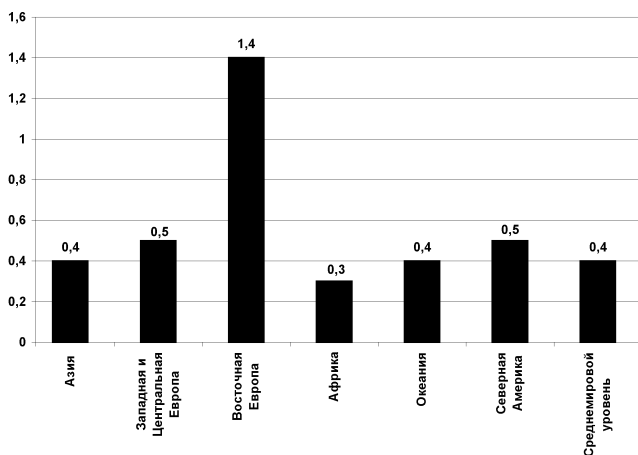


Рис. 2. Уровень потребления опиатов по регионам мира (% от численности населения региона)

В Советском Союзе героин был запрещен законом с 1924 г. В настоящее время в Российской Федерации опиум 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 среднего мирового 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 опиата 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 опиата, 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 опиата 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 опиата 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 опиата: 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 опиата 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 опиата или даже некоторого снижения по сравнению с ростом уровня потребления и числа потребителей опиата в странах Азии и Африки.

В странах Восточной Европы проживает 2 млн потребителей опиата 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 опиинным 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

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

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.

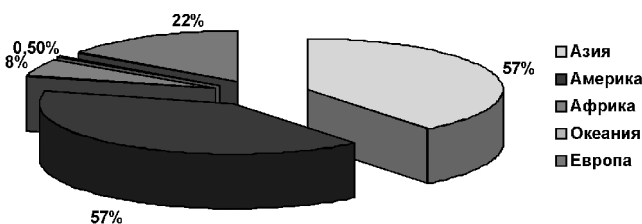


Рис. 3. Потребление опиатов по регионам мира по данным на 2009 г.

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 (прогохурпен), 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 расценивать как результат 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

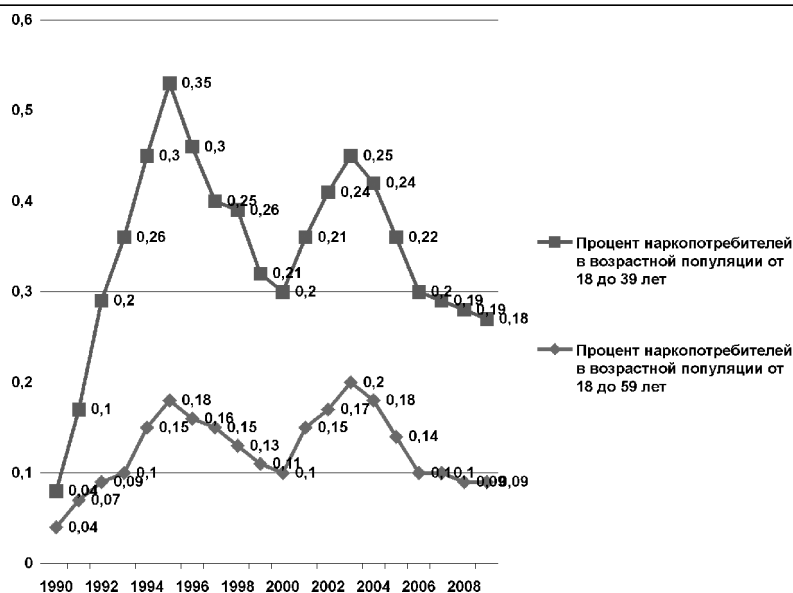


Рис. 4. Потребление героина в Германии в 1990—2009 гг.

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-

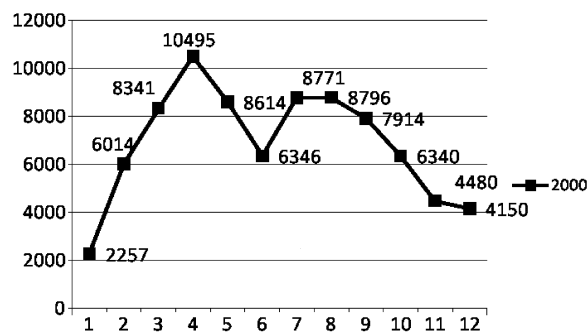


Рис. 5. Число новых потребителей героина в Германии

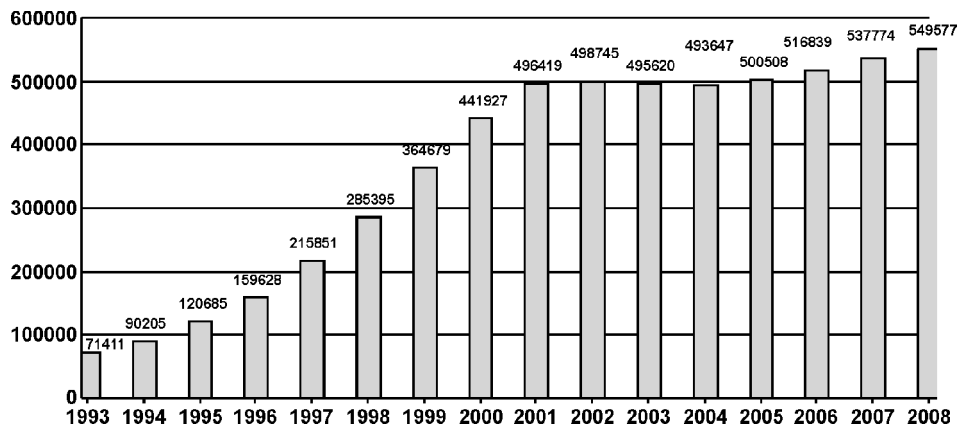


Рис. 6. Динамика наркомании в Российской Федерации в 1991–2008 гг.

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

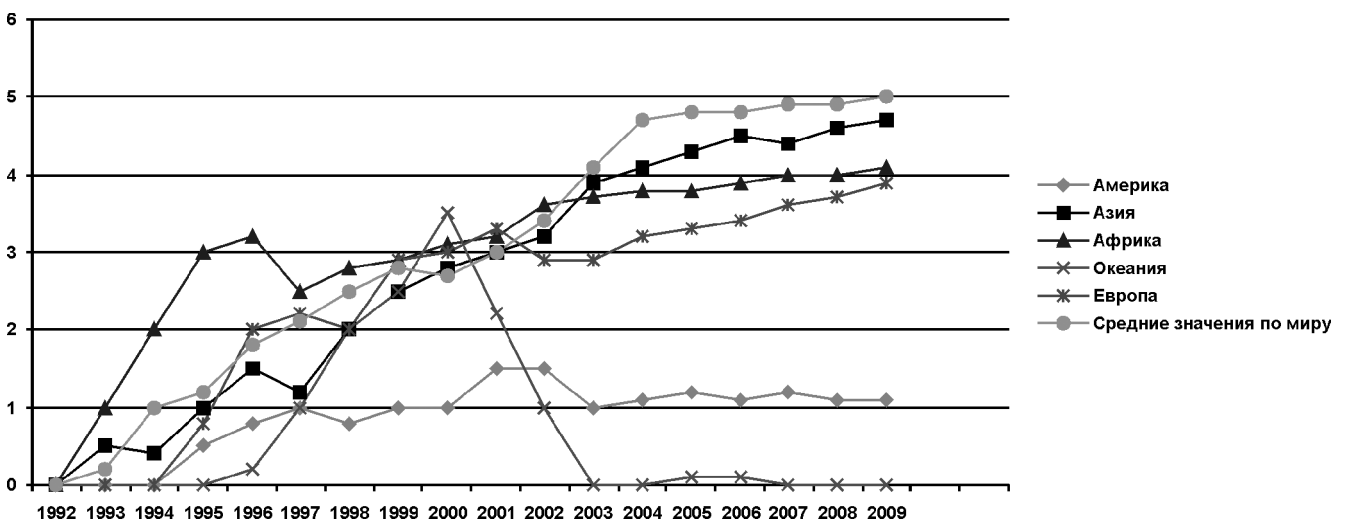


Рис. 7. Динамика потребления опиатов по регионам мира с 1992 по 2009 гг.

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 ЮрИнфоР, 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