

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

## История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом кокаина по регионам мира\*

САФОНОВ О.А.

ДМИТРИЕВА Т.Б.

КЛИМЕНКО Т.В.

статс-секретарь — заместитель директора ФСКН России, Москва

д.м.н., профессор, академик РАМН

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 кокаином 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 кокаином. Показано, что государственные меры регулирования оборота кокаином должны быть гибкими и должны определяться напряженностью наркоситуации по кокаину и другим наркотическим средствам.*

*Ключевые слова:* кокаин, распространенность, незаконный оборот, наркоситуация

**К**окаин по химической структуре относится к тропановым алкалоидам. Производится из листьев растения, произрастающего в Южной Америке на труднодоступных горных склонах в Андах. Коренные жители называют это растение «кока» (лат. *Erythroxylon coca*). Кокаин имеет множество сленговых названий: *джанкой, кокс, марафет, кокос, дорогой, кока, снег, орт, корс, си, орех, чарли, белый, коля, кекс, Николай*. По химической структуре кокаин представляет собой метиловый эфир бензоилированного эгониона.

В 1890-х годах был разработан гидролизный синтез кокаина, в соответствии с которым все имеющиеся в листе коки тропановые алкалоиды гидролизом расщепляются до эгониона, а затем вновь синтезируется кокаин [3]. Для производства кокаина требуется эффективная и разветвленная система поставки сырья и химических реактивов, без которых невозможен эффективный синтез химически чистого кокаина. Поскольку кокаина в листьях коки содержится не более 1%, его первичную обработку экономически эффективно проводить на месте. Из 100 кг свежего листа выделяется около килограмма пасты коки, представляющей собой вещество с большим количеством тропановых алкалоидов. Эта паста является сырьем для производства химически чистого кокаина. Паста собирается, переводится на следующий этап производственного цикла. В среднем из 2,5 кг пасты получается 1 кг кокаина. Качество очистки кокаина и содер-

жание в нем балластных веществ и вредных примесей отличается и зависит от уровня организации производства и используемого оборудования. Крупные картели маркируют производимый ими кокаин изображениями животных, являющихся их товарными знаками.

Кокаин при попадании в организм быстро распределяется по объему циркулирующей крови и быстро метаболизируется в бензоилэгонин и эгонин печеночными эстеразами. Выделение из организма в виде его метаболитов на 80% осуществляется почками. В течение 2—3 дней из организма выводится 90—95% введенной дозы кокаина в виде чистого вещества и его метаболитов. При совместном употреблении кокаина и алкоголя формируется кокаэтанол, что значительно увеличивает время полувыведения метаболитов кокаина из организма [2].

Кокаин как психостимулятор применялся индейцами Южной Америки с III века до нашей эры. В империи инков жевание листьев коки было распространено только среди жрецов, знати, а также среди гонцов срочных сообщений и воинов для преодоления усталости и повышения выносливости [1]. Поскольку кока произрастала в регионах с неблагоприятными климатическими условиями, среди ее сборщиков отмечалось массовое поражение инфекционными заболеваниями с высокой смертностью [4]. В связи с этим, после завоевания империи инков испанцами в 1567 г. Вторым Лимским Собором жевание коки

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

было запрещено. Однако из-за массового недовольства местного населения и невозможности ограничения доступа к кустам коки от запрета пришлось отказаться и культивирование листа коки длительное время оставалось одним из важнейших источников дохода многих испанских колоний (Juan de Matienzo de Peralta. «Gobierno de Peru»). Сами испанцы с презрением относились к культуре коренных жителей и не проявляли интереса к данной привычке. В 1821 г. после сделанного президентом Перу Иполито Унануе в Нью-Йорке доклада о свойствах коки узнали в США. В 1859 г. Альберт Ниман (нем. *Albert Niemann*) из Гёттингена выделил из листьев коки алкалоид  $C_{32}H_{20}NO_8$  и назвал его кокаином [3]. Одновременно были получены также кокаиновый воск  $C_{66}H_{66}O_4$  и ряд других продуктов. В 1897 г. Рихарду Вильштеттеру в лаборатории Айнхорна удалось провести полный синтез кокаина. Последующими исследованиями Майша и Вильяма Лессена (англ. *Maish, William Lessen*) формула кокаина была доведена до современной —  $C_{17}H_{21}NO_4$ . После этого кокаин начал активно распространяться в США как средство для местной анестезии, войдя в 1900 г. в пятерку самых продаваемых лекарств [5]. В XIX веке он также использовался как пищевая добавка. В конце XIX века кокаин прописывался практически от всех болезней. В США продавались сигареты и сигары с кокаином. Популярное в то время вино *Vin Mariani*, изобретённое химиком Анджело Мариани (англ. *Angelo Mariani*) в 1863 г., содержало в своём составе экстракт листьев куста коки. В 1885 г. Джон С. Пембертон из Атланты (шт. Джорджия) вывел на рынок «Французское вино из коки», в состав которого позднее был добавлен экстракт из орехов колы. Этот напиток широко рекламировался как средство от головной боли, которое также способствовало восстановлению сил. Рецепт этого напитка впоследствии несколько раз изменялся, и в итоге он стал продаваться под названием *Coca-Cola*. Название напитка как раз и было связано с тем, что в его производстве использовались листья коки и орехи кола. Впоследствии после запрета кокаин в составе напитка был заменён на кофеин.

В середине XIX века кокаин стал распространяться в Европе. Он широко применялся в медицинской практике и свободно продавался в аптеках как местный анестетик, был популярен как средство от зубной боли. Карл Коллер впервые использовал 1%-ный раствор кокаина в офтальмологической практике с целью расширения зрачка и местной анестезии. С целью обезболивания кокаин применялся в стоматологии. В 1884 г. Зигмунд Фрейд на собственном опыте проверял клинические эффекты кокаина. По результатам этих исследований им была опубликована статья, в которой он пропагандировал кокаин как лекарство от депрессии, неврозов, сифилиса, алкоголизма, морфийной наркомании, сексуальных расстройств. Сам он активно применял кокаин в своей психотерапевтической практике, называя его «волшебным лекарством». К началу XX века интерес врачей к кокаину ослабевал по мере выявления его негативных свойств. Когда в 1911 г. был синтезирован новокаин, кокаин оказался постепенно вытеснен из хирургической практики. До 1920-х годов XX века кокаин продавался также в виде капель от насморка. После признания его способности вызывать наркотическую зависимость был запрещён для свободной продажи населению. В 1912 г. кокаин попадает в Опиумную Конвенцию об ограничении распространения наркотиков (Конвенция де Ла Айна) и после её утверждения Лигой Наций в 1920 г. законные продажи препаратов, содержащих кокаин, были существенно ограничены. В 1963 г. лист коки и кокаин по законодательству ООН попали в список запрещённых веществ.

Кокаин в мире потребляют 15,987 млн чел., или 0,37% населения мира в возрасте от 15 до 64 лет (рис. 1—2). В 2006 г. среднемировой уровень потребления кокаина был 0,37% популяции мира в возрасте от 15 до 64 лет. Это самый высокий зафиксированный уровень потребления кокаина в мире за последние годы. В предыдущие и последующие годы он никогда не поднимался выше 0,34%. Аналогичный пик потребления кокаина наблюдался практически по всем регионам и странам мира, но эти «пики» не совпадали по времени в разных регионах и странах, но все они фиксировались в период с 2003 по 2006 гг. После прохождения этого «пика» и общемировые, и национальные показатели потребления кокаина значительно снижались и стабилизировались, по крайней мере, до 2009 г. [9].

К 2008 г. больше всего потребителей кокаина проживает в странах Северной Америки — более 7 млн потребителей, или 45% всех потребителей кокаина в мире. Почти в 2 раза меньше, но относитель-



Рис. 1. Потребление кокаина по регионам мира (абс. число наркопотребителей)

но общемировых показателей достаточно много потребителей кокаина в странах Западной и Центральной Европы (3,985 млн) и в странах Южной Америки (3 млн чел.). Это соответственно составляет 24 и 19% от общемировой численности потребителей кокаина. Относительно немного кокаинистов в странах Океании — 301 тыс., или 2% всех кокаинистов мира, и в странах Азии, где при самой большой численности населения кокаин потребляют только 335 тыс. чел., что также не превышает 3% всех кокаинистов мира. Меньше всего кокаинистов проживает в странах Восточной (46 тыс. чел.) и Юго-Восточной Европы (67 тыс. чел.).

Однако абсолютное число кокаинистов, проживающих в различных регионах мира, не отражает напряженность наркоситуации в конкретном регионе, поскольку не коррелирует с уровнем потребления кокаина. При среднем мировом уровне потребления кокаина 0,37% в странах Океании, где проживает минимальное число кокаинистов, уровень потребления кокаина значительно выше (+1%). Высокий уровень потребления кокаина фиксируется также в странах Западной и Центральной Европы (1,22% населения региона), Северной (2,4%) и Южной (1%) Америки. Минимальный уровень потребления кокаина, значительно меньше среднего мирового уровня, отмечен в странах Восточной (0,03%) и Юго-Восточной (0,08%) Европы, в Азии (0,01%) и в Африке (0,22%).

Самое большое число потребителей кокаина проживает в США — 6 млн чел. Уровень потребления кокаина там превышает среднемировые показатели в 8 раз — 3,0% населения страны в возрасте от 15 до 64 лет. Пик потребления кокаина в США отмечался в 1985 г., когда 13,5% учащихся старшей школы страны имели опыт потребления кокаина. Последующие 10 лет уровень потребления кокаина стал последовательно снижаться. Только с 2006 по 2007 гг. он снизился более чем на 20%, с 5,7% в 2006 г. до 5,2% в 2007 г. (рис. 3). Одновременно среднемировые показатели потребления кокаина снижались с 0,91% в 1998 г. до 0,72% в 2006 г. и до 0,58% в 2007 г. Таким образом, по сравнению с 1998 г. произошло снижение уровня потребления кокаина в общей популяции населения на 36%. Среди лиц особо ответственных профессий в 2007 г. отмечено снижение потребления кокаина на

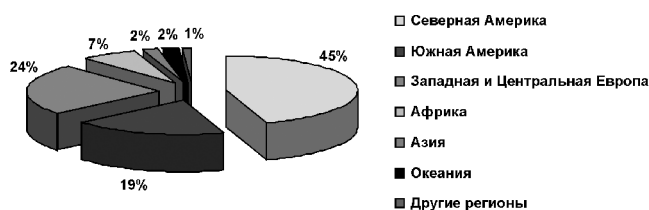


Рис. 2. Потребление кокаина по регионам мира (%)

24%, а по сравнению с 1998 г. — на 40%. Большинство экспертов такое снижение потребления кокаина связывают с ростом цен на кокаин. Только за 2007 г. они повысились на 40%, что во многом было связано с эффективными полицейскими мероприятиями по ограничению наркотрафика из Мексики.

Наряду со снижением потребления кокаина фиксировалось и снижение потребления крэка, на долю которого приходится основная часть общего потребления кокаина в США. Снижение потребления кокаина сопровождалось и снижением числа лиц, обратившихся за лечением по этому поводу. В 2004 г. было зарегистрировано 263 300 лиц, обратившихся за помощью в связи с потреблением кокаина, а в 2007 г. — 250 100 чел. (5%).

США являются одной из немногих стран мира, где отмечаются реальные успехи по улучшению общей наркоситуации. Так, за последнее десятилетие число лиц, употребляющих наркотики, сократилось вдвое. Это связывают с тем, что борьба с наркотиками в стране стала действительно общенациональной. Она включает в себя усилия как правительства, так и неправительственных структур типа движения «За Америку, свободную от наркотиков». В период администрации Президента США Б.Клинтон антинаркотическая политика в сфере противодействия наркомании была изменена и основные материальные ресурсы были направлены на мероприятия по снижению спроса на наркотические средства и психотропные вещества, раннюю профилактику наркомании и лечение лиц от наркотической зависимости. Администрация нынешнего президента США Б. Обамы продолжает эту политику. Ключевыми составляющими государственной антинаркотической стратегии США являются следующие:

- 1) признание проблемы наркомании как общенациональной и выработка долгосрочной программы-стратегии (на 10 лет);
- 2) выделение необходимых финансовых ресурсов для правоохранительных структур для ведения активной борьбы как внутри страны, так и за ее пределами;

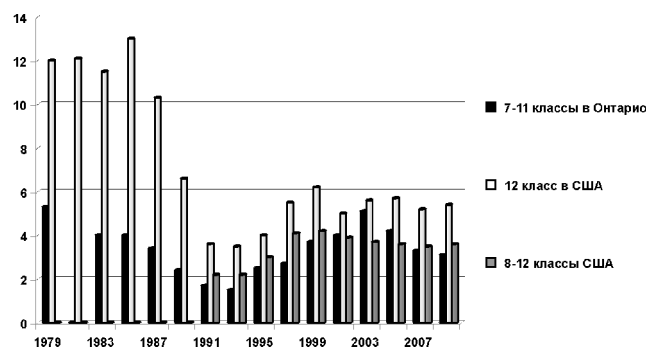


Рис. 3. Потребление кокаина среди старших школьников в США и Канаде в 1979–2007 гг.

3) широкое международное сотрудничество с целью предотвращения поступления наркотиков на территорию США;

4) чётко ориентированная пропагандистско-информационная кампания, направленная прежде всего на молодёжь, начиная с 9 лет и реализуемая по принципу «легче предотвратить употребление наркотиков, чем заниматься лечением больных»;

5) целенаправленное и широкое подключение общественных движений и структур на всех уровнях, от общенационального до коммун;

6) привлечение к кампании против наркотиков наиболее значимых политических (включая Президента США) и общественных деятелей (в частности, звезд кино- и шоубизнеса, спортсменов);

7) максимально возможное использование семьи как основы противодействия наркотикам;

8) различные формы стимулирования коммерческих и финансовых структур, принимающих участие в борьбе против наркотиков.

Общие расходы на антинаркотическую кампанию в США за последние годы составляли 1 млрд долл. ежегодно [10].

В Канаде также с 2003 по 2007 гг. произошло существенное снижение потребления кокаина, по экспертным данным более чем на 20%, и в 2007 г. он был на уровне 2,3% взрослого населения. В Мексике потребление кокаина принципиально ниже по сравнению с Канадой и тем более с США — 0,8%.

По контрасту со странами Северной Америки в странах Латинской Америки, наоборот, продолжается тенденция к росту уровня потребления кокаина. Это представляется абсолютно естественным, поскольку именно страны Латинской Америки являются единственными в мире культиваторами куста коки и производства кокаина. В соответствии с наблюдающимся в этих странах последние годы наращиванием объемов производства кокаина, часть которого и немалая неизбежно оседает в странах производителях и пограничных с ними территориях, в регионе растёт потребление кокаина.

Так, например, в Боливии, которая является одним из основных производителей кокаина в мире, с 2002 по 2005 гг. уровень его потребления вырос с 1,3 до 1,9% в возрастной популяции от 12 до 50 лет, а в Аргентине с 1,9% в 1999 г. до 2,6% в 2006 г.<sup>1</sup> По экспертным оценкам на 2006 г., Аргентина по уровню потребления кокаина находится на первом месте среди стран Латинской Америки и на втором месте после США (3% населения в возрасте от 15 до 64 лет) среди стран всего Американского континента.

Наряду с этим, Аргентина является вторым после Бразилии рынком в Латинской Америке по объёму потребления кокаина. В 2006 г. там было зарегистрировано 640 000 потребителей кокаина. Примерно половина из них потребляет кокаиновую пасту, уровень потребления которой за тот же период времени увеличился с 1,3 до 1,6% взрослого населения страны. Дополнительно 0,5% населения потребляет только кокаиновую пасту.

В Колумбии, на которую приходятся основные объёмы производства кокаина, его потребление значительно ниже не только по сравнению с Боливией, но и относительно среднего показателя по данному континенту — 0,8% взрослого населения.

Потребление кокаина растёт не только в странах-производителях кокаина, но и в странах, пограничных с ними. При этом число потребителей кокаина и уровень его потребления в пограничных странах значительно выше, чем в странах-производителях.

В Бразилии в 2006 г. было выявлено 870 000 потребителей кокаина, что делает эту страну самым большим рынком потребления кокаина среди стран Латинской Америки и вторым на американском континенте после США. С 2001 по 2005 гг. уровень потребления в этой стране увеличился с 0,4 до 0,7% населения в возрасте от 12 до 65 лет. В зависимости от территории прохождения кокаинового наркотрафика уровень потребления в разных штатах страны различается. Это связано с тем, что прохождение кокаина по бразильскому участку кокаинового наркотрафика и его переправка в другие регионы чрезвычайно сильно контролируется международными преступными группировками, которые осуществляют контроль за транспортом кокаина из Колумбии, Боливии и Перу в Европу, и это «благоприятно» сказывается на том, что большие объёмы кокаина оседают в Бразилии и оказываются там на чёрном рынке. В соответствии с передвижением наркотрафика по стране наиболее высокие уровни потребления кокаина фиксируются по территориям Юго-Восточных и Южных штатов страны — соответственно 3,7 и 3,1% населения в возрасте от 12 до 65 лет. В Северо-Восточных и Северных территориях, которые наркотрафик минует, уровень потребления значительно ниже — 1,2 и 1,3% взрослого населения.

Очень высокий уровень потребления кокаина в Перу (2,2%) и в Уругвае (1,4%), где он увеличился с 0,2% в возрастной популяции 12—64 года в 2001 г. до 1,4% в 2007 г. (рис. 5). Также рост потребления кокаина, особенно среди школьников, наблюдается в Эквадоре и Парагвае.

<sup>1</sup> Поскольку статистические данные в международные организации, занимающиеся мониторингом наркоситуации, посылаются странами в инициативном порядке, получение этих данных и их предоставление в открытой печати идёт с опозданием на несколько лет.

Чуть ли не единственной страной в Латинской Америке, где, наоборот, отмечается снижение потребления кокаина, является Чили. После наблюдавшегося с 1996 по 1999 гг. некоторого роста уровня потребления, когда во взрослой популяции населения он увеличился с 1,1 до 1,9%, отмечается стабильная, хотя и незначительно выраженная тенденция к уменьшению потребления: 2002 г. — 1,75%; 2004 г. — 0,7%; 2005 г. — 1,6%; 2006 г. — 1,5%. С одной стороны, это связывают с тем, что территорию Чили минуют кокаиновые наркотрафики, а с другой, — с планомерной политикой государства по пресечению наркопотребления среди населения страны.

По разным странам Карибского бассейна динамика потребления кокаина была неоднозначной: в одних странах уровень потребления упал почти в 2 раза, в других — остаётся стабильным, в третьих — произошло увеличение потребления, причём в некоторых странах — в 3—5 раз. При такой неоднозначной картине средний уровень потребления по странам Карибского бассейна, в целом, характеризуется как стабильный и по разным странам находится примерно на одном уровне, соответствующем среднему показателю по странам Латинской Америки: Багамы — 0,8%, Доминиканская республика — 0,9%, Ямайка — 1,1%. Исключение составляет только Барбадос, где потребление кокаина принципиально ниже — 0,4%.

Чрезвычайно важным обстоятельством на мировом рынке кокаина за последние годы было резкое увеличение его потребления в странах Европы. Однако наблюдающиеся динамические тенденции по изменению потребления кокаина свидетельствуют о возможно скорой стабилизации уровня потребления кокаина. Если в 2001 г. о повышении потребления сообщало 18 европейских стран, то в 2006 г. — уже только 14. Число стран, которые сообщали о стабилизации или даже снижении потребления увеличилось за тот же период с 17 до 37.

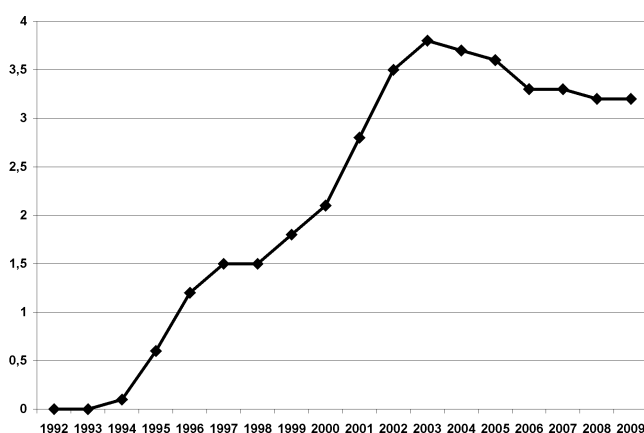


Рис. 4. Динамика числа новых потребителей кокаина в мире с 1992 по 2009 гг.

Среди всех европейских стран самый высокий уровень потребления кокаина в Испании, где он продолжает увеличиваться. С 1999 по 2005 гг. он практически удвоился в возрастной группе от 15 до 64 лет с 1,6 до 3,0%. Этот показатель приближается к аналогичным показателям по США и почти в 2 раза больше, чем средний уровень потребления по всем странам Западной Европы (1,2%). В то же время в потреблении кокаина среди школьников Испании наметилась тенденция к стабилизации или даже некоторому снижению. Проведённое среди 14—18-летних школьников исследование показало, что уровень потребления кокаина начал снижаться: в 2007 г. — 7,2% школьников потребляли кокаин, а в 2007 г. — уже только 4,1%. Такие позитивные сдвиги в потреблении кокаина среди школьников эксперты связывают с эффективными профилактическими мероприятиями и ужесточением законодательства в отношении наркораспространителей. Однако фиксируются и некоторые негативные тенденции. В частности, отмечено изменение возраста первых проб кокаина с 15,8 года в 2004 г. до 25,4 года в 2007 г.

В Великобритании потребление кокаина, выраженное в абсолютных числах наркопотребителей, является самым большим среди стран Европы и занимает вторые позиции по уровню потребления в общей популяции населения. С 2005/2006 по 2006/2007 гг. уровень потребления кокаина там увеличился с 2,4% до 2,6% населения в возрасте от 15 до 64 лет. Максимальный рост потребления произошел в 1990-е годы, когда с 1996 по 2000 гг. он увеличился с 0,6 до 2,0% в общей популяции взрослого населения. В последующие годы тенденция к росту сохранялась, но с меньшей интенсивностью. Британские полицейские структуры сообщают об увеличении уровня потребления кокаина за последние 15 лет более чем в 4 раза. Самый высокий уровень потребления кокаина в Англии был зафиксирован в 2006/2007 гг., когда он достиг уровня 2,6% взрос-

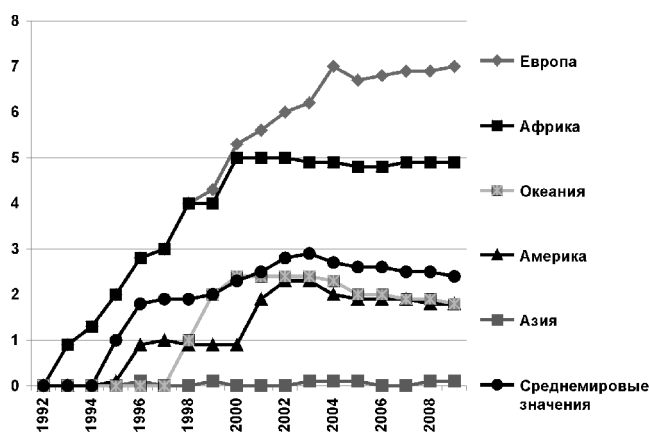


Рис. 5. Основные тенденции потребления кокаина с 1992 по 2007 г. по регионам мира

лого населения. При этом самый высокий уровень потребления отмечался в районах Северной Англии и в Лондоне, а минимальный — в Уэллсе.

Высокий уровень потребления отмечается также в Италии (2,1%). В большинстве других стран Европы он принципиально меньше среднего показателя по странам Западной Европы (1,22%): Словакия (0,5%), Эстония (0,6%), Нидерланды (0,6%), Франция (0,6%), Германия (0,7%), Люксембург (0,9%), Австрия (0,9%), Бельгия (0,9%), Дания (1,0%), Швейцария (1,1%).

Примерно в трети стран Западной и Центральной Европы уровень потребления кокаина в 2–3 раза меньше среднерегионального показателя: Греция и Кипр — 0,1%, Латвия, Чехия, Швейцария и Польша — 0,2%, Португалия, Литва, Мальта, Словения — 0,3%, Венгрия — 0,4%, Финляндия — 0,5%.

В Германии, самой населённой стране Европейского Союза, в последние годы отмечается тенденция к снижению и стабилизации уровня потребления кокаина: с 1% в 2003 г. до 0,6% в 2006 г. в популяции от 15 до 64 лет. Среди лиц в возрасте от 18 до 39 лет за тот же период времени уровень потребления кокаина также снизился с 1,5 до 1,2%. Такого низкого уровня потребления кокаина в Германии не наблюдалось с 1997 г.. Одновременно в Германии отмечено снижение числа новых потребителей. По данным полиции только за 2007 г. их число сократилось на 10%.

В других европейских странах — Австрия, Швейцария, Бельгия, Нидерланды, Дания, Польша, Чешская Республика и другие страны Центральной Европы, такие, как Словакия и Венгрия, — отмечаются аналогичные Германии динамические изменения уровня потребления кокаина. Некоторое повышение уровня потребления в 2006 г. было отмечено только в Португалии, некоторых странах западного региона Балкан, а также во Франции, Великобритании, Ирландии.

В странах Восточной и Юго-Восточной Европы потребление кокаина находится на принципиально более низком по сравнению со странами Западной и Центральной Европы уровне: Албания — 0,07%, Турция — 0,04%, Российская Федерация — 0,02%, Украина — 0,07%, Республика Беларусь — 0,02%. Исключения составляют Болгария (0,3%) и Румыния (0,1%), где уровень потребления относительно выше.

Практически во всех **странах Африки** отмечено повышение уровня потребления кокаина. В 2001/2002 гг. 11 африканских стран сообщали о повышении потребления кокаина, в 2005/2006 гг. таких стран было уже 14, а число стран, которые фиксировали снижение потребления кокаина, за тот же период сократилось с семи до двух. Больше всего потребление кокаина растёт в странах Западной и Южной Африки и Северной Африки, которые расположены вдоль берега Атлантического океана. Это связано с тем, что страны Западной и Южной

Африки традиционно являются транзитными для трафика кокаина из Южной Америки в страны Европы и Азии.

По данным The South Africa Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU), после установившейся в 1999 г. на несколько лет стабилизации с 2004 г. фиксируется резкий рост числа лиц, обратившихся в странах Южной Африки за лечением в связи с потреблением кокаина. Если в 2004 г. 6% всех обращений за лечением были связаны с потреблением кокаина, кокаиновой пасты и связанных с этим последствий, то в 2007 г. на них пришлось уже 12% всех обращений за медицинской помощью. В некоторых регионах Южной Африки эти показатели были ещё выше: в городах Порт-Элизабет и Ист-Лондон 14% обращений было связано с потреблением кокаина, а в провинции Гаутенг и в Претории — 13% обращений.

К 2008 г. уровень потребления кокаина по странам Африканского континента был один из самых низких в мире — 0,22% взрослого населения. При этом за исключением Южной Африки (0,8%) и Нигерии (0,5%) уровень потребления был даже ниже средних показателей по континенту: Замбия — 0,2%, Намибия, Ангола, Зимбабве — 0,1%, Сьерра-Леоне — 0,02%, Республика Чад — 0,01%.

В **странах Азии** потребление кокаина последние годы также росло. В 2005 г. 4 азиатские страны сообщали о повышении потребления кокаина населением, в 2006 г. таких стран было уже 8 — Гонконг, Китай, Япония, Филиппины, Таиланд, Бангладеш, Непал, Пакистан и Ливан, а число стран, фиксировавших за тот же период снижение уровня потребления, уменьшилось с трёх до двух.

Несмотря на отмеченную последние годы тенденцию к увеличению в странах Азии сохраняется самый низкий уровень потребления кокаина в мире — 0,01% взрослого населения. В большинстве стран Азиатского континента он не отличается от средних показателей: Индонезия, Япония, Филиппины, Таиланд — 0,03%, Кувейт — 0,04%. Лишь в Тайване, Армении, Ливане (0,1%) и Израиле (0,6%) он принципиально выше.

В **странах Океании** в целом также фиксируется уже несколько лет стабильный уровень потребления кокаина. Наряду с этим компетентные органы Австралии сообщают о повышении уровня потребления кокаина в период с 2003 по 2007 гг. После того, как в 1999–2000 гг. были перекрыты идущие в страны Океании наркотрафики, в регионе отмечалось резкое сокращение объёмов кокаина на чёрном рынке, существенный рост цен на кокаин и как следствие это — значительное снижение уровня потребления всех наркотиков и кокаина, в том числе. Но с 2003–2004 гг. вновь фиксируется значительный рост потребления. В Австралии уровень потребления кокаина вырос с 1%

взрослого населения в возрасте старше 14 лет в 2003 г. до 1,6% в 2006 г. В Новой Зеландии уровень потребления увеличился с 0,5% в 2003 г. до 1,1% в 2006 г. Примечательно, что достигнутый к 2006—2007 гг. на новой волне уровень потребления кокаина значительно превысил уровень потребления 1998—2000 гг..

Рост уровня потребления кокаина сопровождался и ростом показателей, отражающих число новых адептов. По сравнению с 1992 г. к 1996 г. их число увеличилось на 1,34%, к 2003 г. — на 3,7%, к 2006 г. отмечено некоторое снижение числа новых потребителей, которые превышали уровень 1991 г. на 3,3% (рис. 4).

Среди всех регионов мира самый большой прирост потребления кокаина последние 15 лет отмечался в странах Европы (+7,6%) и Америки (+5,2%), минимальный прирост зафиксирован в странах Азии (+0,3%) и Океании (+1,5%). В странах Европы прирост потребления был на относительно среднем уровне (+3,3%). Динамика роста потребления кокаина последние 15 лет также показывает, что последние 8 лет практически по всем регионам мира, за исключением Европы, отмечается стабилизация уровня потребления кокаина (рис. 5).

Однако динамические показатели уровня потребления кокаина последние 15 лет по регионам мира малоинформативны, поскольку являются усредненными по всем странам региона и не отражают конкретной ситуации по отдельным странам и территориям. В основе стабилизации общемирового, региональных и национальных показателей потребления кокаина лежат разные причины. Снижение показателей общемирового уровня потребления кокаина связано со

снижением уровня потребления кокаина в странах Северной Америки при одновременном увеличении его потребления в странах Западной Европы, Южной Америки и Южной Африки. Стабилизация показателей потребления героина по большинству отдельных регионов, например по Океании, также не отражает наркоситуации в данном регионе мира, поскольку являются усредненными и складываются из показателей, отражающих рост потребления в Австралии и по другим странам Океании, где наоборот, уровень потребления кокаина значительно снижается.

## Список литературы

1. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. Свойства, Действие, Фармакокинетика, Метаболизм. Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-химических лабораторий. — М.: Триада-Х, 2000. — 196 с.
2. Маркова И.В. Клиническая токсикология детей и подростков. — СПб.: Интермедика, 1998. — Т. 1. — С. 148. — 394 с.
3. Орехов А.П. Химия алкалоидов / Родионов В.М. — Изд-е 2-е, доп. и перераб. — М.: Изд-во Академии наук СССР, 1955. — С. 154—160. — 860 с.
4. Coleccion de Documentos ineditos de Indias. Tomo XI. — Мадрид, 1869. — С. 40.
5. Myers R.L. The 100 Most Important Chemical Compounds: a reference guide. — London: Greenwood Press, 2007. — P. 88—91.
6. The World Drug Report 2006. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2006. — 206 s.
7. The World Drug Report 2007. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007. — 274 s.
8. The World Drug Report 2008. — United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2008. — 303 s.
9. The World Drug Report 2009. — Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2009. — 314 p.
10. <http://www.narcom.ru/ideas/socio/10.html>

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

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

Historical and today's data on cocaine 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 cocaine abuse has been studied. It is shown that the state's measures to control cocaine trafficking must be flexible and determined by the intensiveness of cocaine abuse as well as abuse of other drugs.

**Key words:** cocaine, prevalence, narcotraffic