

Отчёт

об анализе наркоситуации в трёх регионах РФ на основе данных
ежегодных докладов региональных антинаркотических комиссий за
2011г.

Автор отчёта: С.В.Олейник

г.Пенза, 2013г.

Отчет
об анализе наркоситуации в трёх регионах РФ на основе данных ежегодных докладов
региональных антинаркотических комиссий за 2011г.

Общие положения.

Для проведения анализа были выбраны случайным образом три региона РФ, относящиеся к разным федеральным округам.

Цель отчета: используя официальные данные докладов АНК регионов проанализировать научную обоснованность проводимой оценки наркоситуации и антинаркотической деятельности.

Источники информации: отчеты региональных АНК и иные официальные документы, находящиеся в открытом доступе.

Выполнение анализа существенно облегчалось тем, что отчеты о наркоситуации в регионах были подготовлены по единому алгоритму мониторинга наркоситуации, разработанному Государственным антинаркотическим комитетом РФ.

Программой анализа предполагалось изучение отчетов о наркоситуации в одном из регионов каждого федерального округа и проведение их сравнительного анализа.

Для анализа использовались исключительно официальные данные, находящиеся в открытом доступе. Основной точкой доступа к информации была сеть Интернет.

Отчет структурирован в соответствии с типовой структурой докладов АНК.

В предлагаемой версии отчета анализируются доклады АНК Пензенской и Ростовской областей и Забайкалья.

Структура докладов не обнаруживала существенных различий, в то же время тексты докладов и прилагаемых к ним материалов существенно отличались.

На сайте АНК Пензенской области был опубликован текст доклада и файл с оценкой наркоситуации в соответствии с критериями оценки (в виде карты области с цветовой индикацией уровня опасности наркоситуации по каждому из районов области – без пояснений).

Публикация текста доклад АНК Ростовской области не сопровождалась пояснительной информацией, но при этом в тексте приводилось большое количество аналитической информации.

Доклад АНК в Забайкальском крае состоял из текста доклада и приложений, утвержденных порядком осуществления мониторинга наркоситуации.

В отчете намеренно приведены данные в том виде, в котором они использованы в соответствующих докладах (количественные показатели), а также расчетные показатели, сделанные на основе имеющихся данных.

Результаты анализа.

В главе 1. «Общая информация» во всех докладах были представлены данные о регионах, численности населения, его занятости и доходах.

Таблица 1.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Численность населения	1 376 000	4 275 223	1 106 200
Число безработных	7,7 тыс. (0,55%)	22,9 тыс. (0,54%)	16 003 (1,45%)
Денежные доходы	13 996,8	21 964	14 069,9

Наиболее высокий уровень доходов и наименьший уровень безработицы отмечен в Ростовской области. В Забайкалье по данным официальной статистики отмечался наиболее высокий уровень безработицы, но при этом средний уровень заработной платы работающего населения был выше, чем в Пензенской области.

В главе 2. докладов, посвященных **анализу и оценке уровня наркотизации населения,** приводятся, в основном, данные медицинской статистики. Перечень исходных данных является однотипным для всех регионов. Данные предоставляются различными ведомствами, в том числе региональными министерствами здравоохранения.

Перечень информации, подлежащей сбору для проведения мониторинга, является оптимальным и позволяющим провести глубокий анализ наркотизации населения. Поскольку приложения с информацией для мониторинга сопровождали лишь текст доклада АНК в Забайкалье, был проведен анализ использования этих данных в текстах соответствующих докладов.

Таблица 2.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Сведения о количестве случаев смертельных отравлений наркотическими средствами	+	+	+
Сведения о количестве случаев смертельных отравлений психотропными веществами	-	-	+
Сведения о заболеваемости парентеральными инфекциями больных наркоманией, состоящих под наблюдением амбулаторных наркологических учреждений	-	-	+
Сведения о больных, состоящих на учете с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)»	+	+	+
Сведения о больных, которым диагноз «синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)» установлен впервые в жизни	+	+	+
Сведения о больных, зарегистрированных наркологическими учреждениями с диагнозом «употребление наркотических веществ с вредными последствиями», в том числе впервые в жизни	+	+	+
Сведения о больных наркоманией, прошедших стационарное лечение и медико-социальную реабилитацию	+	+	+
Сведения о больных с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ», находящихся в ремиссии	-	+	+
Сведения о больных наркоманией, снятых с диспансерного наблюдения	+	+	+
Сведения о сети и кадрах наркологических учреждений	+	+	+
Сведения о заболеваемости ВИЧ-инфекций	-	-	+
Сведения о заболеваемости парентеральным вирусным гепатитом (В, С)	-	-	+
Сведения об острых отравлениях наркотическими средствами	-	-	+

Приведенные в докладах данные позволяют говорить о степени внимания, которое уделяется в регионах различным проблемам, связанным с наркотизацией населения.

Очевидно, что АНК в Пензенской и Ростовской областях не уделяется достаточного внимания проблемам распространения парентеральных инфекций среди наркозависимых (гепатиты, ВИЧ-инфекция), отравлений наркотическими средствами и их профилактике.

Таблица 3.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Количество состоящих на учете с диагнозом «наркомания»	1821	10635	1220
Количество лиц, состоящих на профилактическом учете	1650	3524	4035
Количество ЛЖВ (больные наркоманией/профучет)	-	-	172/49

Пораженность ВИЧ-инфекцией (больные наркоманией/профучет)	-	-	14%/1,2%
---	---	---	----------

Из общего количества больных наркоманией, состоящих на учете в Забайкальском крае, у 172 выявлена ВИЧ-инфекция (14%), среди лиц, состоящих на профилактическом учете инфицированы ВИЧ 49 человек (1,2%).

Весьма странными выглядят данные, приведенные в докладе АНК Забайкалья о том, что число больных наркоманией, имеющих ВИЧ-позитивный статус, за три года сократилось в 1,4 раза (на 69%), а число лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями – в 1,1 раза. Поскольку объяснение такой динамики в докладе АНК отсутствует, можно лишь предположить, что:

1) за 3 года умерло более половины ВИЧ-положительных больных наркоманией, или

2) за 3 года по различным причинам (смерть, выздоровление, выезд за пределы региона) было снято с диспансерного учета более половины больных наркоманией, преимущественно – инфицированных ВИЧ.

Данные Доклада АНК Забайкалья свидетельствуют о том, что ситуация с распространением парентеральных инфекций в крае ухудшается: за три года выявляемость гепатитов В и С среди больных наркоманией увеличилась в 1,2 раза, а среди лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями – в 1,3 раза.

Это происходит на фоне «зеркального» снижения количества обследований на парентеральные гепатиты в группах учета: за три года число больных наркоманией в крае сократилось в 1,4 раза, а лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, наоборот, в 1,4 раза увеличилось. Вероятно, это можно объяснить снижением внимания специалистов наркологической службы к проблеме распространения парентеральных гепатитов среди больных наркоманией и проведением сплошных обследований лиц, попавших в поле зрения сотрудников правоохранительных органов и наркологической службы в связи с употреблением наркотиков (профилактический учет).

Эта оценка подтверждается следующими данными, приведенными в Докладе АНК Забайкалья: «имеет значительную тенденцию к росту заболеваемость профилактической группы наблюдения - употребление наркотических веществ с вредными последствиями с 74,5 в 2009 году до 142,9 на 100 тыс. населения в 2011 году». Таким образом, количество жителей Забайкалья, состоящих в группе профилактического учета, за 3 года увеличилась в 1,9 раза.

Поскольку парентеральные гепатиты являются маркерами ВИЧ-инфекции, можно сделать вывод о новом подъеме ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Забайкалье.

Специалисты считают, что уровень наркотизации населения оказывает сильное воздействие на распространение парентеральных инфекций. Так, по данным Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Пензенской области в 2011 году» *«начавшийся подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией в области связан с резким ростом заболеваемости среди наркопотребителей».*

Сведения о количестве смертельных случаев от передозировок по всем трем регионам приведены в таблице:

Таблица 4.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Сведения о количестве случаев смертельных отравлений наркотическими средствами	8	16	5
Из них состояли на наркологическом учете	7	3	3
Смертность от передозировок на 100 тыс. населения	0,58	0,37	0,45

На стр.8 отчета АНК Пензенской области отмечено, что «В 2011 году количество смертельных исходов в Пензенской области, связанных с острым отравлением наркотиками, осталось на прежнем уровне, и составила 8 человек или 0,6 на 100 тыс. населения (2010 год – 8 человек)». На

этой же странице уточняется, что *«Из 8 человек 7 были зарегистрированы в органах здравоохранения Пензенской области с синдромом зависимости от наркотических веществ (наркомании)»*. То есть 7 из 8 умерших от передозировок состояли на диспансерном учете с диагнозом «наркомания» и с ними не проводилась работа по профилактике передозировок, которых (в связи с доминированием на наркосцене опиатов) легко можно было бы избежать употреблением достаточно дешевого препарата «Налоксон». Мониторинг, проведенный ОФ «АнтиСПИД» в 2012г., показывает: этого препарата в номенклатуре пензенских аптек нет.

В Ростовской области лишь три потребителя наркотиков из 16 умерших от передозировок состояли на учете в наркологической службе (18,7%).

Очевидно также, что сведения о смертях от передозировок сильно занижены. По данным уличных социальных работников ОФ «АнтиСПИД» только в Пензе в результате смертей от передозировок погибло в 2012г. от 40 до 60 потребителей наркотиков. По их же информации родственники погибших стараются делать так, чтобы слово «наркомания» не фигурировала в документах о смерти близкого, опасаясь поражения в правах. Родственники наркозависимых считают, например, что если отец умер от передозировки, то ребенок не получит пенсию по утрате кормильца. Есть информация о том, что умерших от передозировки отказываются отпевать священники.

Приведенные в докладе АНК Пензенской области данные о том, что из 8 случаев смертей от передозировок 5 были зарегистрированы в г. Заречный (закрытое территориальное образование), свидетельствуют, вероятно, лишь о меньшем уровне коррупции в этом городе.

В докладах АНК представлены данные о количестве больных, состоящих на учете в наркологических учреждениях.

Терминология, используемая в докладах сотрудниками региональных АНК, свидетельствует о том, что специалисты не придерживаются терминологии МКБ-10 (см. приложение №1)

Известно, что диагноз «наркомания» ставится человеку, употребляющему наркотики, если у него сформирован синдром зависимости, который часто ассоциируется с тем, что при прекращении потребления у человека возникает «ломка» (за исключением начальной стадии синдрома зависимости).

В докладах АНК широко используются данные о «профилактическом учете» - изобретении советской наркологии в связи с необходимостью как-то обосновать наличие существенных различий в действии наркотических средств в условиях провозглашенной государством концепции нулевой толерантности к потреблению наркотиков. При этом все наркотики объявляются одинаково вредными для личного и общественного здоровья, хотя различия их очевидны.

Только в докладе АНК Забайкалья есть сведения о том, употребление каких наркотиков стало причиной постановки «лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями», на профилактический учет: *«на профилактическом учете... в 2011 году состояло 4035 человек..., из них 3233 потребителя наркотиков каннабисной группы и 808– наркотиков опийной группы»*.

В докладе АНК Пензенской области написано, что *«В 2011 году количество изъятых наркотиков растительного происхождения составило 90,0% от всех изъятых в Пензенской области наркотиков (свыше 105 кг)»*.

Как следует из доклада АНК Забайкалья, *«повышение уровня выявляемости данного контингента»* (лиц, взятых на профилактический учет) *«обусловлено улучшением качества межведомственного взаимодействия, прежде всего, со службой УФСКН по Забайкальскому краю, другими службами и ведомствами. Тесное взаимодействие в работе наркологической службы и службы наркоконтроля позволяет выявлять профилактическую группу наблюдения на стадии предболезни и своевременно проводить профилактические мероприятия»*.

Употребление в докладе слова «предболезнь» свидетельствует о понимании авторами доклада, что употребление наркотиков с вредными последствиями болезнью не является, но – и о проявлении уверенности в том, что поставленные на профилактический учет, если их не «лечить», непременно станут больными наркоманией. Как уже написано выше, лечить и вылечивать того, кто не является больным, невозможно. Тем не менее, в докладах приводятся данные об их излечении. В докладе АНК Пензенской области, например, написано: «*Со злоупотреблением наркотическими веществами на 1 января 2012 года под профнаблюдением состоит 832 человека (2010 год – 1062)... По выздоровлению в 2011 году снято с профнаблюдения 814 человек.*».

Существование группы профилактического учета очень удобно как правоохранительным органам, так и наркологической службе. Увеличение численности группы профилактического учета силовыми структурами представляется показателем эффективности их работы. Уменьшение количества группы – как следствие эффективности «лечения» тех, кто больными не является. Динамика группы формируется исходя из актуальности и приоритетности стоящих перед заинтересованными ведомствами задач.

Таблица 5.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Количество состоящих на учете с диагнозом «наркомания»	1821	10635	1220
Количество лиц, состоящих на профилактическом учете	1650	3524	4035
Соотношение количеств больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями	1:0,9	1:0,3	1:3,3

О тесном взаимодействии ведомств в формировании группы профилактического учета говорится и в других докладах. Так, в докладе АНК Пензенской области прямо сказано: «*Контингент лиц, находящихся на профилактическом учете, формировался в основном из числа граждан, доставленных правоохранительными органами в медицинские учреждения для освидетельствования на предмет употребления ими наркотических средств.*».

Динамика роста численности группы профилактического учета на всех трех территориях существенно не отличалась (лишь в Пензенской области количество поставленных на профучет по отношению к числу уже стоящих на учете было на 10% выше, чем в Ростовской области и в Забайкалье). Количество снятых с профилактического учета в Пензенской области в 2011г. от количества состоящих на профучете в 2010г. отличалось от двух других территорий, напротив, существенно (в 4-10 раз). Причем сняты они были, как написано в отчете «по выздоровлении», что выгодно подчеркивает уровень организации лечебных мероприятий в отношении группы профилактического учета на территории Пензенской области.

Таблица 6.

Информация	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Состояло на профучете в 2010г.	1062	2674	3217
Поставлено на профучет в 2011г.	576 (+54%)	1233 (+46%)	1408 (+44%)
Состоит на профучете в 2011г.	832	2747	4035
Снято с профучета в 2011г.	806 (-75%)	160 (-6%)	590 (-18%)

Группа лиц, находящихся на профилактическом учете является неоднородной и часто формируется исходя из конъюнктурных соображений заинтересованных служб (см. приложение №1). Существование группы профилактического учета, призванной, вероятно, быть определенным сдерживающим фактором в формировании болезни (эффективность которого следует еще доказать), вероятно, является и фактором,

способствующим коррупционным проявлениям в низовом звене сотрудников правоохранительных органов.

Глава 3 докладов АНК посвящена «Анализу и оценке факторов, причин и условий, оказывающих влияние на наркотизацию населения».

В докладе АНК Пензенской области глава 3 является самой «куцей»: небольшой по объему и содержащей минимум информации для анализа и оценки. В числе факторов, влияющих на наркотизацию населения, в докладе названы:

1. Нахождение области на пути наркотрафика.
2. Наличие собственной сырьевой базы (конопля, мак).
3. Доминирование на наркосцене дезоморфина.

Доклады АНК Ростовской области и Забайкалья также приводят эти данные, но при этом обращают внимание на такие факторы, как активные миграционные процессы и транснациональный характер наркопреступности, на формирование новых элементов пропаганды и каналов сбыта наркотиков с использованием сети Интернет.

В Забайкалье отдельным пунктом среди факторов, оказывающих влияние на наркоситуацию, названо *«наличие большого количества учреждений уголовно-исполнительной системы»*. Упоминание в докладе о том, что *«в преступной среде формируются многочисленные группы, специализирующиеся на изготовлении и доставке наркотических средств лицам, отбывающим наказание в исправительных колониях»*, свидетельствует о наличии большого спроса на наркотики в учреждениях УФСИН, который, как известно, рождает предложение.

В докладах АНК Ростовской области и Забайкалья, среди факторов, влияющих на наркотизацию населения, названы социальные факторы. В их числе: хронический дефицит бюджета, не позволяющий в полном объеме реализовать социально-значимые проекты и программы регионального развития; высокий уровень безработицы, особенно среди трудоспособного населения в сельской местности и молодежи; сравнительно низкий жизненный уровень населения; поляризация доходов различных социальных групп.

В докладе АНК Ростовской области отмечено, что это *«вызывает у определенной части подростков и молодежи чувство протеста, агрессивные устремления, что является одной из причин криминализации общества, незаконного оборота и потребления наркотиков и психотропных веществ»*. Не оставлены без внимания и такие факторы, как *«бездуховное, потребительское отношение к жизни, бездумное проведение свободного времени частью молодежи»*. Очевидно, что эта «часть молодежи» (да и не только молодежи) не видит для себя жизненных перспектив.

В докладе АНК Ростовской области среди факторов наркотизации населения, *«заставляющих с известной долей осторожности подходить к регистрируемой стабилизации»*, названо *«снижение обращаемости населения за помощью в наркологические учреждения»*.

В главе 4 отчетов АНК (Оценка состояния и доступности наркологической медицинской помощи, медико-социальной реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками) доступность наркологической медицинской помощи делается исключительно по данным, характеризующим состояние материальной базы наркологических учреждений, на улучшение которой израсходовано немало средств налогоплательщиков.

Логичнее было бы проводить оценку, основываясь на мнениях пациентов, тем более, что ситуация с потреблением наркотиков, как следует из приведенных в докладах данных, далеко не благополучна. Но это как раз и не делается. Больные же, как известно, оценивают доступность медицинской помощи ногами – обращаясь к соответствующим специалистам.

Как уже написано выше, специалистов Ростовской АНК заставляет *«с известной долей осторожности подходить к регистрируемой стабилизации»* факт *«снижения обращаемости населения за помощью в наркологические учреждения»*. Связывают они это *«с деятельностью*

частной системы здравоохранения», хотя лечение больных наркоманией является прерогативой государственных медицинских учреждений наркологического профиля.

В докладе АНК Пензенской области отмечено, что количество больных обратившихся в лечебные учреждения наркологического профиля также уменьшилось: «В 2011 году в условиях круглосуточного стационара пролечено 718 человек (2010 год – 839). В Городищенском филиале ГБУЗ «Областная наркологическая больница» прошли курс лечения и реабилитационных мероприятий 245 больных наркоманией (2010 год – 271), из них 121 больной – реабилитационные мероприятия».

Сравнение лечебного и реабилитационного потенциала регионов показывает, что Ростовская область, если верить данным докладов, выгодно отличается от Пензенской области и Забайкальского края наличием реабилитационных учреждений, позволяющих больным наркоманией выбирать программы реабилитации.

Таблица 7.

Лечебная и реабилитационная помощь	Пензенская обл.	Ростовская обл.	Забайкалье
Количество коек	455	425	174
Прошли стационарное лечение	842	921	160
Количество организаций занимающихся реабилитацией, в т.ч.	1	15	1
НКО	-	9	
Религиозных реабилитационных центров	-	2	
Коммерческих реабилитационных центров	-	3	
Государственных реабилитационных центров	-	1	1
Количество наркозависимых, прошедших реабилитацию в 2011г.	121	Свыше 1000	11

Но даже в этих условиях специалисты АНК Ростовской области считают, что проводимой работы по лечению, реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков явно недостаточно.

Только в докладе АНК Забайкалья в открытом доступе имеется полный набор приложений, использованных для его составления. Из этих данных (приложение №32) следует, что в 2011г. прошло стационарное лечение 160 человек, из них прошли реабилитацию 11 и только 7 человек ее успешно завершили. В докладе указано, что *«Показатель охвата реабилитационными программами лиц с наркологическими расстройствами остается по-прежнему низким, что обусловлено отсутствием наркологических реабилитационных центров, отделений в структуре наркологической службы Забайкальского края. За 2010-2011 годы медико-социальную реабилитацию получили от 7% до 9% больных наркоманией от числа выбывших из стационара»*. В Пензенской и Ростовской областях этот показатель заявлен более высоким, но оценить его (по данным докладов АНК) не представляется возможным.

В текстах докладов АНК и приложениям к ним приводятся данные числа больных с диагнозом синдром зависимости от наркотиков, состоящих под наблюдением на конец года, находящихся в ремиссии:

Таблица 8.

Регион	Состоит под диспансерным наблюдением	Из числа больных, с диагнозом синдром зависимости от наркотиков, состоящих под наблюдением на конец года, находятся в ремиссии:		
		от 6 месяцев до 1 года	от 1 до 2 лет	свыше 2 лет
Ростовская область	10635	729	931	898 (8,4%)
Забайкальский край	1220	188	99	83 (6,8%)
Пензенская область	1589	Н.д.	Н.д.	Н.д.

Следует отметить, что сведения, приведенные в докладе АНК Ростовской области о числе больных, состоящих под наблюдением, являются недостоверными: количество больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет не может быть больше, чем состоящих под наблюдением от 6 месяцев до 1 года.

Уделяя большое внимание организации раннего выявления употребления наркотиков, АНК регионов не уделяют достаточного внимания обследованию наркозависимых на опасные заболевания (например, на ВИЧ-инфекцию). Данные независимых медицинских учреждений свидетельствуют о том, что эти обследования проводятся с нарушениями действующих регламентов. В целом по России, по данным ФЦ СПИД и Роспотребнадзора, наблюдается уменьшение количества обследованных на ВИЧ-инфекцию потребителей инъекционных наркотиков - при одновременном увеличении выявляемости ВИЧ среди наркозависимых.

Очевидно, что не проводится в должном объеме обследование на ВИЧ-инфекцию даже потребителей наркотиков, состоящих на диспансерном наблюдении. Оно проводится пассивно – при обращении в медицинские учреждения наркологического профиля или при приводе граждан в медицинские учреждения сотрудниками правоохранительных органов. Такая же ситуация складывается с обследованием на туберкулез. Оно не проводится в необходимых объемах даже среди потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ-инфекцией (т.е. находящихся на двойном диспансерном наблюдении).

Технологии организации активного обследования потребителей наркотиков на опасные заболевания и внедрения программ их профилактики специалистов региональных АНК, по-видимому, совсем не интересуют.

В главе 5 докладов АНК анализируется степень доступности психоактивных веществ на территориях.

Для анализа в разных регионах были использованы разные данные. Так, в Пензенской области, выводы о степени доступности ПАВ делаются, преимущественно, по количеству изъятых наркотических веществ. В докладе АНК отмечено, что *«в 2011 году всеми правоохранительными органами Пензенской области из незаконного оборота было изъято 120,057 кг наркотических средств (в 2010 году – 94,9 кг). В основном правоохранительными органами изымались наркотики растительного происхождения (марихуана, гашиш, гашишное масло, маковая солома). В 2011 году количество изъятых наркотиков растительного происхождения составило 90,0 % от всех изъятых в Пензенской области наркотиков (свыше 105 кг)»*.

В докладе АНК Ростовской области, используются данные о средней розничной цене различных наркотиков, отмечается, что она остается достаточно высокой. Это, вероятно, должно свидетельствовать об их низкой доступности. В том же разделе приводятся данные о средствах, которые потребители наркотиков тратят на их приобретение. Отмечено, что *«большинство опрошенных, имеющих опыт потребления наркотиков, либо потребляющих их регулярно, тратит на приобретение наркотических средств от 1 000 до 2 000 рублей в месяц»*. В то же время *«ряд наркопотребителей указали, что тратят до 10 000 рублей и более»*. Эти выводы вызывают сомнения в их достоверности, поскольку из таблицы, приведенной в этом же разделе, следует, что 1000 рублей тратит всего 1% потребителей наркотиков, 2000 рублей – 3%, а более половины потребителей (60%) на покупку наркотиков тратит от 10000 до 50000 рублей в месяц. Почти каждый четвертый потребитель наркотиков (24%) тратит на их приобретение 30000 рублей в месяц.

По данным доклада АНК Забайкальского края, количества изымаемых из незаконного оборота наркотиков продолжает увеличиваться. За 2011 год было изъято 979,3 кг наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ (+12,3%, 2010 год – 872164 гр.). Подавляющее количество изымаемых наркотиков, как и в Пензенской области, относится к наркотикам растительного происхождения (марихуана – 945,7кг, гашиш – 3,15кг, гашишное масло – 9,02кг). В 2,4 раза по сравнению с 2010г. увеличилось количество изъятого дезоморфина (797г). Героин из незаконного оборота в 2011 году не изымался (2010 год – 1,51 кг).

В докладах АНК всех территорий отмечено все более увеличивающееся присутствие на наркосцене дезоморфина. Так, например, в Ростовской области *«объемы продаж 16 наименований кодеиносодержащих препаратов в 2010 году по сравнению с 2006 годом*

возросли в 4,6 раза», а в Пензенской области «количество изъятого «дезоморфина» в 2011 году увеличилось более чем в 4 раза (2011 год – 5,7 кг, 2010 год – 1,4 кг)». Сравнить количество изъятых наркотиков по материалам докладов не представляется возможным, поскольку в Пензенской области анализируется количество изъятого дезоморфина в килограммах, а в Ростовской – количество реализованных через аптечные учреждения упаковок кодеинсодержащих препаратов (в 2011г. было продано 6,8 млн. упаковок, а в 2006г. - 542 тысяч упаковок кодеинсодержащих препаратов).

Учитывая, что стоимость 1г дезоморфина составляла в Ростовской области всего 120 рублей (по сравнению с 2000 рублей за 1г героина), а его присутствие на наркосцене воспринимается как негативный фактор, можно сделать однозначный вывод: доступность наркотиков в регионах в последние годы резко увеличилась.

В докладах АНК прямо указывается на связь распространения дезоморфиновой наркомании «с перекрытием поступления каналов героина» (доклад АНК Пензенской области). В докладе АНК Ростовской области указано на замену на наркосцене опия героином и на то, что отсутствие в продаже семян пищевого мака «привело к практически бесконтрольному росту потребления синтетического опиоида «дезоморфина».

В то же время в некоторых докладах делаются неожиданные выводы о доступности наркотиков и факторах, на нее влияющих. Например, в докладе АНК Пензенской области утверждается, что «объем изымаемых правоохранительными органами наркотиков напрямую влияет на ограничение их доступности»... «и ведёт к их мгновенной взаимозаменяемости». Не требует доказательств, что такая «взаимозаменяемость» всегда увеличивает доступность наркотиков.

На всех территориях проводятся однотипные исследования, в ходе которых задаются вопросы, имеющие целью выяснить об осведомленности населения в части мест продажи наркотиков. Эти исследования, как правило, показывают высокий уровень осведомленности, но практическая ценность полученной информации о знакомых местах продажи наркотиков без выяснения того, какие наркотики там продаются, невелика.

Специалисты АНК регионов в докладах выражают надежду на то, что «рецептурный отпуск кодеиносодержащих лекарственных препаратов должен снизить уровень «аптечной» наркомании» (АНК Ростовской области).

В главе 6 докладов АНК анализируется деятельность, направленная на профилактику немедицинского потребления ПАВ.

Обилие профилактических программ, реализуемых для профилактики наркомании, впечатляет. Особенно – в образовательных учреждениях. В то же время данные о результативности этих программ, акций и отдельных мероприятий в докладах отсутствуют. Составители докладов ограничиваются констатацией количества реализованных программ с указанием процентного охвата ими учебных заведений, охвата ими учащихся, суммами выделенных и истраченных средств. Из года в год в регионах проводятся одни и те же исследования, направленные на изучение причин начала употребления наркотиков.

Каких-либо данных о поведенческих исследованиях в докладах обнаружить не удалось, как и использования индикаторов, объективно отражающих степень эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Результаты исследований в докладах не приводятся, но со ссылками на них делаются вполне оптимистичные выводы. Так, в докладе АНК Пензенской области сообщается: «Результаты исследований (анкетирование) в 2011 году показали формирование позитивных тенденций среди молодежи, основанных на ценностном отношении к своему здоровью и здоровью окружающих, повышение уровня и качества информированности о вреде и последствиях употребления психоактивных веществ, что говорит об эффективности используемых форм, методов, технологий профилактической работы.

Разработанная система исследований в настоящее время соответствует всем требованиям и позволяет реально оценивать развитие наркоситуации, корректировать формы и методы профилактической работы».

Однако, данные, приводимые в **главе 7 докладов АНК**, в которой делается анализ ситуации с незаконным оборотом наркотиков, не позволяют разделять этот оптимизм: увеличивается удельный вес наркопреступлений в общем количестве преступных деяний, увеличивается количество наркопреступлений, регистрируется рост тяжких и особо тяжких преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков.

Увеличиваются количества изъятых правоохранительными органами психоактивных веществ, что в докладах АНК связывается с улучшением деятельности правоохранительных органов. Но при этом игнорируется тот факт, что спрос на наркотики рождает их предложение. Увеличение спроса свидетельствует об ухудшении наркоситуации в регионах и – о недостаточно эффективной профилактике наркомании.

В этом нет ничего удивительного, поскольку в России наблюдается тенденция подменять рутинную профилактическую работу, основывающуюся на повышении информированности об опасных последствиях потребления наркотиков, акционными и спортивными мероприятиями, а в последние годы - тестированием учащихся на употребление наркотиков. Так, например, в Ростовской области в 2011г. было проведено тестирование 27 613 учащихся 88 учебных заведений *«на добровольной основе с соблюдением медицинской тайны»*. Положительные результаты были обнаружены у 139 учащихся (0,5%). И только у 45 из них результаты были подтверждены в наркологических учреждениях (0,16% от количества освидетельствованных). Профилактическое наблюдение специалистами-наркологами было установлено только за двумя учащимися (0,07% от количества обследованных). В Докладе АНК не представлены данные о том, какие средства были потрачены на это «профилактическое мероприятие», как и о том, какая профилактическая работа и с какими результатами проводилась после тестирования. Эту информацию озвучил один из российских телеканалов – более 20 млн. рублей. На 2012г. было запланировано обследование уже 32000 учащихся.

Не только учащиеся подвергаются тестированию на употребление наркотиков. Так, например, из доклада АНК Пензенской области следует, что *«в 2011 году в ГБУЗ «ОНБ» на наркотическое и наркотическо-алкогольное опьянение было проведено 3843 освидетельствования (2010 год – 2896)»*. Отмечено, что *«освидетельствования проводились по направлению следующих силовых структур:*

- УФСКН – 1446 (положительных результатов – 752 (52,0 %));
- ДПС, ГИБДД – 162 (положительных – 30 (18,5 %));
- УМВД – 1359 (положительных – 501(36,9 %))»

Но больше всего исследований (**876**) были проведены по направлению военкоматов – *«по личным заявлениям граждан»*. Эти исследования оказались и самыми неэффективными, поскольку позволили получить всего **2 положительных результата (0,23%)**.

В докладе АНК, к сожалению, не приведены данные о том, к каким конкретным результатам привели эти обследования. Сколько человек взято на профилактический учет, скольким установлен диагноз «наркомания»? Состояли ли на наркологическом учете лица, обследованные сотрудниками ГИБДД/ДПС? Как они получили водительские права?

Приведенные данные позволяют предполагать, что трата бюджетных средств под прикрытием благородных целей борьбы с наркоманией является абсолютно неэффективной, а вся эта «профилактическая» деятельность проводится в интересах производителей диагностических тестов и чиновников, занимающихся их закупками.

В **главе 8**, посвященной **анализу и оценке факторов, причин и условий, оказывающих влияние на ситуацию в сфере незаконного оборота наркотиков**, во всех докладах приводятся однотипные данные. На ситуацию во всех регионах оказывает влияние «транзит» наркотиков и наличие собственной сырьевой базы для производства

наркотиков (дикорастущая конопля). Отмечены структурные изменения, произошедшие на наркосцене (распространение дезоморфина, курительных смесей и т.д.), что оказало влияние на увеличение доступности наркотиков и привело к омоложению среды наркопотребителей.

Доклады АНК демонстрируют внимание, которое уделяется правоохранительными органами выявлению и уничтожению посевов дикорастущей конопли. Из докладов также следует, что объемы уничтоженной конопли не уменьшаются.

Распространение курительных смесей расценивается как наступление «конкурентов марихуаны» (Пензенская АНК). При этом степень негативного влияния на организм человека этих наркотиков во внимание не принимается.

В отчетах отмечено также влияние на ситуацию в сфере незаконного оборота наркотиков работы правоохранительных органов. Но при этом некоторые показатели оцениваются положительно влияющими на ситуацию, а другие – наоборот.

Так, в докладе АНК Пензенской области написано: *«Наблюдается рост таких значимых показателей деятельности правоохранительных органов в сфере незаконного оборота наркотиков, как:*

- количество выявленных групповых форм наркопреступлений;
- количество ликвидированных наркопритонов;
- увеличение доли выявленных тяжких и особо тяжких преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков в общей массе выявленных наркопреступлений».

Это, действительно, говорит об активности работы правоохранительных органов, но вовсе не свидетельствует об улучшении ситуации, связанной с незаконным оборотом наркотиков.

В докладе Ростовской АНК отмечены такие важные факторы воздействия на наркоситуацию, как *«формирование новых элементов пропаганды и каналов сбыта наркотиков с использованием сети Интернет» и активность миграционных потоков».*

Ни в одном из докладов АНК в числе факторов, влияющих на наркоситуацию, не названы недостаточная эффективность профилактики наркомании или неудовлетворительное состояние работы по реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков. Это свидетельствует о недооценке специалистами АНК в системе антинаркотической деятельности программ снижения спроса на наркотики.

В главах 9 докладов АНК, посвященным «анализу основных мероприятий в области противодействия распространению немедицинского потребления и незаконного оборота наркотиков, проведенных участниками мониторинга наркоситуации» приводится информация, освещающая вопросы работы самих АНК, комиссий по делам несовершеннолетних и т.д. Эта информация демонстрирует профилактическую активность на территории и сопровождается далеко не бесспорными выводами специалистов АНК, на основании которых и выстраивается их активность. Так, например, в Пензенской области АНК к наиболее актуальным вопросам были отнесены вопросы *«повышения эффективности профилактики наркомании в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального, среднего профессионального образования и в высших учебных заведениях Пензенской области путем возможности проведения тестирования учащихся».* Об эффективности этой работы на примере Ростовской области было уже написано выше.

В регионах отсутствуют индикаторы для оценки качества профилактической работы или они не используются специалистами АНК. Лишь в докладе АНК Забайкальского края упоминается о ежегодно проводимом Центром «Семья» *«мониторинге эффективности работы по профилактике злоупотребления психоактивных веществ детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края».* Названы критерии, позволяющие оценить профилактическую работу: *«реализация комплексных профилактических*

мер профилактики злоупотребления ПАВ среди детей; уровень взаимодействия с другими структурами, ведомствами по профилактике злоупотребления ПАВ среди детей; реализация направлений профилактической работы; использование различных видов деятельности в профилактике злоупотребления ПАВ среди детей; вовлеченность участников образовательного процесса в профилактику злоупотребления ПАВ среди детей; обобщение и распространение опыта работы по профилактике злоупотребления ПАВ среди детей в образовательной среде и др».

Очевидно, что эти критерии могут использоваться для мониторинга процесса профилактики, но никак не для оценки ее эффективности.

В докладах АНК приводятся данные, призванные продемонстрировать улучшающееся межведомственное взаимодействие в деле противодействия наркомании. В докладе АНК Пензенской области сказано, например, что *«В рамках вторичной профилактики в среде лиц, у которых уже отмечены факты употребления психоактивных веществ, либо имеются признаки формирующейся наркозависимости в её начальной стадии, организованы скоординированная работа и взаимодействие специалистов различных министерств и ведомств: врачей-наркологов, психологов, участковых инспекторов по делам несовершеннолетних».* О том, в чем заключается эта работа и как этот вывод согласовывается с тем фактом, что ежегодно на профилактический учет берется количество лиц, практически совпадающее с количеством состоящих на учете, в докладе ничего не говорится.

В том же докладе написано, что *«В целях оказания помощи в преодолении зависимости лицам, употребляющим психоактивные вещества, предупреждения рецидива наркомании (третичная профилактика) в регионе организовано лечение лиц, страдающих наркоманией. Основная масса больных наркоманией проходят лечение в ГБУЗ «ОНБ».* Но в докладе также приведены данные о том, что количество обращающихся за помощью в ОНБ не увеличивается, а снижается. Это, конечно, можно объяснить «улучшением наркоситуации», но приводимые в докладе факты о результатах работы силового блока говорят об обратном.

В докладе АНК Ростовской области приводится внушительный список проведенных профилактических мероприятий. Особое внимание уделяется профилактической работе силового блока. В результате огромного объема профилактических мероприятий, проведенных *«сотрудниками подразделений участковых уполномоченных полиции»*, работающих, как любят говорить, на переднем крае борьбы с преступностью и теснее, чем другие сотрудники правоохранительных органов, контактирующие с населением, *«фактов незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов в местах массового нахождения молодежи не выявлено».* Но при проведении оперативно-профилактических мероприятий в досуговых заведениях в 2011г. было изъято «около 150г наркотических средств и психотропных веществ, к административной ответственности привлечено 68 человек. Девять ночных клубов прекратили свою деятельность.

В докладе АНК Забайкалья как о серьезном достижении говорится о том, что *«Вследствие активных, наступательных действий правоохранительных органов Забайкальского края, ликвидации каналов поставки героина на территорию региона наркотики опийного ряда практически вышли из оборота. Наркозависимые лица стали активно потреблять дезоморфин, изготавливаемый в домашних условиях из кодеинсодержащих медицинских препаратов, находящихся в свободной продаже».*

Вряд ли можно считать достижением увеличение доступности наркотиков на территории, которое привело к ухудшению наркоситуации. По данным только УФСКН РФ по Забайкальскому краю в 2011 году было выявлено на 56,6% больше преступлений, связанных с оборотом дезоморфина, чем в 2010 году. Увеличилось количество ликвидированных наркопритонов, административных правонарушений, изъято более чем в 2 раза больше дезоморфина – 695,7г.

В докладах АНК уделяется внимание и профилактическому воздействию на население со стороны СМИ. Тезис о том, что *«Информационно-пропагандистская работа, направленная на освещение деятельности силовых структур по борьбе с наркоагрессией, является одним из основополагающих постулатов профилактической работы, призванной уменьшить количество наркозависимых лиц»*, приведенный в докладе АНК Пензенской области, является спорным. Но подавляющее большинство материалов СМИ посвящено освещению работы

правоохранительных органов во всех регионах. При этом в материалах СМИ часто содержится информация, которая может быть расценена как пропаганда наркомании (содержатся данные о преимуществе отдельных препаратов, об источниках информации, связанной с технологиями производства наркотиков, о прибылях наркодельцов).

Такое положение с освещением проблем противодействия наркомании в СМИ объясняется твердой уверенностью в том, что только работа силовых структур является фактором, сдерживающим незаконное употребление наркотиков. В докладе АНК Пензенской области, в частности, говорится: *«Тех, кто уже преступил закон и, согласно российскому законодательству, относится к группе «преступников» и «наркозависимых», остановить возможно лишь только силовыми методами и, может быть, иногда мерами медицинского характера».*

В Забайкалье эффективность противодействия незаконному обороту наркотиков прямо связывают с борьбой с посевами дикорастущей конопли. На эту деятельность, требующую все больше средств, в рамках краевой целевой программы в 2010г. выделено 600 000 руб., в 2011г. – 200 000 руб. В докладе с глубоким удовлетворением сообщается о разрушении когда-то прибыльной отрасли сельского хозяйства: *«Культивирование и переработка конопли в промышленных целях государственными и частными предприятиями на территории края не осуществляется».* При этом *«Основную долю изъятых наркотических средств в регионе продолжают составлять наркотики каннабисной группы, изготовленные из местной дикорастущей конопли, которая практически повсеместно произрастает на территории всего Забайкальского края».*

Успехи в борьбе с незаконным выращиванием конопли выглядят весьма скромными: *«Общая площадь выявленных незаконных посевов составила 39 кв. метров, вес уничтоженных растений – 63,5 кг».*

Отсутствие индикаторов для оценки профилактической работы, как и самой независимой оценки, приводит к весьма сомнительным выводам. Так, в докладе АНК Пензенской области отмечается: *«Анализ проделанной работы в 2011 году свидетельствует об эффективности принимаемых мер, направленных на стабилизацию наркоситуации и борьбу с распространением употребления наркотических средств в нашем регионе».*

Глава 10 отчетов посвящена **«Оценке реализации целевых региональных антинаркотических программ».** Анализ докладов АНК показывает, что принятые в разных регионах целевые программы существенно отличаются. Например, основным документом, регламентирующим вопросы противодействия незаконному обороту наркотиков и злоупотреблению в Ростовской области долгосрочная целевая программа **«Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2010 – 2014 годы»**, целью которой является **«снижение уровня болезненности населения синдромом зависимости от наркотиков».**

В Пензенской области разработана и реализуется долгосрочная целевая программа **«Профилактика правонарушений в Пензенской области на 2011-2013 годы»**, включающая в себя раздел **«Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».** Как следует из доклада АНК Пензенской области *«основной задачей раздела является противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».*

В Забайкальском крае действует краевая долгосрочная целевая программа **«Комплексные меры противодействия табакокурению, злоупотреблению наркотиками, их незаконному обороту и алкоголизации населения (2009-2013 годы)».**

Очевидно, что при кажущейся схожести этих документов разница в целях, которые обозначены для их достижения, существенна. Если в докладе АНК Ростовской области приоритетом является состояние здоровья населения (*«Целью Программы является снижение уровня болезненности населения синдромом зависимости от наркотиков»*), то доклад АНК Пензенской области приоритетом утверждает средство (или процесс) – противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту. В докладе

АНК написано: «*Основной задачей раздела «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» Программы является противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту*». Это обстоятельство не может не оказывать влияния на содержание программ.

В Докладе АНК Ростовской области реализация программы проводится на основе конкретных показателей (индикаторов), позволяющих проследить их изменение в динамике, среди которых - число лиц, больных наркоманией, в расчете на 100 тыс. населения; и доля больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию, длительность ремиссии у которых составляет не менее 3 лет, по отношению к общему числу больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию.

В то же время представляется сомнительным использование для оценки эффективности программы показателя болезненности без одновременного анализа показателя заболеваемости наркоманией. Показатель болезненности может снижаться при действии ряда факторов:

- значительное снижение заболеваемости наркоманией;
- снятия с учета значительного количества больных (в результате смерти, выздоровления, смены места жительства, включая отправление в места лишения свободы).

Из доклада АНК Ростовской области следует, что с 2007 по 2011г. показатель болезненности снизился с 284,3 до 248,3 на 100 тыс. населения (т.е. на 13%). При этом показатель заболеваемости наркоманией увеличился с 8,8 до 17,5 на 100 тыс. населения (в 2 раза).

Из доклада АНК Забайкальского края также следует, что целевой индикатор Программы - уровень заболеваемости наркоманией - продолжает расти и его фактическое значение в 2011 году составило 9,1 на 100 тыс. населения, что составляет 11% отклонения от планового значения – 8,2.

Для оценки реализации Программы в Забайкалье также используется показатель доли больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет. По данным доклада АНК он стабилизирован на «отметке» 8,2%, но специалистов при этом беспокоит рост заболеваемости наркоманией.

В Ростовской области увеличилась и доля больных с длительностью ремиссии не менее 3 лет (с 6,3% до 8,1%), но при этом в докладе нет данных о количестве этих больных. Констатируется лишь факт «снижения обращаемости населения за помощью в наркологические учреждения».

Вызывает сомнение возможность и целесообразность оценивать реализацию антинаркотической программы по объемным показателям (удельный вес населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом и особенно – по доле обучающихся и воспитанников, прошедших обучение по образовательным программам профилактической направленности) в условиях отсутствия оценки эффективности образовательных программ и мероприятий. В результате во всех регионах профилактическая активность растет, но при этом заболеваемость наркоманией не снижается, а также растет.

Оценка программы в докладе АНК Пензенской области сводится к абстрактным рассуждениям на тему необходимости противодействия наркоугрозе и констатации того, что при реализации программы «*нецелевого использования бюджетных средств не установлено*».

Глава 11 доклада АНК посвящается **краткосрочному прогнозированию динамики дальнейшего развития наркоситуации в регионах.**

Во всех докладах прогнозы основываются на анализе изменяющейся ситуации на наркосцене. Наибольшую озабоченность специалистов АНК вызывает распространение на наркосцене дезоморфина. Несмотря на введение рецептурного отпуска кодеинсодержащих препаратов в аптечной сети, распространение дезоморфина не

снизилось, объемы изъятия этого наркотика за год в Ростовской области, например, увеличились на 68%, а *«в 2012 году существенного снижения потребления дезоморфина ожидать не следует»*. Специалистами Ростовской области *«ожидается активизация нелегального ввоза кодеиносодержащих препаратов на территорию... повышение цен на них, а также значительный рост подделки рецептов»*.

По их мнению, активизация интеграционных процессов может привести к увеличению количества завозимого в Ростовскую область героина и гашиша, а *«существенного снижения потребления наркотиков каннабисной группы ожидать не следует»*. Напротив, *«в сельских местностях, возможен рост наркопреступлений, связанных с культивацией наркосодержащих растений»*. Это объясняется тем, что *«большая часть наркопотребителей, проживающих на территории Ростовской области, использует препараты конопли, изготовленные из сырья местного происхождения, а также завозимые из Краснодарского края»*.

В Пензенской области объемы изъятых наркотиков также увеличились – на 26%, основные угрозы связываются с распространением на наркосцене дезоморфина, прогнозируется рост культивирования наркосодержащих растений на селе. При этом адекватно оценивается причина такого прогноза – снижение сельскохозяйственного производства, снижение уровня занятости и доходов сельчан и культивирование наркосодержащих растений как альтернативный источник дохода. Но выход из этой ситуации видится не в развитии села (чем реально активно занимается власть Пензенской области), а в признании приоритетным направлением деятельности *«выявление и уничтожение дикорастущих наркосодержащих растений»*.

В докладе АНК Забайкалья утверждается, что *«в связи с ограничением отпуска кодеиносодержащих препаратов и снижением оборота наркотического средства дезоморфин, наблюдается рост фактов изъятий наркотических средств опийной группы, изготовленных из пищевого мака, а также увеличение оборота синтетических наркотических средств (в том числе и их контрабандного ввоза через государственную границу с КНР)»*. Вывод о *«снижении оборота дезоморфина»*, который связывается с введением рецептурного отпуска кодеиносодержащих препаратов, представляется сомнительным, поскольку в гл.9 доклада написано об *«устойчивой тенденции замещения героина дезоморфином»*. В докладе, как уже написано выше, было также отмечено, что только УФСКН России по Забайкальскому краю в 2011 году выявлено преступлений, связанных с оборотом дезоморфина, на 56,6% это больше, чем в 2010 году.

Специалисты АНК Забайкалья также утверждают, что *«учитывая трудоемкость процесса изготовления опийных наркотиков из пищевого мака, не исключена возможность возобновления каналов поставки на территорию Забайкальского края героина»*.

В отличие от Ростовской области, в докладе АНК Пензенской области при прогнозировании наркоситуации обозначено влияние на нее организации лечения и реабилитации наркомании. Отмечено, что *«наркологическая ситуация в Пензенской области характеризуется снижением числа лиц, состоящих на учете зарегистрированных больных с синдромом зависимости от наркотических веществ (наркомании) и лиц со злоупотреблением наркотических веществ»*. О ценности такого показателя, как снижение числа лиц, состоящих на наркологическом учете, для составления прогноза наркоситуации, уже написано выше.

Обращает на себя внимание, что практически совпадающие процессы, происходящие на территории разных регионов, получают разную оценку специалистов АНК. В Пензенской области эти процессы в докладе АНК оцениваются оптимистично: отмечается, что в наркоситуации *«наблюдаются признаки оздоровления и стабилизации»*. В докладе АНК Забайкалья прогнозируется, что *«в 2012 году наркоситуация в регионе коренным образом не изменится, однако будет стабильной с отдельными положительными тенденциями к оздоровлению»*, причем связывается это с отсутствием в крае в настоящее время *«государственной системы реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц и негативное влияние отдельных социально-экономических показателей на изменение криминогенной обстановки»*.

В докладах АНК Пензенской области и Забайкальского края отмечается значение реабилитации и ресоциализации наркозависимых для оздоровления наркоситуации в регионах. При этом ставка делается на государственные учреждения. Если в докладе АНК Пензенской области деятельность негосударственных организаций в направлении реабилитации наркомании никак не отражена, то в Забайкалье констатируется необходимость «*установления тесного взаимодействия наркологической службы с общественными организациями. В крае действует общество «АН - Анонимные наркоманы», центр социальной поддержки «Родители против наркотиков», функционируют центры социально-трудовой реабилитации при религиозных организациях».*

Вызывает интерес и требует осмысления тот факт, что при очевидных различиях реабилитационных потенциалов Ростовской области и Забайкальского края, доли больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет в обоих регионах практически не отличаются (8,1-8,2%).

В целом структура докладов АНК регионов требует логического переосмысления, поскольку раздел, посвященный прогнозированию наркоситуации, предшествует разделу, посвященному ее оценке. Это приводит к достаточно условному «прогнозированию» и не гарантирует от ошибок.

Задачей докладов АНК регионов является оценка наркоситуации в регионах, которая дается в **главе 12 доклада**.

Наркоситуация оценивается по ряду параметров, из которых особый интерес для нашего анализа представляет оценка, проведенная на основе медицинских показателей и показателей, при расчете которых они используются.

Оценка наркоситуации проводится по параметрам «**Масштабы немедицинского потребления наркотиков**», «**Обращаемости за наркологической медицинской помощью**», «**Смертность от употребления наркотиков**».

Для оценки масштабов немедицинского потребления наркотиков производится расчет по единым для всех регионов формулам. Основными исходными данными для расчета являются данные о количестве больных наркоманией и «злоупотребляющих наркотиками с вредными последствиями».

1. Расчет показателя «Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности» проводится по формуле:

$M = ((C - Cz) / Cz) * (A + B) * 100\ 000 / \text{численность населения}$

M – распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности;

A – число лиц, зарегистрированных с диагнозом наркомания;

B – число лиц, зарегистрированных с диагнозом потребление наркотиков с вредными последствиями;

C – общее число умерших от передозировки наркотиками;

Cz – число умерших от передозировки наркотиками и состоящих на наркологическом учете.

В случае если расчет $(C - Cz) / Cz < 1$, то к данной части формулы добавляется поправочный коэффициент «+1»

Термин «распространенность» (болезненность) в эпидемиологии и медицине определяется количество лиц, проживающих на территории с данным заболеванием в пересчете на 100 тыс. населения. Термин «немедицинское потребление наркотиков» предполагает, что в расчет берутся не только больные с диагнозом «наркомания», но и лица, употребляющие наркотики, диагноз «наркомания» которым не выставлялся.

Из приведенной ниже таблицы следует, что показатель «**Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности**» в регионах существенно отличается.

Таблица 9.

Регион	Масштабы немедицинского потребления наркотиков		
	Значение показателя	Число больных на 100 тыс.	Число «употребляющих с вредными последствиями» на 100 тыс.
Пензенская область	288,6	1589 (115,7)	832 (60,6)

Ростовская область	1435,2	10635 (248,3)	3524 (82,4)
Забайкальский край	475	1220 (110,3)	4035 (364,7)

На разницу показателей могут оказывать влияние следующие факторы:

1). Значение коэффициента, высчитываемого на основании данных о количестве умерших из-за передозировок наркотиками.

Таблица 10.

Регион	Коэффициент		
	Число умерших из-за передозировки	Из них состояло на учете	Коэффициент
Пензенская область	8	7	$(8-7)/7=0,14+1=1,14$
Ростовская область	16	3	$(16-3)/3 = 4,3$
Забайкальский край	5	3	$(5-3)/3=0,66+1=1,66$

Очевидно, что если даже количество лиц, состоящих на наркологическом учете в Пензенской и Ростовской областях, было бы одинаковым, показатель **«Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности»** в Ростовской области был бы в 4 раза выше только из-за того, что лишь каждый пятый умерший от передозировки состоял на наркологическом учете. Количество потребителей наркотиков, состоящих на учете, на этот показатель влияния не оказывает: в Пензенской области из 1589 больных наркоманией умерло 8 (0,5%), а в Ростовской из 10635 – «всего» 16 (0,15%).

Использование при расчете показателя данных о количестве лиц, умерших от передозировки наркотиками, сразу ставит под сомнение достоверность этого показателя ввиду того, что официальная статистика количества умерших от передозировок не отражает реальной ситуации (стр. 5).

Эти обстоятельства подчеркивают некорректность каких-либо выводов о наркоситуации на основании статистики умерших от передозировок.

2). Различное количество лиц, состоящих на учете в связи со «злоупотреблением наркотиками с вредными последствиями».

Показатель **«Распространенности немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности»** в докладе АНК Забайкалья был заявлен почти в 2 раза бОльшим, чем в Пензенской области.

Таблица 11.

Регион	Масштабы немедицинского потребления наркотиков		
	Показатель	Число больных на 100 тыс.	Число «употребляющих с вредными последствиями» на 100 тыс.
Пензенская область	288,6	1589 (115,7)	832 (60,6)
Забайкальский край	475	1220 (110,3)	4035 (364,7)

Существенная разница объясняется, вероятно, тем, что количество лиц, **«употребляющих наркотики с вредными последствиями»** в Забайкалье было почти в 5 раз большим, чем в Пензенской области. Как уже указывалось (стр.6), соотношение количества больных наркоманией с количеством «употребляющих наркотики с вредными последствиями» в Забайкалье было несоразмерно более высоким, чем в Ростовской и Пензенской областях.

Высокая зависимость значения показателя **«Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности»** от значения такого ненадежного,

изменчивого и зависимого от региональной политической конъюнктуры (стр. 6-7 отчета) показателя, как количество лиц, **«употребляющих наркотики с вредными последствиями»**, приводит к тому, что оценка наркоситуации на территории проводится некорректно.

Вывод: использование показателя **«Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности»** для оценки наркоситуации в регионах является некорректным.

Вызывает сомнение необходимость существования и использования этих показателей антинаркотическими комиссиями, поскольку:

1. При расчете показателей заболеваемости учитываются лица, попавшие в поле зрения правоохранительных органов в связи с употреблением наркотических веществ (без оценки частоты потребления и видов потребляемых наркотиков), больными не признанные.

2. Показатель «оценки распространенности немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности» является неинформативным, поскольку для оценки реального количества потребителей наркотиков в регионах ФСКН РФ дополнительно использует «метод коэффициентов».

В докладе АНК Пензенской области, например, сказано: *«Распространенность немедицинского потребления наркотиков с учетом латентности в 2011 году составила 288,6 на 100 тыс. населения (Российская Федерация - 2149,5)»*. В числовом выражении это составляет 3971 человек. Но при этом в Докладе содержится информация о том, что эти данные являются недостоверными: *«По информации Управления ФСКН России по Пензенской области в соответствии с расчётом фактического числа наркозависимых по субъектам Российской Федерации, проведенным Центральным аппаратом ФСКН России, реальное число наркоманов на территории нашего региона превышает официальное в 7,66 раза»*.

Выводы: Используемые АНК регионов показатели не применяются в системе здравоохранения и являются ненаучными и недостоверными, не способными содействовать выполнению задачи по оценке наркоситуации.

2. Для оценки наркоситуации в докладах используется также параметр **«Обращаемости за наркологической медицинской помощью»**. Этот параметр измеряется двумя показателями:

1). **Расчет показателя «Общая заболеваемость наркоманией и обращаемость лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями»** проводится по формуле:

$Z = (A+B) * 100\ 000 / \text{численность населения}$

Z – Общая заболеваемость наркоманией и обращаемость лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;

A – число лиц, зарегистрированных с диагнозом наркомания;

B – число лиц, зарегистрированных с диагнозом потребление наркотиков с вредными последствиями.

Обращает на себя внимание ненаучное использование термина **«заболеваемость»** в самом названии показателя. Этот показатель характеризует не заболеваемость, а пораженность (распространенность, болезненность), поскольку расчет проводится по кумулятивным показателям (не впервые выявленные за определенный промежуток времени, а число лиц с установленным диагнозом).

Очевидно, что применяемая технология расчета показателя также является некорректной, поскольку для его исчисления суммируются данные о количестве несравнимых групп потребителей наркотиков. Если в группу лиц с установленным диагнозом «наркомания» входят больные люди, то в группу лиц «потребляющих наркотики с вредными последствиями», объединяются люди, которые больными не

признаны. Соответственно термин «диагноз» по отношению к ним употреблять неправомерно, как и термины «больные», «выздоровевшие».

Более того, по МКБ-10 для отнесения потребителя наркотиков к группе «потребляющих наркотики с вредными последствиями» необходимо соблюдение формальных критериев, один из которых – «характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев».

Это обстоятельство заставляет обратить более пристальное внимание на так называемую группу «профилактического учета» (см. приложение №1). В нее механически объединяются люди, которые впервые в жизни попали в поле зрения правоохранительных органов и наркологов (употребление наркотиков подтверждено лабораторными методами), лица, употребляющие наркотики с «вредными последствиями» и «без вредных последствий».

По данным доклада АНК Забайкальского края, на профилактическом учете в 2011 году состояло 4035 человек, из них 3233 - потребителя наркотиков каннабисной группы (80%).

В Пензенской области со злоупотреблением наркотическими веществами на 1 января 2012 года под профнаблюдением состояло 832 человека. По выздоровлению в 2011 году снято с профнаблюдения 814 человек. Такие данные о динамике количества группы профучета в связи с «выздоровлением» могли бы быть предметом гордости за результаты «лечения». Вот только, как уже было отмечено, «лечением» эта деятельность не является, а высокая динамика смены контингента этой группы заставляет сомневаться в целесообразности использования данных о ее численности для оценки наркоситуации.

2). Расчет показателя «Первичная заболеваемость наркоманией и первичная обращаемость лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями» проводится по формуле:

$P = (A_p + B_p) * 100\ 000 / \text{численность населения}$

P – первичная заболеваемость;

A_p – число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркомания;

B_p – число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом употребление наркотиков с вредными последствиями.

В этом показателе корректно используется медицинская терминология, поскольку показатель заболеваемости – это количество вновь выявленных случаев заболевания в расчете на 100 тыс. населения.

Но, как и в случае с предыдущим показателем, является некорректным механическое объединение разнородных групп лиц, употребляющих наркотики. Если в случае с больными наркоманией показатель заболеваемости позволяет объективно оценивать ситуацию (поскольку больной наркоманией на определенной стадии болезни вынужден обращаться за медицинской помощью), то с потребителями наркотиков, у которых физическая зависимость еще не сформирована и, возможно, не будет сформирована никогда, ситуация другая. Динамика этой группы связана, преимущественно, с активностью правоохранительных органов, с необходимостью выполнять «план». В докладе АНК Пензенской области прямо сказано: *«Контингент лиц, находящихся на профилактическом учете, формировался в основном из числа граждан, доставленных правоохранительными органами в медицинские учреждения для освидетельствования на предмет употребления ими наркотических средств».*

Обращает на себя внимание относительно низкий показатель выявляемости «злоупотребляющих наркотиками» в Ростовской области. Возможно, это связано с тем, что курение препаратов конопли на юге России является достаточно распространенным явлением, и сотрудники правоохранительных органов относятся к нему довольно снисходительно. Что не отменяет стоящей перед ними задачи выполнения плана.

Таблица 12.

Регион	Первичная «заболеваемость»	
	Первичная заболеваемость наркоманией (на 100 тыс.)	Выявляемость употребляющих наркотики с вредными последствиям (на 100 тыс.)
Пензенская область	13,1	40,6
Ростовская область	17,5	28,8
Забайкальский край	9,1	127,3

Для анализа наркоситуации и существующих тенденций в ее динамике необходимо четко разделять данные о пораженности населения и выявляемости наркомании и употребляющих наркотики с вредными последствиями, т.е. не смешивать показатели заболеваемости и распространенности (болезненности, пораженности) и разнородные группы людей.

В докладе АНК Пензенской области отмечено, что показатель *«общая заболеваемость наркоманией и обращаемость лиц, употребляющих наркотики, с вредными последствиями»* «в 2011 году уменьшился на 4,9 % и составил 252,8 на 100 тыс. населения, или 3471 зарегистрированный больной, в 2010 году - 265,7 на 100 тыс. населения (3650 зарегистрированных)».

Как следует из названия показателя, использованного в докладе АНК Пензенской области, он должен вычисляться как сумма впервые выявленных больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями в пересчете на 100 тыс. населения. В Пензенской области, как следует из того же доклада, *«по итогам 2011 года количество зарегистрированных больных с синдромом зависимости от наркотических веществ (наркомании) с диагнозом, установленным впервые в жизни, уменьшилось на 43,0 % и составила 13,1 (180 человек) на 100 тыс. населения (2010 год – 23,0 на 100 тыс. населения (316 человек))»*. *«Первичная выявляемость лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, уменьшилась на 32,4 %. В 2011 году данный показатель составил 40,6 (576 человек) на 100 тыс. населения, в 2010 году – 60,1 (826 человек)»*. Таким образом, сумма впервые зарегистрированных больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами в 2011г. составила **756 человек** (180 + 576 = 756), **но никак не 3471**.

Приведенный пример является характерным для понимания того, как непонимание значения используемого показателя может привести к ошибкам в оценке наркоситуации.

Эти цифры также показывают, что в 2011г. в Пензенской области на 1 больного наркоманией с впервые установленным диагнозом приходилось 3,2 человека, выявленных в связи со «злоупотреблением наркотическими веществами с вредными последствиями» - соотношение такое же, как и в Забайкальском крае и свидетельствующее о степени активности правоохранительных органов Пензенской области.

Вызывает недоумение стремление АНК использовать для оценки наркоситуации в регионах надуманные и некорректные показатели, в то время как показатели, традиционно используемые в эпидемиологии и в медицине в целом (заболеваемость наркоманией, распространенность наркомании), вполне пригодны для того, чтобы по ним оценивать наркоситуацию. Кроме того, если воспринимать одной из основных задач оценки наркоситуации определение оценочного количества потребителей наркотиков на территории, то для этого существуют технологии, используемые сотрудниками научных медицинских учреждений.

Сам по себе параметр **«Обращаемость за наркологической медицинской помощью»**, несомненно, важен для оценки наркоситуации, но лишь в части оценки лечебного и реабилитационного потенциала наркологической службы в регионах. Для

этого целесообразнее использовать данные о количестве больных, обратившихся к специалистам – как для лечения, так и для реабилитации.

Соответственно, для прогнозирования должны оцениваться данные, приводимые в гл.4 докладов АНК о доступности наркологической помощи в регионах. А они, как уже отмечалось на стр.8-9 настоящего отчета, вызывают озабоченность сотрудников АНК регионов.

Так, в докладе АНК Забайкальского края, указано, что *«число больных наркоманией, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, за последние 3 года увеличилось в 1,9 раза (с 16 случаев в 2009 году до 31 случая в 2011 году). Число больных наркоманией, снятых с диспансерного наблюдения в связи с длительным воздержанием, увеличилось в 4 раза (с 11 больных в 2009 году до 44 больных в 2011 году)»*. Сравнение этих цифр вызывает гнетущее ощущение: цифры умерших и «вылечившихся» больных сравнимы, но при этом количество больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, очень мало. Это понимают и специалисты АНК, констатируя: *«Показатель охвата реабилитационными программами лиц с наркологическими расстройствами остается по-прежнему низким, что обусловлено отсутствием наркологических реабилитационных центров, отделений в структуре наркологической службы Забайкальского края. За 2010-2011 годы медико-социальную реабилитацию получили от 7% до 9% больных наркоманией от числа выбывших из стационара»*.

Оценка наркоситуации по параметру **«Смертность от употребления наркотиков»**, как было показано выше (стр. 4-5), является некорректной.

Использование неинформативных и некорректных показателей для оценки наркоситуации приводит к ошибочным выводам и не позволяет адекватно оценивать ситуацию.

Так, например, по параметру **«Масштабы немедицинского потребления наркотиков»** наркоситуация на территории Ростовской области оценивается как **удовлетворительная**, что соответствует первому уровню сложности наркоситуации. В Забайкалье ситуацию с распространенностью немедицинского потребления наркотиков специалисты считают **напряженной**. Специалисты АНК Пензенской области также считают, что состояние наркоситуации можно охарактеризовать **«как напряженное, хотя по некоторым показателям является удовлетворительным»**. Они также считают, что **«имеются признаки ее дальнейшего оздоровления»**.

Очевидно, что по показателям распространенности и заболеваемости наркоманией, ситуация в Ростовской области намного хуже, чем в Пензенской области и Забайкалье. В свою очередь специалисты АНК Забайкалья при относительно лучших показателях заболеваемости и распространенности наркомании, чем в Пензенской области, не склонны оценивать ситуацию ни удовлетворительной (по некоторым показателям), ни тем более заявлять о признаках ее оздоровления.

Выводы:

1. Для оценки наркоситуации в части распространенности немедицинского потребления наркотиков нет необходимости использовать надуманные показатели, некорректность которых очевидна. Достаточно использовать показатели заболеваемости и распространенности наркомании (данные о лицах с установленным диагнозом «наркомания»).

2. Показатель выявляемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями и количества этих лиц, состоящих на профилактическом учете, нецелесообразно использовать для оценки наркоситуации в связи с высокой зависимостью

этих данных от степени активности правоохранительных органов и от региональной политической конъюнктуры.

Ведение групп наркологического учета государственными наркологическими учреждениями, очевидно, является объемной работой и требует достаточно большого времени. С точки зрения достижения результатов антинаркотической деятельности, региональные АНК должно интересоваться не только использованием данных учета для оценки наркоситуации, но и их использование для оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

В докладах АНК всех трех регионов приводятся, преимущественно, данные о количестве состоявших на учете потребителей наркотиков (в сравнении с 2010г.), о количестве взятых на учет и снятых с учета. Уменьшение количества лиц, состоящих на учете, вызывает ощущение о том, что процесс лечения и реабилитации протекает успешно. Например, в *«2011 году отмечается снижение на 1,6 % числа лиц, официально зарегистрированных в органах здравоохранения Пензенской области с диагнозом «наркомания» (2011 год – 1821, 2010 год – 1851), а также снижение на 8,3 % числа лиц, зарегистрированных с диагнозом «потребление наркотиков с вредными последствиями» (2011 год – 1650, 2010 год – 1799)»*. На этой же странице доклада (стр.5, п.2.1), утверждается прямо противоположное: *«по состоянию на 1 января 2012 года, на диспансерном учете состоит 1589 зарегистрированных больных с синдромом зависимости от наркотических веществ (наркомании), что больше по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 0,7 % в целом по области (АППГ – 1578)»*.

Очевидно, что увеличение количества больных, состоящих на учете, возможно только в том случае, когда количество взятых на учет больных превышает количество снятых с учета. Но этого не происходит: в Пензенской области *«в 2011 году с диагнозом «наркомания» на учет был поставлен 241 человек, снято с учета 272 человека»*.

Не менее любопытная динамика наблюдается и в группе профилактического учета. В 2011г. численность группы, по данным отчета АНК Пензенской области, уменьшилась на 21,7% (стр.7, п.2.2.) и составила **832** человека. Это возможно в ситуации, когда количество лиц, снятых с учета, превышает количество взятых на учет. В Пензенской области «по выздоровлению» в 2011г. было снято с учета почти столько же человек, сколько на учете состояло – **814** (стр.7, п.2.2.). Было взято на профучет в 2011г. впервые в жизни **576** человек.

Стремление улучшить показатели своей работы приводит к досадным недоразумениям при их подсчете. Например, в отчете АНК Ростовской области написано, что в течение 2011 года *«на учете стояло 14 159 потребителей наркотических средств и психотропных веществ (далее по тексту – наркотики), что на 363 человека меньше показателей 2010 года (2010 год – 10 203 человек)»*. Но если от 14 159 отнять 10 203 получится не 363, а 3956 (!). И показатель 2011г. не меньше, а больше, чем показатель 2010г.

В докладе АНК Пензенской области на стр. 9 приводится информация о том, что *«Распространенность немедицинского потребления наркотиков в Пензенской области с учетом латентности в 2011 году составила 288,6 на 100 тыс. населения»*. Это, безусловно, намного ближе к истине, чем утверждение, приведенное на стр.5 того же доклада: *«Распространенность немедицинского потребления наркотиков в Пензенской области с учетом латентности в 2011 году составила 36,1 на 100 тыс. населения»*. Разница одних и тех же данных в одном и том же докладе в 8 раз является недопустимой небрежностью.

Прогнозы развития наркоситуации в докладах АНК делаются на основании данных о заболеваемости наркоманией и анализа ситуации на наркосцене.

В докладах АНК Ростовской области и Забайкальского края признается рост заболеваемости наркоманией. В докладе АНК Пензенской области о росте заболеваемости наркоманией ничего не говорится, хотя он очевиден. При этом факторы, действующие на

территориях и оказывающие влияние на наркотизацию населения, во всех трех регионах мало чем отличаются.

По-разному объясняются причины роста заболеваемости наркоманией. Иногда это делается весьма нелепо. Например, из доклада АНК Ростовской области следует, что: *«Благодаря принятым мерам по снижению латентности наркомании, принятию постановления Правительства Ростовской области от 18.11.2011 № 136 «Об утверждении Порядка выписки, отпуска и учета лекарственных препаратов с малым содержанием кодеина или его солей», установившего рецептурный отпуск кодеиносодержащих лекарственных препаратов, количество впервые выявленных наркозависимых лиц в пересчете на 100 тысяч населения возросло на 62 процента и составило 17,5 больных на 100 тысяч населения».*

В докладах АНК прослеживается мысль о том, что ориентация антинаркотической деятельности на запретительные меры является неэффективной. Специалистов АНК всех регионов беспокоит распространение на наркосцене дешевого и доступного дезоморфина.

В докладе АНК Пензенской области написано: *«объем изымаемых правоохранительными органами наркотиков напрямую влияет на ограничение их доступности и ведёт к их мгновенной взаимозаменяемости».*

Специалисты Ростовской области считают, что *«переход части наркозависимых на потребление дезоморфина является наиболее опасной тенденцией. Распространению указанного наркотика способствуют его дешевизна и относительная простота изготовления. Основной контингент потребителей дезоморфина – это молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет, относящиеся преимущественно к малоимущим слоям населения».* В докладе отмечено, что *«Введенное в ноябре 2011 года ограничение реализации кодеиносодержащих препаратов»* сопровождалось увеличением их изъятия на 68,3 процента по сравнению с 2010 году.

И если в докладе АНК Пензенской области оптимистично заявляется что, *«как показывают результаты мониторинга, в Пензенской области наркотическая обстановка в целом складывается под контролем органов государственной власти и правоохранительных органов. Совместными усилиями удастся сохранить ее стабильность, отмечаются также некоторые признаки оздоровления»*, то специалисты Ростовской АНК считают: *«Ожидается активизация нелегального ввоза кодеиносодержащих препаратов на территорию Ростовской области из сопредельных регионов и как следствие, повышение цен на них, а также значительный рост подделки рецептов, необходимых для приобретения данных препаратов. Таким образом, в 2012 году существенного снижения потребления дезоморфина ожидать не следует».*

В Докладе АНК Пензенской области о наркотической обстановке в регионе написано, что: *«удается сохранить ее стабильность, отмечаются также некоторые признаки оздоровления»*, но при этом отмечается, что *«за январь – декабрь 2011 года на территории региона выявлено 1277 наркопреступлений. По сравнению с АППГ количество выявленных преступлений в сфере НОН увеличилось на 2%. Наркотических средств изъято на 26 % больше».*

В докладе АНК Ростовской области выражается настороженное отношение к намечающейся стабилизации.

Вывод: на фоне однотипных факторов, влияющих на наркоситуацию в регионах, разница в прогнозах ее развития и в оценке ситуации существенно отличается. Наиболее значительно она зависит от различий в толковании эпидемиологических (медицинских) показателей, характеризующих пораженность населения, и эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Как и при оценке эффективности мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, в системе противодействия наркомании используется вводящее в заблуждение утверждение о том, что рост заболеваемости наркоманией связан с улучшением ее выявляемости. При этом показатель заболеваемости рассматривается не как объективный индикатор напряженности эпидситуации (при обеспечении адекватного обследования группы наркозависимых), а как достижение ложно понимаемой цели антинаркотической работы – раннего выявления наркозависимых. Существующее положение не позволяет принимать верные управленческие решения, направленные на повышение эффективности антинаркотических мероприятий.

Так, в Докладе Ростовской АНК заявляется: *«Основным критерием (показателем) эффективности межведомственной антинаркотической деятельности в ситуации значительной латентности феномена немедицинского потребления наркотических средств является, по нашему мнению, состояние и динамика показателя первичной заболеваемости наркоманиями, как отражение эффективности раннего выявления лиц, незаконно употребляющих наркотики...»*

При этом не принимается во внимание, что выявление употребления наркотиков является средством лабораторного мониторинга ситуации, но не средством профилактики наркомании. Тем не менее, деятельность по наращиванию обследований с целью выявления употребления наркотиков продолжается не один год, она расширяется и успешно имитирует антинаркотическую активность, нанося при этом серьезный экономический ущерб бюджетам регионов.

Экономическая эффективность отдельных антинаркотических мероприятий.

Проведенное в Ростовской области в 2011г. тестирование на употребление наркотиков 27613 учащихся обнаружило положительные результаты у 139 учащихся (0,5%). У 45 из них результаты были подтверждены в наркологических учреждениях (0,16% от количества освидетельствованных), а профилактическое наблюдение специалистами-наркологами было установлено только за двумя учащимися (0,07% от количества обследованных). На это «мероприятие», как было озвучено в информационном выпуске российского телевидения, было потрачено более 20 млн. рублей – по 10 млн. на выявление одного учащегося, употребляющего наркотики.

В Забайкалье эффективность противодействия незаконному обороту наркотиков прямо связывают с борьбой с посевами дикорастущей конопли. На эту деятельность, требующую все больше средств, в рамках краевой целевой программы в 2010г. выделено 600 000 руб., в 2011г. – 200 000 руб. В докладе с глубоким удовлетворением сообщается о разрушении когда-то прибыльной отрасли сельского хозяйства: *«Культивирование и переработка конопли в промышленных целях государственными и частными предприятиями на территории края не осуществляется».*

Закупленными на 760398,15 рублей (сверх выделенного финансирования?) препаратами «Горнадо 500» - 2600 литров и «Магнум» - 12,2 кг проведено уничтожение дикорастущей конопли химическим способом на площади 1844,68 га в сельских поселениях, а *«Общая площадь выявленных незаконных посевов составила 39 кв. метров, вес уничтоженных растений – 63,5 кг».* При этом *«Основную долю изъятых наркотических средств в регионе продолжают составлять наркотики каннабисной группы, изготовленные из местной дикорастущей конопли, которая практически повсеместно произрастает на территории всего Забайкальского края».*

В России, по оценкам ФСКН, произрастает около 1 млн. га дикорастущей конопли. Не трудно посчитать, какие средства может «утилизировать» ФСКН под внешне благородной целью их уничтожения препаратами, которые так удобно использовать как в сельскохозяйственном производстве, так и в личном подсобном хозяйстве. Не менее масштабными выглядят и идеи замещения этих посевов «безвредной» коноплей, которой, по мнению специалистов, не существует.

Ситуация с незаконным оборотом наркотиков в учреждениях ФСИН.

Специалисты АНК отмечают, что продолжает оставаться актуальной проблема противодействия незаконному обороту наркотиков в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Таблица 13.

Показатель	Забайкальский край	Пензенская область
Число состоящих на учете в регионе больных наркоманией	1220	1821

Число осужденных по наркостатьям, в т.ч:	580	1199
- число больных наркоманией	366	731
Соотношение количества лиц, состоящих на учете в наркологической службе региона с диагнозом «наркомания» и количества больных наркоманией, находящихся в учреждениях ФСИН на территории региона.	3,3:1	2,5:1
Соотношение количества лиц, осужденных по наркостатьям и больных наркоманией в учреждениях ФСИН региона	1,58:1	1,64:1
Число пресеченных попыток доставки наркотиков	59	43
Количество изъятых наркотических средств	2,427 кг	Более 2 кг
Количество изъятых наркотических средств в расчете на 1 осужденного по наркостатьям	4,2г	1,7г
Количество изъятых наркотических средств в расчете на 1 больного наркоманией	6,6г	2,7г

Из таблицы следует, что каждый 3-4 больной наркоманией на территории находится в учреждениях ФСИН региона (22%-28%). В учреждениях ФСИН на каждого больного наркоманией приходится 1,58-1,64 осужденных по наркостатьям. Это не может не оказывать влияния на формирование каналов поставок наркотиков в учреждения ФСИН – в связи с существующим спросом на наркотики.

Показатель количества изъятых наркотиков на число больных наркоманией может служить индикатором эффективности работы режимных служб учреждений ФСИН по противодействию незаконному обороту наркотиков.

Высокая концентрация в учреждениях ФСИН наркозависимых, в том числе инфицированных ВИЧ, в условиях доступности наркотиков и недоступности стерильного инструментария делает учреждения ФСИН постоянно действующим очагом распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Выводы:

1. Антинаркотическим комиссиям для оценки наркоситуации в регионах не следует использовать «выдуманные» и неинформативные показатели в противовес показателям, используемым в системе учреждений здравоохранения (заболеваемость, распространенность, смертность и т.п.).
2. Терминология, употребляемая в докладах АНК регионов, должна быть приведена в соответствие с МКБ-10, а информация об отдельных показателях строго соответствовать сути употребляемого термина.
3. При оценке ситуации для расчета показателей недопустимо объединять разнородные группы людей (больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в связи с высокой степенью зависимости последней от региональной политической конъюнктуры.
4. Целесообразно для расчета численности на территории лиц, практикующих немедицинское потребление наркотиков, использовать научно-обоснованные методики, используемые специалистами системы здравоохранения и исследовательских учреждений медицинского профиля.
5. При оценке наркоситуации в регионах сотрудникам АНК следует обращать внимание на объективную оценку качества первичной профилактики наркомании и эффективности системы лечения и реабилитации наркомании по стандартным критериям.
6. Оценка качества первичной профилактики наркомании не должна проводиться исключительно по объемным (количество проведенных мероприятий) показателям и по «охвату» профилактическими мероприятиями отдельных групп населения.
7. Необходимо обратить внимание на использование современных технологий первичной профилактики социально значимых заболеваний. В обязательном порядке

должна проводиться оценка изменения уровня информированности и мотивации объектов профилактики к ведению образа жизни, свободного от наркотиков.

8. Антинаркотическим комиссиям необходимо проводить мониторинг деятельности, направленной на вовлечение и удержание потребителей наркотиков в профилактических, лечебных и реабилитационных программах. На территориях необходимо поддерживать работу организаций, обеспечивающих низкопороговую доступность этих программ.

9. В деятельности наркологических учреждений должно неукоснительно соблюдаться правило: если человек был поставлен на любую из форм наркологического учета, то наблюдение должно сопровождаться профилактическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями с последующей оценкой их качества.

10. Деятельность учреждений наркологического профиля должна оцениваться по показателям, характеризующим выполнение стандартов диспансерного наблюдения (полнота обследования находящихся на диспансерном наблюдении на ВИЧ-инфекцию, гепатиты, туберкулез и т.д.).

11. Необходимо обеспечить мониторинг и внешний контроль работы специалистов ФСИН с потребителями наркотиков (лечение, профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов, туберкулеза).

12. К работе в аппаратах АНК регионов должны привлекаться специалисты, а доклады АНК необходимо подвергать независимой экспертной оценке.

Наркомания и группы учета больных.

По МКБ-10 (международная классификация болезней) больными наркоманией являются лица с признаками синдрома зависимости - F1x.2xxx.

Синдром зависимости – это сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагноз зависимости (наркомании) может быть поставлен при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:

- а) Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.
- б) Сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.
- в) Состояние отмены или абстинентный синдром (смотри F1x.3xx и F1x.4xx), возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.
- г) Повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.
- д) Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.
- е) Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Зависимость от психоактивных веществ понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии, имеющий свое начало и исход. Соответственно, по МКБ-10 эти стадии разделяются и кодируются следующим образом:

- F1x.2x1x **Начальная** (первая) стадия зависимости;
- F1x.2x2x Средняя (вторая) стадия зависимости;
- F1x.2x3x Конечная (третья) стадия зависимости;
- F1x.2x9x Стадия зависимости неизвестна.

Важно то, что **начальная стадия зависимости протекает без явлений абстиненции** (то есть «ломки» у человека на этой стадии нет, а зависимость уже есть).

По МКБ-10 употребление наркотиков может не сопровождаться признаками зависимости от наркотических веществ (то есть человек не может считаться больным и называться наркоманом). Например, согласно МКБ-10, это касается **«пагубного (с вредными последствиями) употребления наркотиков»**. Еще может быть пагубное потребление, но без вредных последствий – это если наркотики употребляются по назначению врача (после операции, например).

По МКБ-10 **пагубное (с вредными последствиями) употребление** (F 1X.1) предполагает модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Пагубное (с вредными последствиями) употребление диагностируется при повторном приеме психоактивных веществ, сопровождающимся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего психоактивным веществом (веществами), при этом отсутствуют признаки синдрома зависимости, как они сформулированы в F1x.2xxx, **а именно:**

А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.

В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.

Начальная стадия зависимости (наркомании) отличается от «пагубного (с вредными последствиями) употребления наркотиков» тем, что она сопровождается признаками зависимости.

Для того, чтобы определить, следует относить человека, потребляющего наркотики, к группе лиц, потребляющих наркотики с вредными последствиями или считать, что он находится на начальной стадии зависимости, основным критерием является критерий наличия **признаков зависимости**.

Позиция официальной российской наркологии отличается от общепринятой позиции наркологических школ большинства стран мира. Официальная **русская наркология** считает, что **употребление любых наркотиков рано или поздно приведет к формированию зависимости**.

Позиция наркологической науки, поддерживаемая в большинстве стран мира, допускает, что **существует эпизодический прием наркотиков (особенно «легких») - без формирования зависимости**.

К группе потребителей наркотических веществ по МКБ-10 относятся люди, «злоупотребляющие психоактивным веществом». При этом «злоупотребление», «пагубное (с вредными последствиями) употребление» и «употребление наркотиков без вредных последствий» (употребление по назначению врача) **кодируются одинаково**.

Теоретические споры сопровождаются вполне реальными действиями. Они заключаются в том, что в России практически везде уже после первого подтвержденного приема наркотиков (например, в результате тестирования школьников или водителей) человека ставят на так называемый **профилактический учет** – изобретение еще советской наркологической школы.

То есть, если по МКБ-10 даже для «диагностирования» употребления наркотиков с вредными последствиями необходимо дважды подтвердить факт потребления, и при этом человек большим наркоманией считаться не может, на профилактический учет человек ставится сразу при выявлении факта потребления наркотиков, подтвержденном выявлением в биологических средах наркотических веществ.

Фактически к формированию группы профилактического учета наркологи имеют отношение только в связи с проведением лабораторного исследования на содержание наркотических веществ в биологических средах. «Поставщиками» контингента для группы профилактического учета являются правоохранительные органы.

Группа профилактического учета, таким образом, может включать в себя достаточно разнородные группы потребителей наркотиков. Основные из них:

- эпизодическое потребление наркотиков, выявляемое, например, при рейдах правоохранительных органов,
- употребление наркотиков с вредными последствиями (отмечается вред потребления для здоровья),

Объединяет эту **группу профилактического учета** то, что **в ней нет людей, страдающих синдромом зависимости (которые могут считаться больными наркоманией)**.

Даже среди специалистов-наркологов не утихают споры по поводу целесообразности искусственного разделения психоактивных веществ на «наркотики» и «не наркотики», а также – о необходимости формирования группы профилактического учета.

Что касается выделения в группе ПАВ веществ, называемых «наркотиками», то оно вызвано более выраженным вредом для здоровья «наркотиков» по сравнению с остальными ПАВ. Например, вред от употребления героина несравним с вредом, наносимым здоровью никотином: он быстрее проявляется (хотя рак легких ничуть не лучше цирроза печени) и вероятность возникновения вреда для здоровья многократно выше. Вред для здоровья табака существенно ниже, чем от употребления алкоголя (как для личного, так и для общественного здоровья).

Разделение ПАВ на «наркотики» и «не наркотики» обусловлено скорее вредом, наносимым общественному здоровью и их способностью вызывать деформацию личности, чем вредом для личного физического здоровья человека и является неформальным признанием существованием «легких» и «тяжелых» наркотиков.

Сторонники профилактического учета считают, что он необходим, чтобы проводить профилактическую работу в этой группе употребляющих наркотики. Цель этой работы: остановить потребление и предупредить переход с так называемых «легких» наркотиков на «тяжелые».

В реальности эта работа в группе профилактического учета (чаще всего) не проводится. Для специалистов-наркологов отсутствует предмет вмешательства – болезнь. Ценность профилактической работы, проводимой в учебных заведениях, весьма сомнительна. Например, для учащегося, которого в результате «анонимного тестирования» уличили в курении конопли. Работа психолога с ним, конечно, возможна. Он может испугаться и прекратит употреблять «зелье». Хотя сами психологи считают, что страх еще никого и ни от чего не удерживал и не останавливал. Практический результат профилактической работы школы в этой ситуации предопределен. Достаточно ознакомиться с проектом приказа Минобрнауки «Об утверждении порядка привлечения учащихся к дисциплинарной ответственности». В нем сказано, что *отчислить из школы могут за грубый дисциплинарный поступок. К оным относится появление в школе в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, невыполнение учебного плана, аморальное поведение и – за оказание негативного влияния на других.* Уличить ребенка в употреблении наркотиков – это не то же самое, что застать его за помощью соседской бабушке. Перспектива весьма печальна. Очевидно, что постановка на профилактический учет будет сопровождаться поражением человека в правах даже в тех случаях, когда он допускает эпизодическое потребление наркотиков.

Таким образом, существование группы профилактического учета, как творческого дополнения к МКБ-10, может быть оправданным, если:

1. Признается существование «легких» и «тяжелых» наркотиков.
2. Существование группы профилактического учета сопровождается наполнением его конкретной профилактической работой, которую можно измерить и оценить.

Перевод из группы профилактического учета в Д-группу больных наркоманией (см. выше), как и снятие с профилактического учета, осуществляется в соответствии с приказом №704 МЗ СССР (!).

Снятие с профилактического учета может производиться через год после постановки на учет. Формально ВК может снять человека с профилактического учета, даже если в течение года

наркологи человека вообще не видели (он не являлся в наркологический диспансер, игнорировал приглашения).

В реальности снятие с профилактического учета часто сопровождается попытками процесс «снятия» увязать с достижениями врачей-наркологов. Это выражается в использовании в различных отчетах неправомочных формулировок. Например: «сняты с профилактического учета в связи с выздоровлением». Хотя максимум, на который могут претендовать врачи (если нахождение на профилактическом учете сопровождалось реальной работой с потребителем наркотиков и наблюдением) – это снятие «по улучшению».

В существовании группы профилактического учета заинтересованы как наркологическая служба, так и правоохранительные органы.

Фактически, наркологам незачем держать у себя «мертвых душ», тем более, что приказ позволяет их снять по смерти, по улучшению, по выбытию, либо - из-за отсутствия сведений. Но интегральная оценка работы наркологической службы по итогам года проводится по ряду показателей, в том числе – по количеству зарегистрированных пациентов (включая группу профилактического учета). Для оценки службы по некоторым показателям большое количество состоящих на учете – это хорошо (демонстрирует объемы работы службы). Для оценки по другим показателям (где рассчитывается процент пролеченных или процент снятых по улучшению от состоящих на всех видах учета, или др.) – плохо, поскольку «портит» показатели работы службы.

Для правоохранительных органов увеличение количества лиц, поставленных на профилактический учет, является однозначным основанием для положительной оценки антинаркотической деятельности.

Отличия стадий потребления наркотиков по основным признакам

Признаки	Эпизодическое потребление наркотиков	Потребление с вредными последствиями	Первая стадия зависимости	Последующие стадии зависимости
Факт потребления	+	+	+	+
Факт повторного потребления	-	+	+	+
Наличие вредных последствий	-	+	+	+
Признаки зависимости	-	-	+	+
Наличие абстиненции	-	-	-	+

Приложение №2

Индикаторы, рекомендуемые для проведения оценки наркоситуации и антинаркотической деятельности в регионе

Первичная профилактика наркомании:

Охват различных возрастных групп учащейся молодежи профилактическими мероприятиями информационной направленности - в динамике.

Структура проведенных мероприятий информационной направленности (лекции, тренинги, акции, ток-шоу и т.п.) с указанием охвата учащейся молодежи каждой из форм профилактической работы – в динамике.

Уровень информированности объектов профилактики и его изменение в результате проведенных профилактических мероприятий – по стандартным критериям.

Изменение мотивации объектов профилактики на образ жизни, не связанный с употреблением наркотиков – по стандартным критериям.

Изменение качества работы по первичной профилактике наркомании на основании ее оценки объектами профилактики – по стандартным критериям.

Показатель заболеваемости наркоманией (количество больных с установленным диагнозом «наркомания» - в расчете на 100 тыс. населения территории).

Показатель выявляемости лиц, эпизодически употребляющих наркотики - в расчете на 100 тыс. населения территории.

Показатель выявляемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями для здоровья - в расчете на 100 тыс. населения территории.

Интегральная оценка качества профилактической работы информационной направленности в разрезе муниципальных образований Пензенской области.

Лечение и реабилитация наркомании:

Количество больных наркоманией, находящихся на диспансерном наблюдении.

Количество больных наркоманией, госпитализированных в наркологические учреждения – в динамике.

Количество больных наркоманией, прошедших полный курс стационарного лечения наркомании – в динамике.

Количество больных наркоманией, прошедших полный курс стационарного лечения и в дальнейшем поступивших в реабилитационные учреждения (в %).

Общее количество больных наркоманией, находившихся на реабилитации – в динамике.

Количество больных наркоманией, прошедших полный курс реабилитации – в динамике.

Количество больных наркоманией, прошедших полный курс реабилитации – из числа направленных в реабилитационное учреждение после стационарного лечения (в %).

Количество больных наркоманией из числа состоящих под диспансерным наблюдением, находящихся в ремиссии (абсолютное число, %):

- от 6 месяцев до 1 года

- от 1 до 2 лет

- свыше 2 лет

Количество больных наркоманией, обследованных на ВИЧ-инфекцию, туберкулез, парентеральные гепатиты (в % от количества больных, состоящих под диспансерным наблюдением).

Количество лиц, взятых под профилактическое наблюдение - ..., в том числе:

- в связи с эпизодическим употреблением наркотиков - ...;

- в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями - ...

Количество лиц, состоящих под профилактическим наблюдением - ..., в том числе:

- в связи с эпизодическим употреблением наркотиков - ...;

- в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями - ...

Количество лиц, снятых с профилактического наблюдения в связи со:

- смертью

- ...

- с выбытием

- в связи с неявкой к врачу в течение 1 года

Количество лиц, состоящих под профилактическим наблюдением, обследованных на ВИЧ-инфекцию, туберкулез, парентеральные гепатиты (в % от количества состоящих под диспансерным наблюдением).

Количество организаций, занимающихся реабилитацией наркомании - ..., в т.ч.:

- государственных

- негосударственных

- религиозных

- групп АН и т.д.

Оценка наркоситуации*):

Заболеваемость наркоманией (на 100 тыс. населения)

Выявлено лиц потребляющих наркотики (впервые в жизни);

Выявлено лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;

Количество лиц, состоящих на Д-учете с диагнозом «наркомания» на 100 тыс. населения (пораженность).

Количество лиц, состоящих под наблюдением в группе профилактического учета (на 100 тыс. населения) - ..., в т.ч.:

- в связи с эпизодическим употреблением наркотиков - ...;

- в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями - ...

Интегральный показатель качества первичной профилактики.

Интегральный показатель качества наркологической помощи.

Стоимость условной дозы наркотиков, доминирующих на территории, в т.ч.:

- героина
- дезоморфина и т.п.

*) без индикаторов оценки эффективности работы правоохранительных органов