



2012

Нашақорлықтың медициналық –
әлеуметтік проблемаларының
республикалық ғылыми –
практикалық орталығы

NATIONAL REPORT

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ

ON DRUG
SITUATION

НАРКО-
ЖАҒДАЙ

IN THE REPUBLIC OF

ТУРАЛЫ

KAZAKHSTAN

ҰЛТТЫҚ ЕСЕП

National Scientific and
Practical Center on Medical
and Social Problems
of Drug Addiction

2012





Наркоситуация в 2011 году

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

© © Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании & CADAP- 5 Проект, 2012

Программа финансируется Европейским Союзом

**2012 National report on the Drug Situation in the Republic of Kazakhstan
(Drug situation in 2011)**

**Қазақстан Республикасында есірткі ахуалы туралы ұлттық есеп 2012
(2011жылы есірткі ахуалы)**

**Национальный отчёт о наркоситуации в Республике Казахстан 2012
(Наркоситуация в 2011 году)**

Published by © National Scientific and Practical Center on Medical and Social Problems of Drug Addiction, Republic of Kazakhstan, 2012

мен жарияланған © Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары
республикалық ғылыми-практикалық орталығы, 2012

Опубликовал © Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, Республика Казахстан, 2012

Editor: Tomas Zabransky | Редактор Томас Забрански | Редактор Томас Забрански
1st edition | 1ші басылым | 1-е издание

<http://www.cadap.eu>

For bibliographical citations | Библиографиялық ақпарат | Библиографическая информация:

Yusopov Oleg, Akhmetova Roza, Gafarova Nuria, Elizaryeva Alla, Ergaliev Zhasulan, & Zhumataeva Gulnar (2012). *National Report on the Drug Situation in the Republic of Kazakhstan for 2012 (Drug situation in 2011)* (Ed. T. Zabransky). Astana/Prague: National Scientific and Practical Centre on Medical and Social Problems of Drug Addiction/CADAP.

Юсопов Олег, Ахметова Роза, Гафарова Нурия, Елизарьева Алла, Ергалиев Жасулан, Жұматаева Гулнәр. (2012). *Қазақстан Республикасында есірткі ахуалы туралы ұлттық есеп 2012 (2011жылы есірткі ахуалы)* (Ред. Т. Забрански). Астана / Прага: Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығы/ CADAP.

Юсопов Олег, Ахметова Роза, Гафарова Нурия, Елизарьева Алла, Ергалиев Жасулан и Жұматаева Гульнар. (2012). *Национальный отчёт о наркоситуации в Республике Казахстан 2012 (Наркоситуация в 2011 году)* (Ред. Забрански, Т.). Астана / Прага: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании / КАДАП.

ISBN 978-601-7351-12-0

УДК 323/324 (574)

ББК 66.3 (5каз)3

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ	5
1. НАРКОПОЛИТИКА: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, СТРАТЕГИИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	11
1.1. ВВЕДЕНИЕ	11
1.2. ПРАВОВАЯ СИСТЕМА.....	11
1.3. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ И КООРДИНАЦИЯ В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С НАРКОТИКАМИ.....	13
1.4. БЮДЖЕТ И ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ	16
2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ И СРЕДИ КОНКРЕТНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП.....	21
2.1. ВВЕДЕНИЕ	21
2.2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	21
2.3. СИСТЕМА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЁТА.....	22
2.4. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ	26
2.5. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ДРУГИХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП	28
3. ПРОФИЛАКТИКА	30
3.1. ВВЕДЕНИЕ	30
3.2. ВСЕОБЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА	31
3.3. ВЫБОРОЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПО ГРУППАМ РИСКА	36
3.4. МЕДИАКАМПАНИИ.....	37
4. ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ.....	39
4.1. ВВЕДЕНИЕ	39
4.2. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	40
4.3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОБЛЕМНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ ИЗ НЕ ЛЕЧЕБНЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	42
4.4. НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	43
5. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ	45
5.1. ВВЕДЕНИЕ	45
5.2. СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ.....	46
5.3. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ	50
6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ НАРКОМАНИИ.....	63
6.1. ВВЕДЕНИЕ	63
6.2. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ.....	64
6.3. ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ.....	70
6.4. СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С НАРКОТИКАМИ, СМЕРТНОСТЬ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ	72
7. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	79
7.1. ВВЕДЕНИЕ	79
7.2. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДОЗИРОВОК И СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НАРКОТИКАМИ	80
7.3. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ	81
8. СОЦИАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ.....	86
9. ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ	87
9.1. ВВЕДЕНИЕ	87
9.2. ПРЕСТУПЛЕНИЕ	87
9.3. ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ	90
9.4. АЛЬТЕРНАТИВЫ ТЮРЕМНОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ДЛЯ НАРУШИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	91
9.5. ПОМОЩЬ ПОТРЕБИТЕЛЯМ НАРКОТИКОВ В ТЮРЬМАХ.....	91
10. РЫНКИ НАРКОТИКОВ.....	94
10.1. ВВЕДЕНИЕ.....	94

10.2.	НАЛИЧИЕ И ПОСТАВКА НАРКОТИКОВ.....	94
10.3.	ИЗЪЯТИЯ	97
10.4.	ЦЕНА И ЧИСТОТАНАРКОТИКОВ	98
ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ		101
11.	РЕЗИДЕНТСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В КАЗАХСТАНЕ.....	101
12.	МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ И НАРКОБИЗНЕСОМ	104
12.1.	ВВЕДЕНИЕ.....	104
12.2.	ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА.....	104
12.3.	ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ.....	105
12.4.	БОРЬБА С НАРКОБИЗНЕСОМ И НЕЗАКОННЫМ ОБОРОТОМ НАРКОТИКОВ	106
12.5.	КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА «САДАР»,	107
ПРИЛОЖЕНИЯ		108
	СПИСОК ПОЛНЫХ ССЫЛОК НА ЗАКОНЫ	108
	СПИСОК ТАБЛИЦ	109
	СПИСОК ДИАГРАММ	110
	СПИСОК КАРТ.....	111
	АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-АДРЕСОВ.....	111
	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	112
БИБЛИОГРАФИЯ.....		114

РЕЗЮМЕ

В Республике Казахстан (РК) решение проблем, связанных с потреблением наркотиков, являются одной из приоритетных задач, что отражается в Посланиях Президента РК и Правительственных программах. Основные направления деятельности по профилактике, лечению наркозависимости и борьбы с наркобизнесом в стране обозначены в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2009 года № 784 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы». Кроме того, в каждом регионе утверждены региональные Программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, которые пересматриваются ежегодно. В 2011 году завершена реализация Правительственной программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009–2011 годы.

На основании Указа Президента РК от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстана до 2020 года» Правительство РК в 2012 утвердило Отраслевую программу борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы. Также на основании данного Указа в стране разработана и внедрена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, в которой намечены мероприятия по совершенствованию системы профилактики и лечения наркотической зависимости.

В сентябре 2011 года на уровне правительства сформирован Межведомственный штаб, в который вошли представители 12-ти министерств и ведомств. Основной функцией штаба является координация деятельности государственных органов в области противодействия наркомании и наркобизнесу.

Несмотря на то, что в 2010-2011 годы международные организации сократили предоставление финансовой помощи Республике Казахстан, тем не менее, оказывается большая техническая поддержка по совершенствованию системы противодействия наркомании и наркопреступности и приведению ее в соответствие с международными стандартами.

В сфере противодействия наркомании и наркобизнесу обеспечивается поэтапный переход от преследования потребителей наркотиков за совершение мелких преступлений к подавлению организованной преступности и контрабанды наркотиков в стране. Также в стране рассматривается вопрос введения уголовной ответственности за незаконное обращение с прекурсорами.

С каждым годом возрастает финансирование мероприятий направленных на борьбу с наркоманией и наркобизнесом. Однако соотношение финансовых средств выделяемых на программы снижения предложения, снижения спроса, снижения вреда остается неравномерным - наибольшую финансовую поддержку получают мероприятия, направленные на борьбу с наркобизнесом. Соотношение затрат на сферу профилактики наркомании, лечение наркозависимости, а также на профилактику последствий, связанных с потреблением наркотиков в стране остается примерно одинаковым и не достигает 10% по каждому направлению.

Из-за отсутствия качественных эпидемиологических исследований в стране на данный момент крайне затруднительно получить объективную картину о потреблении наркотических средств, как среди всего населения, так и среди его отдельных групп (молодёжи, заключённых и т.д.). Последние исследования в стране уже не отражают современную ситуацию, связанную с потреблением наркотиков среди населения. В настоящее время в стране есть потребность в качественных и объективных данных о наркоситуации, а также имеется потребность в совершенствовании системы сбора данных и мониторинга в соответствии с международными стандартами.

Одним из источников информации о потреблении наркотиков среди населения и генеральной оценки наркоситуации являются данные наркологического учета, которые используются различными ведомствами для оценки и планирования профилактических и лечебных программ. Однако учет охватывает только «верхушку айсберга» так как две трети потребителей остаются в тени.

Другим источником данных о проблемных потребителях наркотиков является дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН). Следует отметить, что репрезентативность надзора снижается по всем дозорным группам вследствие неправильной методологии формирования и расчета объема выборки. В силу ограниченности подходов к формированию выборки и анализу данных, возможность экстраполяции полученных результатов на национальный уровень является спорной.

Тем не менее, анализируя имеющиеся данные в совокупности, можно сделать несколько важных выводов об изменениях в наркоситуации в РК. Несмотря на то, что данные дозорного эпидемиологического надзора имеют определенные расхождения с индикаторами по сокращению спроса и предложения можно предположить, что, вероятно, популяция потребителей наркотиков в стране имеет тенденцию к сокращению численности. На это указывает ежегодное повышение среднего возраста проблемных потребителей наркотиков, снижение количества лиц на наркологическом учете и увеличение возраста начала потребления. С одной стороны из-за прогрессирующего ограничения в доступности героина (сокращение поставок, увеличение цены) потребители инъекционных наркотиков вынуждены переходить на другие виды наркотиков (синтетические курительные смеси, каннабис) или употреблять алкоголь, а также обращаться за помощью в специализированные наркологические учреждения. С другой стороны часть потребителей перешла на потребление веществ, изготавливаемых из доступных в легальном обороте лекарств, таких как кодеинсодержащие препараты и тропикамид.

Количество зарегистрированных потребителей наркотиков к 2011 году имеет тенденцию к снижению среди всех зарегистрированных наркозависимых лиц, как среди мужчин, так и среди женщин. В динамике по годам также наблюдается тенденция к сокращению числа лиц, взятых на учет впервые в жизни. Неравновесную динамику с тенденцией к увеличению имеет количество лиц, снятых с наркологического учета, при этом количество лиц, снятых с учета в связи со смертью, имеет небольшое снижение, а количество лиц, снятых с учета в связи с ремиссией, имеет тенденцию к увеличению.

Начиная с 2007 года, сократилось количество лиц, состоящих на учете в наркологической службе, потребляющих летучие органические соединения, опиоиды и стимуляторы. При этом количество лиц с расстройствами, вызванными употреблением каннабиноидов и сочетанным употреблением психоактивных веществ, повышается. За последние 5 лет количество учтенных лиц в возрасте до 18 лет, потребляющих летучие органические соединения и опиоиды, имеет тенденцию к сокращению. Количество лиц, находящихся на наркологическом учете из-за употребления каннабиноидов и седативных веществ, в динамике по годам увеличивается.

Следует отметить высокую активность различных министерств и учреждений в реализации профилактических мероприятий. Однако большинство финансируемых мероприятий в стране включают в себя информационные кампании и акции. Существует острая необходимость в постоянном финансировании профилактических программ непосредственно реализуемых в учебных заведениях, и направленных на профилактику в группах риска, профилактику через семью и сообщество. Данные программы практически не представлены на территории страны и часто ограничиваются отдельными проектами и не являются стабильными. Кроме того, на данный момент отсутствуют нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в образовательных учреждениях.

Благодаря программам снижения вреда, которые развернуты по всей стране, распространенность инфекций среди потребителей наркотиков удается сдерживать на стабильном уровне. Однако данные программы требуют дальнейшего совершенствования качества предоставляемых услуг и расширения охвата потребителей наркотиков данным услугами. Риск смертности среди потребителей наркотиков выше по сравнению с риском смертности общего населения. Риск смерти потребителя наркотиков в среднем выше в 2,4 раза, чем среди общего населения; для наркозависимых мужчин показатель риска смертности 2,3 раза выше, чем среди общего мужского населения, для женщин – выше 6,8 раза в сравнении с риском смертности в общем женском населении. Тем не менее, программы по профилактике передозировок наркотиками недостаточно развиты и охватывают незначительную часть потребителей инъекционных наркотиков.

Анализируя данные по лечению наркотической зависимости, можно сделать следующие выводы. За последние три года число пациентов, обращающихся за наркологическим лечением, имеет тенденцию к уменьшению. В то же время число впервые пролеченных пациентов в структуре всех пролеченных пациентов возрастает с каждым годом. Среди впервые пролеченных лиц наблюдается рост числа потребителей других опиатов (в основном дезоморфина) и психоактивных веществ, приготовленных из доступных лекарственных препаратов. Также отмечается изменение социальных характеристик лиц, обращающихся за лечением. В течение последних нескольких лет наблюдается значительное сокращение среди пролеченных пациентов лиц, имеющих высшее образование, и увеличение количества лиц, не имеющих работы и считающихся безработными.

В лечении лиц, имеющих проблемы с наркотиками, по-прежнему остро стоит вопрос, связанный с внедрением заместительной терапии в Казахстане. Основные результаты

оценки проектов по опиоидной заместительной терапии в РК указывают на возможность и эффективность использования метадона для лечения опиоидной зависимости в стране. Законодательство РК позволяет внедрить данный вид услуги в качестве стандартного лечения опиоидной зависимости. Однако система мониторинга, объём и качество оказания организационно-методической помощи для учреждений, проводящих заместительную терапию, недостаточны для расширения и требуют дальнейшего совершенствования.

Удельный вес зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в общем количестве зарегистрированных в стране преступлений составил 2%. За 2011 год правоохранительными органами Республики Казахстан зарегистрировано 4360 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (далее – наркотики), против 8795 преступлений за аналогичный период 2010 года, то есть на 50,4% меньше. Снижение зарегистрированных наркопреступлений связано с проведенной в январе 2011 года декриминализацией статьи 259 части 1 Уголовного кодекса (УК) РК «Незаконное приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере» и переводом ее в разряд административных правонарушений. Удельный вес преступлений, предусмотренных статьей 259 УК РК, в общем количестве зарегистрированных наркопреступлений составил 92,5 %. В 2011 году на почве употребления наркотиков совершено 372 преступления.

Проводится работа по пресечению причин и факторов, способствующих появлению новых видов потребляемых веществ, таких как дезоморфин, тропикамид.

С этой целью Министерство внутренних дел (МВД) РК и Министерство здравоохранения (МЗ) РК в октябре 2011 года издали совместный приказ о взаимодействии Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК и Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК для обеспечения профилактических мер, предусматривающих нераспространение наркомании, связанных с ней правонарушений, и с участвовавшими случаями злоупотребления лекарственными препаратами, содержащими в своем составе кодеин и тропикамид.

В течение последних четырех лет количество изымаемых из незаконного оборота наркотиков остается на одном и том же уровне. В 2011 году общий вес изымаемых наркотиков составил 33 тонны 998 килограммов. Основной процент изымаемых наркотиков сохраняется за каннабиноидами. В целом, объем изъятий героина в Казахстане не высок, учитывая то, что Казахстан является последней страной, границу которой пересекают наркотики, поступающие на рынки сбыта Российской Федерации. Почти 90 % изъятий наркотиков в Центральной Азии производятся ещё до того как героин достигает Казахстана.

Согласно сведениям, предоставленным на основе оперативных данных Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК, как оптовые, так и розничные цены на все виды наркотиков значительно подорожали в течение 2005-2010 годов. В 2011 году, по сравнению с 2010 годом, цены остаются примерно на одном уровне. В 2011 году

розничная стоимость героина варьировалась от 2000 тенге до 15 000 тенге за один грамм, стоимость 250 граммов марихуаны составляла от 2000 до 10000 тенге.

По результатам экспертиз, проведённых Национальной лабораторией по проблемам правового и научного обеспечения государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, установлено, что содержание тетрагидроканнабинола в изымаемой марихуане варьирует от 0,02% до 4,23% (в среднем это составляет 1,59%), в гашише - от 0,51% до 6,73% (в среднем составляет это 3,31%). Чистота героина варьирует от 1,04% до 39,9% (в среднем - 14,3%).

В завершение выше изложенного хотелось бы отметить, что объем получаемых в РК данных о потреблении наркотиков и качество этих данных можно оценить как удовлетворительные.

Система сбора данных в стране и последующей отчетности требует существенных доработок по всем пяти ключевым индикаторам, предложенным Европейским Союзом – употребление наркотиков среди населения; проблемное употребление наркотиков; заболевания, связанные с употреблением наркотиков; смертность, связанная с наркотиками, и спрос на лечение от наркотической зависимости.

В настоящее время не осуществляется качественный сбор данных, касающихся деятельности частных наркологических учреждений, отделений принудительного лечения. Также недоступны отчеты о деятельности неправительственных организаций в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании, хотя по объему финансируемых проектов можно предположить, что данные организации должны вносить существенный вклад в общегосударственные усилия по противодействию распространения наркомании.

Таблица 1-1а: Сводная таблица основных индикаторов по наркоситуации в РК, 2010-2011

Индикатор	По состоянию на 31 декабря 2010	По состоянию на 31 декабря 2011
Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	119 100, (1,05% населения от 15-64 лет)	123 640, (1,08% населения от 15-64 лет)
Число лиц, находящихся на профилактическом наркологическом учете	15210	14566
Число лиц, находящихся на диспансерном наркологическом учете (из них впервые зарегистрированные в текущем году)	32637 (1517)	30259 (538)
Число лиц зарегистрированных наркологической службой умерших в данном году	1050	1079
Количество человек, получивших стационарное лечение по поводу наркотической зависимости	3482	2972
Распространенность ВИЧ среди ПИН	2,8%	3,8%
Распространенность гепатита С среди ПИН	58,7%	61,3%
Распространенность сифилиса среди ПИН	8,2%	10,9%
Количество розданных игл/шприцев среди ПИН (на 1 ПИН, привлеченного в профилактические программы)	287	194
Вес изъятой из оборота марихуаны (кг)	27 348	27 380
Вес изъятого из оборота гашиша (кг)	417	343,3
Вес изъятого из оборота героина (кг)	323,2	306,7
Вес изъятого из оборота опиума (кг)	168,2	11,3
Число лиц арестованных за хранение наркотиков (без цели сбыта)	6217	5644
Число лиц арестованных за торговлю наркотиками (включая производство)	3434	3099
Средняя уличная стоимость героина (за 1 грамм)	4 969 тенге	4 900 тенге
Средняя уличная стоимость опия (за 1 грамм)	2 214 тенге	2 214 тенге
Средняя уличная стоимость марихуаны (за 250 грамм)	4 469 тенге	4 625 тенге

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И РАЗРАБОТКИ

1. НАРКОПОЛИТИКА: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, СТРАТЕГИИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

1.1. Введение

Противодействие незаконному обороту наркотиков является одной из важных составляющих государственной политики Казахстана. В сфере противодействия наркомании и наркобизнесу обеспечивается поэтапный переход от преследования потребителей наркотиков за совершение мелких преступлений к подавлению организованной преступности, контролирующей наркотрафик и разветвленные сети сбыта.

1.2. Правовая система

Основополагающим документом, регулирующим правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и устанавливающим меры противодействия их незаконному обороту, является Закон Республики Казахстан №279 от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».

Совершение любых деяний (хранение, сбыт и т.д.), связанных с особо крупным размером наркотического средства, является основанием для привлечения лица к уголовной ответственности.

Уголовная ответственность за сбыт наркотических средств или психотропных веществ наступает независимо от их размера.

Административное законодательство предполагает административную ответственность за совершение таких правонарушений, как: непринятие мер к уничтожению дикорастущей конопли (ст.318); непринятие мер к обеспечению охраны наркосодержащих посевов (ст.319); непринятие мер к пресечению сбыта и потребления наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (ст.319-1); незаконное изготовление, приобретение или хранение наркотических средств, без цели их сбыта (ст.320); пропаганда и незаконная реклама наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (ст.321).

В Казахстане список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров утвержден законом, что значительно увеличивает срок внесения в него необходимых дополнений. В связи с этим в стране рассматривается возможность, с учетом мирового опыта, наделить такими правами Правительство РК, унифицировав Список по наименованиям с партнерами по Таможенному союзу (Россия, Беларусь, Казахстан).

Также в стране рассматривается вопрос введения уголовной ответственности за незаконное обращение с прекурсорами. Практика свидетельствует, что меры

административного воздействия (штрафы) на крупные предприятия за нарушения хранения прекурсоров не дают должного эффекта.

Употребление наркотических средств в Казахстане не является уголовно наказуемым. Согласно статье 336-2 Кодекса об административной ответственности «Немедицинское потребление наркотических средств в общественных местах» является административным правонарушением и влечет наложение штрафа. Те же действия, совершенные в течение года, повторно влекут более высокий штраф. В отношении лица, которое дважды в течение года было привлечено за данное деяние, предусматривается административный арест.

В стране законодательно закреплены меры принудительного лечения наркозависимых лиц. В статье 130 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 16 сентября 2009 года «Организация медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», пункт 2 гласит: «Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, совершивших преступления, признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании либо токсикомании, а также к лицам, совершившим административное правонарушение и признанным больными хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией и уклоняющимся от добровольного лечения».

Постановлением Правительства Республики Казахстан № 2015 от 4 декабря 2009 года «Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности» запрещается допуск лиц - активных потребителей психоактивных веществ - ко всем видам трудовой деятельности, связанным с воздействием профессиональных вредностей и работ, связанных с источником повышенной опасности, в том числе и вождением транспорта. Наркопотребители, находящиеся в ремиссии, допускаются к некоторым видам трудовой деятельности, включая вождение транспортных средств.

1.2.1. Реализация законодательства в 2010 году

В целях реализации Концепции правовой политики Республики Казахстан (РК) до 2020 года в части гуманизации уголовного законодательства в январе 2011 года принят Закон Республики Казахстан № 393-IV от 18 января 2011 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам дальнейшей гуманизации уголовного законодательства и усиления гарантий законности в уголовном процессе».

В рамках данного Закона декриминализована часть 1 статьи 259 Уголовного Кодекса РК (УК РК), предусматривавшая уголовную ответственность за незаконные приобретение, перевозку или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ

в крупном размере¹. С 2011 года за совершение указанного деяния предусмотрена административная ответственность (часть 1-1 ст.320 Кодекса об административных правонарушениях РК).

Принятые меры позволили минимизировать привлечение к уголовной ответственности лиц, являющихся в большинстве случаев наркозависимыми, а также сократить «тюремное» население страны.

1.3. Национальная стратегия координация в области борьбы с наркотиками

1.3.1. Национальная стратегия

В 2011 году завершена реализация правительственной Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009–2011 годы. Целью Программы было блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций роста распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения страны. Основными задачами Программы являлись:

- повышение координации и эффективности антинаркотической деятельности на региональном уровне, развитие систем первичной профилактики наркомании и здорового досуга населения;
- усиление антинаркотической пропаганды;
- широкомасштабное внедрение инновационных антинаркотических технологий в систему здравоохранения и социальную сферу Республики Казахстан;
- мониторинг эффективности профилактической деятельности в сфере наркомании;
- модернизация и развитие системы оказания наркологической помощи населению вторично-профилактического и третично-профилактического направлений, их эффективное нормативно-правовое и научно-информационное сопровождение, внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации в систему здравоохранения и социальную сферу Республики Казахстан, обеспечение полноценного охвата контингента наркозависимых эффективными программами медико-социальной реабилитации;
- повышение квалификации и широкомасштабное обучение специалистов системы здравоохранения и социальной сферы по профилю современных антинаркотических технологий, подготовка научно-педагогических кадров, проведение специальных образовательных циклов по антинаркотической тематике для сотрудников систем воспитания и образования;

¹ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 10 ИЮЛЯ 1998 ГОДА N 279 "О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими". http://adilet.minjust.kz/rus/docs/Z980000279_#z91.

- совершенствование законодательной базы, регулирующей антинаркотическую деятельность, дальнейшая гармонизация национального законодательства, направленного на борьбу с наркоманией и наркобизнесом, с положениями международных правовых актов и рекомендациями общественных организаций;
- укрепление материально-технического и кадрового потенциала уполномоченных государственных органов, а также медицинских учреждений, специализирующихся на профилактике и лечении наркомании;
- укрепление межведомственного взаимодействия в борьбе с наркобизнесом, повышение эффективности перекрытия каналов наркотрафика посредством укрепления южных границ страны;
- расширение международного сотрудничества в борьбе с наркоманией и наркобизнесом;
- реализация международных антинаркотических проектов в Республике Казахстан, активизация работы Казахстана в Комиссии Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам и ее вспомогательных органах с целью участия в выработке решений Организации Объединенных Наций в сфере борьбы с наркотиками с учетом интересов Казахстана и регионов Центральной Азии.

На развитие и совершенствование системы мониторинга, координации и международное сотрудничество были направлены 30 % мероприятий Программы, на систему профилактики наркомании среди населения - 24%, на систему лечения и реабилитации наркозависимых лиц - 14%, на системы противодействия наркобизнесу и незаконному обороту наркотиков - 32% мероприятий Программы. В рамках данной Программы мероприятий направленных на профилактику последствий/программы снижения вреда, связанных с потреблением наркотиков предусмотрено не было.

В 2009 году был проведен анализ используемых социальных антинаркотических стратегий и принципов, а также представленности данных стратегий в основных нормативных документах, регулирующих антинаркотическую деятельность в социальном секторе РК (Katkov A.L., 2009). Большинство выводов, сделанных в ходе данного анализа, остаются актуальными до настоящего времени.

Основные используемые стратегии в стране –это снижение спроса на наркотические средства; снижение предложения наркотических средств; снижение потребления; снижение вреда здоровью – соответствуют международной практике борьбы с распространением наркотической зависимости. Основным институциональным дефицитом в рассматриваемой сфере социальных антинаркотических стратегий является несогласованность и отсутствие конструктивного компромисса в деятельности главных антинаркотических агентов социального сектора. Что выражается, в частности, в противоречивых нормах регулирования антинаркотической деятельности и подходов в данном секторе (Katkov A.L., 2009).

1.3.2. Разработки

На основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» Правительство Республики Казахстан в 2012 утвердило Отраслевую программу борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы. Основной целью Программы является дальнейшее совершенствование системы эффективного государственного и общественного противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков. Мероприятия Программы, которые в основном продолжают направления предыдущей Программы, также предусматривают реализацию ряда законодательных инициатив: введение альтернативных форм наказания, предусматривающих для наркозависимых лиц, совершивших преступления небольшой тяжести, альтернативу уголовному наказанию (лишению свободы) в виде принудительного лечения наркологических заболеваний.

Также на основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» в стране разработана и внедрена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. В 2011 году около 12% мероприятий, предусмотренных в рамках программы «Саламатты Қазақстан», прямо направлены на развитие и совершенствование системы профилактики наркомании и её последствий, а также на развитие системы лечения наркозависимых лиц. Из указанных мероприятий 42% мероприятий направлены на развитие и совершенствование системы мониторинга, координации и развитие кадрового потенциала, 33% - на профилактику наркомании среди населения, 4% на развитие и совершенствование системы лечения и реабилитации наркозависимых (включает только расширение опиоидной заместительной терапии), на профилактику последствий для здоровья, связанных с потреблением наркотиков направлен 21% мероприятий.

1.3.3. Координация

В сентябре 2011 года на уровне Правительства РК сформирован Межведомственный штаб по координации деятельности государственных органов, направленной на противодействие наркомании и наркобизнесу. В штаб вошли представители 12-ти министерств и ведомств (Министерство внутренних дел (МВД), Агентство по борьбе с экономической преступностью (АБЭКП), Комитет национальной безопасности (КНБ), Министерство иностранных дел (МИД), Министерство образования и науки (МОН), Министерство культуры (МК), Министерство связи и информации (МСИ), Министерство финансов (МФ), Генеральной прокуратуры (ГП), Министерство здравоохранения (МЗ), Министерство обороны (МО), Министерство туризма и спорта (МТС).

В стране продолжается активная политика по интеграции и взаимодействию с международными партнерами и другими государствами, укрепляется международно-правовая база в сфере борьбы с наркобизнесом.

В 2011 году обеспечено принятие Антинаркотической стратегии государств-членов Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) на 5-летний период и Программы по ее реализации (Утверждены 15 июня 2011 года Решением Совета глав государств-членов

Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) в г. Астане в ходе проведения Юбилейного саммита Шанхайской организации сотрудничества). Данная стратегия определяет общие направления по совершенствованию системы противодействия незаконному обороту наркотиков, профилактики наркомании, лечения и реабилитации наркозависимых лиц.

Продолжены мероприятия по реализации ряда совместных проектов, направленных на совершенствование деятельности государственных органов страны по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Такое сотрудничество налажено с различными управлениями ООН, с Европейским Союзом (ЕС) в рамках «Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP)», Организацией Договора о коллективной безопасности (ОДКБ), а также Центрально-азиатским региональным информационным координационным центром по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (ЦАРИКЦ) (см. *Международное сотрудничество в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом*).

1.4. Бюджет и вопросы финансирования

Финансирование государственных органов из республиканского и муниципальных бюджетов в рамках Программ борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2011 год представляет *Таблица 1-1*.

Таблица 1-1b: Объемы финансирования по Республике Казахстан в 2011 году на реализацию Плана мероприятий по реализации Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы (МВД РК)

№ п/п	Министерства и ведомства	Основное направление мероприятий	Объемы финансирования (в тысячах тенге) ²			
			Республиканский бюджет	Муниципальный бюджет	Всего по каждому ведомству	Удельный вес в общем объеме
1.	Министерство внутренних дел	Борьба с незаконным оборотом, профилактика правонарушений	1107815	21649	1129463	7,5
2.	Министерство культуры и информации	Информационные профилактические кампании СМИ	301302	17739	319041	2,1
3.	Министерство здравоохранения	Лечение и профилактика наркотической зависимости	8999	183680	192680	1,3
4.	Министерство образования и науки	Профилактика в учебных заведениях	64781	47730	112511	0,8
5.	Комитет национальной Безопасности	Борьба с незаконным оборотом наркотиков	6593907	0	6593907	44,0
6.	Комитет таможенного Контроля Министерства финансов	Борьба с незаконным оборотом наркотиков	6609186	0	6609186	44,1
7.	Министерство туризма и спорта	Профилактика через альтернативные виды деятельности	4085	36180	40266	0,3
Всего			14690077	306979	14997056	100

В целом за весь период реализации Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009–2011 годы 2,1% финансирования было направлено на развитие и совершенствование системы мониторинга, координации и международное сотрудничество; на систему профилактики наркомании среди населения - 2,2%; на систему лечения и реабилитации наркозависимых - 1,3%; на системы противодействия наркобизнесу и незаконному обороту наркотиков направлено 94,4% финансирования.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 было выделено 65 262,7 млн. тенге. Прямые расходы на развитие и совершенствование системы профилактики наркомании и ее последствий и системы лечения наркозависимых лиц составляют 1,5% финансирования данной программы. Из них 0,6% финансирования направлено на мероприятия по развитию и совершенствованию системы мониторинга, координации и развитие кадрового

² В 2011 году средний курс составил 204,11 тенге за 1 евро.

потенциала, на профилактику наркомании среди населения направлено 28,6%, на развитие и совершенствование системы лечения и реабилитации наркозависимых (включает только расширение ОЗТ) - 14,8%, на профилактику последствий для здоровья, связанных с потреблением наркотиков - 56,0%.

Финансирование здравоохранения, в целом, в республике увеличилось с 1,9% ВВП в 2002 году до 2,4% ВВП в 2011 году. Следует отметить, что большую часть расходов населения на здравоохранение покрывает государство.

С 2010 году внедрена Единая национальная система здравоохранения Республики Казахстан, в целях реализации которой в республике вся стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь, в том числе и наркологическая, была переведена на республиканский бюджет, а амбулаторная помощь оставалась на местном бюджете. Из республиканского бюджета наркологическим медицинским организациям оплата производилась за каждый койко-день, проведенный пациентом в стационаре или в дневном стационаре, по базовой ставке через региональные департаменты Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК.

Ниже *Таблица 1-2* представляет государственные расходы на оказание специализированной медицинской наркологической помощи, которая включает лечение алкогольной, наркотической и других зависимостей, а также примерные затраты в 2011 году на лечение лиц с наркотической зависимостью по регионам страны. Для определения примерных затрат на лечение лиц с наркотической зависимостью использовались данные о количестве койко-дней лиц, лечившихся от наркотической зависимости, в каждом из региональных наркологических диспансеров и центров и средняя базовая ставка оплаты за один койко-день в каждом из регионов.

Таблица 1-2. Государственные расходы на оказание специализированной медицинской наркологической помощи, 2011 (РНПЦ МСПН)

Регион	Затраты на оказание специализированной медицинской наркологической помощи		Примерные затраты на лечение лиц с наркотической зависимостью ³	
	в национальной валюте (тыс. тенге)	в европейской валюте (тыс. евро)	в национальной валюте (тыс. тенге)	в европейской валюте (тыс. евро)
Акмолинская область	349929,6	1714,4	12279,7	60,2
Актюбинская область	448812,8	2198,9	30573,1	149,8
Алматинская область	209069,0	1024,3	2613,0	12,8
Атырауская область	142947,0	700,3	3874,5	19,0
Восточно-Казахстанская область	478878,5	2346,2	18221,3	89,3
Жамбылская область	298199,0	1461,0	21784,8	106,7
Западно-Казахстанская область	405663,8	1987,5	9968,0	48,8
Карагандинская область	637104,2	3121,4	54941,4	269,2
Кызылординская область	365640,0	1791,4	30368,2	148,8
Костанайская область	297377,0	1456,9	78735,9	385,8
Мангистауская область	149174,0	730,9	11301,0	55,4
Павлодарская область	275722,0	1350,9	11616,1	56,9
Северо-Казахстанская область	339005,0	1660,9	23374,4	114,5
Южно – Казахстанская область	455874,0	2233,5	60589,9	296,8
г. Алматы	545542,4	2672,8	78249,6	383,4
г. Астана	325293,4	1593,7	37418,0	183,3
РНПЦ МСПН	460431,5	2255,8	160906,1	788,3
Республика Казахстан	6184663,2	30300,6	646815,0	3169,0

В среднем по Республике Казахстан финансирование наркологической службы в 2011 году выросло, в сравнении с прошлыми годами, незначительно: в 2011 году - 305,1 тенге на 1 жителя в год, в 2010 году - 303,9 тенге и в 2009 году - 250,2 тенге. Самый низкий уровень финансирования остается в Алматинской области (110,5 тенге на 1 жителя в год), наиболее высокий отмечается в Западно-Казахстанской области (664,6 тенге на 1 жителя в год)(NSPC MSPDA, 2012).

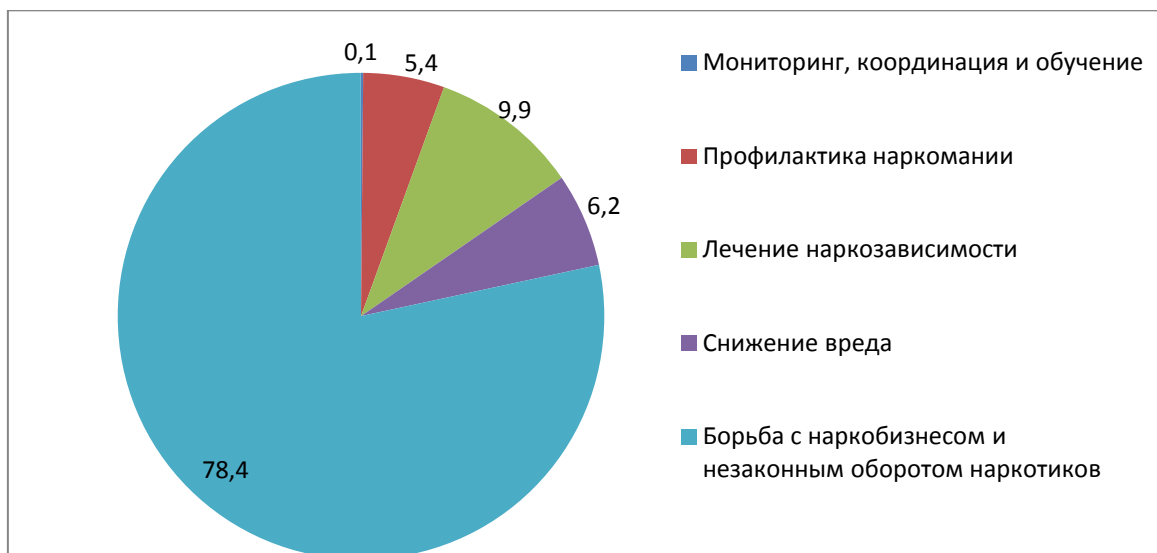
Оплата за один койко-день в наркологических учреждениях по стране варьируется от 890 тенге (4.6 евро) до 6951 тенге(35,6 евро). Средняя оплата за один койко-день в наркологических учреждениях РК в 2011 году составляла 3513 тенге(18 евро). Примерные затраты на стационарное лечение наркозависимых лиц по Республике Казахстан составляют 646,8 миллиона тенге, Стоимость одного пролеченного случая в среднем составляет 148318 тенге.

Диаграмма 1-1далее представляет соотношение государственных расходов в Республике Казахстан по основным направлениям в сфере противодействия наркомании и наркобизнесу. Данный расчет производился исходя из суммирования финансирования

³ Включает расходы на стационарное лечение лиц, зависимых от наркотиков. Не включает амбулаторное и принудительное лечение.

в 2011 году двух Программ - Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», а также рассчитанных примерных затрат на лечение лиц с наркотической зависимостью в 2011 году.

Диаграмма 1-1: Соотношение (%) государственных расходов по основным направлениям в сфере противодействия наркомании и наркобизнесу в РК, 2011



Большинство государственных расходов в 2011 году по вышеуказанным программам было направлено на борьбу с наркобизнесом и незаконным оборотом наркотиков. Соотношение затрат на сферу профилактики наркомании, лечение наркозависимости, а также на профилактику последствий, связанных с потреблением наркотиков в стране остается примерно одинаковым и не достигает 10% по каждому направлению.

2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ И СРЕДИ КОНКРЕТНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

2.1. Введение

Исследований по изучению употребления наркотиков среди всего населения в 2011 году не проводилось. Также не проводилось репрезентативное исследование среди школьников и других специальных целевых групп.

2.2. Употребление наркотиков среди населения

Последнее исследование в национальном масштабе было проведено в 2001 году Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН). Целью данного исследования было изучение отношения населения городов Казахстана к проблеме наркомании и мониторинг основных направлений социальной деятельности, наиболее эффективно блокирующей распространение наркозависимости среди населения Республики Казахстан. В рамках исследования также предполагалось определение численности в стране населения с признаками зависимости от наркотических веществ.

Генеральную совокупность исследования составили жители крупных городов⁴ Казахстана (с населением 150 000 чел. и более) в возрасте 7-55 лет. Выборка исследования составила 7029 человек. Проведение опроса осуществлялось путем самозаполнения вопросников респондентами, исключение составляли те группы респондентов, которые в силу физического и психологического состояния не могли самостоятельно заполнить вопросник, а также дети в возрасте 7-11 лет, в этих случаях проводилось интервью (NSPC MSPDA, 2004).

Согласно данным, полученным в ходе выше названного исследования, количество лиц зависимых от наркотиков, в Республике Казахстан составляло 1,7% населения страны. Из них 31,6% - это лица, зависимые от опиоидов (в основном – героиновая зависимость), 81,3% - лица, зависимые от каннабиноидов, 15,5% - лица, зависимые от других наркотических веществ (*Таблица 2-1*). Хотя бы раз в течение жизни пробовали наркотики 10% респондентов, при этом в исследовании не уточняется, какие это были вещества.

⁴По данным Агентства статистики РК в 2001 году городское население в возрасте от 7 до 55 лет составляло около 6,8 миллионов человек.

Таблица 2-1: Оценочное количество зависимых наркотических веществ по употребляемым видам наркотиков, 2001 (РНПЦ МСПН)

Параметры	Лица, зависимые от опиоидов	Лица, зависимые от каннабиноидов	Лица, зависимые от других наркотических веществ
Процент зависимых лиц от общего количества зависимых	31,6	81,3	15,5
Абсолютное число наркозависимых (% от населения в возрасте 7-55 лет)	80 328 (1,17%)	206667 (3,02%)	39 402 (0,58%)

Среди лиц, зависимых от наркотиков, основную группу составляли лица в возрасте 17-45 лет (69,8%), с низким уровнем личного дохода (безработные, имеющие нерегулярную работу) (92,6%), со средним уровнем образования (68,1%) (NSPC MSPDA, 2004).

В виду того, что вышеназванное исследование проводилось десять лет назад, на данный момент в стране нет каких-либо эпидемиологических исследований, отражающих актуальную ситуацию, связанную с потреблением наркотиков среди всего населения страны.

2.3. Система наркологического учёта

На основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 в стране действует система регистрации больных наркоманией, которая включает в себя несколько видов наркологического учета. За лицами, обратившимися за медицинской помощью самостоятельно или по направлению общественных объединений, медицинских организаций, и органов внутренних дел, у которых употребление ПАВ не сопровождается клиническими проявлениями заболевания (группа риска), организуется профилактическое наблюдение. Диспансерный учет пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ и профилактическое наблюдение лиц группы риска осуществляется в наркологических организациях.

Адресному и анонимному диспансерному учету и динамическому наблюдению в амбулаторных медицинских организациях, оказывающих наркологическую помощь, подлежат лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, которым установлены диагнозы врачом-наркологом, врачебно-консультационной комиссией (ВКК) или специальной медицинской комиссией для производства судебно-наркологических экспертиз.

В случае выполнения пациентом всех назначений в процессе лечения, соблюдения сроков лечения в наркологических организациях и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, устанавливаются следующие сроки адресного диспансерного учета:

- пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя - 3 года
- пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (кроме алкоголя) – 5 лет. Срок профилактического наблюдения за лицами, потребляющими ПАВ в немедицинских целях - 1 год. Лица группы риска в процессе профилактического наблюдения медицинскую помощь получают преимущественно в амбулаторных условиях.

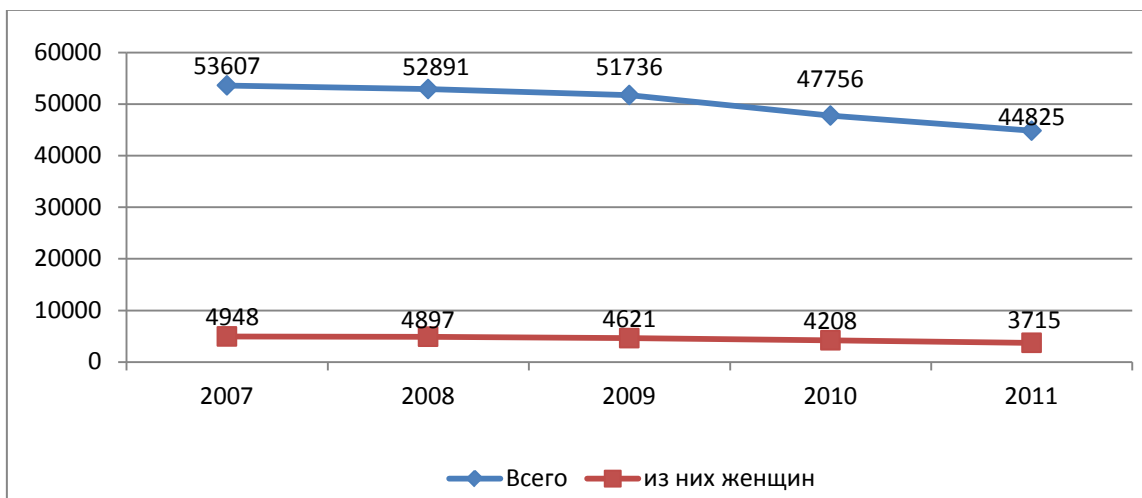
Снятие с диспансерного (как адресного, так и анонимного) учета производится на следующих основаниях:

- стойкая ремиссия (выздоровление)
- изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологической организацией территории, в том числе в связи с передачей под диспансерное наблюдение в другую наркологическую организацию
- когда наркологическая организация не может в течение 1 года обеспечить осмотр пациента, несмотря на все принятые меры, пациент снимается с диспансерного учета (решение о снятии с учета в этих случаях также выносится ВКК той организации, где наблюдался пациент)
- осуждение, связанное с лишением свободы на срок свыше 1 года
- в связи со смертью.

Для оценки ситуации в стране в последние годы единственным источником о потреблении наркотиков среди населения является данные наркологического учета, которые используются различными ведомствами для оценки и планирования профилактических и лечебных программ.

Диаграмма 2-1 представляет данные о количестве лиц зарегистрированных наркологической службой РК за период с 2007 по 2011 год (NSPC MSPDA, 2012).

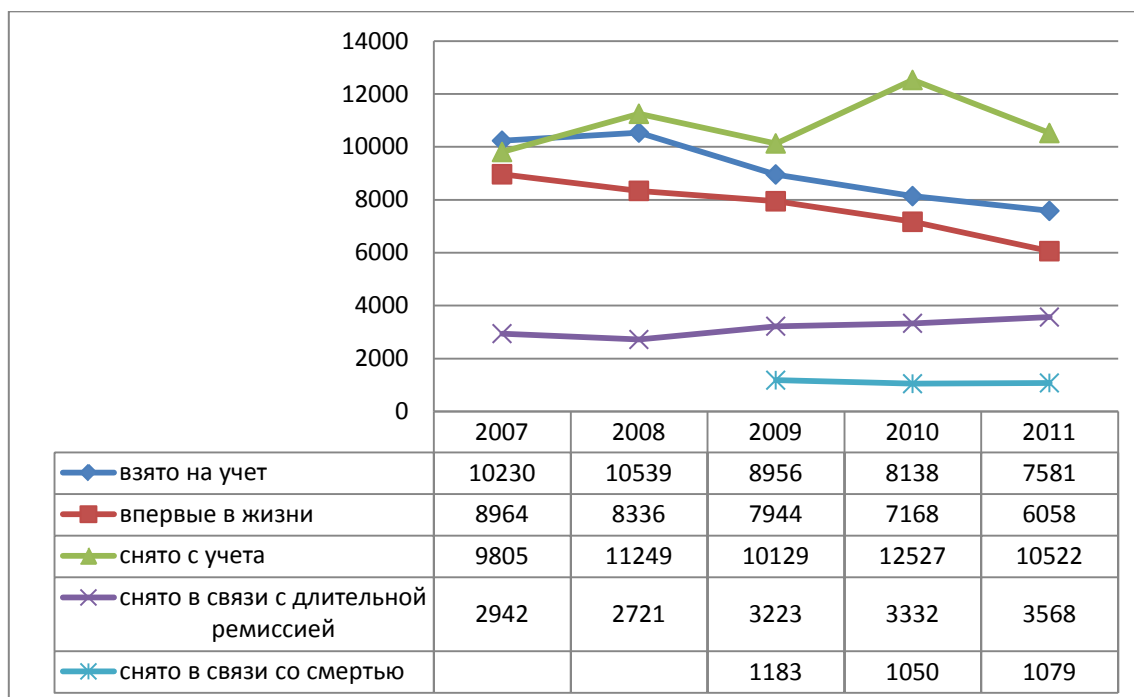
Диаграмма 2-1: Количество лиц, зарегистрированных наркологической службой РК за 2007-2011 гг. (РНПЦ МСПН)



Данные, представленные на диаграмме 2-1, показывают, что количество зарегистрированных потребителей наркотиков к 2011 году имеет тенденцию к уменьшению количества среди всех зарегистрированных зависимых лиц, как среди мужчин, так и среди женщин.

В динамике по годам (Диаграмма 2-2) наблюдается тенденция к сокращению количества лиц, взятых на учёт впервые в жизни. Количество лиц, снятых с учета, имеет неравномерную динамику с тенденцией к увеличению количества. При этом количество лиц, снятых с учета в связи со смертью, имеет небольшое уменьшение, а количество лиц, снятых с учета в связи с ремиссией, имеет тенденцию к увеличению.

Диаграмма 2-2: Количество лиц, взятых и снятых с наркологического учета (РНПЦ МСПН)



Среди всех учтенных в наркологической службе страны преобладают лица с диагнозом: F11 «Расстройства, вызванные употреблением опиоидов» и F12 «Расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов» (Таблица 2-2). За последние пять лет не было зарегистрировано ни одного человека, имеющего проблемы с потреблением кокаина. В динамике по годам, начиная с 2007 года, сократилось количество лиц с диагнозом: F18 «Расстройства, вызванные употреблением летучих органических соединений» и увеличилось количество лиц с диагнозом: F19 «Расстройства, вызванные сочетанным потреблением наркотиков и других психоактивных веществ (включая алкоголь)» (NSPC MSPDA, 2012).

Таблица 2-2. Лица, зарегистрированные наркологической службой, по диагнозам МКБ-10 с 2007 по 2011 годы (РНПЦ МСПН)

Диагноз по МКБ-10	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
F11	36376	35333	33739	29928	26920
F12	11344	11842	12606	12634	12682
F13	89	81	75	97	85
F14	0	0	0	0	0
F15	148	139	101	89	72
F16	14	24	21	11	23
F18	1981	1512	1131	876	615
F19	3655	3960	4063	4121	4428
ВСЕГО	53609	52891	51936	47756	44825

За последние пять лет количество лиц с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов, и с расстройствами, вызванными употреблением стимуляторов, с каждым

годом снижается, а количество лиц с расстройствами, вызванными употреблением каннабиноидов и сочетанным употреблением психоактивных веществ, повышается.

2.4. Употребление наркотиков среди молодёжи

Официально опубликованных данных о проведении национальных исследований распространенности потребления наркотиков среди школьников и молодежи в 2011 году нет.

В 2006 году при содействии Регионального представительства Управления по наркотикам и преступности ООН (УНП ООН) в Центральной Азии было проведено национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам в 6 регионах страны – в Павлодарской, Карагандинской, Костанайской, Акмолинской, Алматинской и Южно-Казахстанской областях (Таблица 2-3). При проведении исследования использовался метод интервью и анкетирования с помощью вопросника ESPAD (Европейский проект школьных исследований по алкоголю и другим психоактивным веществам). Анкета респондентов была адаптирована к местным условиям, а также были сделаны отклонения от стандартной выборки лиц в возрасте 15-16 лет на 14-15 лет в связи с особенностями школьного образования в странах Центральной Азии (Лаврентьев О.В., 2007).

Таблица 2-3. Результаты исследования учащихся в возрасте 14-15 лет ООН в Казахстане в 2006 году (n=4992)

Параметры	Количественные данные
Систематически курят сигареты (40 раз и больше в течение жизни)	14%
Употребляют насвай ⁵	2,1%
Систематически употребляют алкоголь (40 раз и больше в течение жизни)	12,1%
Хотя бы раз употребляли наркотик	4,8%
Средний возраст первой пробы наркотика	14,0 лет
Систематически употребляли наркотик (40 раз и больше в течение жизни)	1,2%
Употребляли марихуану в последние 12 месяцев	2,7%
Инъекционно принимали героин	0,1%

Недавнее исследование, имеющееся в стране, было проведено в 2009 году в трех городах страны (Павлодар, Усть-Каменогорск, Уральск). В ходе данного исследования изучались особенности потребления табака, алкоголя, наркотиков и психотропных веществ среди учащихся городских школ младшего и старшего школьного возраста. Исследование было проведено на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения (РНПЦ МСПН МЗ РК). В целевую группу были отобраны учащиеся в возрасте 9-18 лет, которым было предложено ответить на 103 вопроса анкеты, специально разработанной в соответствии с задачами исследования. В исследовании приняли участие 897 учащихся, после исключения некачественно заполненных анкет для статистической обработки было отобрано 854

⁵Насвай – психоактивное вещество, употребляется путем помещения за нижнюю губу и рассасывания. Основные компоненты - махорка или табак. В состав входят также гашеная известь, зола различных растений, помет животных и птиц (верблюжий, куриный) и др.

анкеты (9 – 13 лет (n=231); 14 – 15 лет (n=375)) (РНПЦ МСПН, 2009). В *Таблице 2-4* представлены результаты исследования среди возрастной группы 14-15 лет для сопоставления с вышеописанным исследованием.

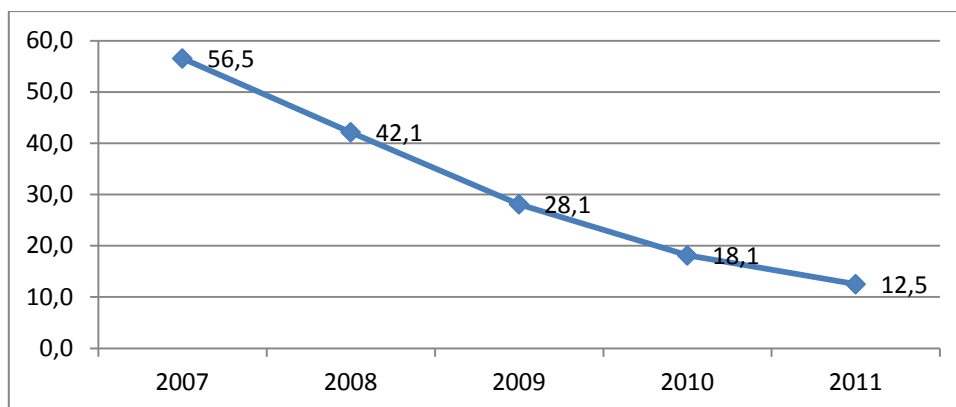
Таблица 2-4. Результаты исследования среди школьников в возрасте 14-15 лет (n = 375), проведенного РНПЦ МСПН в 2009 году (РНПЦ МСПН)

Параметры	Процентное выражение	95% доверительный интервал
Курят сигареты в настоящее время	5,6%	3,3 <>7,9%
Употребляют алкоголь в настоящее время	13,3%	9,9<>16,7%
Хотя бы раз употребляли наркотик	7,2%	4,6<>9,8%
Употребляют наркотик в настоящее время	5,1%	2,9<>7,3
Потребление героина в течение жизни	0,8%	0,5<>2,6%
Употребляли марихуану в течение жизни	3,5%	1,6<>5,4

Следует отметить, что результаты данного исследования в большей степени описывают ситуацию в крупных городах северо-востока и запада страны и не являются репрезентативными для всей страны.

По данным наркологического учета, количество зарегистрированных потребителей наркотиков в возрасте до 18 лет (*Диаграмма 2-3*) имеет выраженную тенденцию к уменьшению за 5 последних лет (NSPC MSPDA, 2012).

Диаграмма 2-3: Количество лиц, зарегистрированных наркологической службой РК, в возрасте до 18 лет на 100000 соответствующего населения за 2007-2011 гг. (РНПЦ МСПН)



Основную часть лиц, состоящих на наркологическом учете в возрасте до 18 лет, составляют потребители летучих органических соединений (ЛОС) и каннабиноидов (*Таблица 2-5*).

Таблица 2-5. Соотношение (%) потребляемых наркотических веществ среди учтенных в возрасте до 18 лет (РНПЦ МСПН)

Наркотические вещества	2007 г.	2008 г.	2009 г	2010 г.	2011 г.
Опиоиды	3,2	3,2	2,2	2,3	0,8
Каннабиноиды	30,1	36,9	43,2	43,1	52,8
Седативные	0,7	1,0	0,8	2,9	4,1
Стимуляторы	0,2	0,2	0,5	0,9	0,5
Галлюциногены	0,3	0,8	0,9	0,8	3,1
Лос	60,4	52,9	46,5	45,0	31,1
Сочетанное	5,1	4,9	6,0	5,0	7,6
Пин	7,5	8,2	8,9	10,5	9,9

За 5 последних лет количество учтенных лиц в возрасте до 18 лет, потребляющих летучие органические соединения (ЛОС) и опиоиды, имеет тенденцию к сокращению. Количество лиц, потребляющих каннабиноиды и седативные вещества, в динамике по годам увеличивается. Динамика количества несовершеннолетних лиц, потребляющих другие наркотические вещества, является неравномерной без выраженных тенденций.

2.5. Употребление наркотиков среди других целевых групп

В 2011 году во исполнение совместного приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12.12.2011 г. № 888 и Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14.12.2011 г. № 660 «О создании системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан» проведена оценка наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан. Данный совместный приказ был издан в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы.

На 31.12.2011 года в местах лишения свободы (МЛС) находилось 43 114 человек, из них 6747 человек были больны зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), включая алкоголь. На наркологическом учете с зависимостью от наркотиков состояло 3690 человек, или 855,9 на 10 000 населения в МЛС (в гражданском секторе этот показатель равен 37,7 на 10 000 взрослого населения старше 18 лет).

Таким образом, показатель лиц, состоящих на наркологическом учете по поводу зависимости от наркотиков, в МЛС в 23 раза больше, чем в гражданском секторе. Удельных вес женщин среди лиц, больных зависимостью от наркотиков, находящихся в МЛС по РК, составляет 6%.

Лица от 18-24 лет составляют среди всех, состоящих на наркологическом учете в МЛС, 10,7%, лица от 25-29 лет – 36,3%, лица от 30-39 лет – 40,8%, лица от 40-49 лет – 9,6% , лица старше 50 лет -2,6%. В МЛС нет ни одного ребенка в возрасте до 18 лет, больного психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением наркотиков.

Доля потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) среди всех больных с зависимостью от наркотиков, находящихся под наблюдением в системе КУИС РК, составила 94,4%.

Результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в стране показывают, что осужденные продолжают употреблять наркотики в исправительных учреждениях. Однако оценочных данных, описывающих потребление наркотиков в тюрьмах нет. Доступные данные описаны в разделе «Данные о ППН из немедицинских источников».

3. ПРОФИЛАКТИКА

3.1. Введение

Основные направления деятельности по профилактике потребления наркотиков обозначены в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2009 года № 784 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы». Кроме того, в каждом регионе утверждены региональные Программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Данные Программы пересматриваются ежегодно. Как Национальная Программа, так и региональные Программы являются основополагающими документами в области профилактики наркозависимости и потребления наркотиков среди различных слоев населения.

В общей сложности за период реализации плана мероприятий Программы на 2009 – 2011 годы организовано свыше 23 тыс. мероприятий, направленных на первичную профилактику наркомании среди молодежи с общим охватом более 1 млн. человек.

Принимаются системные меры по профилактике употребления наркотиков средствами физической культуры и спорта. В учебных заведениях на системной основе проводятся мероприятия под девизами «Спорт против наркотиков», «Туризм против наркотиков». По данным Министерства туризма и спорта, особое внимание уделяется развитию детско-юношеского спорта, как альтернативы потреблению наркотиков и алкоголя среди молодежи. В настоящее время в стране действует около 29 тыс. спортивных секций, 7133 спортивных зала, 31266 спортивных комплексов, 251 стадион, 423 хоккейных корта. Около 30% населения и около 20% всех учащихся посещают данные спортивные учреждения ежегодно.

Проведены мероприятия по поддержке неправительственных (некоммерческих) организаций (НПО), реализован проект «Проведение комплекса мероприятий по противодействию наркомании», в рамках которого создана база данных по профильным НПО в Казахстане и странах СНГ, включающая адреса, контактные телефоны и телефоны доверия. Проведен анализ отечественного и зарубежного опыта в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики наркомании, на основе которого подготовлены методические рекомендации.

Активную роль в области профилактики наркомании и других заболеваний принимает Республиканский Центр здорового образа жизни (РЦ ЗОЖ), который имеет филиалы во всех регионах РК. При поддержке РЦ ЗОЖ в стране функционируют 17 Молодежных центров здоровья, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги на дружественной к молодежи основе. Услуги также включают консультацию, помощь и поддержку для лиц, имеющих проблемы с наркотиками.

Образовательные учреждения, по-прежнему, остаются основными социальными институтами, где разворачивается большинство профилактических мероприятий. В 2011 году впервые в стране при поддержке Управления по наркотикам и преступности (УНП ООН) проведена оценка профилактических программ в образовательных учреждениях.

3.2. Всеобщая профилактика

3.2.1. Профилактика в школах

В 2011-2012 учебном году в общеобразовательных школах Республики Казахстан работает 7561 психолог, 3643 социальных педагога и 1601 школьный инспектор полиции. Эти специалисты несут основную нагрузку по профилактике наркомании и правонарушений в школах страны. Роль психологов и социальных педагогов в планировании и реализации профилактических программ в разных школах может отличаться. Это связано, прежде всего, с несовершенством нормативной правовой базы по данным должностям, недостаточным обучением, а также с нехваткой таких специалистов (Espenova M. et al., 2011).

В учебных заведениях постоянно действуют тематические стенды, книжные выставки в библиотеках, выпускаются информационные листки антинаркотического направления с пропагандой здорового образа жизни.

В учебных заведениях созданы мобильные группы по антинаркотической пропаганде, назначены приказом управлений образования ответственные за реализацию программы педагоги. Для специалистов таких мобильных групп ежегодно проводятся образовательные семинары и тренинги.

Высшими учебными заведениями РК проведены 189 круглых столов, 206 обучающих семинаров-тренингов, 152 акции, выпущены 210 брошюр и 22 видеопленки о вреде и последствиях употребления наркотиков.

Созданные в прежние годы наркопосты (объединенная сеть специалистов, работающих в пределах одной школы по профилактике наркомании) в 5020 школах республики, в 2011 году прекратили свое существование в большинстве школ из-за отмены приказа, регламентирующего их деятельность. Продолжают функционировать телефоны доверия, детские общественные приемные, которые оказывают психологическую и консультативную помощь учащимся.

В 2011 году РНПЦ МСПН совместно с Министерством образования и науки (МОН) продолжили начатый в 2009 году проект по внедрению в учебных заведениях страны компьютерной диагностической системы психологического тестирования рисков вовлечения в зависимость от психоактивных веществ среди школьников. К концу 2011 года около 1000 школ в семи регионах страны и городах Астана и Алматы оснащены диагностической системой, с соответствующим обучением школьных психологов по работе с этой системой.

Тестирование предполагает изучение психологического здоровья (адаптационных ресурсов личности и степень стрессоустойчивости личности), на основе результатов делается вывод о рисках формирования вовлечения в деструктивные формы поведения, в том числе потребление ПАВ. Также на основе результатов тестирования рекомендуется дальнейшее психосоциальное сопровождение учащихся, исходя из индивидуального или группового профиля психологического здоровья (адаптационного потенциала и уровня стрессоустойчивости). Семинар-тренинг по психосоциальным мероприятиям также

проводится специалистами РНПЦ МСПН во всех школах, оснащенных компьютерной диагностической системы психологического тестирования рисков вовлечения в зависимость от ПАВ.

Тестирование с помощью компьютерной диагностической системы и дальнейшее проведение стандартных психосоциальных мероприятий не является обязательным для школ, поэтому во многих школах этот профилактический комплекс не используется должным образом. С одной стороны, по результатам мониторинга тестирование с помощью данной компьютерной диагностической системы получило положительную оценку в отношении эффективности, как со стороны школьных психологов, так и со стороны родителей и учеников (Аманова Zh. et al., 2011). С другой стороны - до 50% школьных психологов указали, что они имеют организационные трудности в проведении мероприятий по данному проекту (отсутствие учебных часов, выполнение не прямых обязанностей в школе и т.д.) (Аманова Zh. et al., 2011).

С 2010 года во всех учебных учреждениях Казахстана введен новый предмет. Начиная с дошкольного образования и заканчивая высшими учебными заведениями (ВУЗ) внедряется новая учебная дисциплина: самопознание, нравственно-духовное развитие личности. Данная стандартная программа проводится в каждом учебном заведении в течение всего учебного года. В рассматриваемой программе часть интерактивных занятий посвящена профилактике потребления наркотиков и развитию жизненных навыков.

В 2011 году при поддержке посольства США в Казахстане стартовала школьная программа «Дети против наркотиков и преступлений» - DARE (см. <http://www.dare.com>). Программа представляет собой серию обучающих уроков, проводимых полицейскими для детей различных возрастов (начиная с 5–6-летнего возраста) с целью выработки навыков противостояния давлению со стороны одноклассников, пропаганды жизни, свободной от наркотиков и насилия, а также решения психологических проблем, приводящих к суицидам. Учебный курс вообрал в себя результаты исследований, которые на протяжении 20 лет проводились в рамках проекта «Стратегии противодействия наркомании (DRS)» и были направлены на выявление причин, вследствие которых молодежь употребляет наркотики.

В 2011 году в рамках проекта УНП ООН «Профилактика злоупотребления наркотиками в отдельных школах Казахстана» проведена оценка эффективности текущих профилактических программ (Еспенова М. et al., 2011). Основные выводы и недостатки системы профилактики в школе были сформулированы и выглядят следующим образом.

Профилактические программы проводятся на всех ступенях школьного образования, однако не имеют статус обязательных и не включены в учебные программы. Также вопросы организации, планирования и реализации профилактических программ не включены в систему подготовки и повышения квалификации педагогических кадров.

Реализуемые профилактические программы имеют комплексный характер и направлены на привитие здорового образа жизни, предотвращение распространения ВИЧ, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), наркомании, алкоголизма и табакокурения. Тем не

менее, на данный момент нет единого научно-обоснованного подхода к профилактике употребления ПАВ и распространения инфекционных заболеваний.

В школах отмечается острый дефицит учебно-методического материала по профилактическому образованию. В распоряжении школ имеются не более двух комплектов разных пособий, иногда противоречащих друг другу по подходу к профилактической работе.

В отношении финансирования профилактических мероприятий государство выделяет ресурсы из республиканского и региональных бюджетов. При этом финансируются, в основном, проводящиеся в городах мероприятия, акции и пр. Существует острая необходимость в стабильном финансировании профилактических программ, непосредственно реализуемых в учебных заведениях (Esrenova M. et al., 2011)

3.2.2. Внешкольные молодежные программы

В школах страны работают консультационные пункты для родителей «Подумаем вместе» с участием врачей-наркологов, инспекторов органов внутренних дел, психологов, социальных педагогов. Данные специалисты оказывают консультативную помощь родителям по вопросам профилактики потребления ПАВ в семье.

В стране созданы школьная и семейная антинаркотические видеотеки, школьная антинаркотическая библиотека на бумажных и магнитных носителях, подготовлены пособия «Самоучитель эффективной семьи» и «Самоучитель эффективного родителя». Данная продукция, направленная на просвещение населения в вопросах профилактики наркомании через семью, распространяется по учебным заведениям РК.

В Карагандинской области действует Центр проблемной семьи и Центр поддержки семьи при трех детских домах и подростковом клубе.

Государство оказывает поддержку малообеспеченным семьям. Пособием на детей в возрасте до 18 лет из малообеспеченных семей охвачено 745,8 тыс. детей. Сумма назначений в 2011 году составила 9,1 млрд. тенге. Из общей суммы выплаченных пособий 74,5% направлено детям, проживающим в сельской местности. С целью дополнительной социальной поддержки малообеспеченных семей, помимо детского пособия, действующим законодательством предусматривается оказание адресной социальной помощи семьям со среднедушевыми доходами ниже черты бедности в виде разницы между среднедушевым доходом и чертой бедности (Комитет по защите прав ребенка МОН РК, 2011).

С 2010 года в Казахстане при поддержке UNODC стартовал пилотный проект по профилактике употребления алкоголя и наркотиков посредством развития семейных навыков (FAST). Программа FAST (см. <http://www.familiesandschools.org>) была разработана доктором Линн МакДональд, профессором исследований по социальной работе Университета Мидлсекса (Великобритания), и основана на социоэкологической теории детского развития. Программа FAST включает универсальный и практический 8-недельный учебный план для построения отношений между родителями и детьми, родителями и школой, а также между родителями и местным сообществом. После успешного

завершения обучения по программе родители продолжают встречаться каждый месяц, что поддерживает отношения между ними и закрепляет пользу от участия в восьми еженедельных занятиях.

Всего в 2010 году данной программой было охвачено 40 семей, в 2011 году в программепринимали участие 50 семей в г.Павлодаре и г.Шымкенте. По результатам проведенной оценки было принято решение о продолжении внедрения программы в других регионах Казахстана. Реализация программы FAST вошла в национальную Программу по борьбе с наркоманией и наркобизнесом.

В целом, следует отметить, что в стране, по-прежнему, имеет место дефицит научно-обоснованных программ и проектов, направленных на укрепление потенциала семьи и вовлечения семей в профилактические мероприятия.

В Республике Казахстан введен запрет на продажу табачных изделий лицам, не достигшим 18 лет, и запрещена реализация алкогольной продукции лицам в возрасте до 21 года (ст. 159 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

В проекте Закона "О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий", который рассматривается в настоящее время, предполагается запрет продажи сигарет в киосках, палатках, автолавках, где продаются продукты питания. Кроме того, планируется запретить торговлю изделиями из табака в ночное время и выходные дни. Правительство намерено вывести торговлю табачными изделиями в специализированные магазины.

Также в Казахстане запрещена наружная реклама и реклама в средствах массовой информации (СМИ) табака и алкоголя и действует запрет на распитие алкогольных напитков в общественных местах. Ужесточена ответственность водителей за вождение автотранспорта в нетрезвом состоянии.

Действует запрет на поштучную продажу сигарет, основными покупателями которых, были школьники. Существует ограничение на курение табачных изделий в учреждения здравоохранения, образования. В общественных местах курение разрешается только в специально отведенных для этого местах. Также за последние три года произошло повышение на 30% акцизных сборов на табачные изделия.

В настоящее время принимаются меры по осуществлению контроля над деятельностью компьютерных клубов (Интернет-кафе) по предоставлению несовершеннолетним посетителям информации или использования программного обеспечения, наносящих вред их здоровью, нравственному и духовному развитию.

3.2.3. Профилактика в обществе

В 2011 году в Республике Казахстан осуществлена работа по реализации программы «Здоровый образ жизни». В рамках программы при поддержке заинтересованных министерств и ведомств, а также неправительственных организаций и средств массовой информации (СМИ) проведены пресс-конференции, конкурсы, круглые столы, акции и другие мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни. По этой программе

были организованы и проведены различные мероприятия по профилактике факторов риска и социально значимых заболеваний, ведению школ здоровья, по борьбе с табакокурением, алкоголизмом, наркоманией, а также спортивно-культурные мероприятия, спартакиады и конкурсы. На этих мероприятиях распространялись информационно-наглядные материалы в виде постеров, буклетов, листовок, памяток для родителей, карманных календарей, футболок, бейсболки, сумочки. Разработаны видео- и аудиоролики по профилактике социально значимых заболеваний, туберкулеза, табакокурения. По всей стране установлены билборды и лайтбоксы, пропагандирующие здоровый образ жизни.

Для физического развития детей и подростков, формирования здорового образа жизни в Казахстане действуют более 20 станций юных туристов с охватом 10 тысяч детей, 733 туристско-краеведческих кружка с охватом 18,5 тысяч детей и подростков. Ежегодно увеличивается количество детско-подростковых спортивных школ: в 2007-2008 учебном году их было 407, в 2010-2011 учебном году – 423 спортивные школы. Охват детей составлял в 2007-2008 учебном году – 219739 человек, в 2010-2011 учебном году – 240 380 детей и подростков, что составляет 10% от общего числа школьников (2,5 млн. чел.). В настоящее время в стране открыты свыше 23 тысяч спортивных секций, в которых занимается более 664 тысяч детей и подростков, что составляет 21% от общего числа учащихся общеобразовательных школ (Комитет по защите прав ребенка МОН РК, 2011).

В 2011 году в период с 15 апреля по 15 мая Министерством внутренних дел РК проводилась акция «Дети – наше будущее» и с 13 сентября по 6 октября - акция «Полиция и школа», приуроченная к началу учебного года. В ходе акций проведено свыше 10 тысяч лекций и бесед, 500 семинаров, более одной тысячи круглых столов, 300 брифингов, направленных на профилактику пьянства, алкоголизма, наркомании и табакокурения среди несовершеннолетних. Организовано свыше тысячи спортивных и более 800 культурно-массовых мероприятий.

Республиканским Центром здорового образа жизни и его филиалами в течение года распространялись информационно-образовательные материалы, публикации в печатных изданиях и ролики в СМИ, касающиеся профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения, а также материалы по привитию здорового образа жизни разным слоям населения.

Ближайшее исследование общей эффективности первично-профилактических технологий антинаркотической направленности в стране проводилось в 2006 году специалистами РНПЦ МСПН (Altynbekov S. and Katkov A.L., 2006). Общая экспертная оценка эффективности складывалась из оценки масштабов использования профилактических технологий; оценки степени дифференциации информационного воздействия в зависимости от характеристик контактных аудиторий; оценки степени влияния на изменение рискованного поведения.

По первому критерию, отмечалось крайне незначительное, по сравнению с потенциально возможным, использование стабильно-непосредственных информационных каналов. В том числе, таких важных каналов, как семья (2%) и учреждения образования (11%). Кроме того, учитывался незначительный масштаб использования таких технологий, как

превентивные диагностические технологии, административные технологии, системные технологии. Таким образом, экспертами фиксировался недостаточный масштаб использования наиболее эффективных, т.е. меняющих рискованное поведение индивида, первично-профилактических технологий.

По второй позиции, учитывающей степень дифференциации соответствующего воздействия, экспертная оценка стала столь же неудовлетворительной. Технологии первичной дифференциации по степени антинаркотической устойчивости, уровней риска вовлечения в зависимость от ПАВ и формирования на данной основе соответствующих контактных аудиторий и профилактических программ используются незначительно.

По третьей позиции, оценивающей степень влияния рассматриваемых технологий первичной профилактики распространения наркотической зависимости на рискованное поведение индивида, эффективность также не может быть признана удовлетворительной.

Совокупная экспертная оценка технологий первичной профилактики распространения наркотической зависимости позволили исследователям, таким образом, оценить общий уровень их эффективности как недостаточный для контроля за ситуацией с потреблением наркотиков среди населения (Altynbekov S. and Katkov A.L., 2006).

3.3. Выборочная профилактика по группам риска

В Республике Казахстан создан Интегрированный банк данных единого учета несовершеннолетних лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации. В банк данных включаются сведения о детях, пропускающих занятия в школах по неуважительной причине, находящихся в специальных организациях образования, жертвах жестокого обращения и насилия, из неблагополучных семей, безнадзорных, беспризорных, доставленных в центры адаптации несовершеннолетних.

Согласно пункту 4 статьи 8 Закона Республики Казахстан «Об образовании» государство полностью или частично компенсирует расходы на содержание граждан Республики Казахстан, нуждающихся в социальной помощи, в период получения ими образования. Сумма отчислений в фонды всеобщего образования на оказание помощи социально незащищенным школьникам составила свыше 7 млрд. тенге, что составляет 1,7 % от суммы расходов на содержание школ. В 2011 году в ходе акций «Дорога в школу», «Забота» помощь оказана свыше 386 тысячам детей из социально незащищенной категории населения на сумму около 2 млрд. тенге (Комитет по защите прав ребенка МОН РК, 2011).

В Кызылординской области функционирует Реабилитационный центр для детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В Казахстане для улучшения материального обеспечения детей на постоянной основе оказывается помощь детям из малообеспеченных семей.

Во всех ведомственных спортивных залах Министерства внутренних дел на бесплатной основе проводятся занятия для несовершеннолетних детей из неблагополучных семей и детей, состоящих на учете в правоохранительных органах. Занятиями охвачено около 10 тысяч детей и подростков

В целом по стране основную работу с детьми и подростками с признаками дезадаптации, включая детей, имеющих опыт употребления наркотиков, проводят неправительственные организации. Данная работа включает себя медицинскую, психологическую и социальную поддержку на дружественной к детям основе, а также вовлечение детей и подростков в альтернативные виды деятельности.

3.4. Медиакампании

Министерством связи и информации (МСИ) совместно с заинтересованными государственными органами ежегодно разрабатывается Консолидированный план информационной работы по профилактике и борьбе с наркоманией и наркобизнесом.

Министерством связи и информации осуществлено производство 6 видеороликов, 6 аудиороликов, одного художественного фильма, 3 документальных фильмов, одного анимационного 3-хсерийного фильма. Данная видеопродукция транслировалась в эфире республиканских телеканалов в период с сентября 2010 года по февраль 2011 года.

В стране организовано регулярное информирование граждан через средства массовой информации о реальной ситуации с употреблением наркотиков, о мерах, принимаемых государственными органами в борьбе с наркоманией и наркобизнесом.

К данной работе в РК привлечены такие ведущие средства массовой информации, как агентство «Хабар», РТРК «Казахстан», «31 канал», «СТВ», газеты «Казахстанская правда», «Егемен Қазақстан», «Время», «Юридическая газета», «ОКО», «Мегаполис», «Новое поколение», «Сақшы», «На страже», «Айқын», «Известия - Казахстан» и пр., различные информационные агентства.

В печатных СМИ открыты и функционируют специальные рубрики: «Актуально», «Экспертиза», «Безопасность», «Зауал», «Құқық», «Криминал», «Наркостоп», в которых публикуются материалы, направленные на разъяснение правовой ответственности за распространение наркотических средств.

На телеканале «Казахстан» в ток-шоу «Дела житейские», «Өмірдіңөзі», «Сіз бен біз», «За и против», а также в передачах «Денсаулық», «Специальный репортаж», «Новый Казахстан», «Еркетай», «Көкпар» обсуждались преимущества здорового образа жизни, вопросы распространения наркомании среди женщин, вредные привычки, меры правительства по борьбе с наркоманией и наркобизнесом и т.д.

В газетах и журналах разного уровня публикуются интервью, статьи, отклики государственных и общественных деятелей о здоровом образе жизни, борьбе с наркоманией.

Телеканалами «Казахстан» и «Хабар» регулярно проводятся съемки проводимых правоохранительными органами оперативно-профилактических операций. Также в выпусках новостей отечественных телеканалов размещаются сюжеты о деятельности спецподразделений по борьбе с наркобизнесом, о проводимой работе и по вопросам усиления ответственности за наркопреступления.

По инициативе Комитета по борьбе с наркобизнесом и подразделений по борьбе с наркобизнесом ДВД размещено в СМИ 4938 сообщений антинаркотической направленности, из них на телевидении – 1600, в печати – 1607, на радио – 945, в информационных агентствах – 786.

В целях своевременного информирования общественности о принимаемых мерах по борьбе с наркобизнесом руководством Комитета и ДВД проведено 244 брифинга и пресс-конференции для журналистов СМИ.

В целом по стране опубликовано свыше 8,1 тыс. материалов антинаркотической направленности, из них в печати – 2 686 публикаций, на телевидении – 2978, на радио – 1518, в информационных агентствах – 1250.

Наибольшее количество медиа-кампаний и масштабных акций, которые проводятся как на национальном, так и региональном уровнях, приурочивается к Международному дню борьбы с наркоманией.

4. ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

4.1. Введение

В соответствии с международным определением, основную часть проблемного потребления наркотиков в Республики Казахстан составляет инъекционное потребление наркотиков.

Достоверных данных в отношении потребления кокаина, амфетаминов и метамфетаминов среди населения в Казахстане нет. Следует отметить, что высокая стоимость данных наркотиков в стране значительно ограничивает их доступность, большинство имеющихся изъятий этих веществ было осуществлено в городах Астана, Алматы.

В последнее время все более актуальными становятся вопросы, касающиеся появления на территории страны дезоморфина, кустарно изготавливаемого из доступных кодеинсодержащих лекарственных препаратов.

В 2011 году в отдельных регионах Казахстана были зарегистрированы обращения в наркологические организации лиц с острыми отравлениями тропикамидом⁶, который используется наркопотребителями.

На территории страны культивируются опиумный мак, который в большинстве случаев используется в виде кокара - настоя из размельченных головок опийного мака - или ханки (высушенный и затвердевший сок опийного мака) потребляемой, в основном, инъекционным путем.

На территории Республики Казахстан оценка численности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) проводится на основании Методических рекомендаций Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД (РЦ СПИД) от 2004 года «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работниц коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения мужчинами) (БОС)». Методика проведения оценки численности ПИН оставалась неизменной с 2004 года.

В качестве первичной информации при проведении оценки численности используются:

- списки лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с употреблением инъекционных наркотиков, предоставляемые региональными наркологическими диспансерами;
- списки лиц, состоящих на учете за преступления, связанные с незаконным употреблением и приобретением инъекционных наркотиков, предоставляемые территориальными органами внутренних дел.

⁶Тропикамид - глазные капли, которые при определенном способе потребления вызывают сильные галлюцинации с сопутствующим тяжелым токсическим отравлением.

Оценка численности ПИН производится методом двойного охвата. Данный метод подразумевает, что только часть ПИН учтена наркологическими диспансерами и правоохранительными органами. Значительное же их число скрывается от учета, особенно в начале наркопотребления. При использовании метода двойного охвата (многократного анализа данных), расчет данных проводится с использованием таблицы 4-х полей, составленных из списков наркологического диспансера и полиции в каждом из регионов страны.

С целью получения более достоверных данных по популяции ПИН расчет численности этой популяции также проводится с использованием методов мультипликации и номинации. Для проведения исследования проводится картирование населенного пункта и определение наиболее осведомленных «ключевых информаторов». Данные картирования используются в процессе формирования сетевой выборки («снежного кома») для сбора первичной информации.

При мультипликационном методе путем опроса выясняется, какая доля опрошенных потребителей инъекционных наркотиков состоит на учете в наркологическом диспансере. Получаемый мультипликатор соотносится с численностью лиц, реально состоящих на учете. При использовании метода номинации аналогичная информация предоставляется респондентом в отношении его знакомых наркопотребителей. На каждого респондента заполняется типовая анкета. Таким образом, с помощью полученного мультипликатора оценивается численность популяции ПИН в том или ином регионе.

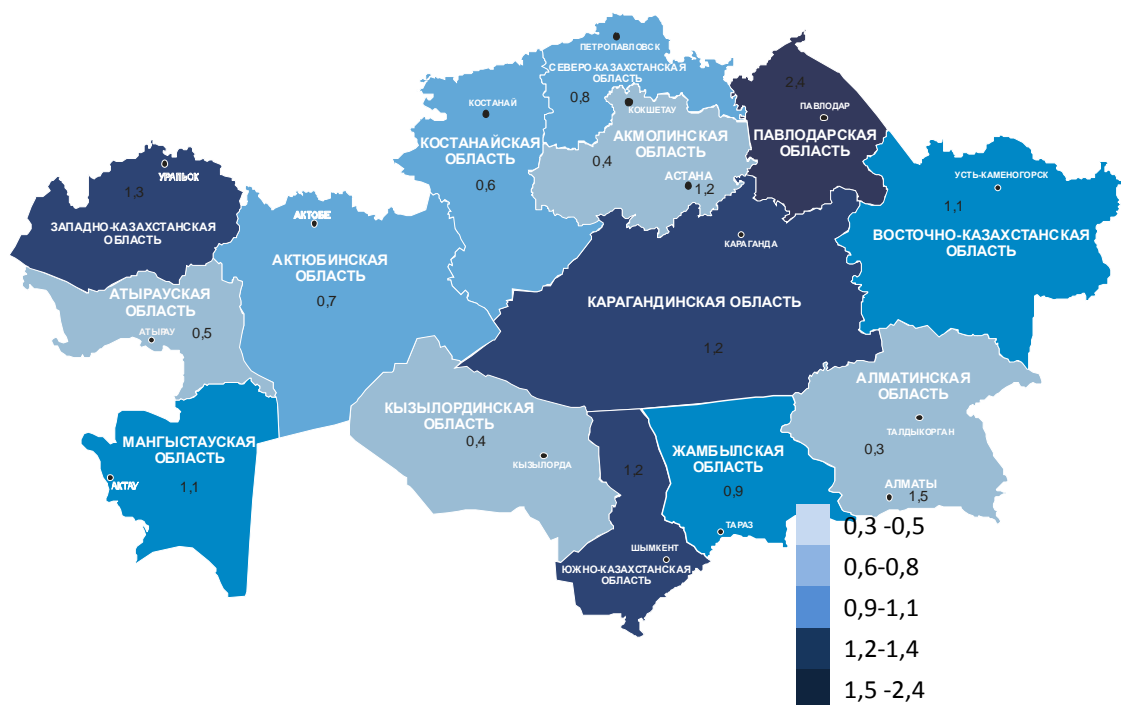
Данные, полученные для определения численности ПИН с помощью вышеописанных методов, используются для вычисления среднего арифметического числа путем сложения каждого из полученных значений и деления результата на 3. Итог округляется до 100. Далее результаты оценки в регионах суммируются на национальном уровне в РЦ СПИД.

4.2. Оценка распространённости проблемного потребления наркотиков

По состоянию на 01.01.2012 года оценочная численность ПИН, то есть лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в течение последних 12 месяцев, составляет 123 640 человек (в 2010 г. – 119 100 чел.) (NC AIDS, 2012b).

Доля потребителей инъекционных наркотиков в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составляет 1% (Карта 4-1). В 2011 году оценочное количество ПИН увеличилось на 20% в Павлодарской области; в Западно-Казахстанской области на 50%; в Северо-Казахстанской области – на 14%. В Актюбинской области оценочное количество ПИН уменьшилось на 11%.

Карта 4-1: Доля ПИН(%) к населению от 15 лет и старше, 2011 (РЦ СПИД)



Как показала *Карта 4-1* самый высокий уровень инъекционных наркопотребителей отмечается в Павлодарской области, городе Алматы, Карагандинской, Западно-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях. Наименьшее количество ПИН проживает в Акмолинской, Алматинской, Костанайской, Кызылординской и Атырауской областях.

По состоянию на 01.01.2012г. в организациях наркологической службы, по данным официальной статистики, состояло на профилактическом и диспансерном учете 44 825 наркопотребителей (2010г. – 47 756 чел.), из них 31 036 чел. или 69,2% – потребители инъекционных наркотиков (в 2010г. – 72%). Исходя из оценочных данных, на учете в наркологической службе состоит 25,1% ПИН от их оценочного количества (*Таблица 4-1*).

Таблица 4-1. Количество ПИН, состоящих на официальном учете и БОС, 2011 (РЦ СПИД)

Области	ПИН, состоящих на официальном учете	ПИН по БОС	% ПИН, состоящих на учете от БОС
Акмолинская	727	2300	31,6
Актюбинская	1346	4000	33,7
Алматинская	1359	4500	30,2
Атырауская	420	2000	21,0
Восточно-Казахстанская (ВКО)	2919	12000	24,3
Жамбылская	1780	6800	26,2
Западно-Казахстанская (ЗКО)	1214	6000	20,2
Карагандинская	4238	13240	32,0
Костанайская	2628	4000	65,7
Кызылординская	633	2200	28,8
Мангистауская	960	4100	23,4
Павлодарская	2156	14500	14,9
Северо-Казахстанская (СКО)	676	4000	16,9
Южно-Казахстанская (ЮКО)	2526	20500	12,3
г.Алматы	4175	17000	24,6
г.Астана	2499	6500	38,4
Республика Казахстан	30256	123640	24,5

Мужчины в числе ПИН составляют 89% , женщины – 11%, и дети до 15 лет – 0,13%. Наибольшее количество детей, потребляющих инъекционные наркотики, состоит на учете в Мангистауской области – 21 человек; по 6 человек в Карагандинской и Южно-Казахстанской области; 3 чел. – в Жамбылской области и 1 чел. состоит на учете в г. Алматы.

4.3. Информация о проблемном потреблении наркотиков из не лечебных источников

Из 3690 человек, находящихся в местах лишения свободы (МЛС) и зарегистрированных с наркотической зависимостью, доля ПИН составила 94,4%. Высокая распространенность гепатита С от 38% до 43% среди лиц, отбывающих наказания в МЛС, в разные годы свидетельствовала о большой доле ПИН среди осужденных лиц. Регистрация случаев заражения внутри учреждений инфекционными заболеваниями среди осужденных лиц свидетельствовала, как о доступности наркотиков, так и о распространении в МЛС опасных практик введения наркотиков.

Кроме того, в МЛС распространены практики использования общих шприцев и подручных средств, так как отсутствует доступ к стерильному инъекционному инструментарию. Результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) показывают, что осужденные лица продолжают употреблять наркотики в исправительных учреждениях. Так, около 24% заключенных-ПИН используют общий шприц при внутривенных инъекциях наркотиков, около 20% пользуются дезинфицирующими растворами при обработке шприцев. Предоставление осужденным информационных материалов и дезинфицирующих средств

на данный момент являются единственными профилактическими интервенциями среди ПИН в пенитенциарных учреждениях (NC AIDS, 2012b).

4.4. Новые формы проблемного потребления наркотиков

В последнее время все более актуальными становятся вопросы, касающиеся изготовления и потребления синтетических наркотиков и их аналогов, а также наркотиков, изготовленных кустарно. Распространение среди наркопотребителей таких наркотиков также свидетельствует о том, что опиаты в стране становятся менее доступными.

В настоящее время ряд регионов РК, в основном граничащих с Россией, столкнулись с проблемой появления на своей территории дезоморфина, изготавливаемого из доступных лекарственных препаратов, содержащих кодеин.

В прошлом году российские средства массовой информации неоднократно сообщали о возникшей в ряде регионов проблеме потребления наркозависимыми лицами лекарственного препарата «Тропикамид». Тропикамид - это глазные капли, которые при определенном способе потребления вызывают сильные галлюцинации с сопутствующим тяжелым токсическим отравлением. К.Ш. Барболова так описывает причины начала потребления тропикамида наркозависимыми лицами: «Вначале опийные наркоманы закапывали тропикамид в глаза с целью «замести следы» - расширить значок. Но внимательно прочитав инструкцию, наряду с другими побочными эффектами передозировки, можно найти и такое описание: психомоторное возбуждение (иногда с галлюцинациями)» (Barbolova K.Sh., 2011). Сначала раствор для инъекции готовился из смеси тропикамида и героина, в дальнейшем часть потребителей начали потреблять только тропикамид.

Тропикамид не является веществом опийной группы и является по сути сильнейшим галлюциногеном. На данный момент известно, что от него очень быстро развивается зависимость, и резко истощаются ресурсы организма. У потребителей тропикамида в течение нескольких недель кожа становится цвета желтого воска, гемоглобин падает до 32г/л, что в 4-5 раз ниже нормы (Barbolova K.Sh., 2011). Тропикамид имеет свойство накапливаться в организме. При применении высоких доз возможны психозы, эпилептические припадки, тахикардия, артериальная гипотония, дизурия.

В течение 2011 года в отдельных регионах Казахстана было зарегистрировано несколько обращений в наркологические организации с острыми отравлениями тропикамидом. МВД РК совместно с МЗ РК проводят необходимые мероприятия для обнаружения и оперативного реагирования на подобные факты. В мае 2011 года в структуре Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК было создано специальное подразделение для решения вопросов, касающихся потребления тропикамида.

Среди пациентов, пролеченных в наркологических учреждениях, (см. *Основные характеристики пролеченных клиентов*) также увеличилось количество лиц, потребляющих другие опиаты и другие средства, включающих в себя вещества, изготавливаемые в основном из доступных лекарственных препаратов.

«Кокнар»⁷ и «ханка»⁸ потребляются в стране уже несколько десятилетий. С 1997 года на рынке сбыта наркотиков «ханку» активно начал вытеснять афганский героин, в результате чего в течение нескольких лет сократилось количество лиц, потребляющих ханку. По данным БОС количество потребителей «ханки» в общей структуре ПИН отмечена тенденция к снижению с 21,5% в 2007 г. до 11,8% в 2009 году. В 2010 году потребители «ханки» среди оценочного количества ПИН составили 13%.

В отношении потребления «кокнара» в одном из исследований, проведенном в 1999 году, было установлено, что зависимость от «кокнара» характеризуется медленным развитием и медленным прогрессом заболевания (Mustafetova P. and Pogosov A.V., 1999).

Большинство клиентов, которые обращались за помощью по поводу потребления «кокнара», были людьми в возрасте старше 70 лет. Зависимость от «кокнара» характеризуется более длительным периодом заболевания (более 33 лет), в то время как у потребителей «ханки» этот период, в основном, составляет до 5 лет. При этом потребители «кокнара» сохраняют длительное время работоспособность и реже вовлекаются в криминальную активность, чем потребители ханки.

⁷Кокнар - настой из размельченных головок опийного мака.

⁸Ханка - засохший и твердый сок опийного мака, потребляемый в основном инъекционным путем

5. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

5.1. Введение

Лечение наркотической зависимости в Казахстане – это структурированное вмешательство с назначением медикаментов и/или использованием психосоциальных технологий, направленное на снижение потребления нелегального наркотика или на воздержание от его приема. Значительная доля вмешательств в РК направлена на полное воздержание от приема нелегального наркотика. В трех городах страны реализуются программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов с использованием метадона(ОЗТ) (бупренорфин и другие замещающие препараты на данный момент в стране не используются).

Лечение предоставляется в следующих формах: стационарная (детоксификация, медико-социальной реабилитации, терапевтические сообщества), стационарозамещающая (дневные стационары для поддерживающего и противорецидивного лечения), амбулаторная форма (поддерживающее и противорецидивное лечение, опиоидная заместительная терапия), в том числе и в программах снижения вреда (низкопороговые программы). Лечение наркозависимости осуществляется, в основном, в государственных специализированных организациях на бесплатной основе, охват лечебными услугами по проблемам наркозависимости в частном секторе, по сравнению с государственным сектором, низкий.

Специальных исследований среди контингента лиц, обратившихся за лечением, с целью определения тенденций и эффективности лечебных программ (исключение ОЗТ) не проводилось. Основным источником получения данных, характеризующих пациентов, обратившихся за наркологической помощью, тенденции и модели потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди пациентов является мониторинг стационарного лечения потребителей наркотиков в государственных наркологических центрах страны, проводимый РНПЦ МСПН(NSPC MSPDA, 2012). В 2011 году данным мониторингом охвачено 97,5% (3393 человек) всех клиентов, пролеченных в условиях государственных стационаров, из которых 32,1% (1091 человек) обратились за лечением впервые в жизни. Среди 87,74% всех пролеченных и среди 90,47% впервые пролеченных наиболее проблематичными наркотиками, послужившими поводом для обращения за лечением, являются опиоиды.

Источником данных о случаях лечения пациентов в наркологической организации в условиях стационара является статистическая учетная форма № 066-1/у «Статистическая карта вышедшего из наркологического стационара», утвержденная приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907. Данные этой формы агрегируются на национальном уровне в РНПЦ МСПН и используются для составления ежегодного аналитического отчета о наркоситуации. В базу данных РНПЦ МСПН не предоставляют сведения о пациентах больницы для принудительного лечения, а в некоторых наркологических организациях в базу не вводятся данные больных, получивших лечение на принудительной основе. Ввод данных в настоящее время

проводится только в тех организациях, с сотрудниками которых РНПЦ МСПН работает на договорной основе.

РНПЦ МСПН контролирует дублированные данные, которые после просмотра оператора удаляются, некорректно заполненные данные также контролируются программой и подвергаются анализу оператором. Качество ввода данных контролируется путем проверки высылаемых из региональных наркологических организаций баз данных на корректность заполнения и дублирование. Двойной учет, предвзятости, искусственные изменения крайне ограничены из-за ввода персональных данных и заполнения данных в виде утвержденных учетных форм здравоохранения.

Индивидуальные данные клиентов являются конфиденциальными. Конфиденциальность обеспечивается ограничением доступа к базе данных паролем, и при проведении исследований с использованием базы данных вся персональная информация кодируется. Сводные данные и ежегодный аналитический отчет не содержат персонифицированной информации и являются публичными.

Источником статистических (не персонифицированных данных) также являются квартальные и годовые отчеты медицинских организаций, которые сводятся на уровне области в региональных наркологических диспансерах и, затем, на национальном уровне – в РНПЦ МСПН.

5.2. Система лечения

5.2.1. Организация

Система наркологической помощи в секторе здравоохранения РК представлена: наркологическими учреждениями государственного сектора МЗ РК; наркологическими учреждениями частного сектора; наркологическими учреждениями и структурами в системе Министерства внутренних дел РК (центр социальной адаптации, пенитенциарные учреждения). Основополагающими ориентирами в деятельности вышеназванных учреждений и организаций наркологического профиля являются установки документа «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы».

Основными поставщиками услуг по лечению наркозависимости в стране являются наркологические диспансеры, которые охватывают в стране около 90% всех случаев лечения по поводу зависимости от наркотиков. Доступность бюджетного амбулаторного лечения в некоторых регионах страны (особенно в сельской местности) может быть ограничена отсутствием в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), специалистов врачей-наркологов, а ограничения в предоставлении бюджетного стационарного лечения – отдаленностью от наркологических стационаров (в основном это тоже касается сельских жителей).

В течение последних трех лет количество пролеченных пациентов в наркологических диспансерах имеет тенденцию к уменьшению. В то же время количество лиц, впервые обратившихся за наркологическим лечением, имеет тенденцию к увеличению за последние три года.

Большинство случаев лечения в стране связано с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением опиоидов (F11 по МКБ-10,1994) и сочетанным потреблением психоактивных веществ (F19 по МКБ-10, 1994). Опиоиды остаются наиболее проблемным наркотиком среди пролеченных пациентов с 1999 года. В 2011 опиоиды являются первичным наркотиком для 87.74% всех пролеченных по поводу наркозависимости клиентов. Основным путем приема опиоидов являются внутривенные инъекции.

С 2005 года ежегодно РНПЦ МСПН проводится сбор катamnестической информации для определения процента годовой ремиссии среди пролеченных пациентов в клинике РНПЦ МСПН. Через 12 месяцев после выписки пациента из клиники катamnестическую информацию сотрудники клиники получают путем телефонного собеседования с самим пациентом или с родственниками, если не удастся связаться с пациентом или родственниками, то направляется официальный запрос в региональный наркологический диспансер. При этом в случае невозможности получения данных о пациенте, считается, что он не находится в ремиссии. По результатам катamnеза 2011 года в ремиссии в течение года находились 33,5% пациентов, вышедших из программы медико-социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН в 2010 году.

Региональные наркологические диспансеры также ежегодно отслеживают долю пациентов, находящихся в ремиссии, среди всех пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учете. Согласно Правилам учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, утвержденных приказом Министра здравоохранения от 2.12.2009 г. № 814, пациенты, состоящие на наркологическом учете, осматриваются лечащим врачом-наркологом в амбулаторных условиях с периодичностью один раз в 3-4 месяца. Данные осмотров заносятся в амбулаторную карту пациента и в карту диспансерного наблюдения. На основании этой информации на 31 декабря отчетного года показатель ремиссии от 1 до 2 лет среди пациентов, состоящих на наркологическом учете с диагнозами F11-F16, F18, F19 (по МКБ-10, 1994), в 2011 году по стране составил 17,2%, свыше 2 лет – 12,6%.

5.2.2. Кадры

Установлением диагноза наркозависимости и лечением наркологических больных в РК может заниматься только профильный специалист – лицо с высшим медицинским образованием, имеющее сертификат по специальности «врач-нарколог». Сертификат специалиста - документ установленного образца, дающий физическому лицу право осуществлять медицинскую деятельность по конкретной специальности. Оказывать услуги по наркологическому лечению имеют право только медицинские организации, имеющие лицензию на этот вид медицинской деятельности. Лицензирование осуществляется местными органами управления здравоохранения. Лицензию получают государственные наркологические организации, частные клиники и кабинеты. В РК ни одна неправительственная организация не имеет лицензию на оказание наркологической помощи.

Обеспеченность сертифицированными врачами-наркологами в городах страны удовлетворительная (Таблица 5-1), но в сельской местности доступность наркологической

помощи ограничена вследствие дефицита специалистов, особенно в западных и северных регионах страны (Западно-Казахстанская и Северо-Казахстанская области).

Таблица 5-1: Специалисты наркологического профиля, имеющие соответствующие сертификаты (государственная система здравоохранения и частные) (МЗ РК)

Специалисты	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Врачи-наркологи	569	537	573
Врачи-наркологи детские	22	32	25
Врачи-психотерапевты	22	29	25
Медицинские психологи	14	9	13
Психологи*	59	59	85
Социальные работники*	23	23	34

*данные специалисты не подлежат обязательной процедуре сертификации

5.2.3. Обеспечение качества

РНПЦ МСПН в соответствии с современными требованиями и главными стратегическими установками активно занимается организацией наркологической помощи в системе МЗ РК, предусматривающей следующие этапы: 1) этап первично-профилактической наркологической помощи; 2) этап первичной наркологической помощи (мотивационное консультирование, мотивационное информирование, наркологическое консультирование); 3) этап амбулаторного наблюдения, лечения и реабилитации; 4) этап стационарного лечения и реабилитации; 5) этап ресоциализации; 6) этап противорецидивной (поддерживающей) терапии.

В настоящее время из обозначенных 6-ти этапов в системе наркологической помощи МЗ РК присутствуют только четыре, отсутствуют два (второй и шестой), что негативно сказывается на показателях охвата наркопотребителей соответствующими услугами наркологического профиля, а также на показателях длительности и качества ремиссии. Соответственно, основные технологии, используемые на 4-х, представленных в системе наркологической помощи МЗ РК, этапах, не обеспечивают требуемой эффективности в сфере достижения конечных индикаторов, отраженных в основополагающем документе: «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы» (Katkov A.L., 2009).

Стационарное лечение больных с зависимостью от ПАВ предоставляют 22 наркологических диспансера, 5 психиатрических больниц и 9 наркологических больниц для принудительного лечения (Таблица 5-3). Общее количество наркологических коек в 2011 году уменьшилось на 30 коек за счёт уменьшения коечной мощности в Акмолинской области (закрыто наркологическое отделение в психиатрической больнице), в Северо-Казахстанской области (на 10 коек уменьшилась мощность областного диспансера). Обеспеченность койками - 2,9 на 10 тыс. населения - по стране в 2011 г., по сравнению с 2010 г., осталась на прежнем уровне.

Количество коек для принудительного лечения также осталось на прежнем уровне (всего 2640 коек – 56% всей мощности наркологической сети). На койках для принудительного лечения наркологических больных проходят лечение в основном больные с зависимостью

от алкоголя (88%-90%), количество потребителей наркотиков среди лиц, пролеченных в принудительном порядке, находится в пределах 10%.

5.2.4. Подходы и новые разработки

В трех городах страны проводится опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в рамках пилотного проекта, финансируемого Глобальным фондом. Данная терапия реализуется в стране с октября 2008 года (Таблица 5-2). В 2011 году планировалось дальнейшее расширение программ ОЗТ, однако ряд общественных организаций в г. Алматы, в том числе Национальная медицинская ассоциация, выступили в ряде СМИ и в обращении к Президенту против расширения программ ОЗТ. На заседании Общественного совета при МЗ РК, состоявшееся 30.05.2011 г., было принято решение приостановить расширение программ заместительной терапии и провести независимую международную экспертизу пилотных проектов за период 2008-2011 годов. После этого будет решаться вопрос о внедрении ОЗТ в Республике Казахстан.

Таблица 5-2. Пациенты, участвующие в специализированных заместительных программах в 2009-2011 гг. (РНПЦ МСПН)

Организации	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний (г. Павлодар)	26	45	47
Наркологический диспансер г. Темиртау	22	22	28
Восточно-Казахстанский областной наркологический диспансер	-	28	40
Всего	48	95	115

С начала реализации проекта ОЗТ в нем приняли участие 249 человек. Выбыло из проекта 137 человек, из них 29 человек (21%) выбыли с постепенным снижением дозы до полного прекращения употребления препарата. Вышли из проекта добровольно 23 человека (31%) по таким причинам, как невозможность ежедневного посещения наркодиспансера, его отдаленность, отсутствие денег на проезд, не испытывают чувства эйфории, трудоустройство, работа, связанная с командировками и т.д. В период реализации проекта не зафиксировано не одного случая смерти от приема препарата или передозировки.

Умер от миокардиодистрофии 1 ВИЧ-инфицированный пациент (0,7% от числа участников проекта). За время реализации проекта отмечены положительные моменты: 60 человек устроилось на работу, 12 чел. - прошли обучение, 22 человека создали семьи, 12 человек стали получать антиретровирусную терапию (АРТ) и 8 чел. - противотуберкулезную терапию (NSPC MSPDA, 2012).

В 2012 году была завершена независимая международная экспертиза пилотных проектов ОЗТ в РК за период 2008-2011 г.г., проведенная экспертами проекта «Содействие» ICAP в странах Центральной Азии (Voltaev A. et al., 2012). Цель данной оценки заключалась в сборе информации о спектре и качестве существующих услуг ОЗТ для потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане, а также в выявлении возможностей улучшения этих услуг. Результаты оценки были представлены Министерству здравоохранения

Республики Казахстан и другим заинтересованным сторонам для принятия решений при планировании, координации и осуществлении мероприятий, направленных на улучшение лечения опиоидной зависимости, в частности, ОЗТ в Казахстане. Информация также использовалась ICAP для разработки собственных стратегий и деятельности по улучшению услуг по профилактике ВИЧ-инфекции в регионе.

Основные результаты оценки проектов указывают на возможность и эффективность использования метадона для лечения опиоидной зависимости в стране, и законодательство Республики Казахстан позволяет внедрить ОЗТ в качестве стандартного лечения опиоидной зависимости. Заместительная терапия метадонотерапией может предоставляться в Республике Казахстан по относительно низкой стоимости: средняя суточная доза метадона на одного пациента в день в 2011 году составила менее 150 тенге или одного доллара США.

Существующая система мониторинга и оценки ОЗТ в Республике Казахстан, в основном, направлена на оценку краткосрочных результатов внедрения самой программы (материальные затраты, связанные с выполнением программы, и количество клиентов, участвующих в программе, вышедших из программы, либо завершивших лечение). Недостаточно налажены сбор и анализ данных о степени удовлетворенности программой со стороны самих клиентов, и должным образом не оценивается качество взаимодействия персонала с пациентами. На регулярной основе не собираются данные о воздействии программы ОЗТ на рискованное поведение, включая снижение употребления наркотиков, криминальное поведение и улучшение состояния здоровья клиентов.

Существующий объем и качество оказания организационно-методической помощи для учреждений, проводящих ОЗТ в Республике Казахстан, недостаточны для расширения и поддержки предоставления высококачественной опиоидной заместительной терапии на территории всей страны. Существующие практики и стратегии по обмену информацией, связанной с ОЗТ, недостаточны для эффективного предоставления научнообоснованных данных о лечении метадонотерапией и других видах ОЗТ для различных заинтересованных лиц, включая общее население, медицинских специалистов и ПИН. Отмечается активное противостояние общественности расширению программы ОЗТ в стране с использованием неверной информации о клинической безопасности и эффективности опиоидных агонистов для лечения наркотической зависимости.

Отсутствие централизованного механизма закупок метадона и отсутствие регистрации метадона в Республике Казахстан приводит к перебоям в поставках и завышенной стоимости препарата, а также препятствует дальнейшему увеличению количества пунктов ОЗТ в стране. Предоставление ОЗТ зачастую прерывается в связи с потребностью пациента пройти стационарное лечение в других медицинских учреждениях или уехать из того места проживания, где он прикреплен к пункту ОЗТ. Законодательством Республики Казахстан не предусмотрена возможность назначения препарата для приёма вне учреждения, непосредственно предоставляющего услуги ОЗТ (Болтаев Азизбек, 2012).

5.3. Обращаемость наркозависимых лиц за лечением

Амбулаторную наркологическую помощь в 2011 году оказывали в городах – диспансерные отделения областных и городских наркологических диспансеров (22 организации),

диспансерные отделения психиатрических диспансеров небольших городов (5 организаций городов Талгар, Рудный, Степногорск, Зыряновск и Риддер) и в сельской местности – 176 наркологических кабинетов при организациях ПМСП (центральные районные поликлиники) (Таблица 5-3).

Таблица 5-3. Лечебные программы, предоставляющие услуги потребителям наркотиков, 2011 (РНПЦ МСПН)

Тип программы		Количество организаций	Вместимость (койко-места)	Использование (* - включая алкоголь и табак)
Государственные бюджетные программы				
Отделения детоксификации		33	1368	1579 пациентов
Амбулаторные учреждения	диспансерные отделения наркологических и психиатрических диспансеров	27	-	442 744* посещений
	наркологические кабинеты при ПМСП	176	-	76 455* посещений
Дневной стационар		16	276	6809* пациентов
Специализированные центры заместительной терапии		3	-	115 пациентов
Наркологические отделения в психиатрических больницах		5	120	91 пациентов
Наркологические отделения (койки) при больницах		-	-	-
Детские наркологические отделения		7	48	210 пациентов
Медико-социальная реабилитация		16	550	689 пациентов
Отделения для дифференцированного отбывания наказания (принудительное лечение по решению суда в системе гражданского здравоохранения)		18	2640	494 пациентов
Программы после прохождения лечения (амбулаторные)		2	-	568 пациентов
Отделения детоксикации в тюрьмах		1	30	16 пациентов
Реабилитационные отделения для наркозависимых лиц в местах лишения свободы		3	-	-
Амбулаторное лечение в местах лишения свободы		94	-	796 пациентов
Низкопороговые услуги (пункты доверия) – прямой охват		155	-	79 679 пациентов
Частный наркологический сектор				
Частные наркологические клиники		3	49	2067* пациентов
Частные наркологические кабинеты		27	-	21 213* посещений

Формат сбора официальной статистики по амбулаторному лечению не предусматривает регистрацию случаев лечения, регистрируется количество посещений врача-нарколога населением (Таблица 5-4). Персонального учета пациентов, получивших амбулаторное лечение, в стране нет.

Основной объем амбулаторной наркологической помощи оказывается государственным мед

ицинскими организациями, на частные медицинские кабинеты приходится около 4% объема амбулаторной наркологической помощи.

Таблица 5-4. Количество амбулаторных лечебных организаций, оказывающих наркологическую помощь и количество посещений в эти организации по поводу заболеваний в 2007 – 2011 г.г. (МЗ РК)

Год	Количество диспансерных отделений в наркологических и психиатрических диспансерах	Количество посещений врачей-наркологов диспансерных отделений	Количество наркологических кабинетов в организациях ПМСП	Количество посещений врачей-наркологов в организациях ПМСП	Общее количество посещений к врачам-наркологам
2007	27	425626	172	75110	500736
2008	27	427510	174	75443	502953
2009	27	417473	177	73672	491145
2010	27	458232	186	80774	543378
2011	27	449285	176	76466	525751

При амбулаторных подразделениях наркологических организаций развернуто 16 стационаров дневного пребывания, но в них проводится лечение, в основном, лиц, больных зависимостью от алкоголя.

Количество частных наркологических учреждений, действующих в Республике Казахстан, постоянно увеличивается. В основном, данные учреждения представлены наркологическими кабинетами, психотерапевтическими кабинетами с наркологическим профилем деятельности, профильными амбулаторными структурами, наркологическими стационарами и реабилитационными центрами. В общей сложности это 55 кабинетов и учреждений, о которых информация имеется, но фактически их количество по РК существенно больше. Следует отметить, что данные об объеме оказываемой наркологической помощи частной практикой, об эффективности такого рода помощи не отслеживаются и не учитываются в официальной статистике. Каких-либо нормативных документов, обязывающих специалистов-наркологов частной практики предоставлять соответствующую информацию о результатах своей профессиональной деятельности, на сегодняшний день нет (Katkov A.L., 2009).

5.3.1. Лечение в терапевтических сообществах

Лечение в терапевтических сообществах при государственной поддержке осуществляется в двух организациях страны: ГУ «Центр социально – психологической реабилитации наркозависимых лиц» при Комитете по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД РК на 30 коек (село Раздольное, Акмолинская область); отделение социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН на 40 коек (село Мичурино, Павлодарская область).

Таблица 5-5 показывает характеристики пациентов терапевтического сообщества отделения социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН. В 2011 году 47% лиц, проходивших лечение в отделении социальной реабилитации, были ПИН, были зависимыми от героина 31%, лечились в связи с сочетанным потреблением ПАВ -22%.

Таблица 5-5. Характеристики пациентов отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН в 2009-2011 гг. (РНПЦ МСПН)

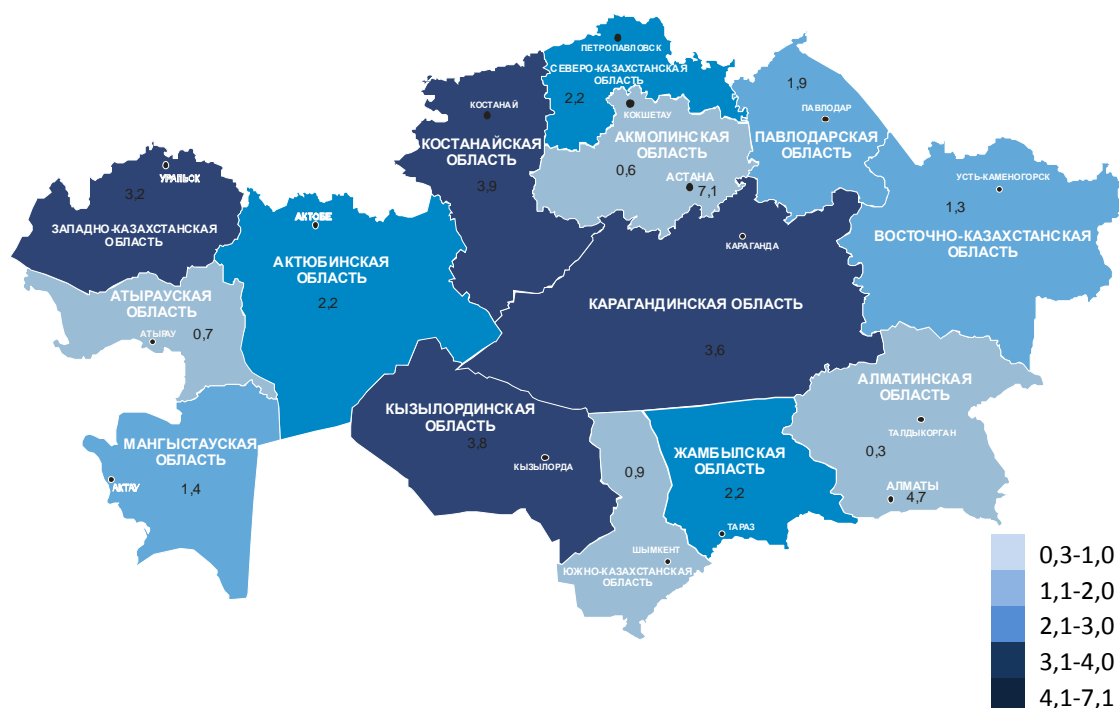
Индикатор	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Число сообществ	1	1	1
Вместимость	40	40	40
Количество выписанных клиентов, всего	255	232	291
- инъекционных потребителей наркотиков	192	157	154
- потребители героина	159	142	91
- с сочетанным потреблением веществ	33	15	63
- потребители алкоголя	63	75	137
Средняя продолжительность лечения (дни)	56	81	65

Данных о количестве лиц, госпитализированных и пролеченных в ГУ «Центр социально – психологической реабилитации наркозависимых лиц», нет.

5.3.2. Основные характеристики пролеченных клиентов

В 2011 году имело место 4361 обращение за стационарной помощью по поводу наркотической зависимости, включая 2972 обращения за наркологическим лечением впервые в жизни. Наибольшее число лиц, получающих лечение от наркозависимости, на 10000 населения области, было зарегистрировано в г.Астане (7,1) и г.Алматы (4,7), а также в Западно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской и Костанайской областях (Карта 5-1).

Карта 5-1: Обращения за лечением по поводу наркозависимости на 10 000 населения, 2011



Большинство впервые пролеченных пациентов имеют окончательного диагноз психических расстройств и расстройств поведения, вызванных употреблением опиоидов (F11 - МКБ-10, 1994 г.) – 62,4%, 26,8% имели окончательный диагноз психических и

поведенческих расстройств в результате сочетанного потребления психоактивных веществ (F19 - МКБ-10, 1994).

По демографическим характеристикам наибольшее число пациентов, пролеченных в 2011 году, принадлежат к мужскому полу (89,9%). Средний возраст пациентов составил 34,1 лет (Таблица 5-6).

Таблица 5-6. Демографические характеристики пролеченных пациентов, 2011

Область	Все пациенты					Впервые пролеченные				
	%мужчин	%женщин	Соотношение по полу	Средний возраст	Возраст <25	%мужчин	%женщин	Соотношение по полу	Средний возраст	Возраст <25
Акмолинская	93,6	6,4	14,6	33,1	7,1	92,1	7,9	11,7	31,8	12,0
Актюбинская	83,5	16,5	5,1	35,3	4,2	87,9	12,1	7,3	34,4	4,9
Алматинская	86,5	13,5	6,4	35,2	4,9	85,0	15,0	5,7	34,7	7,7
Атырауская	97,5	2,5	39,0	31,6	13,5	93,3	6,7	13,9	25,5	41,7
ВКО	86,7	13,3	6,5	32,8	6,8	87,4	12,6	6,9	32,2	8,5
Жамбылская	97,0	3,0	32,3	36,0	4,3	96,2	3,8	25,3	36,3	7,5
ЗКО	87,7	12,3	7,1	31,8	15,6	87,4	12,6	6,9	31,1	13,0
Карагандинская	90,1	9,9	9,1	32,4	16,6	89,3	10,7	8,3	31,4	24,9
Костанайская	99,3	0,7	141,9	40,9	3,7	100	0,0	-	36,1	12,0
Кызылординская	86,5	13,5	6,4	31,5	14,2	86,9	13,1	6,6	31,0	19,9
Мангистауская	93,6	6,4	14,6	31,4	13,0	92,8	7,2	12,9	30,1	28,6
Павлодарская	85,5	14,5	5,9	32,8	5,3	88,7	11,3	7,8	33,6	9,2
СКО	100	0,0	-	32,4	7,7	100	0,0	-	32,4	0,0
ЮКО	89,1	10,9	8,2	35,9	9,2	88,7	11,3	7,8	38,1	5,3
г,Алматы	85,5	14,5	5,9	32,4	0,0	87,5	12,5	7,0	33,0	0,0
г,Астана	89,6	10,4	8,6	30,8	13,6	88,7	11,3	7,8	27,4	42,9
РНПЦ МСПН	91,8	8,2	11,2	32,2	7,9	93,7	6,3	14,9	31,9	12,6
РК	89,9	10,1	8,9	34,1	10,4	89,8	10,2	8,8	32,8	13,0

Данные, представленные далее по спросу на лечение, были взяты из базы РНПЦ МСПН, в которой содержится структурированная информация по лицам, проходящим стационарное лечение в стране (все пациенты n=3393, пролеченные впервые в жизни n=1091). База РНПЦ МСПН в 2011 году включала в себя 77.8% всех пациентов, пролеченных по поводу зависимости от наркотиков в стационарных отделениях страны.

Большинство пациентов, пролеченных в 2011 году по поводу наркотической зависимости, составляют лица по национальности русские и казахи (Таблица 5-7). В пересчете на 1000 населения той же национальности наибольший показатель обратившихся за помощью по поводу наркотической зависимости определен среди корейцев, татар и русских.

Таблица 5-7. Распределение по национальности пролеченных пациентов , 2011

Национальность	Все пациенты (n=3393)		Население ⁹		Все пациенты на 1000 населения той же национальности
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Русские	1599	47,1	3 726722	22,35	0,43
Казахи	1166	34,4	10764253	64,55	0,11
Татары	109	3,2	203371	1,22	0,54
Украинцы	85	2,5	313698	1,89	0,27
Уйгуры	66	1,9	237582	1,42	0,28
Корейцы	62	1,8	103456	0,62	0,60
Немцы	50	1,5	180832	1,08	0,28
Азербайджанцы	27	0,8	93490	0,56	0,29
Узбеки	29	0,9	493783	2,96	0,06
Турки	13	0,4	101416	0,61	0,13
Белорусы	10	0,3	62694	0,38	0,18
Другие	102	3,0	394095	2,36	0,26
Неизвестно	74	2,2	-	-	-
ВСЕГО	3393	100	12948670	100	

Проживали со своими семьями (с родителями или с партнером /детьми) 54,5% всех пациентов, получивших лечение в 2011 году, 0,1% пациентов были бездомными (Таблица 5-8).

Являлись безработными 69,4% всех пациентов, другие виды занятости и поддержки включали в себя поддержку родных и близких (6%).

Высшее образование имели 14,7% клиентов, получивших лечение в 2011 году, , 72% - среднее образования, 1% пациентов никогда не посещали школу и не имели никакого образования.

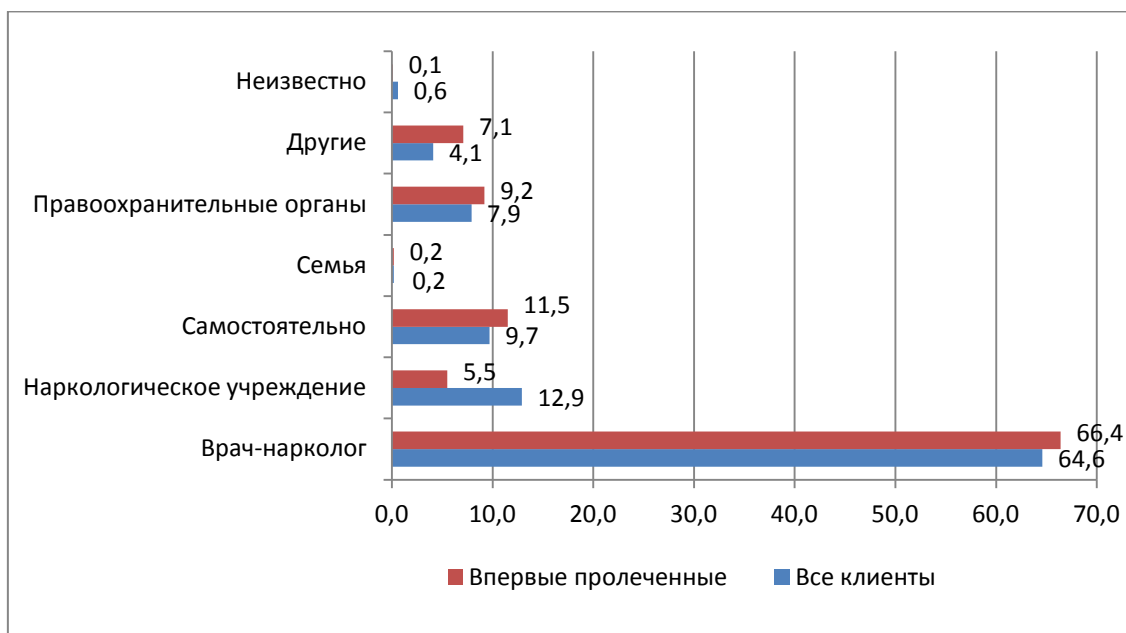
⁹ АГЕНТСТВО ПО СТАТИСТИКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН [AGENCY OF STATISTICS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN]. 2012. Available: <http://www.eng.stat.kz>.

Таблица 5-8. Некоторые социальные характеристики пролеченных клиентов, 2011

Параметры	Все клиенты (%)	Впервые пролеченные (%)
Условия проживания		
С семьей	54,5	46,8
С родственниками	35,4	38,1
С партнером	1,6	2,6
Один/одна	5,7	5,9
Бездомный	0,1	6,5
Неизвестно	2,7	0,09
Занятость		
Нерегулярная занятость	4,9	6,9
Регулярная работа	1,7	2,9
Студент	0,3	0,9
Безработный	69,4	71,3
Инвалид	0,3	6,5
Другое	19,7	14,1
Неизвестно	0,6	1,5
Образование		
Никогда не учился	1,0	1,1
Начальное образование	0,4	0,6
Среднее образование	72,0	67,1
Высшее образование	14,7	11,3
Неизвестно	12,0	19,7

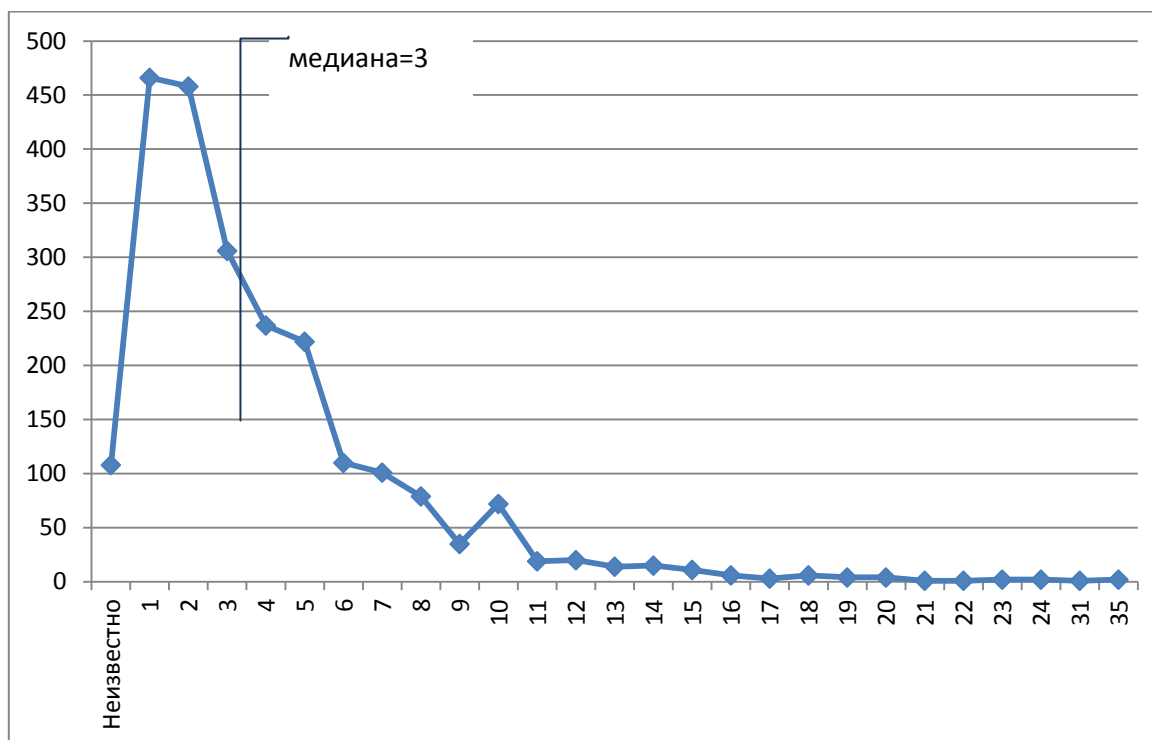
Большинство клиентов были направлены на лечение врачом-наркологом (66,4%) или наркологическими диспансерами (5,5%), 11,5% пациентов обратились за помощью самостоятельно, были направлены на лечение правоохранительными органами 9,2% пациентов (Диаграмма 5-1).

Диаграмма 5-1: Источники направления на лечение(%), 2011



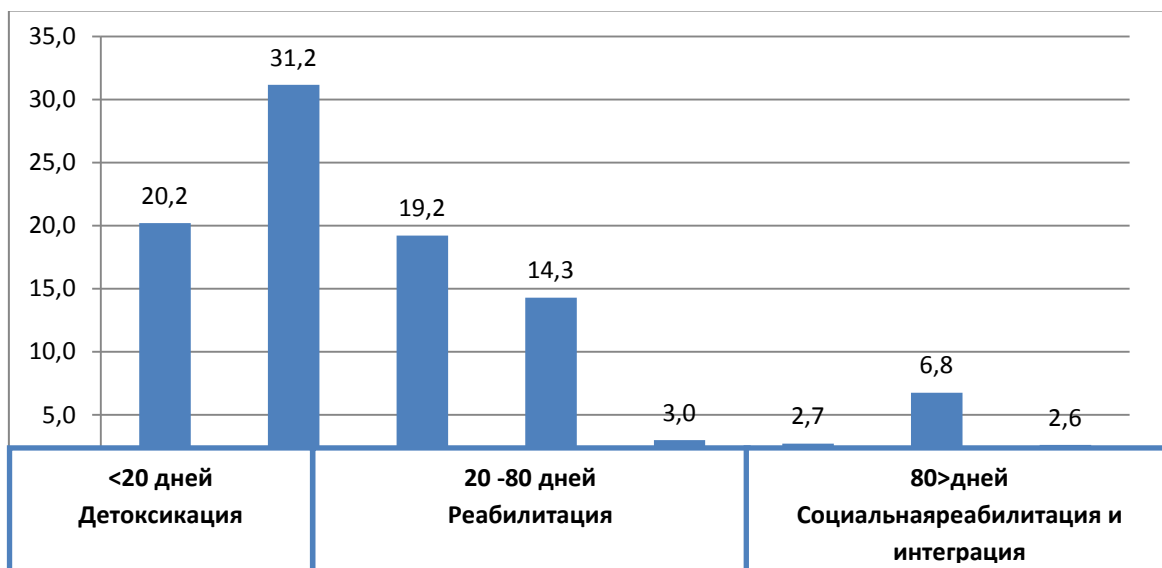
Среди лиц, ранее - до 2011 года - получавших наркологическое лечение, 50% имели от 2 до 5 предыдущих эпизодов лечения в наркологических диспансерах страны. Среднее количество госпитализаций среди ранее пролеченных лиц составляет 4,1 раза, медиана - 3, максимальное количество госпитализаций - 35 раз в течение жизни было зарегистрировано у одного пациента(Диаграмма 5-2).

Диаграмма 5-2: История госпитализаций среди ранее пролеченных пациентов (x - # лечебных эпизодов, y - # клиентов), 2011



Первая госпитализация длилась менее 20 дней у 51,3% от числа всех пациентов, получавших лечение в 2011 году, до 60 дней - у 33,5% пациентов, госпитализация более 60 дней имела место у 15,2% пациентов(Диаграмма 5-3).

Диаграмма 5-3: Продолжительность госпитализации среди пролеченных пациентов (x - # дней на лечении, y - % пациентов), 2011



Стандартами добровольного лечения наркозависимости в Республике Казахстан предусмотрено, что первый этап лечения - детоксикация - имеет срок от 10 до 20 дней. На этом этапе клиенты получают услуги по лечению симптомов отмены, а также предусмотрено мотивационное интервьюирование и психологические консультации (10-20 дней лечения). Второй этап - это этап психологической реабилитации, имеющий продолжительность от 40 до 60 дней и включающий в себя интенсивные групповые и индивидуальные сессии психотерапии, групповые и индивидуальные консультации, психосоциальные тренинги. Третий этап - социальная реабилитация - имеет продолжительность от 60 до 180 дней и включает в себя реабилитацию в терапевтических сообществах, дополнительное обучение, участие в волонтерской деятельности в области профилактики и лечения наркомании, а также трудотерапию или трудовые тренинги.

Опиоиды являются основным проблематичным веществом для 87,74% от числа всех клиентов, пролеченных в течение 2011 года в Республике Казахстан (Таблица 5-9). Имели наркозависимость от героина 84,06% от числа всех пролеченных пациентов.

После героина наиболее распространенным первичным наркотиком среди пациентов является каннабис (4,75%) и другие вещества (6,04%). Другие вещества, в большинстве случаев, включали в себя алкоголь. Эти пациенты указывали алкоголь в качестве первичного проблемного вещества, а наркотики, в основном, героин, в качестве вторичного вещества.

Опиоиды в качестве первичного наркотика среди контингента пациентов, пролеченных впервые в жизни, регистрируются наиболее часто - 90,47%, в основном за счет потребления других опиоидов (в соотношении 4,03% против 1,18% среди всех пролеченных наркозависимых). Каннабис был наиболее проблематичным наркотиком

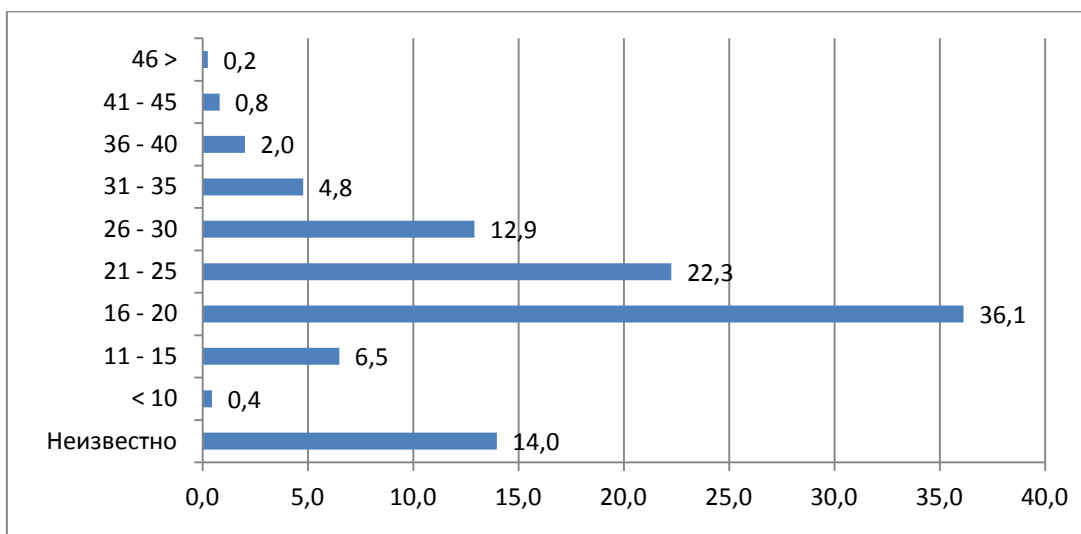
среди 5,7% впервые пролеченных пациентов, далее следуют ингалянты (1,28%) и седативные вещества (1,19%). Другие вещества (в основном, алкоголь) являются наиболее проблематичными вторичными веществами среди 17,1% всех пролеченных пациентов и среди 16,6% пролеченных впервые в жизни. За ними следуют опиаты, которые являются вторичными проблематичными веществами среди 5,99% всех пролеченных и среди 8,2% лиц, обратившихся за лечением впервые.

Таблица 5-9. Первичные и вторичные вещества среди пролеченных пациентов, 2011

Вещества	Первичный ПАВ				Вторичное ПАВ			
	Все пациенты		Впервые пролеченные		Все пациенты		Впервые пролеченные	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Опиоиды	2977	87,74	987	90,47	202	5,99	89	8,2
Героин	2852	84,06	921	84,42	97	2,9	53	4,9
Опий	85	2,51	22	2,02	63	1,9	16	1,5
Метадон/бупренорфин	-	-	-	-	3	0,09	2	0,2
Другие	40	1,18	44	4,03	39	1,1	18	1,6
Кокаин	1	0,03	1	0,09	-	-	-	-
Стимулянты	9	0,27	4	0,37	11	0,36	5	0,49
Амфетамины	4	0,12	1	0,09	2	0,06	1	0,09
Метамфетамины	-	-	-	-	-	-	-	-
Другие стимулянты	5	0,15	3	0,27	9	0,3	4	0,4
Гипнотики и седативные	19	0,55	13	1,19	48	1,39	18	1,7
Барбитураты	2	0,06	2	0,18	11	0,3	5	0,5
Бензодиазепины	2	0,06	2	0,18	1	0,03	-	-
Другие седативные	15	0,44	9	0,82	36	1,06	13	1,2
Галлюциногены	4	0,12	3	0,27	-	-	-	-
ЛСД	2	0,06	2	0,18	-	-	-	-
Кетамин	1	0,03	-	-	-	-	-	-
Другие галлюциногены	1	0,03	1	0,09	-	-	-	-
Ингалянты	17	0,50	14	1,28	2	0,06	-	-
Каннабис	161	4,75	64	5,87	107	3,2	48	4,4
Другие вещества	205	6,04	5	0,46	581	17,1	181	16,6
ВСЕГО	3393	100	1091	100	951	28,1	341	31,39

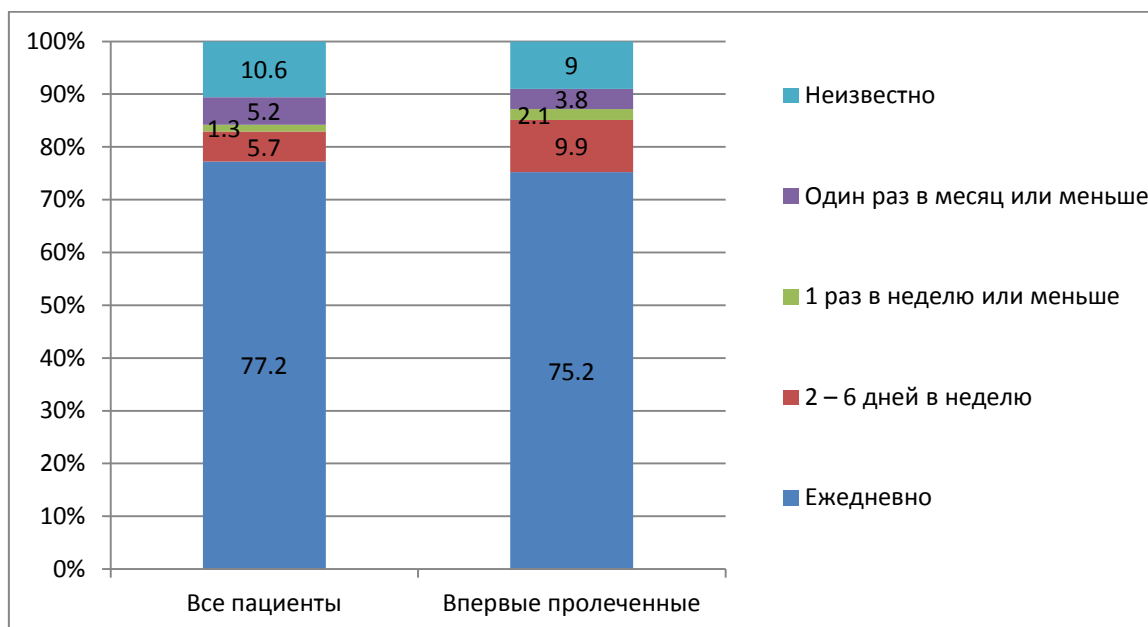
Средний возраст начала употребления первичного наркотика составляет 22 года, мода – 18 лет, минимальный возраст первой пробы наркотика составляет 6 лет, максимальный возраст первой пробы - 60 лет, 50% всех пролеченных пациентов начали потребление первичного наркотика в возрасте до 21 года (Диаграмма 5-4).

Диаграмма 5-4: Возраст первой пробы (годы) первичного наркотика (%), 2011



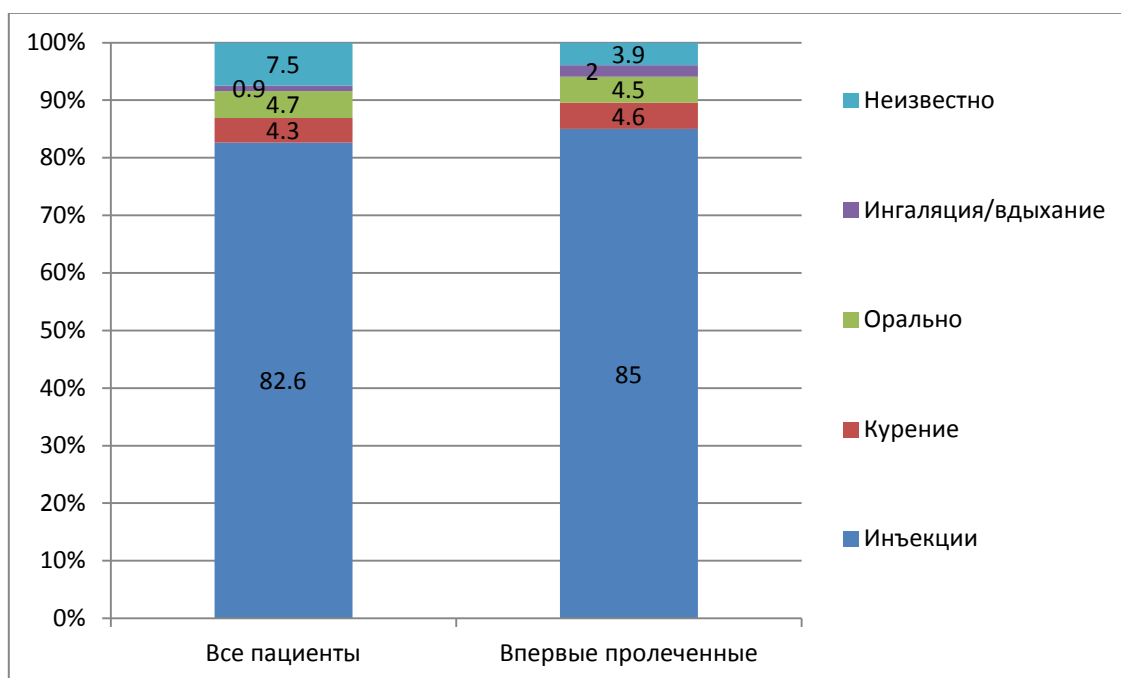
Употребляли наркотики ежедневно до поступления на лечение 77,2% всех пролеченных пациентов, употребляли наркотик от 2 до 6 раз в неделю - 5,7%, 1 раз в месяц или меньше - 5,2% (Диаграмма 5-5). Среди впервые пролеченных 75,2% пациентов сообщили о ежедневном употреблении наркотиков, 9,9% пациентов от 2 до 6 раз в неделю, 3,8% - один раз в месяц или меньше.

Диаграмма 5-5: Частота потребления первичного наркотика среди пролеченных пациентов (%), 2011



Основной путь потребления наркотиков – инъекционное внутривенное введение, зарегистрированное у 82,6% всех пролеченных пациентов и у 85% лиц, пролеченных впервые в жизни (Диаграмма 5-6).

Диаграмма 5-6: Обычный способ употребления первичного наркотика среди пролеченных пациентов (%), 2011



Относительно использования общих игл/шприцев среди потребителей инъекционных наркотиков, следует отметить, что для 63,4% из 2801 потребителей инъекционных наркотиков и для 59,8% из 929 впервые пролеченных ПИН эти данные неизвестны. Указали, что они никогда не использовали общий шприц/иглу для инъекций 11,5% всех ПИН и 19,4% впервые пролеченных ПИН, 22,6% и 19,7%, соответственно, отметили, что использовали общие шприцы/иглы для инъекций, но не в последние 30 дней. Указали, что использовали общие шприцы/иглы в течение последних 30 дней 2,6% всех ПИН и 2,4% ПИН, пролеченных впервые в жизни.

При сравнении ПИН, указавших, что никогда не использовали общий шприц/иглу и тех, кто когда-либо использовал общий шприц/иглу, были определены некоторые различия в распространенности инфекционных заболеваний. Показатель распространенности ВИЧ среди тех лиц, кто не использовали общий шприц/иглу, составляет 1,84% и 11,22% среди тех лиц, кто когда-либо использовал общий шприц/иглу. Распространенность гепатита С составляет 27,65% и 26,18%, соответственно, распространенность гепатита В составляет 2,3% и 3,15%, соответственно. Равномерную распространенность гепатитов среди этих групп можно объяснить использованием других общих средств для приготовления наркотиков к потреблению (посуда, фильтры) и высокой вирулентностью вирусов гепатитов.

5.3.3. Тенденции среди пациентов и в предоставлении лечения

За последние три года число пациентов, обращающихся за наркологическим лечением, имеет тенденцию к уменьшению (в 2010 году - на 20,5%, в 2011 году, - по сравнению с предыдущим годом, на 16,9%). В то же время число впервые пролеченных пациентов в структуре количества пролеченных пациентов возрастает с каждым годом (в 2010 году на 1%, в 2011 году на 1,8% по сравнению с предыдущим годом).

За последние три года наблюдается тенденция к уменьшению числа лиц с диагнозом F11 в структуре всех пролеченных пациентов (в 2010 году на 1,3%, в 2011 году, по сравнению с предыдущим годом, на 7,7%). Одновременно с этим доля пациентов с заключительным диагнозом F19 растет (в 2010 году на 5,4%, в 2011 году - на 9% по сравнению с предыдущим годом).

Среди впервые пролеченных лиц наблюдается тенденция к увеличению числа потребителей других опиоидов (в основном дезоморфина) и других веществ (приготовленных из доступных лекарственных препаратов).

Также изменяются социальные характеристики клиентов, обращающихся за лечением. В течение последних нескольких лет наблюдается значительное сокращение среди пролеченных пациентов лиц с высшим образованием и возрастание лиц, не имеющих трудовой занятости и являющихся безработными.

6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ НАРКОМАНИИ

6.1. Введение

Одним из самых полных источников данных о взаимосвязи здоровья и последствий потребления наркотиков в стране является дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), реализуемый региональными СПИД-центрами при координации и контроле Республиканского Центра по борьбе со СПИД (NC AIDS, 2012b).

ДЭН является ключевым элементом второго поколения эпидемиологического надзора и основным инструментом мониторинга и оценки ситуации, связанной с распространением инфекционных заболеваний среди ПИН и других уязвимых групп населения. Основанием для проведения ДЭН является приказ МЗ РК от 23.12.2005г. № 634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» и прилагаемые к нему типовой календарный план и методические рекомендации. Практически все мероприятия в рамках ДЭН, а именно интервьюирование и сбор биоматериала, лабораторное тестирование, ввод и обработка данных, проводятся специалистами службы СПИД. Начиная с 2005 года, ДЭН среди ПИН проводится во всех областях Казахстана. На его проведение выделялись бюджетные средства в рамках Программы по противодействию эпидемии СПИД.

ДЭН представляет собой серию связанных серологических и поведенческих сквозных исследований. При проведении ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди ПИН в исследование включаются лица, употребляющие инъекционные наркотики в течение любого времени за последние 12 месяцев. Отбор респондентов осуществляется по методу РДС (выборка, построенная респондентами) или методом «снежного кома». Размер выборки определяется отдельно в каждом городе и зависит от распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, размера допустимой ошибки, численности ПИН по данным быстрой оценки ситуации. Выборка рассчитывается в статистическом калькуляторе компьютерной программы «EPI – INFO». Размер выборки по РК состоит из суммы выборок по областям.

Также проводится связанное серологическое и поведенческое исследование. Анкетирование респондентов проводится по стандартному вопроснику, который состоит из нескольких блоков: социально-демографические характеристики, инъекционное поведение, половое поведение, наличие и поиск лечения при наличии симптомов инфекций, передающихся половым путем (ИППП), уровень информированности, тестирование на ВИЧ-инфекцию, охват профилактическими программами. Анкета содержит 59 вопросов. Ввод и анализ данных проводится в компьютерной программе «EPI-INFO».

В качестве биоматериала для тестирования используется сухая капля капиллярной крови. Методом иммуноферментного анализа определяются антитела к ВИЧ, вирусному гепатиту С (далее - ВГС) и сифилису. Все положительные результаты скринингового теста подтверждаются вторым экспертным ИФА – тестом. Участие ПИН в исследовании анонимное, добровольное. Респондентам проводится до- и послетестовое

консультирование. Результаты анализов участники могут узнать по индивидуальному коду респондента.

В 2011 году, при финансовой поддержке проекта «Содействие» Колумбийского Университета (США), была проведена оценка дозорного эпидемиологического, которая показала, что ДЭН является основой эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Казахстане и используется для отслеживания динамики распространения ВИЧ-инфекции, составления национальных расчетов распространенности ВИЧ среди взрослого населения и предоставления данных для принятия политических и управленческих решений.

Несмотря на то, что выполнение ДЭН было признано удовлетворительным, было выявлены некоторые слабые стороны, на которые следует обратить особое внимание – это репрезентативность и качество получаемых данных. Репрезентативность ДЭН снижается по всем дозорным группам вследствие неправильной методологии формирования и расчета объема выборки. Более того, в силу ограниченности подходов к формированию выборки и анализу ДЭН, возможность экстраполяции полученных результатов на национальный уровень является спорной. Качество данных ДЭН ухудшалось, в основном, из-за проблем, касающихся методологии выборки, техники проведения интервью, дизайна анкет, качества ввода и анализа данных.

Также в стране доступны данные по проводимому на регулярной основе медицинскому обследованию среди ПИН. Данному обследованию на наличие ВИЧ-инфекции по эпидемиологическим показаниям подлежат все потребители инъекционных наркотиков при постановке на учет в наркологической службе/при обращении за лечением и через каждые 6 месяцев.

Анализ данных мониторинга, полученных из данных ДЭН за 2011 год, показал, что в зависимости от регионов распространенность ВИЧ-инфекции варьирует от 6% -7% в Павлодарской, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Костанайская областях, до 0% в Кызылординской и Акмолинской областях.

По данным дозорного эпидемиологического надзора за 2011 год, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН, в среднем, по стране составила 3,8% (распространенность ВИЧ среди общего населения составляет 0,105%), вирусного гепатита С (ВГС) – 61,3% (среди общего населения - нет данных) и сифилиса – 9% (среди общего населения -0,03) (NC AIDS, 2012b).

Среди всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц доля потребителей наркотиков составляет 63,4% для ВИЧ.

6.2. Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками

6.2.1. ВИЧ

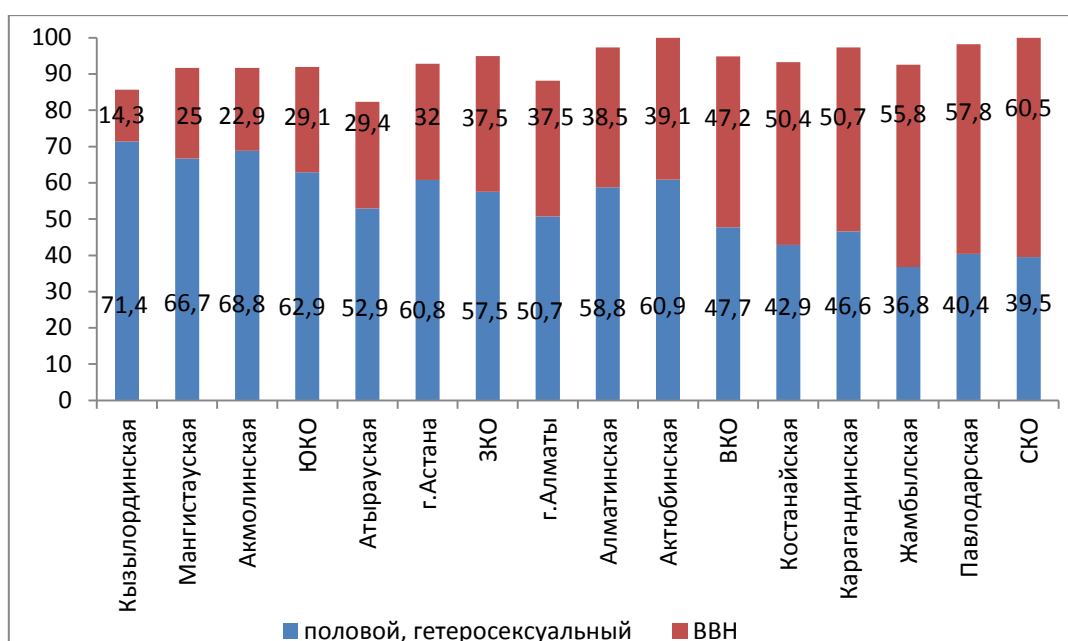
В 2011 общее количество ВИЧ позитивных лиц в РК составило 17763 чел., среди которых основным путем инфицирования 63,4% (11265 чел.) явилось потребление инъекционных наркотиков. На половой гетеросексуальный путь передачи приходится – 28,6% (5072 чел.), на гомосексуальный путь передачи – 0,6% (113 чел.).

В течение последних лет доля потребителей инъекционных наркотиков среди вновь выявленных случаев ВИЧ снижается, в то время как важность сексуальной передачи ВИЧ-инфекции возрастает. В 2011г., по сравнению с 2010 годом, парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции снизился в 1,2 раза до 43,7% (876 из 2006 случаев).

Гетеросексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции установлен в 50,7% случаев, гомосексуальный – в 1,4% случаев.

Впервые в 2011 году в РК стал преобладать половой путь передачи (50,7%), однако в 5 регионах продолжает преобладать парентеральный путь передачи за счет потребителей инъекционных наркотиков (Северо-Казахстанская, Павлодарская, Жамбылская, Карагандинская, Костанайская области) (Диаграмма 6-1).

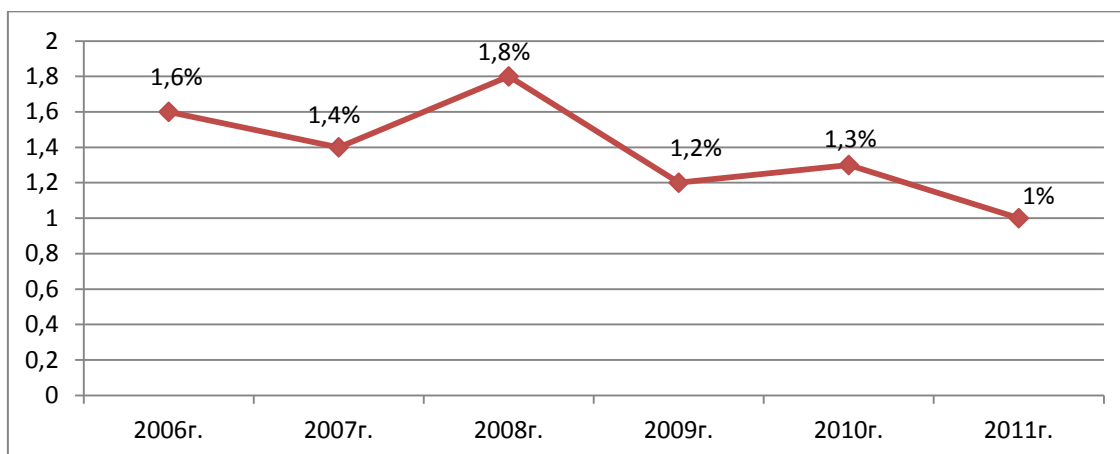
Диаграмма 6-1: Процент выявленных случаев ВИЧ-инфекции с гетеросексуальным и парентеральными путями передачи ВИЧ-инфекции в разрезе регионов в 2011 г.



В 2011 году в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, обследовано 26 246 ПИН, состоящих на наркологическом учете (2010 г.– 23 729 чел.), что составляет 21,2% от оценочной численности ПИН и 86,7% от количества ПИН, состоящих на диспансерном учете в наркологических диспансерах(НС AIDS, 2012b).

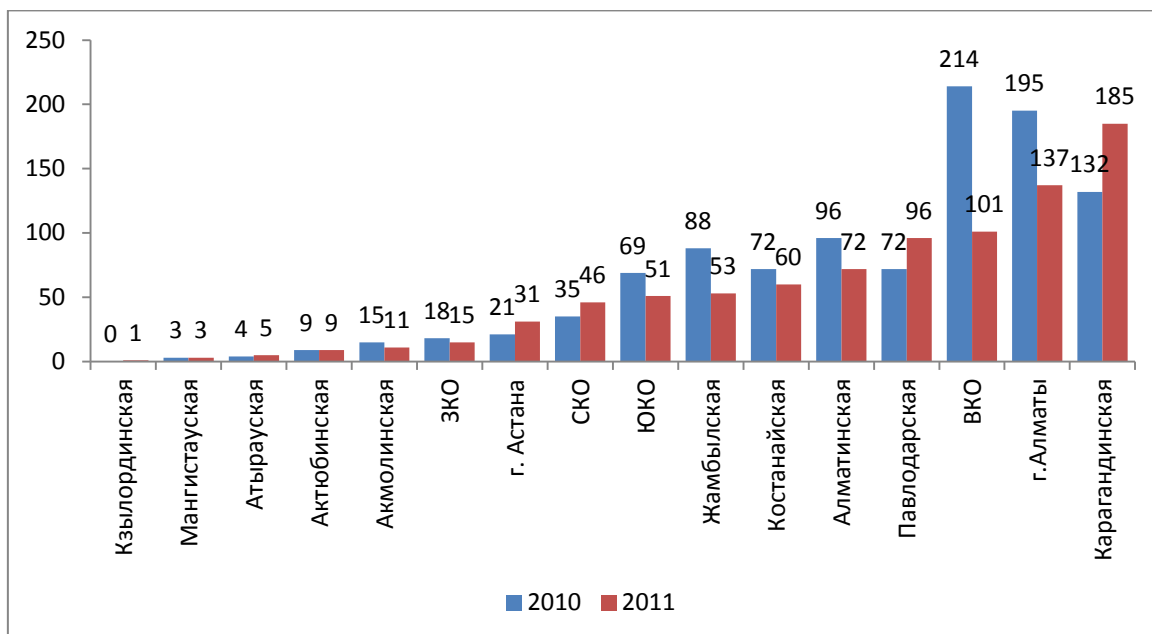
За последние шесть лет распространенность ВИЧ-инфекции среди обследованных ПИН, состоящих на наркологическом учете, уменьшилась в 1,6 раза, т.е. с 1,6 в 2006 году, до 1,0 в 2011 году.(Диаграмма 6-2).

Диаграмма 6-2: Динамика вновь выявленных случаев ВИЧ среди учетных ПИН (в %) (РЦ СПИД)



В 2011 году парентеральный путь передачи установлен в 876 случаев из 2006 зарегистрированных случаев, т.е. в 43,7% случаев, в 2010 году на парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции приходилось 52,5%. Увеличение количества выявленных ВИЧ-инфицированных лиц с парентеральным путем передачи ВИЧ-инфекции в 2011 году наблюдается в г. Астане – в 1,5 раза, в Карагандинской области в 1,4 раза, в Павлодарской области, Северо-казахстанской области в 1,3раза. Резкое снижение регистрации случаев ВИЧ-инфекции с парентеральным путем передачи произошло в Восточно-Казахстанской области в 2 раза, в Жамбылской области – в 1,6 раза, в г. Алматы, Южно-Казахстанской и Акмолинской областях – в 1,4 раза (Диаграмма 6-3).

Диаграмма 6-3: Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции с парентеральным путем передачи ВИЧ-инфекции в разрезе регионов (РЦ СПИД)



При обследовании учетных ПИН выявлено 26% случаев ВИЧ-инфекции. Наибольшая доля ВИЧ – инфицированных ПИН была выявлена среди осужденных лиц – 45%, были выявлены как партнеры ПИН по совместному введению наркотиков 4%, и остальные 25%

ПИН были выявлены среди прочих групп населения (беременных, обследованных по клиническим показаниям и др.).

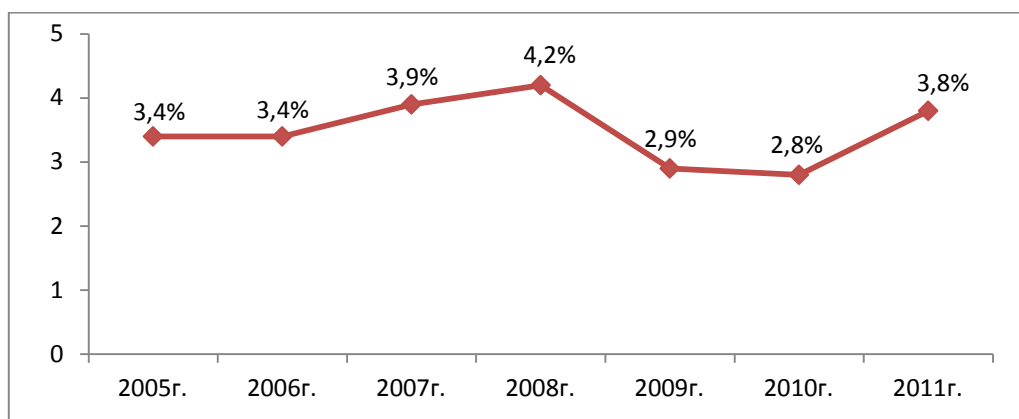
Анализ эпидемиологической ситуации показывает, что преобладающим путем инфицирования, в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, для мужчин является внутривенная инъекционная практика (72%), а на половой путь передачи приходится 24%. Тогда как для женщин основным путем передачи ВИЧ-инфекции половой путь (71%), а на парентеральный путь передачи при внутривенном использовании наркотиков приходится 25%.

Далее представлены данные, полученные в ходе проведения дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2011 год.

Всего в ДЭН приняли участие 4830 чел. - ПИН, 4009 чел. (83%) – это мужчины и 821 чел. (17%) - женщины. Средний возраст ПИН составил – 33,6 года.

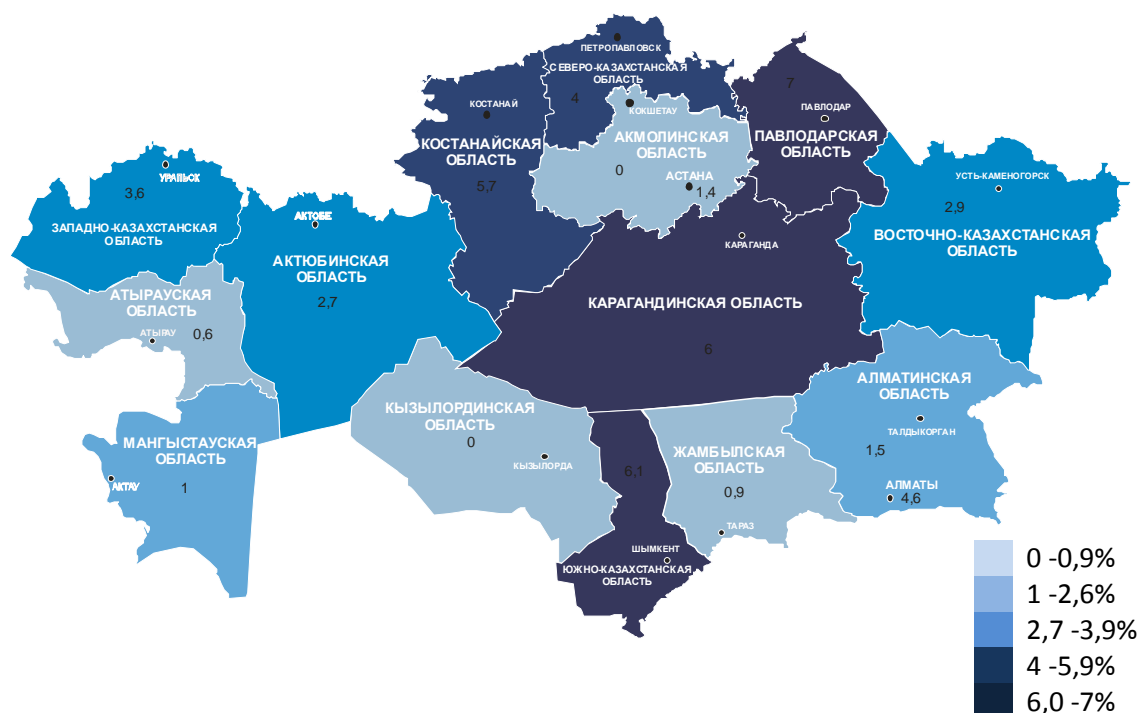
По данным ДЭН, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в 2011 году составила 3,8% (Диаграмма 6-4). В 2011 году, при сравнении с 2010 годом (2,8%), в популяции ПИН произошло увеличение распространенности ВИЧ – инфекции в 1,4 раза.

Диаграмма 6-4: Распространенность ВИЧ-инфекции (в %) среди ПИН, 2011г. (РЦ СПИД)



Ситуация по распространенности ВИЧ – инфекции среди ПИН по республике неоднозначная (Карта 6-1). Наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ среди ПИН в 2011 году наблюдаются в Павлодарской области – 7%, Южно-Казахстанской области – 6,1%, Карагандинской области – 6% и Костанайской области – 5,7%. Показатели распространенности ВИЧ-инфекции выше средне-республиканского показателя наблюдаются в г. Алматы, Северо-казахстанской области. В остальных областях распространенность ВИЧ инфекции ниже республиканского показателя.

Карта 6-1: Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди ПИН в разрезе регионов, 2011 (РНЦ МСПН)



Средне-республиканский показатель распространенности ВИЧ-инфекции в 2011 году среди ПИН-мужчин составил 3,6%, среди ПИН-женщин – 4,6%. По данным ДЭН, ВИЧ-инфекция среди женщин -ПИН выявлена в 11 областях Казахстана.

Процент ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ-инфекции половым путем, т.е. тех лиц, кто пользуется презервативами, составил – 47,2% (в 2010 г. – 54,7%). Наиболее высокие показатели использования презерватива имеют место в Кызылординской, Западно-Казахстанской, Мангыстауской, Жамбылской областях. При этом в Кызылординской и Жамбылской областях наблюдаются самые высокие показатели распространенности сифилиса.

ПИН в возрасте до 25 лет использовали презерватив во время последнего полового контакта в 61,8% случаев, а ПИН в возрасте старше 25 лет в 45,3% случаев. Практика использования презервативов у мужчин-ПИН выше (48,2%), чем у женщин-ПИН (42,7%).

Процент ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, т.е. тех лиц, кто не пользуется общим инъекционным инструментарием (в том числе готовыми растворами), составил 61,3% (в 2010г. – 62,2%). Практика безопасного инъекционного поведения, у ПИН в возрасте старше 25 лет – 61,5%, у ПИН младше 25 летнего возраста составляет 59,6%. Женщины чаще не использовали общий инструментарий во время последнего приема наркотиков (63,3%), чем мужчины – 60,9%.

Наиболее высокие показатели отказа от использования общего инструментария для внутривенных инъекций в Кызылординской области (85%, что в 1,4 раза выше республиканского показателя), в Павлодарской (84,7%), Мангыстауской (81,4%), Карагандинской (80,1%), Жамбылской областях (69%). Самые низкие показатели

в Западно-Казахстанской (16,8%) и Алматинской областях. Обращает на себя внимание тот факт, что в Алматинской области только 22,6% ПИН не пользуются общим инъекционным инструментарием, а распространенность ВИЧ – инфекции, по данным ДЭН, составляет 1,5%. С другой стороны - в Павлодарской и Карагандинской областях при высоких показателях не использования общего инструментария, распространенность ВИЧ-инфекции выше республиканского показателя и составляет 7% и 6%, соответственно.

6.2.2. Вирусный гепатит С

Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) в 2011г. среди ПИН составила 61,3% (в 2010 г. – 58,7%). На протяжении 7 лет средне-республиканский показатель распространенности ВГС, как маркера небезопасного инъекционного поведения, находится в пределах 60%(*Диаграмма 6-5, Диаграмма 6-6*).

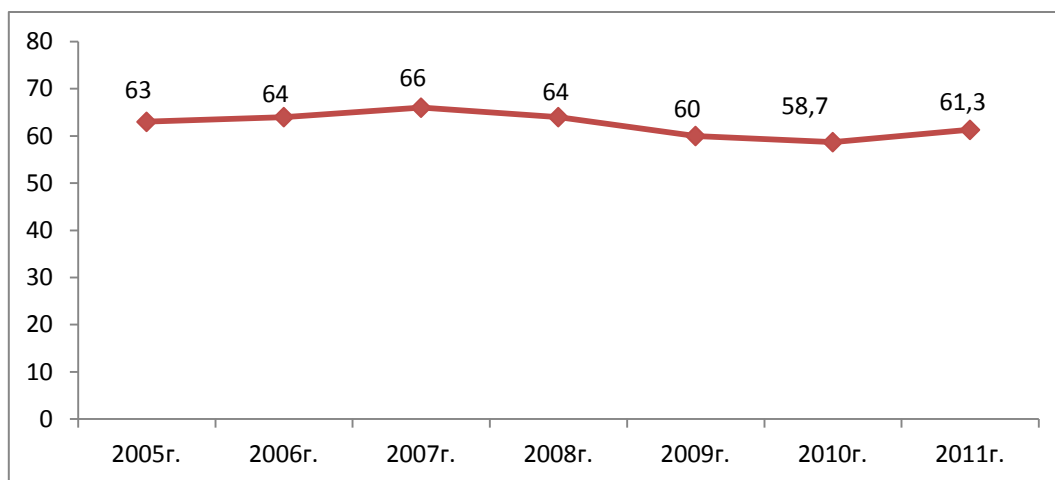
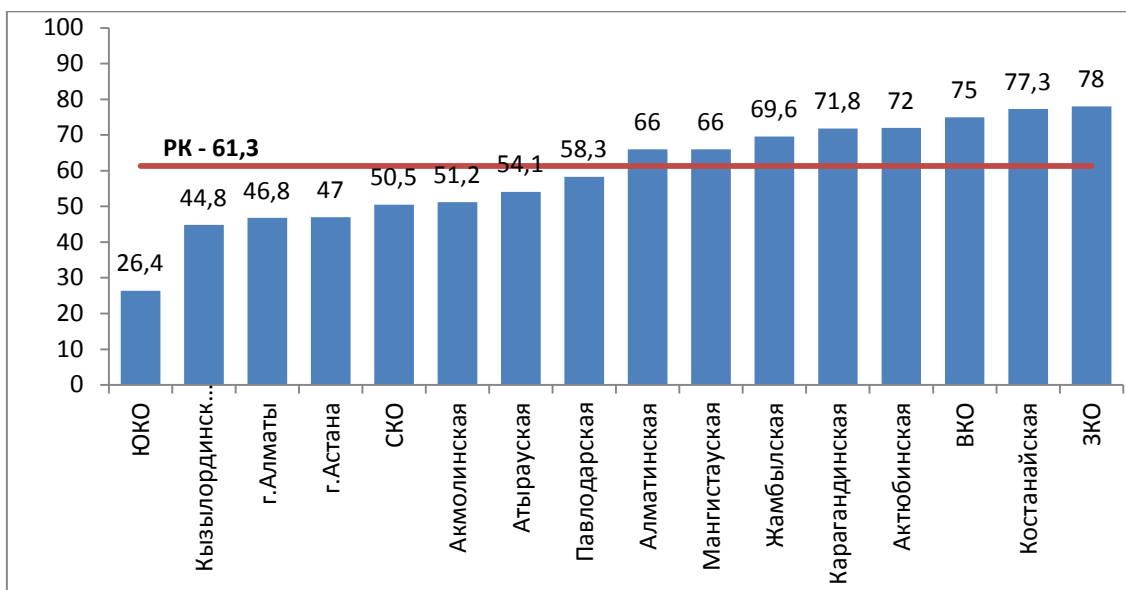


Диаграмма 6-5: Распространенность ВГС (%) среди ПИН, 2011 (РЦ СПИД)

Выше республиканского показатель распространенности ВГС в Западно-Казахстанской области – 78%, в Восточно-Казахстанской области– 75%, в Актюбинской области– 72%, в Костанайской области – 77,3%, в Карагандинской области – 71,8%, в Жамбылской области – 69,6%, в Мангистауской и Павлодарской областях – 66,0%.

Диаграмма 6-6: Распространенность ВГС среди ПИН в разрезе регионов, 2011 (РЦ СПИД)



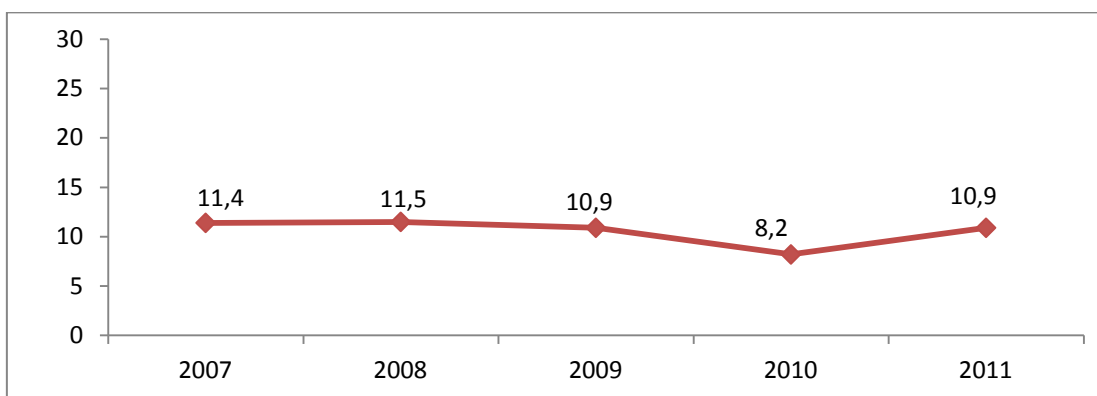
Распространенность ВГС выше у лиц в возрасте старше 25 лет (63,4%), чем у ПИН в возрасте моложе 25 лет (43,6%).

6.3. Другие болезни, связанные с наркотиками

6.3.1. Заболевания, передающиеся половым путём – сифилис и гонорея

Распространенность сифилиса среди ПИН в 2011 году составила 10,9% (Диаграмма 6-7). В течение 5 лет распространенность сифилиса в данной группе находится в пределах 8,2% – 11,5%.

Диаграмма 6-7: Распространенность сифилиса(%) среди ПИН, 2011 (РЦ СПИД)



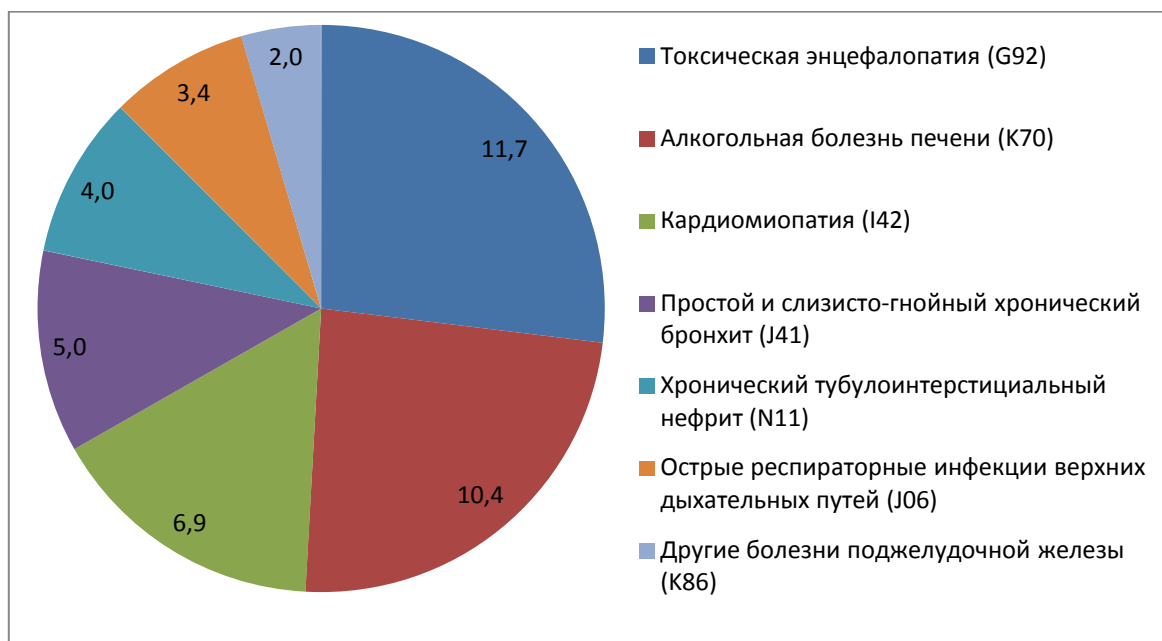
Выше распространенность сифилиса в Актюбинской области (11,3%), в Атырауской (14,7%), Восточно-Казахстанской (12,6%), Жамбылской (14,4%), Кызылординской (12,4%) областях.

Показатель распространенности сифилиса ниже среди ПИН – мужчин – 7,6%, чем среди ПИН – женщин – 15,8%. Распространенность сифилиса ниже у ПИН в возрасте моложе 25 лет (4,4%), чем у ПИН в возрасте старше 25 лет (9,6%).

6.3.2. Другие последствия для здоровья, связанные с потреблением наркотиков

Среди других заболеваний (Диаграмма 6-8), которые, чаще всего, регистрируются среди пролеченных потребителей наркотиков, являются токсическая энцефалопатия, алкогольное поражение печени, кардиомиопатия и хронические бронхиты. Большинство из перечисленных заболеваний, в основном, связаны с токсическими эффектами потребляемых психоактивных веществ (NSPC MSPDA, 2012).

Диаграмма 6-8: Коморбидные заболевания по МКБ-10 среди пролеченных пациентов (%), 2011 (РНПЦ МСПН)



Последние исследования по распространенности другой коморбидной патологии среди лиц, потребляющих ПАВ, были проведены в 2005 и 2007 годах на базе РНПЦ МСПН.

В 2007 году были опубликованы результаты исследования, в которых приведен анализ структуры и динамики распространения коморбидности среди лиц, зависимых от опиоидов, проходящих лечение в наркологических диспансерах (Katkov A.L. and Pakeev S.O., 2007). В данном анализе было показано, что в период 2003-2006 годов в Республики Казахстан первое место по уровню распространения среди пролеченных лиц, зависимых от опиоидов, с устойчивой тенденцией к нарастанию, занимает вирусный гепатит С - до 89,9%. На втором месте по уровню распространения находятся болезни органов дыхания. Здесь также отмечается тенденция к росту данного показателя - до 43,7%. На третьем месте находятся заболевания сердечнососудистой системы с неравновесной динамикой показателя распространенности (в среднем 9%-10%). Распространенность хронического пиелонефрита составляла до 10,1%.

Распространенность вирусного гепатита В выросла в два раза с 2004 года (4,2%) по 2007 год (9,8%) среди лиц, зависимых от опиоидов, проходящих лечение в наркологических диспансерах.

Коморбидные заболевания периферической нервной системы (в основном – поясничный остеохондроз) имеют неравновесную динамику и составляют в общей структуре коморбидной патологии от 5% до 7%.

Такую же неравновесную динамику имеют коморбидные заболевания кожи (от 3,4% до 6,2%).

В отношении диагноза токсического гепатита следует иметь в виду, что в той или иной форме данная патология сопутствует регулярному употреблению психоактивных веществ, практически в каждом случае. В то время как соответствующий клинический диагноз выставляется при наличии отчетливых и клинических проявлений токсического поражения печени (болевой синдром, увеличение печени, соответствующее изменение лабораторных анализов и т.д.). Удельный вес данной патологии составил от 1,6% до 3,4% при неравновесной динамике показателя распространенности.

В другом исследовании, проведенном в 2005 году, была изучена распространенность специфических расстройств зрелой личности среди пролеченных лиц зависимых от ПАВ (Semke V.Y. et al., 2005). Распространенность данных расстройств (диссоциальных, истерических, эмоционально-неустойчивых, а также циклотимии) среди общего числа лиц, больных опийной наркоманией, обращающихся за медицинской помощью в наркологические учреждения, в среднем составляет 28,4% (\pm 8,5%).

6.4. Смертность, связанная с наркотиками, смертность наркозависимых лиц

В Республике Казахстан в соответствии с действующим законодательством по всем случаям смерти, связанным с отравлением, в том числе и отравлениями наркотическими, психотропными веществами, проводится судебно-медицинская экспертиза.

При проведении химико-токсикологической экспертизы лаборатории Центров судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) для первоначального скрининга проб используют методы иммунологического анализа, (иммунохроматографический анализ - ИХА). Если иммунологический анализ дал положительный результат, затем проводится подтверждающий анализ с использованием метода, в основе которого лежит иной химический или физический принцип, например тонкослойная хроматография (ТСХ), высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ) или газовая хроматография (ГХ).

Отсутствие стандартных эталонов наркотиков затрудняет проведение химико-токсикологической экспертизы. В качестве эталона наркотиков при проведении химико-токсикологических экспертиз используются эталоны, приготовленные из лекарственных средств.

В Республике Казахстан наркологические медицинские организации ведут мониторинг случаев отравления ПАВ и смертельных исходов от отравлений ПАВ по всем регионам страны независимо от того, был ли пострадавший, состоящим на наркологическом учете лицом, и ежеквартально отправляют информацию в РНПЦ МСПН.

Показатель отравлений наркотиками и психотропными веществами на 1000 населения по РК с 2007 по 2011 год снизился в более чем в 2 раза среди всего населения (Таблица 6-1). У женщин этот показатель остается стабильным (0,05-0,07 на 1000), у детей до 14 лет все годы этот показатель не превышал 0,01 на 1000, но среди детей 15-17 лет (подростки) показатель отравлений на 1000 населения соответствующего возраста с 2007 по 2011 год увеличился в 2 раза.

Таблица 6-1. Отравления ПАВ по Республике Казахстан, 2007-2011 (РНПЦ МСПН)

Годы	Всего отравлений ПАВ Абсолютное число / на 1000 всего населения	в том числе		
		у женщин Абсолютное число /на 1000	у детей до14 лет Абсолютное число /на 1000	у детей 15-17 лет Абсолютное число /на 1000
2007	2107/0,14	4870,06	54/0,01	47/0,06
2008	2113/0,13	475/0,06	33/0,01	43/0,5
2009	2039/0,03	573/0,07	25/0,01	54/0,06
2010	1263/0,08	426/0,06	31/0,01	42/0,05
2011	1000/0,06	472/0,06	36/0,01	83/0,1

Доля отравлений несовершеннолетних лиц в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами (абсолютные цифры) возросла с 4,8% в 2007 году до 11,9% в 2011 году, доля отравлений женщин в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами (абсолютные цифры) тоже за этот период возросла с 23,1% до 47,2%.

По данным мониторинга случаев отравления ПАВ и смертельных исходов от отравлений ПАВ, проводимом наркологическими медицинскими организациями РК, показатель смертности от отравлений ПАВ снизился с 2007 по 2011 год в более чем в 4 раза среди всего населения, среди женщин – более чем в 2 раза (Таблица 6-2). Доля женщин в смертности от отравлений ПАВ повысилась с 8% в 2007 году до 11,5% в 2011 году, соответственно росту доли отравлений.

Таблица 6-2. Смертность от отравлений ПАВ по Республике Казахстан 2007-2011 г.г. (абсолютные цифры и на 1000 соответствующего населения)

Годы	Всего смертей от отравлений ПАВ Абсолютное число на 1000 всего населения	В том числе		
		Женщин Абсолютное число /на 1000	Детей до14 лет Абсолютное число /на 1000	Детей 15-17 лет Абсолютное число /на 1000
2007	652/0,042	52/0,005	1/0,0003	2/0,002
2008	424/0,027	22/0,003	0	0
2009	333/0,021	24/0,003	2/0,001	0
2010	222/0,014	7/0,001	0	0
2011	156/0,009	18/0,002	0	0

Начиная с 2009 года, в годовых отчетах Центра судебной медицины Республики Казахстан и его филиалов в областях стали доступны данные о количестве проведенных аутопсий,

при которых в органах и тканях трупа были обнаружены наркотические вещества при химико-токсикологической экспертизе (Таблица 6-3).

Таблица 6-3. Смертельные случаи вследствие употребления наркотиков и других психоактивных веществ, определенные Центром судебной медицины Республики Казахстан и его филиалами в 2007 – 2011 г.г. (из годовой отчетной формы № 42 МЗ РК «Отчет организации, осуществляющей деятельность в сфере судебной медицины»)

Причина смерти	2007		2008		2009		2010		2011	
	Количество аутопсий	Положительный результат химико-токсикологических экспертиз	Количество аутопсий	Положительный результат химико-токсикологических экспертиз	Количество аутопсий	Положительный результат химико-токсикологических экспертиз	Количество аутопсий	Положительный результат химико-токсикологических экспертиз	Количество аутопсий	Положительный результат химико-токсикологических экспертиз
Наркотические вещества	775	-	468	-	316	304	276	178	207	173
Психотропные вещества	24	-	32	-	21	-	9	1	14	1
Снотворные	30	-	40	-	23	-	15	1	13	1
Всего	829	-	540	-	360	304	300	180	234	175

При насильственной смерти доля аутопсий (Таблица 6-4), при которых в органах и тканях трупа были обнаружены наркотические вещества, за последние три года снизилась в 2 раз – с 2,2% до 1,1%, в том числе и при отравлениях (с 11,2% в 2009 году до 6,5% в 2011 году). При ненасильственной смерти тоже наблюдается снижение данных показателей – с 0,1% до 0,04%.

Таблица 6-4. Смертельные случаи с присутствием наркотиков, определенные Центром судебной медицины Республики Казахстан и его филиалами в 2009 – 2011 г.г. (из годовой отчетной формы № 42 МЗ РК «Отчет организации, осуществляющей деятельность в сфере судебной медицины»)

Причина смерти	2009		2010		2011	
	Всего экспертиз	Из них с обнаружением наркотика	Всего экспертиз	Из них с обнаружением наркотика	Всего экспертиз	Из них с обнаружением наркотика
Насильственная смерть, всего	16444	356	16857	213	16453	187
Насильственная смерть по причинам:						
– механическая травма	7450	8	7401	3	7390	2
– механическая асфиксия	4629	2	4851	2	4653	3
– крайние температуры	1201	6	1453	0	1481	0
– электротравма	130	0	137	0	129	0
– отравления, в т.ч. ПАВ	3034	340	3015	211	2782	182
Ненасильственная смерть, всего	16157	16	17834	5	18835	8

Всего в РК за 2011 год сделано 229 судебно-медицинских экспертиз по случаям отравления ПАВ с проведением химико-токсикологической экспертизы. В 201 случае отравления - это были лица мужского пола и в 28 случаях лица женского пола. В среднем, показатели смерти среди потребителей ПАВ наиболее характерны для возрастных групп 20-24 лет и 30-34 года. Процент случаев смерти женщин составил 12,2%, и, соответственно, мужчин - 87,8% от общего числа судебно-медицинских экспертиз трупов лиц, умерших в результате отравления ПАВ.

Анализ данных за 2011 год показал значительный объём опийных наркотических веществ по случаям смерти в результате передозировки (Таблица 6-5). Кроме того, немалую долю составляют случаи, когда токсическое вещество не установлено. В представленных числовых данных в 26 случаях при всех морфологических признаках отравления наркотическим веществом не удалось установить наименование токсического вещества, что связано с отсутствием стандартных веществ в лабораториях.

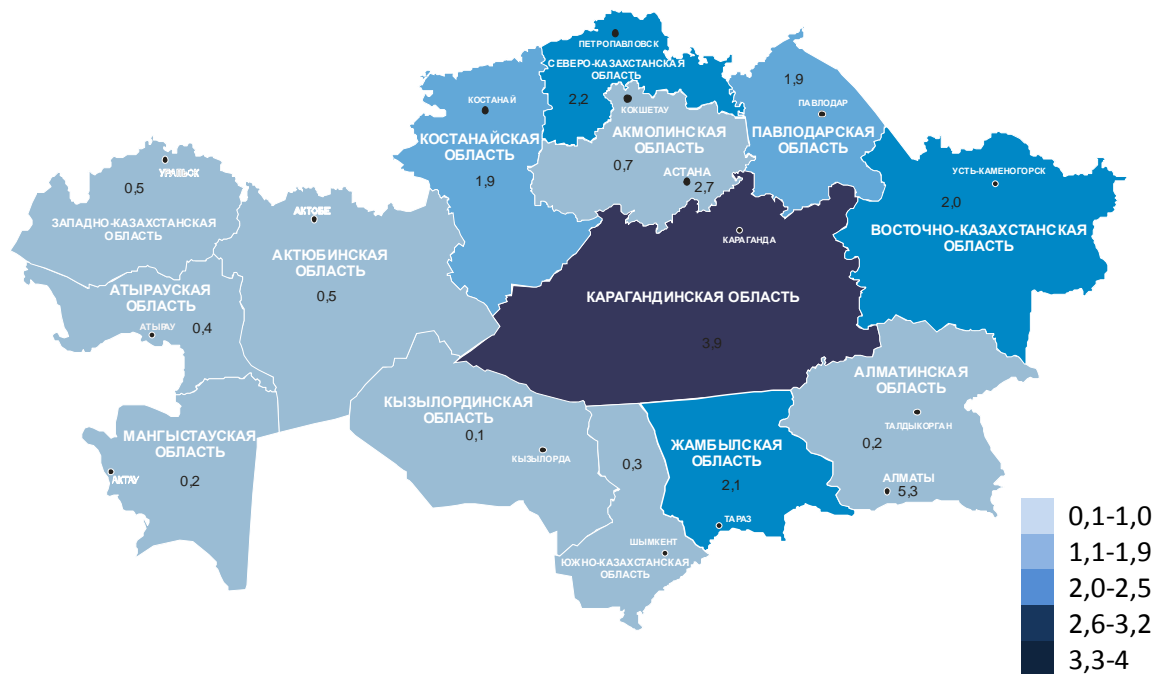
Наблюдается рост ненадлежащего применения лекарственных средств, используемых в лечебных целях, таких как барбитураты и бензодиазепины, и злоупотребления ими. По мнению специалистов, перечень наркотиков и, соответственно, их стандартов, на наличие которых необходимо проводить анализ в стране, как минимум должен включать опиаты (героин, морфин, кодеин), каннабиноиды, кокаин, метадон, метаквалон, амфетамин, метамфетамин и фенциклидин.

Таблица 6-5. По видам ПАВ установленных случаев отравления, а также по смертям не связанным с отравлением (по другим причинам) за 2011 год

Наименование вещества	Причина смерти отравление наркотическими и психотропными веществами	Смерть по другим причинам	
		Причина смерти	Кол-во
Героин	23	Жертва (тупая травма органов шеи)	1
		Падение с высоты	1
Алкалоиды опия	135(из них комбинированных с лекарственными препаратами 5, комбинированные с этанолом -2)	Сердечная недостаточность	1
Трамадол	2 (из них один с димедролом)		
Тетрагидроканнабинол	1	Колото-резанное ранение	2
		Механическая асфиксия	1
		Алкогольное отравление	1
Производные 1,4-бенздиазепина	3	Рак печени	1
Производные фенотиазина	6		
Амфетамин	2		
Фенобарбитал	6		
Лозапин-25	1		
Димедрол	3	Сердечная недостаточность	1
Финлепсин (карбамазепин)	2 (с димедролом)		
Эфедрин	2		
Тропикамид	1		
Аптечные анальгетики (содержащие кодеин)	4		
Неустановленным веществом	69	Сердечная недостаточность	3
		Резаная рана шеи	1

Самый высокий процент смертности в результате отравления наркотическими и психотропными веществами наблюдается в Карагандинской области, затем по убывающей следуют г.Алматы, Жамбылская область, г.Астана, Восточно-Казахстанская, Северо-Казахстанская, Павлодарская области (Карта 6-2).

Карта 6-2: Объем смертности в результате отравления наркотическими и психотропными веществами на 100 000 населения, 2011



Специалистами РНПЦ МСПН на основе имеющихся данных было проведено сравнительное исследование смертности среди потребителей наркотиков, состоящих на наркологическом учете, и общего населения.

При сравнении и анализе статистических показателей общей смертности среди общего населения Республики Казахстан в 2011 году и показателей смертности в 2011 году среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоящих на наркологическом учете, были рассчитаны показатели относительного риска смерти в популяции потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака) относительно популяции общего населения и выявлены следующие особенности (Таблица 6-6).

Таблица 6-6. Относительный риск смерти среди популяции потребителей ПАВ к ожидаемому числу смертей среди общего населения в 2011 году

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Стандартизованный индекс смертности SMR (коэфф.)	Доверительный интервал	Стандартизованный индекс смертности SMR (коэфф.)	Доверительный интервал	Стандартизованный индекс смертности SMR (коэфф.)	Доверительный интервал
до 14 лет	0,0	-	0,0	-	0,0	-
15-17	0,3	0,0-1,8	0,0	-	0,3	0,0-1,6
18-34	3,1	2,7-3,6	16,5	11,2-23,4	3,5	3,1-4,0
35-60	2,1	1,9-2,3	4,8	3,3-6,7	2,2	2,0-2,4
> 60	2,0	1,3-3,0	5,9	0,7-21,3	2,1	1,4-3,1
Всего	2,3	2,1-2,5	6,8	5,3-8,7	2,4	2,3-2,6

Итоговый показатель относительного риска смерти для мужчин составил 2,3 (ДИ 95: 2,1-2,5) в сравнении с ожидаемой смертностью среди общего населения. Итоговый показатель для женщин, хронически употребляющих ПАВ (кроме алкоголя и табака), составил 6,8 (ДИ 95: 5,3-8,7). Итоговый показатель относительного риска смерти для потребителей ПАВ (кроме алкоголя), включая мужчин и женщин, составляет 2,4 (ДИ 95: 2,3-2,6).

В целом, более высокие показатели относительного риска смерти среди потребителей ПАВ наиболее характерны для возрастных групп 18-34 лет - 3,5 (ДИ 95: 3,1-4,0).

Последствиями хронического потребления ПАВ (кроме алкоголя и табака) являются передозировки, криминальное поведение, инфекционные заболевания, СПИД, суициды, дорожно-транспортные происшествия, которые прямо или косвенно повышают риск смерти потребителя, в среднем, в 2,4 раза в сравнении с общим населением; для мужчин этот показатель составляет 2,3 раза, для женщин 6,8 раза.

7. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

7.1. Введение

Одним из самых масштабных и эффективных ответов на последствия, связанные с потреблением инъекционных наркотиков в стране является деятельность пунктов доверия (ПД).

Цель работы ПД состоит в обеспечении безопасного инъекционного и полового поведения ПИН (NC AIDS, 2012а). На базе пунктов доверия потребителям инъекционных наркотиков оказываются следующие услуги:

- раздача/обмен шприцев;
- распространение презервативов и предоставление средств для дезинфекции инъекционного оборудования;
- обучение и информирование (распространение информационно-образовательных материалов (ИОМ) и проведение семинаров);
- добровольное анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ;
- консультирование, тестирование и бесплатное лечение ИППП;
- перенаправления и предоставление медицинских услуг: реабилитация в наркодиспансерах, центрах, лечение вирусных гепатитов, туберкулеза, ИППП и др.;
- комплексные социальные услуги (юридические, психологические, трудоустройство, паллиативная помощь и т.д.).

Первые профилактические мероприятия среди уязвимых групп населения (в том числе ПИН) были инициированы и проведены сразу после начала эпидемии ВИЧ в Казахстане с помощью организации системы ООН. В 1997 г. при поддержке ПРООН начали работать пункты по обмену шприцев (ПОШ) в Темиртау, с 1999 г. «Фонд Сороса» стал финансировать НПО, реализующие проекты по снижению вреда, в городах Костаная, Актюбинске, Уральске, Караганде. Начиная с 2000 года, пункты доверия были открыты во всех областях РК. На данный момент, при поддержке и на базе СПИД центров и НПО, проекты по снижению вреда работают во всех областях Казахстана. Закупка одноразовых шприцев и презервативов для ПИН, производится из средств местных бюджетов и гранта, выделенного Казахстану Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Ежегодно Республиканский Центр СПИД проводит мониторинг и анализ деятельности областных и городских центров СПИД по организации работы с потребителями инъекционных наркотиков в пунктах доверия (NC AIDS, 2012а).

В 2011 году в ПД самостоятельно обратились 14 365 ПИН, что составляет 11,6% от их оценочной численности. Получили профилактические услуги хотя бы один раз 79 579 ПИН. Прямой охват профилактическими программами ПИН равен 64,4% от оценочного количества ПИН. Систематический охват ПИН профилактическими программами (не реже одного раза в месяц) в 2011 года равен 46,6% от оценочного количества ПИН.

В 2011 году в полевых условиях (через аутрич-работников или передвижные ПД) обслуживалось 52,7% оценочного количества ПИН.

На одного ПИН от их оценочного количества было роздано 154 шприца, и 194 шприца роздано на 1 ПИН, привлеченного в профилактические программы.

Около 65% оценочного количества ПИН были охвачены услугами психосоциального консультирования. В 2011 году консультации у специалистов медиков получили около 20% ПИН, пролечено в лечебно-профилактических около 7% оценочного количества ПИН.

7.2. Профилактика передозировок и смертности, связанной с наркотиками

Не в одной из Государственных программ («Саламатты Қазақстан», Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом, Программа по противодействию ВИЧ/СПИДа) индикатора по снижению смертности от передозировок нет. Препарат Налоксон, часто используемый для профилактики передозировок среди потребителей, в стране доступен в учреждениях здравоохранения и внесен в список жизненно важных лекарств.

Используется налоксон на станциях скорой медицинской помощи, приемных покоях больниц и в реанимационных отделениях. Однако препарат не доступен в аптеках.

Экстренная госпитализация с отравлениями (передозировками) ПАВ в РК производится в токсикологические отделения городских и областных многопрофильных больниц или, при отсутствии в регионе токсикологического отделения, в реанимационные отделения. Данный вид медицинской помощи, как помощь, оказываемая по экстренным показаниям, входит в «Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

Программы профилактики передозировок среди потребителей ПАВ в Казахстане стартовали в 2009 году. Налоксон приобретался через Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии при Колумбийском университете и передавался в СПИД-центры, где препарат хранится и выдается. Налоксоновый пакет выдают по ваучеру после консультации в СПИД-центре. В рамках проекта «Ренессанс» (г.Алматы) налоксоновый пакет выдают только участникам проекта, а неправительственная организация «Социальное бюро «Доверие»(г.Алматы) всем потребителям инъекционных наркотиков(Ataiants J. et al., 2011).

В регионах страны профилактика передозировок ограничивается, в основном, информационно-образовательными мероприятиями среди потребителей наркотиков. Данные мероприятия проводятся наркологическими организациями, Центрами СПИД и профильными НПО.

7.3. Профилактика и лечение инфекций, связанных с потреблением наркотиков

В конце 2011 года в стране функционировало 155 пунктов доверия (ПД), из них: 22 (14%) - при Центрах СПИД; 5 (3%) - при НПО; 84 (54%) - при лечебно-профилактических организациях; 22 (14%) – в передвижных ПД и 22 (14%) – в ПД, расположенных при других организациях.

За отчетный период было открыто 3 ПД, закрыто – 16. Из 16 закрытых пунктов доверия – 3 ПД были закрыты в г. Астане, 4 ПД - в Костанайской области, по 2 ПД закрыты в Акмолинской, Актюбинской, Западно-Казахстанской областях, по 1 ПД - в г. Алматы, в Атырауской и Северо-Казахстанской областях. Наибольшее количество ПД работает в Южно-Казахстанской области – 23 и в Павлодарской области – 20. Нет передвижных ПД в Алматинской области и г. Алматы (NC AIDS, 2012a).

В 2011 году в ПД самостоятельно обратились 14 365 ПИН, что составляет 11,6% от их оценочной численности (в 2010г. – 13,2%). Самостоятельное обращение ПИН в ПД позволяет им получить доступ к обследованию на ВИЧ-инфекцию, ВГС, ИППП и к другим медицинским услугам. Низкий процент ПИН, самостоятельно обратившихся в ПД, наблюдается в Мангистауской области, городах Алматы и Астане, Западно-Казахстанской, Акмолинской и Павлодарской областях.

В 2011 году 79 579 ПИН хотя бы один раз получили профилактические услуги. Прямой охват ПИН профилактическими программами составил 64,4% от оценочного количества ПИН (в 2010г. – 61,5%).

Уровень прямого охвата ПИН профилактическими программами ниже республиканского показателя наблюдается в г. Алматы – 32,7%, в Мангистауской области – 42,5%, Алматинской – 53%, Акмолинской и Восточно-Казахстанской областях – 55,1%, в Атырауской области – 56,5%, Карагандинской – 58,5%. Самый высокий показатель наблюдается в Костанайской области – 96,4% и Кызылординской области – 84,3%.

В 2011 году, по сравнению с 2010 годом, уровень прямого охвата ПИН профилактическими программами снизился в Западно-Казахстанской и Жамбылской областях в 1,4 раза и Кызылординской области в 1,2 раза.

По данным ДЭН, процент всех ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ (т.е. получили в течение года шприцы, презервативы и знают, где пройти тестирование на ВИЧ), составил – 63,9% (в 2010г. - 66,5%).

По данным ДЭН, показатель охвата ПИН профилактическими программами ниже республиканского показателя наблюдается в Алматинской, Актюбинской, Карагандинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской областях, в городах Алматы и Астана.

Необходимо отметить, что в Жамбылской и в Костанайской областях, несмотря на высокие показатели охвата ПИН профилактическими программами, как по данным программного мониторинга, так и по данным ДЭН, преобладающим путем передачи ВИЧ-инфекции остается парентеральный путь, то есть при употреблении инъекционных наркотиков.

Систематический охват ПИН профилактическими программами (не реже одного раза в месяц) в 2011 года составил – 46,6% (Карта 7-1) или 57 649 чел.(в 2010 г. – 43,7% , 52 104 чел.).

Карта 7-1: Систематический охват ПИН профилактическими программами(%), 2011



Систематический охват ПИН профилактическими программами характеризует приверженность ПИН к получению профилактических услуг. Низкие показатели систематического охвата ПИН наблюдаются в г.Алматы, в Восточно-Казахстанской и Жамбылской областях.

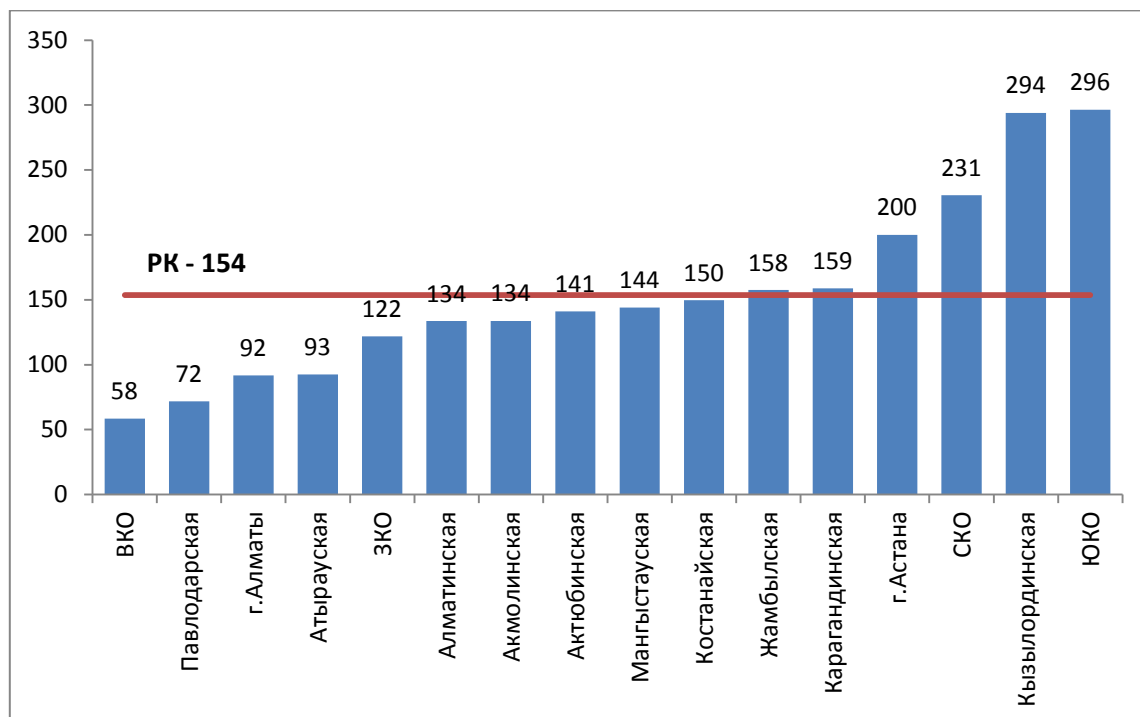
В разрезе регионов систематический охват ПИН рассматриваемыми программами снизился в Жамбылской и Восточно-Казахстанской областях – в 1,6 раза, в Павлодарской области – в 1,3 раза, в Кызылординской – в 1,2 раза. Увеличился систематический охват ПИН в Атырауской области - в 1,9 раза, в Костанайской и Южно-Казахстанской областях – в 1,5 раза, в г. Астане - в 1,3 раза, в Алматинской и Западно-Казахстанской областях – в 1,2 раза.

В 2011 году в полевых условиях (через аутрич-работников или передвижные ПД) обслуживалось 65 214 ПИН (81,9% от числа ПИН, привлечённых в профилактические программы, или 52,7% от их оценочного количества). К работе с ПИН привлечено 584 аутрич-работника, из них 82,2% являются ПИН. Нагрузка на 1 аутрич-работника, в среднем, по стране составляет 104 ПИН.

За отчетный период в ПД было роздано 18 999 014 шприцев, что на 9,6% меньше, чем за аналогичный период 2010 года (21 015446). Это связано с сокращением финансирования из местных бюджетов на реализацию профилактических программ (закуп шприцев и презервативов) среди уязвимых групп населения (Диаграмма 7-1).

На одного ПИН от их оценочного количества, было роздано – 154 шприцев, и 194 на 1 ПИН, привлеченного в профилактические программы.

Диаграмма 7-1: Обеспеченность ПИН шприцами (РЦ СПИД)

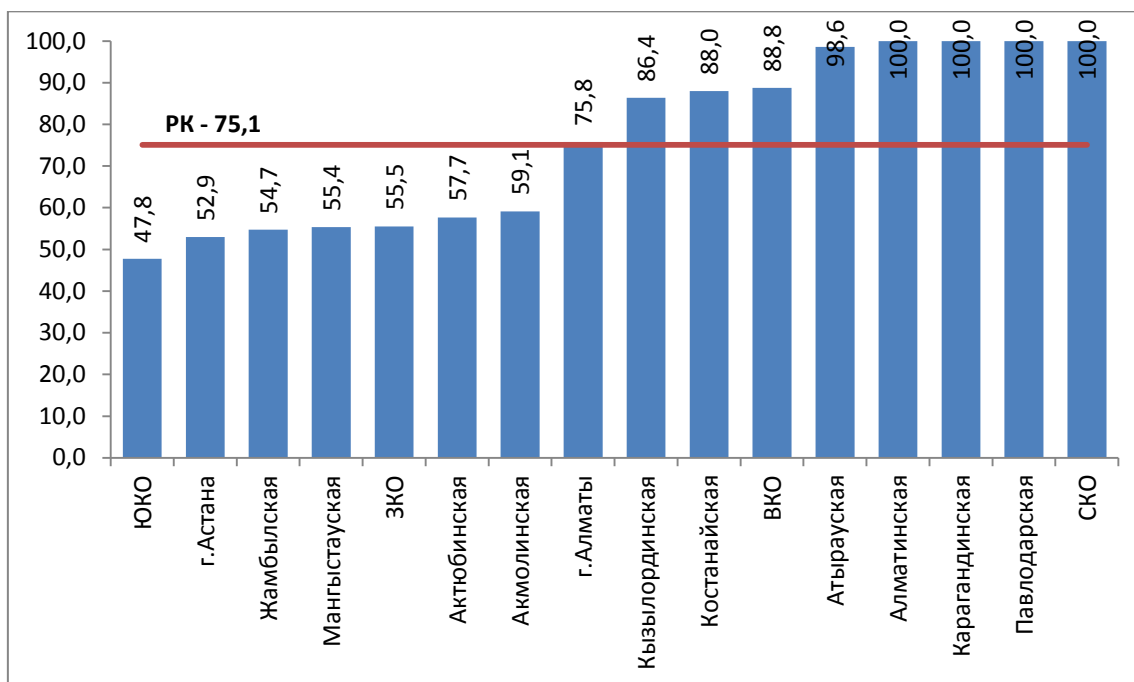


Выше средне-республиканского показателя показатель обеспеченности ПИН шприцами отмечается только в областях: Южно-Казахстанской, Кызылординской, Северо-Казахстанской и в г. Астане. Ниже средне-республиканского показателя (менее 150 шприцев) обеспеченность ПИН шприцами наблюдается в Восточно-Казахстанской, Павлодарской областях, г. Алматы, Атырауской, Западно-Казахстанской, Алматинской, Акмолинской, Актюбинской, Мангыстауской областях.

Процент возвращенных шприцев в первом полугодии 2011 года составил 66,7% (в 2010г. – 68,1%).

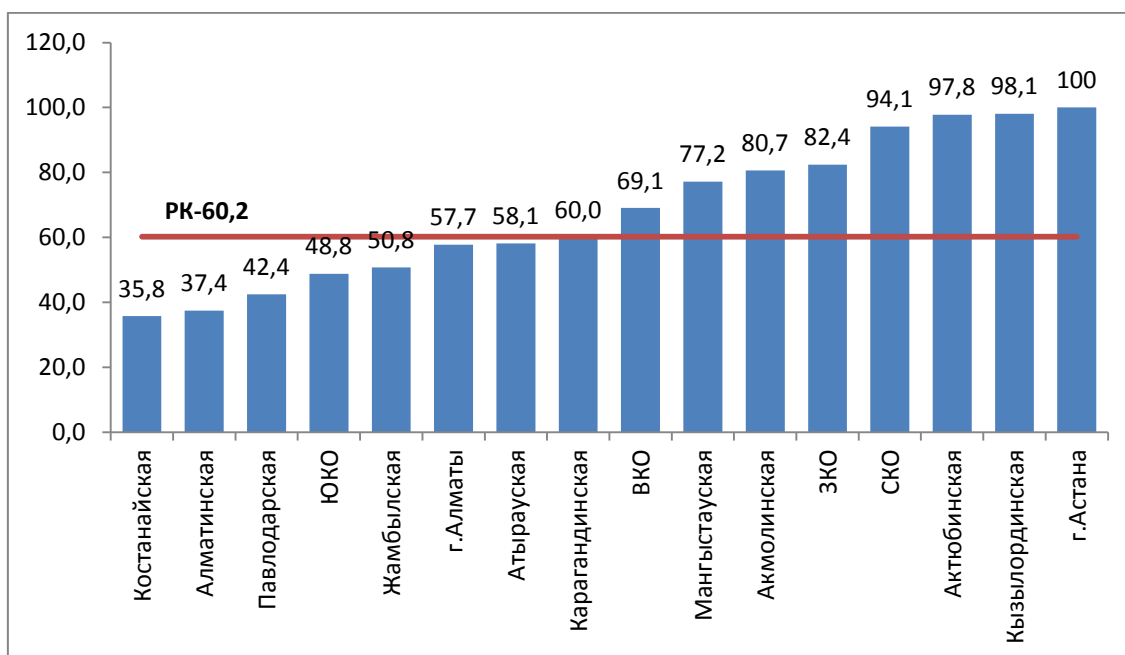
За отчетный период из 79 579 ПИН, клиентов профилактических программ, 59 739 (75,1%) были охвачены услугами психосоциального консультирования (ПСК) (в 2010г. – 80%)(Диаграмма 7-2). Только в 3 областях (Карагандинской, Павлодарской, Северо-Казахстанской) все ПИН, обратившиеся в профилактические программы, прошли консультирование по ВИЧ/СПИД. Ниже республиканского показателя охват ПСК наблюдается в Акмолинской, Актюбинской, Жамбылской, Мангыстауской, Западно-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях, в г. Астане.

Диаграмма 7-2: Охват ПИН психосоциальным консультированием (РЦ СПИД)



Из числа ПИН, охваченных ПСК, в 2011 г. было обследовано на ВИЧ – инфекцию 60,2% (Диаграмма 7-3). Ниже республиканского показатель обследования ПИН на ВИЧ наблюдается в Костанайской, Алматинской, Жамбылской, Павлодарской, Атырауской Южно-Казахстанской областях и г.Алматы. Только в г. Астане 100% ПИН прошли обследование на ВИЧ-инфекцию после проведения ПСК.

Диаграмма 7-3: Охват ПИН из числа прошедших ПСК обследованием на ВИЧ-инфекцию в 2011 г. (РЦ СПИД)



В 2011 году из числа ПИН, привлеченных в профилактические программы, было выявлено 112 человек, ВИЧ-инфицированных (в 2010г. – 118 чел.). Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных лиц было выявлено в Восточно-Казахстанской области – 23 ПИН (20,5%), в Северо-Казахстанской области и г. Алматы – по 18 человек (16%), в Карагандинской и Костанайской областях – по 11 человек (9,8%), г.Астане - 10 (8,9%), в Алматинской и Южно-Казахстанской областях – по 9 человек (8%).

Охват тестированием ПИН от числа лиц, состоящих на наркологическом учете, составляет по РК – 87,6%. Ниже средне-республиканского показатель тестирования ПИН наблюдается в г. Астане 23,2%, в Западно-Казахстанской области – 28%, г. Алматы 38,8%, Костанайской области – 44,6%, Восточно-Казахстанской области – 62,6%, Карагандинской области – 63,4%, Кызылординской области – 76,6%, Южно-Казахстанской области – 80,6%.

В 2011 году объемы тестирования ПИН в организациях здравоохранения увеличились, по сравнению с 2010 годом, на 9,6%. Увеличение объемов тестирования произошло в Алматинской области в 2,4 раза; Мангистауской области - в 1,8 раза; Атырауской области - в 1,4 раза и в Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях- в 1,3 раза, Снижение объемов тестирования наблюдается в Кызылординской области, в г. Алматы и Павлодарской области,

В 2011 году из 2 207055 обследований на ВИЧ-инфекцию доля ПИН составила 1,2%, тогда как доля ПИН среди выявленных ВИЧ - инфицированных лиц составила 20,5%.

В 2011 году консультации у специалистов медиков получили 26012 ПИН, что в 1,2 раза меньше, чем в 2010 году (32003 человек). Пролечено в лечебно-профилактических учреждениях 7879 ПИН.

Из 1830 лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), получающих антиретровирусную терапию (АРТ), 981 чел. (53,6%) являются ПИН. Несмотря на увеличение охвата АРТ лиц, употребляющих инъекционные наркотики, их лечение на сегодняшний день является проблематичным, так как трудно обеспечить высокую приверженность к лечению представителей данной целевой группы. Тем не менее, в 2011 году охват ПИН данным видом услуг увеличился, по сравнению с 2010 годом в 1,5 раза.

Лечение острых вирусных гепатитов проводится тоже в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Бесплатное лечение хронических вирусных гепатитов В и С предоставляется детям, медицинским работникам и студентам, оно состоит из комбинированного лечения пегилированными интерферонами короткого действия и рибавирина. В том случае, если потребитель ПАВ будет относиться к одной из выше перечисленных категорий, то он будет обеспечен бесплатным лечением хронических вирусных гепатитов.

8. СОЦИАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ

Законодательно закрепленных ограничений прав потребителей ПАВ в РК немного. Ограничения прав наркопотребителей продиктованы, в основном, условием недопущения их в сферы производственной деятельности, где факт употребления ПАВ может стать дополнительной причиной нарушений правил техники безопасности на производстве и на транспорте. Кроме того, потребитель ПАВ лишен права на усыновление/удочерение ребенка, принятие ребенка под опеку (попечительство), патронат, так как зависимость от ПАВ входит в перечень заболеваний, при наличии которых это становится невозможным.

Факт того, потребитель ПАВ состоит на наркологическом учете в медицинской организации, является врачебной тайной (ст. 95 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»), за разглашение которой законодательством предусмотрена административная ответственность в виде штрафа.

Но, несмотря на отсутствие обусловленных законом предпосылок для стигмы и дискриминации в отношении потребителей ПАВ, в обществе они существуют, что обуславливает некоторую социальную изоляцию потребителей ПАВ.

В 2007 году РНПЦ МСПН опубликованы материалы исследования комплексных характеристик наркологической помощи, оказываемой контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц в РК (Katkov A.L. and Komarova O.N., 2007). Основными препятствиями для обращения за профессиональной наркологической помощью наркозависимых лиц, в том числе ВИЧ - инфицированных, являются страх огласки фактов ВИЧ-инфицирования среди близких - 50,6% ($\pm 6,4\%$); страх огласки фактов употребления наркотиков среди близких - 43,4% ($\pm 6,3\%$); страх постановки на учет в наркологическое учреждение - 37% ($\pm 6,2\%$). Большинство потребителей наркотиков - 72,2% ($\pm 5,7\%$) - в качестве предпочтительных условий при оказании профессиональной наркологической помощи указали гарантию безопасности или отсутствие постановки на учет (Katkov A.L. and Komarova O.N., 2007).

В целом, законодательные основы постановки на наркологический учет и учет в правоохранительные органы, а также имеющиеся в связи с этим ограничения при приеме на работу, описаны в заключительной части раздела «Правовая система».

На данный момент большую часть услуг по социальному сопровождению лиц, имеющих проблемы с наркотиками, оказывают профильные неправительственные организации. Однако оценить масштаб охвата и качество этих услуг не представляется возможным в виду отсутствия качественных данных. Каких-либо исследований или обзоров в этой области в стране найти не удалось.

9. ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

9.1. Введение

Согласно статистическим данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан (КПСиСУГП) за 2011 год, правоохранительными органами Республики Казахстан зарегистрировано 4360 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (далее – наркотики), против 8795 преступлений за аналогичный период 2010 года, что меньше на 50,4%.

Удельный вес зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в общем объеме зарегистрированных в стране преступлений, составил 2%.

Снижение зарегистрированных наркопреступлений связано с проведенной в январе 2011 года декриминализацией части 1 статьи 259 Уголовного кодекса Республики Казахстан (УК РК) «Незаконные приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере» и переводом ее в разряд административных правонарушений (ст.320 КоАП РК).

9.2. Преступление

В структуре наркопреступности, по-прежнему, преобладают преступления, предусмотренные статьей 259 УК РК «Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ» (Таблица 9-1).

Таблица 9-1. Структура преступлений в рамках статьи 259 УК РК, 2010-2011(КПСиСУГП)

Части статьи 259 УК РК	Количество преступлений		Удельный вес	
	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.
Незаконные приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств в крупном размере (часть 1 ст. 259 УК РК)	4283	31 ¹⁰	46,4%	50,4%
Незаконные приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств в особо крупном размере (часть 1-1 ст.259 УК РК)	1423	1534	21,0%	17,0%
Незаконные приобретение, перевозка или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств (часть 2 ст.259 УК РК)	378	494	4,3%	4,5%
Незаконные приобретение, перевозка или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств в крупном размере (часть 2-1 ст.259 УК РК)	973	677	10,7%	11,6%
Незаконные приобретение, перевозка или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств (часть 3 ст.259 УК РК)	1317	1258	16,6%	15,7%
Незаконные приобретение, перевозка или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств совершенные организованной группой (часть 4 ст.259 УК РК)	68	40	1,1%	0,8%
Всего	8380	4034	100%	100%

Удельный вес преступлений, предусмотренных статьей 259 УК РК, в общем количестве зарегистрированных наркопреступлений составил 92,5 %.

Остальные 7,5% от числа зарегистрированных наркопреступлений приходятся на статьи 250, 260-262, 264, 265 УК РК (Таблица 9-2).

¹⁰ Смотрите раздел 1.2.1 Реализация законодательства в 2010 году.

Таблица 9-2. Структура зарегистрированных наркопреступлений (кроме статьи 259), 2010-2011(КПСиСУГП)

Статьи УК РК (кроме статьи 259)	Количество преступлений		Удельный вес	
	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.
Хищение либо вымогательство наркотических средств (ст. 260 УК РК)	3	5	1,1%	0,7%
Склонение к потреблению наркотических средств (ст. 261 УК РК)	3	1	1,3%	0,7%
Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества (ст. 262 УК РК)	121	83	31,2%	29,2%
Незаконный оборот ядовитых веществ, а также веществ, инструментов или оборудования, используемых для изготовления или переработки наркотических средств (ст. 263 УК РК)	6	1	1,1%	1,4%
Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств (ст. 264 УК РК)	29	21	6,7%	7,0%
Нарушение правил обращения с наркотическими средствами (ст. 265 УК РК)	10	13	1,3%	2,4%
Контрабанда наркотических средств (ст.250 УК РК)	242	198	57,5%	58,5%

В 2011 году на почве употребления наркотиков совершено 372 преступления (в 2010 году - 499 преступлений) (Таблица 9-3). В том числе, 319 преступлений, направленных против здоровья населения и нравственности, основную часть которых составляют преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков.

Таблица 9-3: Структура преступлений совершенных на почве употребления наркотиков, 2010-2011 (КПСиСУГП)

Преступления	Количество		Удельный вес	
	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.
-совершенные несовершеннолетними	2	3	0,4%	1,4%
- совершенные женщинами	31	24	6,2%	7,4%
Преступления против личности	5	7	1,0%	2,8%
Преступления против собственности	20	14	4,0%	4,0%
Преступления против здоровья населения и нравственности	441	319	88,4%	86,9%

За совершение административных правонарушений, связанных с незаконным обращением с наркотиками, в 2011 г. привлечено 5161 лицо (в 2010 г. – 4988 чел. +3,5%). Из них в 2011 г. привлечено к ответственности с применением административного ареста 2153 лица (в 2010 г. – 1400 чел.+54%), с привлечением штрафа 1412 лиц (в 2010 г. – 1407 чел. +0,4%).

За управление транспортными средствами водителями, находившимися в состоянии наркотического опьянения, а равно передача управления лицу, находящемуся в состоянии наркотического или токсикоманического опьянения (статья 467 КРКоАП), в 2011 г. к административной ответственности привлечено 1796 лиц (в 2010 г. – 2068 чел. -13,2%).

В 2011 году за непринятие мер по уничтожению дикорастущей конопли по статье 318 КоАП РК привлечено 176 лиц (в 2010 г. – 145 чел.).

9.3. Профилактика преступлений, связанных с наркотиками

С целью выявления и пресечения нарушений в сфере легального оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в медицинских учреждениях и на промышленных предприятиях в отчетный период проведено четыре этапа широкомасштабной оперативно-профилактической операции «Допинг».

Проверено – 1372 субъекта частного предпринимательства, осуществляющих деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, из них: 505 аптек, 241 склад, 374 лечебно-профилактических учреждения и 252 промышленных предприятия.

Выявлено 120 правонарушений в сфере легального оборота, в результате чего предотвращена утечка в нелегальный оборот ряда наркотических лекарственных средств, психотропных веществ и прекурсоров (см. раздел Изъятия наркотиков).

По итогам проведенных проверок за период проведения ОПО «Допинг» возбуждено 15 уголовных дел.

По фактам нарушений установленного порядка обращения с наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами к административной ответственности привлечено 85 лиц, в том числе 20 медицинских работников.

Проводится работа по пресечению причин и факторов, способствующих появлению новых видов потребляемых наркозависимыми лицами веществ, таких как дезоморфин, тропикамид.

В связи с этим МВД РК и МЗ РК в октябре 2011 года издали совместный приказ о взаимодействии Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК и Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК для обеспечения профилактических мер, предусматривающих нераспространение наркомании, связанных с ней правонарушений, и в связи с участвовавшими случаями злоупотребления лекарственными препаратами, содержащими кодеин и тропикамид в своем составе.

Министерствами внутренних дел и здравоохранения РК проводятся совместные проверки порядка отпуска вышеуказанных лекарственных средств. С момента издания указанного вышеприказа выявлено более пятнадцати фактов безрецептурной реализации кодеиносодержащих препаратов. По данным фактам инициировано административное производство.

На постоянной основе правоохранительными органами проводятся мероприятия по пресечению сбыта наркотиков в развлекательных заведениях, в которых выявлено 40 фактов (в 2010 г. – 29 фактов) употребления и хранения наркотиков, в том числе по 13 фактам (в 2010г. – 15 фактов) возбуждены уголовные дела, по 27 фактам (в 2010г. – по 14 фактом) – заведены административные материалы.

9.4. Альтернативы тюремному заключению для нарушителей, находящихся в наркотической зависимости

Альтернативы тюремному заключению для нарушителей, находящихся в наркотической зависимости, в Республике Казахстан не существуют.

9.5. Помощь потребителям наркотиков в тюрьмах

В Республике Казахстан имеется 75 учреждений уголовно-исполнительной системы, из них 18 – учреждения общего режима, 20 – учреждения строгого режима, 5 – учреждения особого режима, 19 – колоний-поселений, 4 учреждения – соматические больницы, 8 учреждений для осужденных, болеющих туберкулезом, 4 учреждения – воспитательные колонии для несовершеннолетних преступников, 1 учреждение – тюрьма и 18 следственных изоляторов.

В 2011 году количество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами, содержащихся в исправительных учреждениях пенитенциарной системы снизилось на 30% или с 5087 чел. до 3574 чел., в том числе с определением судов о принудительном лечении от наркотической зависимости, с 3931 чел. до 3020 чел. или на 23%. В зависимости от тяжести совершенного преступления указанная категория лиц содержится в исправительных учреждениях общего, строгого и особого режимов отбывания срока наказания. Наибольшее количество лиц, осужденных за совершение преступлений, связанных с наркотиками, отбывают меру наказания в учреждениях строгого режима.

Специальных лечебных исправительных учреждений для лиц, зависимых от наркотиков, нет. Принудительное лечение осужденных лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, может осуществляться медицинской частью исправительного учреждения.

Порядок организации лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих наркоманией, регламентирует совместный приказ Министра юстиции от 25 мая 2004 года № 145 и Министра здравоохранения от 7 мая 2004 года № 405 «Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан».

Осужденные лица, подлежащие принудительному лечению по поводу наркомании, содержатся в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (СЛПУ). Принудительное лечение лиц, больных наркоманией, проводится на основании решения суда в медицинской части СЛПУ врачом-психиатром-наркологом, а при его отсутствии - врачом-терапевтом или начальником медицинской части.

При поступлении в СЛПУ осужденные лица, которым определено принудительное лечение от наркомании, должны быть в трехдневный срок осмотрены врачом-психиатром-наркологом, который в первой же беседе знакомит больного с основными

положениями организации и проведения принудительного лечения в данном учреждении.

Данные осужденные лица ставятся на диспансерный учет, на них заводится контрольная карта диспансерного наблюдения за наркологическим больным и медицинская карта амбулаторного наркологического больного. Лечение должно быть непрерывным на протяжении всего этапа лечения. После завершения курса активного лечения данному лицу назначается поддерживающее лечение.

Осужденным лицам, допустившим так называемые «срывы» лечения, проводится противорецидивная терапия. Под «срывом» лечения следует понимать употребление осужденными лицами, находящимися на принудительном лечении наркотических и других веществ, вызывающих одурманивание.

Перевод осужденных лиц, не закончивших курс принудительного лечения, из специализированного учреждения в другое учреждение, может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости. При этом должен быть составлен подробный эпикриз о состоянии больного и проведенном лечении.

Прекращение принудительного лечения производится судом по представлению администрации учреждения. При отсутствии рецидивов заболевания и нарушения курса лечения медицинской комиссией готовятся материалы для решения вопроса о прекращении принудительного лечения. Основанием для решения вопроса о прекращении принудительного лечения является заключение медицинской комиссии.

Во всех случаях освобождения от отбывания срока наказания осужденных лиц, которые проходили принудительное лечение от наркомании, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в органы здравоохранения по месту жительства освобождаемого лица выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведенном лечении и о его результатах.

В случаях, когда ко времени освобождения из места лишения свободы лечение не завершено, медицинской комиссией составляется мотивированное заключение о необходимости его продолжения. На основании заключения администрация учреждения может выходить в суд с представлением о продлении срока принудительного лечения в медицинском учреждении органов здравоохранения со специальным и трудовым режимом.

Добровольное лечение от наркомании проводится по месту отбывания наказания осужденных лиц и осуществляется в соответствии с совместным приказом Министра юстиции от 25 мая 2004 года № 145 и Министра здравоохранения от 7 мая 2004 года № 405 «Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан».

При выявлении у осужденного лица, не подлежащего принудительному лечению, хронической наркомании, ему предлагается пройти курс терапии в добровольном порядке.

При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией, состоящей из начальника медицинской части учреждения, врача-психиатра (нарколога) и врача-терапевта, выносится заключение, на основании которого администрация учреждения ходатайствует перед судом о применении принудительных мер медицинского характера.

При лечении лиц, страдающих наркоманией в исправительных учреждениях, используются методы рациональной психотерапии, витаминотерапии, а также терапии, направленной на купирование психических расстройств. Одновременно проводится психологическая реабилитация. На этапе амбулаторного лечения в терапию вводятся психотерапевтическая и психокоррекционная работа психологов. Кроме того, среди осужденных лиц проводится санитарно-просветительная работа по профилактике наркомании (круглые столы, беседы, раздача информационно-пропагандистской литературы).

С 2002 года в учреждении ОВ-156/15 УКУИС по Восточно-Казахстанской области начато внедрение безмедикаментозной психотерапевтической Миннесотской методики для лечения лиц, зависимых от наркотиков, (см. <http://www.minnesotamodelconsulting.com>). Основными целями терапии пациентов в программе являются: ознакомление пациента с болезнью и создание условий для процесса идентификации его с болезнью, выработка конструктивного проявления эмоций, обучение навыкам общения с окружающими, а также формирование образца для положительной самооценки. Терапия в начале лечения носит директивный характер до тех пор, пока у пациента не изменится образ мышления.

Совместно с неправительственными организациями и Евросоюзом в конце 2009 года в Казахстане открыты два Реабилитационных центра «Жаңаөмір» в городах Астана, Павлодар и возобновлена работа одного Центра в г. Семей. Центры предназначены для лечения наркозависимых лиц по психотерапевтической методике без применения медикаментов, разработанной в Польше на основании Миннесотской программы «12 шагов Атлантис» (МЮПК, 2010).

По направлению снижения вреда от употребления наркотиков в учреждениях уголовно-исполнительной системы реализуются информационно-образовательные программы, коммуникации с широким использованием обучения осужденных лиц самими осужденными, которые проходят подготовку в медико-санитарных частях. Также распространяются дезинфицирующие средства и презервативы, осуществляется диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем. В 2011 году в пенитенциарной системе было роздано – 949977 дезинфицирующих таблеток (на 1 чел. – 18шт.), презервативов - 518805шт. (на1 чел. – 10 шт.).

10. РЫНКИ НАРКОТИКОВ

10.1. Введение

В последние годы в стране отмечается так называемая «аптечная наркомания». В частности, в настоящее время дезоморфин или «крокодил» является в Российской Федерации вторым по популярности нелегальным наркотиком после героина (занимает более четверти рынка), который также распространяется и на территории Республики Казахстан. В Республике Казахстан зарегистрировано 18 наименований лекарственных средств, содержащих в составе кодеин. Из зарегистрированных кодеиносодержащих лекарственных средств 7 наименований находятся под контролем, 11 препаратов выведены из-под контроля. С 2011 года кодеиносодержащие препараты, такие как Солпадеин, Юниспаз, Пенталгин-П, Антиспазм, отпускаются только по рецептам врача. Данная мера обусловлена тем, что увеличилось число случаев злоупотребления данными препаратами.

Казахстан один из крупнейших в мире производителей марихуаны. На 130 тыс. га в южных районах страны ежегодно произрастает до 5 тыс. тонн дикорастущей конопли.

Также природные условия в Республике Казахстан способствуют культивации опиумного мака. Кроме того, немаловажным остается тот факт, что, Казахстан, ввиду своего географического положения, является транзитным коридором для доставки из Афганистана в Россию и Европу, наркотиков, в основном, героина по так называемому «северному маршруту».

Таможенный союз между Республикой Казахстан, Россией и Беларусью может быть использован торговцами наркотиками, которые могут решить изменить маршрут поставки наркотиков в Европу через «северный маршрут», в отличие от традиционного балканского маршрута (UNODC, 2012).

10.2. Наличие и поставка наркотиков

Наркотрафик, в основном, проходит по автомобильным дорогам, хотя также растет число изъятий на региональных железных дорогах, что указывает на то, что наркоторговцы диверсифицируют свои методы работы.

В 2010 году, по оценкам специалистов, 70-75 тонн героина достигло территории Казахстана в основном из Кыргызстана и, в меньшей степени, из Узбекистана (Карта 10-1). Относительно немного героина, было изъято в Казахстане, что позволяет предположить, что маршруты доставки наркотика очень хорошо организованы (UNODC, 2012).

Поток товаров между Казахстаном и Туркменистаном незначителен и приграничные районы между странами крайне невелики, населенные пункты практически отсутствуют. Это, наряду с действующим в Туркменистане визовым режимом, который сдерживает въезд иностранцев и выезд граждан Туркменистана, делает этот маршрут маловероятной мишенью для торговцев наркотиками. Тем не менее, ситуация может измениться в ближайшие годы, так как новая железная дорога, соединяющая Туркменистан, Казахстан и Исламскую Республику Иран, будет введена в скором времени. Это позволит сделать

маршрут транзита грузов из региона на 600 км короче, и маршрут станет важной частью трансконтинентального транспортного коридора, связывающего Китай и Европу. Данный факт может служить стимулом для наркоторговцев, чтобы искать альтернативные маршруты на таджикской или даже турецкой границах(UNODC, 2012).

Хорошее транспортное - железнодорожное и автодорожное – сообщение между рядом областей южного Казахстана и Узбекистана и объемы изъятий наркотиков указывают на то, что данный маршрут является ключевым для страны, импортирующей героин в страну поставки. Другой транспортный коридор по железной дороге и шоссейным дорогам проходит через суверенный регион Узбекистана - Республику Каракалпакстан – по направлению к границам западной – Мангистауской - области в Казахстане.

Предполагается, что в настоящее время через этот маршрут проходят более крупные поставки героина объемом в 20-30 кг. Правоохранительные органы Узбекистана зафиксировали группу контрабандистов, использовавших этот маршрут, в апреле 2010 года.

Другим направлением поступления наркотиков, содержащих опий, в Казахстан является кыргызское направление. Через г. Ош наркотики переправляются через северную Таласскую область далее в Казахстан по небольшой дороге, соединяющей с г. Тараз в Джамбульской области РК. Кроме того, наркотики перевозят в Бишкек по основным дорогам страны. Там есть возможность смешаться с огромными торговыми потоками, ведущими в Казахстан и далее в Россию. Партии наркотических средств прячутся в частных автомобилях, которые едут группами, сопровождаемые разведывательными машинами, предназначенных отвлекать внимание правоохранительных органов, если это необходимо. Важно отметить, что власти Казахстана поставили заграждения из колючей проволоки возле населенных пунктов, расположенных на казахстанско-киргизской границе и количество контрольно-пропускных пунктов (КПП) между странами сокращено с 12 до 7 КПП(UNODC, 2012).

Карта 10-1: Основные маршруты наркотиков и транспортные коридоры в Казахстане (UNODC)



Для доставки наркотиков наркодельцами используются практически все виды транспорта. Как показывает практика, 90% наркотиков доставляется автомобильным и железнодорожным транспортом.

Методы сокрытия наркотиков остаются традиционными – среди товаров, в личных вещах, а также в пустотах автомобильного и железнодорожного транспорта в специально оборудованных для этих целей тайниках.

Одним из наиболее устойчивых средств сокрытия наркотиков остаются поставки овощей и фруктов, направляемых в Россию. Это основной продукт, импортируемый в Россию, но Казахстан не является основным экспортером, что означает, что большинство этого товара поставляется из других стран Центральной Азии - и в меньшей степени - из Китая. В 2011 году крупнейшее изъятие наркотиков, поставляемых таким образом, было произведено в России - груз поступил из Кыргызстана через Казахстан. Есть, таким образом, широкие возможности для торговцев смешивать наркотики в торговых потоках и движениях больших грузов в Россию через Казахстан. Например, грузовик, перевозящий 20 тонн фруктов, может скрыть сотни килограммов героина. Из Кыргызстана, где основной маршрут начинается в г. Бишкеке, до пересечения границы Казахстана в п. Кордай в сторону Алматы, далее через с. Георгиевку в с. Аягуз и г. Усть-Каменогорск и затем следует на территорию России. Опять же из столицы Кыргызской Республики (КР) г. Бишкека второй маршрут поставок наркотических средств проходит через г. Алматы, далее через города Сарышаган, Балхаш, Караганда, Астана, Кокшетау и Петропавловск - далее в Россию. Третий маршрут проходит к западу от г. Бишкека в г. Тараз, далее в города Шымкент, Кызылорду, Актобе и Уральск и затем на территорию России. Основной отправной точкой для торговцев наркотиками на узбекско-казахстанской границе является г. Шымкент, который считается стратегическим узлом для торговли наркотиками (UNODC, 2012).

10.3. Изъятия

В результате деятельности правоохранительных органов в 2011 году, по сравнению с 2010 годом, отмечается увеличение объемов изымаемых наркотиков и возрастание доли преступлений, связанных со сбытом наркотиков. Основная доля изымаемых наркотиков приходится на каннабиноиды, что обусловлено наличием в стране большой территории произрастания дикорастущей конопли. В течение последних четырех лет количество объемов, изымаемых из незаконного оборота наркотиков, остается стабильным (Таблица 10-1). В 2011 году общий вес изымаемых наркотиков составил 33 тонны 998 килограммов.

Таблица 10-1. Структура изымаемых наркотиков с 2007 по 2011 годы по видам (КБНН МВД)

Наименование наркотических средств	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Героин	522,0	1639,3	731,6	323,3	306,7
Опий	355,6	16,6	171,8	168,2	11,3
Опийный мак и маковая соломка	441,0	76,1	146,3	108,2	109,3
Гашиш, анаша	261,8	511,0	556,9	417,0	343,4
Смола каннабиса	-	-	0,26	2,1	5749,5
Марижуана (растение, корни, семена, листья, соцветия конопли)	21793,7	25656,5	26331,5	27348,0	27380,2
Всего (кг)	23479,6	27992,9	27954,3	28417,9	33998,4

В целом, объем изъятий героина в Казахстане невелик, учитывая, что Казахстан является последней страной, которую пересекают наркотики, поступаая на рынки Российской Федерации. Почти 90 % изъятий в Центральной Азии, производятся еще до того, как героин достигает территории Казахстана (UNODC, 2012).

Малые объемы изъятий наркотиков частично отражают трудности в отношении контроля и мониторинга в стране длины сухопутной границы (3600 км). Пешие пересечения границы и на лошадях очень распространены в труднодоступных районах обеих стран на высокогорных участках кыргызско-казахстанской границы. Транспортные средства также могут обойти официальные пропускные пункты без особых усилий, так как есть риск быть обнаруженными во многих приграничных районах (UNODC, 2012).

В 2011 году в РК зарегистрировано 274 факта незаконных посевов площадей конопли на 32 451 растение, 11 фактов посевов опийного мака на 1524 растения, 2 факта произрастания масличного мака на 391 растение, 261 факт произрастания конопли на 30 536 растений, а также 4 факта произрастания дикорастущей конопли на 16 растений.

Проведено 11 специальных мероприятий по методу «контролируемая поставка» (в 2010 г. – 13 мероприятий), из них органами внутренних дел осуществлено 7 мероприятий (в том

числе 3 мероприятия носили совместный характер - с Федеральной службой по контролю наркотиков (ФСКН РФ) и МВД Российской Федерации), Комитетом национальной безопасности Республики Казахстан (КНБ РК) проведено 2 спецмероприятия, а также подобные 2 спецмероприятия проведены сотрудниками Комитета таможенного контроля РК (КТК РК).

В соответствии с планом основных мероприятий Координационного совета руководителей компетентных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков государств-членов Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) на 2011 год на территории Республики Казахстан проведено 2 этапа операции «Канал-2011», направленных на перекрытие каналов контрабанды афганского героина на территорию государств Евразийского субконтинента, в том числе по акваториям Каспийского и Черного морей. Также данная операция включала мероприятия по пресечению незаконного поступления прекурсоров в Афганистан, синтетических наркотиков из Европы, а также осуществление комплексных мероприятий по пресечению легализации доходов от наркобизнеса, изъятию из незаконного оборота оружия, боеприпасов и взрывчатых веществ.

Министерством внутренних дел РК ежегодно - в четыре этапа - проводится широкомасштабная оперативно-профилактическая операция (ОПМ) «Допинг», направленная на выявление и пресечение контрабандного ввоза и вывоза, а также фактов утечки подконтрольных наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в незаконный оборот.

В 2011 году в ходе проведения на территории Казахстана 3 этапов ОПМ «Допинг» выявлено 174 правонарушения в сфере легального оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Из незаконного оборота изъято почти 2 тысячи ампул наркотических лекарственных средств, 8 тысяч таблеток лекарственных препаратов (реланиум, фенобарбитал, релиум, нозепам и т.д.), 1630 ампул психотропных веществ (морфин, метадол, фентантил) и 307 тонн прекурсоров (соляной и серной кислоты).

В начале 2011 года в Павлодарской области был задержан гражданин России, который наладил кустарное производство дезоморфина, вторая лаборатория было выявлена сотрудниками КНБ в г. Петропавловске.

10.4. Цена и чистота наркотиков

Согласно сведениям, представленным на основе оперативных данных Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК, как оптовые, так и розничные цены на все виды наркотиков значительно выросли в течение 2005-2010 годов. В 2011 году, по сравнению с 2010 годом, цены остались примерно на одинаковом уровне.

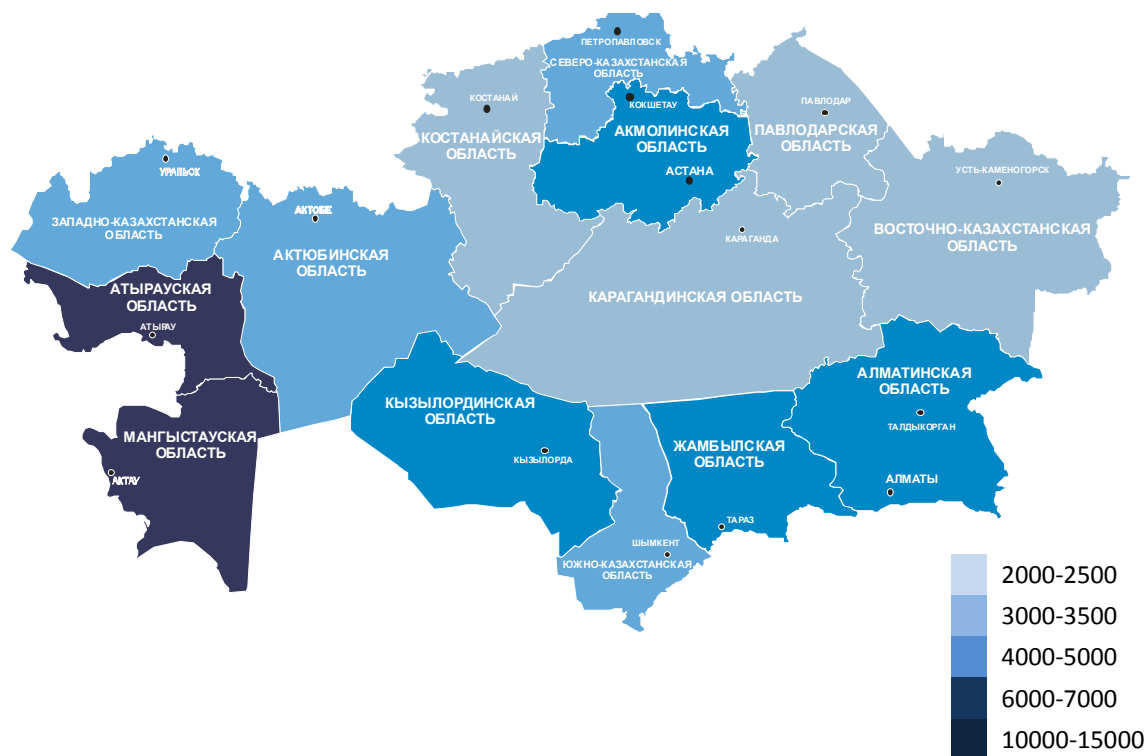
В 2011 году розничная цена героина варьировала от 2000 тенге до 15 000 тенге за один грамм, 250 граммов марихуаны на рынке сбыта стоили от 2000 до 10 000 тенге (Таблица 10-2).

Таблица 10-2: Розничные цены на наркотики, 2010-2011

	Героин (1 грамм)		Марихуана (250 граммов)		Гашиш (20 граммов)		Опий (1 грамм)	
	тенге	евро	тенге	евро	тенге	евро	тенге	евро
2010 г.								
Медиана	4 000	20,2	4 500	22,7	3 000	15,2	1 500	7,6
Среднее	4 969	25,1	4 469	22,6	3 000	15,2	2 214	11,2
Минимум	2000	10,1	2000	10,1	1000	5,1	500	2,5
Максимум	15000	75,8	10000	50,5	5000	25,3	4000	20,2
2011 г.								
Медиана	3 000	15,2	5 000	25,3	3 000	15,2	1 500	7,6
Среднее	4 900	24,7	4 625	23,4	3 167	16,0	2 214	11,2
Минимум	2000	10,1	2000	10,1	1000	5,1	500	2,5
Максимум	15000	75,8	10000	50,5	5000	25,3	4000	20,2

Наиболее высокие цены на наркотики отмечаются в Атырауской и Мангистауской областях (Карта 10-1). Наиболее низкие цены на наркотики отмечены в Южно-Казахстанской, Павлодарской и Костанайской областях.

Карта 10-2: Розничные цены (в тенге) на один грамм героина по регионам РК, 2011



Средняя оптовая цена за один килограмм героина в Казахстане составляет 1,5 млн. тенге (Таблица 10-3). Наиболее высокая оптовая цена на героин отмечается в Мангистауской области. Наиболее низкие цены имеют место в Костанайской, Восточно-Казахстанской,

Павлодарской областях. Средняя оптовая цена одного килограмма марихуаны составляет 50 тысяч тенге.

Таблица 10-3: Оптовые цены (за 1 килограмм) на наркотики, 2010-2011

Параметры	Героин		Марихуана		Гашиш		Опий	
	тенге	евро	тенге	евро	тенге	евро	тенге	евро
2010 г.								
Медиана	1500000	7575,8	50000	252,5	150000	757,6	450000	2272,7
Среднее	1500000	7575,8	50000	252,5	150000	757,6	750000	3787,9
Минимум	1000000	5050,5	10000	50,5	80000	404,0	150000	757,6
Максимум	7000000	35353,5	375000	1893,9	250000	1262,6	2250000	11363,6
2011 г.								
Медиана	1500000	7575,8	50000	252,5	150000	757,6	150000	757,6
Среднее	1500000	7575,8	50000	252,5	150000	757,6	150000	757,6
Минимум	1000000	5050,5	10000	50,5	80000	404,0	130000	656,6
Максимум	7000000	35353,5	300000	1515,2	250000	1262,6	750000	3787,9

По результатам экспертиз, проведенных Национальной лабораторией по проблемам правового и научного обеспечения государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, установлено, что содержание тетрагидроканнабинола в марихуане варьирует от 0,02% до 4,23% (в среднем составляет 1,59%), в гашише от 0,51% до 6,73% (в среднем составляет 3,31%). Чистота героина варьирует от 1,04% до 39,9% (в среднем 14,3%). В качестве наполнителей при синтезе используются кофеин и декстрометорфан, реже фенотарбитал и хлорохин. При подготовке к реализации добавляют димедрол, цитрамон, анальгин, аспирин, парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, в некоторых случаях используются левомецетин, стрептоцид, сахар, сода и лимонная кислота.

Количество чистого кокаина в образцах составляло от 3,9% до 89,3%. В качестве наполнителей в изъятом кокаине использовались левомизол, ацетилсалициловая кислота и бикарбонат натрия.

Из психотропных веществ незаконного изготовления преобладают производные амфетамина и метамфетамина (МДМА, амфетамин, метамфетамин), чистота которых колеблется от 12% до 65%.

Отдельные вопросы

11. Резидентское лечение потребителей наркотиков в Казахстане

Одним из самых первых центров по реабилитации наркозависимых лиц в стране, построенный по принципу терапевтического сообщества было Общество открытого типа (ОО) «Духовный центр реабилитации наркоманов и алкоголиков» (условное название «"Петровка"») (далее Центр). Данный Центр был зарегистрирован в 1999г., хотя фактически начал функционировать еще в сентябре 1998г. в Карагандинской области. Центр был основан бывшим наркозависимым лицом на заброшенной территории. В течение всего времени существования в Центр поступали наркозависимые лица со всей Карагандинской области, из разных областей Казахстана, а позднее и из России, Украины и Кыргызстана.

На данный момент Центр имеет два филиала, расположенные в г.Темиртау (Карагандинская область) и с. Сычевка (Павлодарская область). Помощь оказывают сами резиденты «Центра», которые в прошлом, будучи зависимыми сами прошли путь реабилитации. Программа ОО «Духовный центр» рассчитана ориентировочно на 1,5 года реабилитации, однако данная программа может варьироваться в зависимости от индивидуальных потребностей реабилитантов. После 2-х месяцев пребывания в программе, периодически человек может выезжать домой. В программе реабилитации ОО «Духовный центр» основной упор сделан на строгое соблюдение распорядка дня, на дисциплину, на религиозно-духовную работу в малых и больших группах, а также на трудотерапию.

Реабилитанты - мужчины и женщины - живут отдельно в комнатах до 9 человек, также и семейные пары могут проходить реабилитацию. Центром налажена адаптация и тех, кто прошел программу для плавного их вхождения в общество. Реабилитанты организовываются в рабочие бригады, в которых могут вместе трудиться, зарабатывать деньги и продолжать общение друг с другом. После прохождения реабилитации, для поддержания духовной стабильности, «освобожденным» рекомендуется по возможности посещать большие и малые группы, организованные в городах Караганда, Темиртау, Павлодар, а если это географически сложно, то поддерживать общение с верующими людьми в своем регионе.

На уровне государства реабилитационные центры в стране начали развиваться с выходом «Стратегии по борьбе с наркоманией и наркобизнесом на 2001-2005 годы» и созданием Республиканского государственного казенного предприятия «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»(РГКП РНПЦ МСПН).

В 2002 году издан Закон Республики Казахстан № 325-2 «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией». В Законе медико-социальная реабилитация лиц, больных наркоманией, определена как один из видов наркологической помощи, направленной на лечение наркотической зависимости лиц, больных наркоманией, восстановление их здоровья с комплексным использованием медицинских и социальных

мероприятий и приобщением к семейной и общественной жизни. Позднее этот закон был отменен Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 16 сентября 2009 года.

В Республике Казахстан в конце 2011 года функционировали следующие государственные организации, оказывающие услуги по реабилитации наркозависимых лиц: Республиканский научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании; 17 отделений медико-социальной реабилитации (МСР) при наркологических диспансерах, самостоятельный Центр МСР (Западно-Казахстанская область), государственное учреждение (ГУ) «Центр социально – психологической реабилитации наркозависимых лиц» при КБНН МВД РК. Общая мощность реабилитационных центров и отделений по Казахстану в 2011 году составила 580 коек.

В настоящее время в негосударственном секторе трудно оценить точное количество организаций, оказывающих услуги по реабилитации потребителей наркотиков. В 2002 году их насчитывалось около 5 организаций с общей мощностью до 130 коек. В негосударственном секторе в реабилитационных программах, как правило, используются варианты программы «12 шагов» или же стихийно сформированные религиозно-духовные практики.

Одним из самых эффективных примеров построения реабилитационных программ на основе терапевтического сообщества является отделение социальной реабилитации РНПЦ МСПН и «Дом на полпути», организованный общественным фондом (ОФ) «Освобождение» в г.Павлодаре.

В 2003 году руководство РНПЦ МСПН приняло решение открыть в сельской местности отделение социальной реабилитации (ОСР). Областной администрацией РНПЦМСПН была передана заброшенная территория бывшей зоны отдыха, пустующая в течение 8 лет. В конце апреля 2003 года трое пациентов из отделения психотерапии и реабилитации РНПЦ МСПН в качестве волонтеров выехали туда для ведения строительных и ремонтных работ. Кроме обустройства будущего ОСР волонтеры начали самостоятельно выстраивать терапевтическое сообщество со своими правилами, ритуалами и принципами. К моменту официального открытия ОСР количество волонтеров увеличилось до 14 человек.

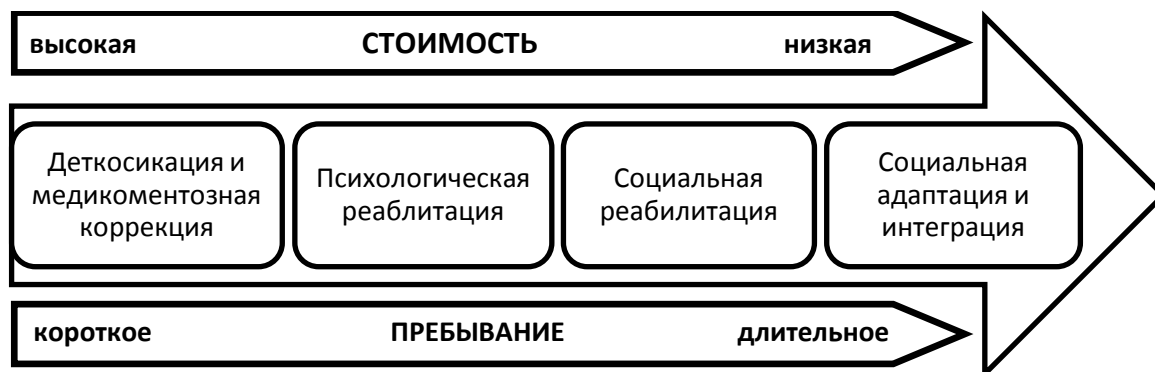
Официальное открытие 3-его отделения «Социальной реабилитации наркозависимых» при РНПЦ МСПН состоялось 15 августа 2003 года. Отделение рассчитано на 50 человек. В построении реабилитационной программы использовался опыт польских коллег «Монар», однако были внесены и собственные элементы, такие как организация образовательных курсов в отделении и участие реабилитантов в профилактических мероприятиях города и области.

В декабре 2003 года реабилитантам, успешно завершившим программу реабилитации в РНПЦ МСПН, была предложена идея открытия своей неправительственной организации. Так, инициативная группа в составе 3-х человек зарегистрировалась как Общественный фонд «Освобождение». Основной миссией фонда является создание волонтерского движения, направленного против распространения наркомании. На данный момент фонд открыл свои филиалы в г.Караганде, г.Петропавловске, г.Алматы, г.Кызылорде, где также

работают бывшие реабилитанты отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН. Позднее, в 2009 году, ОФ «Освобождение» открыл в г.Павлодаре «Дом на полпути» для реабилитантов, вышедших из отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН. В «Доме на полпути» уже постояльцы сами занимаются вопросами организации дня, быта, начинают работать в организациях города (в основном консультантами по зависимости).

В целом, реабилитационная модель, выстроенная РНПЦ МСПН и самими реабилитантами в течение нескольких лет, выглядит следующим образом (Диаграмма 11-1):

Диаграмма 11-1: Реабилитационная модель РНПЦ МСПН



Весь период пребывания в отделении социальной реабилитации и «Доме на полпути» может длиться от 1 года до 3-х лет. Исследование эффективности данной модели, за исключением последнего этапа «социальной адаптации и интеграции», было проведено в 2005 году (Semke V.Y. et al., 2005). По данным этого исследования, среди пациентов, прошедших только два этапа (60 дней), через полгода улучшение показателей социальной динамики (трудоустройство, образование, улучшение семейных отношений) встречается, в среднем, в 8,3% случаев, в то время, как среди лиц, прошедших три этапа (в среднем 180 дней), этот показатель составляет 32,8%.

У пациентов, прошедших три этапа социальной реабилитации, на момент интервьюирования (через 180 дней) ремиссия продолжалась в 92,7% случаев (80,5% <math>< 96,9\%</math>). В то время как у пациентов, прошедших только два этапа лечения (детоксикация и психологическая реабилитация) ремиссия продолжалась в 50% ($\pm 19,2\%$) случаев.

12. Международное сотрудничество в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом

12.1. Введение

Президент РК и Правительство РК активно поддерживают международное сотрудничество в разных областях, в том числе и в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом.

В 2010-2011 гг. международные организации сократили предоставление финансовой помощи Республике Казахстан в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом, но тем не менее продолжает оказываться большая техническая поддержка организациями системы Организации Объединенных Наций (ООН) и другими международными и двусторонними организациями в ключевых мероприятиях по достижению целей развития тысячелетия. Осуществляя свою деятельность в стране, международные организации уделяют большое внимание национальным приоритетам и при участии государства планируют совместные инициативы. Существенную помощь при этом оказывают такие организации, как UNAIDS, UNDP, UNESCO, UNICEF, UNODC, UNFPA, ВОЗ, проект Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией; USAID, CDC, проекты «Качественное Здравоохранение», финансируемый PEPFAR, проект «Содействие»/ICAP, финансируемый CDC, международные неправительственные организации (далее – НПО): PSI, «СПИД – Фонд Восток – Запад», программа Европейского Союза «CADAP» и другие.

Ниже представлены проекты, реализуемые на территории Республики Казахстан при поддержке различных структур ООН, организаций Европейского Союза и других, по основным стратегическим направлениям: программы снижения вреда, профилактика и лечение наркозависимости, борьба с наркобизнесом и незаконным оборотом наркотиков.

12.2. Программы снижения вреда

Координацию работы в области СПИДа всей системы ООН в Казахстане осуществляет Секретариат UNAIDS. В настоящее время работа ООН в области СПИДа в Казахстане руководствуется Рамочной программой ООН по оказанию помощи в целях развития в Казахстане на 2010-2015 годы и новой государственной программой реформирования здравоохранения РК на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан».

UNAIDS оказал финансовую и техническую помощь в проведение оценки Программы по противодействию распространения СПИД в Республике Казахстан на 2006-2010 гг.; также при технической и финансовой поддержке UNAIDS были проведены ряд исследований. Офис UNAIDS принимал активное участие в подготовке странового отчета о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД за 2010-2011 годы. При технической и финансовой поддержке UNAIDS было организовано и проведено обсуждение отчета, индикаторов и анкет с широким участием правительственных, неправительственных и международных организаций.

UNDP, в сотрудничестве с UNAIDS и Республиканским Центром по профилактике и борьбе со СПИД, провели в 2010-2011 годах оценку комплексности и качества услуг по снижению вреда, которые оказываются потребителям инъекционных наркотиков на базе пунктов доверия. Также, UNDP исполняет проект Глобального Фонда, администрируя деятельность Секретариата Странового Координационного Комитета.

В рамках завершеного Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии, финансируемого Всемирным банком, в 2010-2011 гг. оказана финансовая и техническая помощь в создании на базе Республиканского центра (РЦ) СПИД и становлении регионального учебного центра по эпидемиологическому надзору. Проведен четвертый цикл дозорного эпидемиологического надзора на трех пилотных площадках, финансируемых проектом. Также профинансированы 19 малых грантов на общую сумму 870 тыс. долларов США, направленных на группы риска и реализованных как неправительственными, так и государственными организациями.

Грант 7 раунда Глобального Фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией (далее ГФСТМ) является одним из крупных проектов в сфере ВИЧ и СПИД, реализуемых в Казахстане. Для реализации профилактических мероприятий в 2011 году были привлечены 32 неправительственные организации и 20 Центров СПИД. Выделено 703 ставки аутрич-работника для работы с уязвимыми группами населения, из которых 37 для работы с лицами, живущими с ВИЧ (ЛЖВ). В 2011 году на средства ГФСТМ были разработаны, изданы и распространены различные брошюры на казахском и русском языках (всего 161 858 брошюр). Для Информационной службы «Красная Линия», которая действует на протяжении 3-х лет в рамках реализации проекта гранта ГФСТМ и обеспечивает информацией по ВИЧ и СПИД, и наркомании, всех жителей Республики Казахстан, разработаны и выпущены плакаты и карманные календари, тираж – 10 000 экземпляров.

В 2011 году на средства гранта ГФСТМ проведены тренинги для обучения медицинского персонала и аутрич-работников. Всего за год обучено 247 медицинских работников и 165 аутрич-работников. С целью укрепления усилий в деле профилактики ВИЧ-инфекции и взаимодействия между СПИД-службой и системой исполнения наказаний в трех пенитенциарных учреждениях реализован проект «Вакцинация против гепатита В» уязвимых групп населения. Было закуплено 2700 доз вакцины, необходимое оборудование и тест-системы для осуществления проекта. Полный курс (3 этапа) вакцинации получили 900 человек, из 900 планируемых. В 2011 году, в рамках реализации гранта ГФСТМ, продолжалась реализация проекта ОЗТ в городах Павлодар, Темиртау, Усть-Каменогорск. Осуществляется закуп препарата «Метадон гидрохлорид».

12.3. Профилактика и лечение наркозависимости

UNICEF оказывает содействие Правительству Казахстана в развитии социального сектора для обеспечения доступа, качественного и эффективного ухода, профилактических и защитных услуг для детей, подростков и женщин. «Охрана здоровья, развитие детей и подростков» и «Охрана детства» являются ключевыми элементами этого компонента. К первому ключевому элементу относятся проекты, связанные с улучшением питания, снижением детской и материнской смертности, профилактикой ВИЧ среди молодежи,

а также продвижением участия молодежи и обеспечением доступа к необходимым услугам. Второй ключевой элемент – «Охрана детства» – подразумевает ряд проектов, связанных с усилением комплексного и междисциплинарного механизма по защите прав ребенка на центральном и местном уровнях с целью предотвращения и оказания своевременного реагирования на факты насилия в отношении детей, включая такие наиболее уязвимые группы детей, как: дети с ограниченными возможностями, дети; нарушившие закон; дети, ставшие жертвами торговли; и дети, лишенные родительской заботы.

Приоритеты, установленные в рамках Страновой программы на 2010-2015 годы, подписанной между UNICEF и Правительством Казахстана, направлены на поддержку государственной политики и финансирования для развития инклюзивных и правовых социальных услуг.

С декабря 2005 года Казахстан принимает активное участие в реализации глобального проекта UNODC “Treatment” (см. <https://www.unodc.org/treatment/index.html>). С 2010 года и по настоящее время реализуются мероприятия второй фазы проекта, которые направлены на повышение осведомленности среди населения о наркотической зависимости, предусматривающей многопрофильный и всесторонне охватывающий подход; проведение семинаров по оказанию основанного на доказательствах лечения от наркотической зависимости для сотрудников, предоставляющих социальные услуги и услуги по улучшению здоровья, основываясь на учебном материале Treatment, разработанному при поддержке UNODC; оказание поддержки развитию систем по оказанию помощи, направленной на сообщество, в том числе улучшение качества социальных и услуг по оказанию помощи людям, зависимым от ПАВ.

12.4. Борьба с наркобизнесом и незаконным оборотом наркотиков

Одним из ключевых партнеров Казахстана в развитии системы борьбы с наркобизнесом и наркопреступностью является Управление по контролю за наркотиками и преступностью ООН (UNODC).

В Казахстане имеются два программных офиса UNODC – в городах Астана и Алматы. Представительство UNODC в Астане поддерживает связь с Правительством РК и посольствами иностранных государств, находящимися в столице. Деятельность офиса UNODC в г. Алматы, в основном, сфокусирована на внедрении проекта ЦАРИКЦ. Следует отметить, что в 2009-2011 годах в Казахстане (в Астане и Алматы) значительно возросло количество мероприятий, проводимых в рамках региональных и глобальных проектов УНП ООН (по вопросам профилактики терроризма, отмывания денег, коррупции, др.).

В настоящее время УНП ООН обеспечивает техническую поддержку Казахстану, реализуя 13 проектов (2 национальных, 5 региональных и 6 глобальных проектов), охватывающих широкий спектр тематик - от терроризма и профилактики преступности до борьбы с коррупцией и отмыванием денег для предотвращения незаконного оборота наркотиков, профилактики потребления наркотиков, лечения зависимости от наркотиков и профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и лиц в местах лишения свободы.

12.5. Комплексная программа «CADAP»,

В течение нескольких лет в стране реализуется Программа Европейского Союза «CADAP», которая включает в себя несколько направлений (см. <http://www.cadap.eu/en/content/project-description>). Основной целью CADAP является усиление приверженности в области профилактики и лечения наркотической зависимости, а также сбора данных по наркоситуации среди правительств Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Для снижения очевидных проблем, связанных с наркотиками, проект направлен на постепенное реформирование системы работы с наркозависимыми лицами, переходя от карательного подхода, использовавшегося в советское время, к использованию научно обоснованных международных стратегий и стандартов, которые поддерживают реализацию признанных на международном уровне передовых методик в области антинаркотической политики.

Все проектные мероприятия направлены на наращивание потенциала на национальном и межрегиональном уровне. В соответствии с гетерогенными политическими и социальными условиями в странах Центральной Азии и различными условиями в области наркополитики все мероприятия запланированы в тесном взаимодействии с национальными бенефициариями для проведения специальных мероприятий, соответствующих потребностям каждой конкретной страны.

Потенциал в области здравоохранения, профилактики наркомании и мониторинга наркоситуации наращивается совместно с другими международными программами. Кроме того, цели консорциума направлены на долгосрочное участие стран Центральной Азии в международных советах.

Существует три технических компонента программы:

- Компонент «DAMOS» направлен на создание всеобъемлющих и устойчивых систем мониторинга наркоситуации, предназначенных для информирования руководителей, экспертов и общественности.
- Компонент «TREAT» способствует развитию современных методологий по лечению наркотической зависимости в обществе и в тюрьмах.
- Компонент «MEDISSA» направлен на поддержку национальных информационных и профилактических кампаний против потребления наркотиков, ВИЧ/СПИДа и гепатитов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Список полных ссылок на законы

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.
3. Закон Республики Казахстан от 10 июля 1998 года № 279-І «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».
4. Закон Республики Казахстан от 28 ноября 2005 г. № 91-3 «О ратификации Международного пакта о гражданских и политических правах».
5. Закон Республики Казахстан от 21 ноября 2005 г. № 87-3 «О ратификации Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах».
6. Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2010 года).
7. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам закрепления оснований, порядка и условий содержания лиц в учреждениях, обеспечивающих временную изоляцию от общества» от 29 декабря 2010 года.
8. Закон Республики Казахстан от 18 января 2011 года № 393-IV «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам дальнейшей гуманизации уголовного законодательства и усиления гарантий законности в уголовном процессе».
9. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
10. Послание Президента страны народу Казахстана от 10 октября 1997 года «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 528 «Об утверждении правил направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов».
12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2006 года № 317 «Об утверждении Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан».
13. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года № 1260 «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы».
14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2015 «Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности»
15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 410 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы

развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».

16. Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 мая 2011 года № 531 «Об утверждении норм питания и материально-бытового обеспечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в наркологической организации для принудительного лечения».
17. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 июня 2011 года № 725 «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, имеющих у больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в отношении которых не применяется направление в наркологические организации для принудительного лечения».

Список таблиц

ТАБЛИЦА 1-1А: Сводная таблица основных индикаторов по наркоситуации в РК, 2010-2011	10
ТАБЛИЦА 1-1В: Объемы финансирования по Республике Казахстан в 2011 году на реализацию Плана мероприятий по реализации Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы (МВД РК)	17
ТАБЛИЦА 1-2. Государственные расходы на оказание специализированной медицинской наркологической помощи, 2011 (РНПЦ МСПН)	19
ТАБЛИЦА 2-1: Оценочное количество зависимых наркотических веществ по употребляемым видам наркотиков, 2001 (РНПЦ МСПН)	22
ТАБЛИЦА 2-2. Лица, зарегистрированные наркологической службой, по диагнозам МКБ-10 с 2007 по 2011 годы (РНПЦ МСПН).....	25
ТАБЛИЦА 2-3. Результаты исследования учащихся в возрасте 14-15 лет ООН в Казахстане в 2006 году (N=4992)	26
ТАБЛИЦА 2-4. Результаты исследования среди школьников в возрасте 14-15 лет (N = 375), проведенного РНПЦ МСПН в 2009 году (РНПЦ МСПН).....	27
ТАБЛИЦА 2-5. Соотношение (%) потребляемых наркотических веществ среди учтенных в возрасте до 18 лет (РНПЦ МСПН)	28
ТАБЛИЦА 4-1. Количество ПИН, состоящих на официальном учете и БОС, 2011 (РЦ СПИД)	42
ТАБЛИЦА 5-1: Специалисты наркологического профиля, имеющие соответствующие сертификаты (государственная система здравоохранения и частные) (МЗ РК)	48
ТАБЛИЦА 5-2. Пациенты, участвующие в специализированных заместительных программах в 2009-2011 гг. (РНПЦ МСПН)	49
ТАБЛИЦА 5-3. Лечебные программы, предоставляющие услуги потребителям наркотиков, 2011 (РНПЦ МСПН).....	51
ТАБЛИЦА 5-4. Количество амбулаторных лечебных организаций, оказывающих наркологическую помощь и количество посещений в эти организации по поводу заболеваний в 2007 – 2011 г.г. (МЗ РК)	52
ТАБЛИЦА 5-5. Характеристики пациентов отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН в 2009-2011 гг. (РНПЦ МСПН)	53
ТАБЛИЦА 5-6. Демографические характеристики пролеченных пациентов, 2011	54
ТАБЛИЦА 5-7. Распределение по национальности пролеченных пациентов, 2011	55
ТАБЛИЦА 5-8. Некоторые социальные характеристики пролеченных клиентов, 2011	56
ТАБЛИЦА 5-9. Первичные и вторичные вещества среди пролеченных пациентов, 2011	59
ТАБЛИЦА 6-1. Отравления ПАВ по Республике Казахстан, 2007-2011 (РНПЦ МСПН).....	73
ТАБЛИЦА 6-2. Смертность от отравлений ПАВ по Республике Казахстан 2007-2011 г.г. (абсолютные цифры и на 1000 соответствующего населения)	73

ТАБЛИЦА 6-3. СМЕРТЕЛЬНЫЕ СЛУЧАИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЦЕНТРОМ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ЕГО ФИЛИАЛАМИ В 2007 – 2011 г.г. (из ГОДОВОЙ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 42 МЗ РК «ОТЧЕТ ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ»)	74
ТАБЛИЦА 6-4. СМЕРТЕЛЬНЫЕ СЛУЧАИ С ПРИСУТСТВИЕМ НАРКОТИКОВ, ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЦЕНТРОМ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ЕГО ФИЛИАЛАМИ В 2009 – 2011 г.г. (из ГОДОВОЙ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 42 МЗ РК «ОТЧЕТ ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ»).....	75
ТАБЛИЦА 6-5. По видам ПАВ установленных случаев отравления, а также по смертям не связанным с отравлением (по другим причинам) за 2011 год	76
ТАБЛИЦА 6-6. Относительный риск смерти среди популяции потребителей ПАВ к ожидаемому числу смертей среди общего населения в 2011 году	78
ТАБЛИЦА 9-1. Структура преступлений в рамках статьи 259 УК РК, 2010-2011(КПСИСУГП)	88
ТАБЛИЦА 9-2. Структура зарегистрированных наркопреступлений (кроме статьи 259), 2010-2011(КПСИСУГП)89	
ТАБЛИЦА 9-3: Структура преступлений совершенных на почве употребления наркотиков, 2010-2011 (КПСИСУГП)	89
ТАБЛИЦА 10-1. Структура изымаемых наркотиков с 2007 по 2011 годы по видам (КБНН МВД)	97
ТАБЛИЦА 10-2: Розничные цены на наркотики, 2010-2011	99
ТАБЛИЦА 10-3: Оптовые цены (за 1 килограмм) на наркотики, 2010-2011	100

Список диаграмм

ДИАГРАММА 1-1: Соотношение (%) государственных расходов по основным направлениям в сфере противодействия наркомании и наркобизнесу в РК, 2011	20
ДИАГРАММА 2-1: Количество лиц, зарегистрированных наркологической службой РК за 2007-2011 гг. (РНПЦ МСПН)	24
ДИАГРАММА 2-2: Количество лиц, взятых и снятых с наркологического учета (РНПЦ МСПН)	25
ДИАГРАММА 2-3: Количество лиц, зарегистрированных наркологической службой РК, в возрасте до 18 лет на 100000 соответствующего населения за 2007-2011 гг. (РНПЦ МСПН)	27
ДИАГРАММА 5-1: Источники направления на лечение(%), 2011	56
ДИАГРАММА 5-2: История госпитализаций среди ранее пролеченных пациентов (х - # лечебных эпизодов, у - # клиентов), 2011	57
ДИАГРАММА 5-3: Продолжительность госпитализации среди пролеченных пациентов (х - # дней на лечении, у - % пациентов), 2011	58
ДИАГРАММА 5-4: Возраст первой пробы (годы) первичного наркотика (%), 2011	60
ДИАГРАММА 5-5: Частота потребления первичного наркотика среди пролеченных пациентов (%), 2011	60
ДИАГРАММА 5-6: Обычный способ употребления первичного наркотика среди пролеченных пациентов (%), 2011	61
ДИАГРАММА 6-1: Процент выявленных случаев ВИЧ-инфекции с гетеросексуальным и парентеральным путями передачи ВИЧ-инфекции в разрезе регионов в 2011 г.	65
ДИАГРАММА 6-2: Динамика вновь выявленных случаев ВИЧ среди учтенных ПИН (в %) (РЦ СПИД)	66
ДИАГРАММА 6-3: Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции с парентеральным путем передачи ВИЧ-инфекции в разрезе регионов (РЦ СПИД)	66
ДИАГРАММА 6-4: Распространенность ВИЧ-инфекции (в %) среди ПИН, 2011г. (РЦ СПИД)	67
ДИАГРАММА 6-5: Распространенность ВГС (%) среди ПИН, 2011 (РЦ СПИД)	69
ДИАГРАММА 6-6: Распространенность ВГС среди ПИН в разрезе регионов, 2011 (РЦ СПИД)	70
ДИАГРАММА 6-7: Распространенность сифилиса(%) среди ПИН, 2011 (РЦ СПИД)	70
ДИАГРАММА 6-8: Коморбидные заболевания по МКБ-10 среди пролеченных пациентов (%), 2011 (РНПЦ МСПН)	71

ДИАГРАММА 7-1: ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ПИН ШПРИЦАМИ (РЦ СПИД)	83
ДИАГРАММА 7-2: ОХВАТ ПИН ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ (РЦ СПИД)	84
ДИАГРАММА 7-3: ОХВАТ ПИН ИЗ ЧИСЛА ПРОШЕДШИХ ПСК ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В 2011 Г. (РЦ СПИД)	84
ДИАГРАММА 11-1: РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ РНПЦ МСПН	103

Список карт

КАРТА 4-1: ДОЛЯ ПИН(%) К НАСЕЛЕНИЮ ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2011 (РЦ СПИД)	41
КАРТА 5-1: ОБРАЩЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ПО ПОВОДУ НАРКОЗАВИСИМОСТИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2011	53
КАРТА 6-1: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (%) СРЕДИ ПИН В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ, 2011 (РНПЦ МСПН)	68
КАРТА 6-2: ОБЪЁМ СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2011	77
КАРТА 7-1: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОХВАТ ПИН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ(%), 2011	82
КАРТА 10-1: ОСНОВНЫЕ МАРШРУТЫ НАРКОТИКОВ И ТРАНСПОРТНЫЕ КОРИДОРЫ В КАЗАХСТАНЕ (UNODC)	96
КАРТА 10-1: РОЗНИЧНЫЕ ЦЕНЫ (В ТЕНГЕ) НА ОДИН ГРАММ ГЕРОИНА ПО РЕГИОНАМ РК, 2011	99

Алфавитный список соответствующих интернет-адресов

http://www.stat.kz	сайт Агентства Республики Казахстан по статистике
www.pravstat.kz	сайт Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан
www.mvd.kz/	сайт Министерства внутренних дел РК
www.mz.gov.kz	сайт Министерства здравоохранения РК
www.edu.gov.kz	сайт Министерства образования и науки РК
www.minjust.kz	сайт Министерства юстиции РК
www.rncenter.kz	сайт РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании»
http://www.caricc.org	сайт Центральноазиатского регионального информационного координационного центра
http://www.rcaids.kz	сайт Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД
www.cadap.eu/ru/content/казахстан	Программа Европейского Союза КАДАП
www.un.kz	Миссия ООН в Казахстане

Список сокращений

АРВ	Анти-ретро вирусная терапия
КАДАП/CADAP	Программы содействия управлению границами и предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии/Central Asia Drug Action Plan
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКО	Восточно-казахстанская область
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГУ	Государственное учреждение
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЕС	Европейский Союз
ЗКО	Западно-казахстанская область
ЗМТ	Заместительная метадоновая терапия
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИАЦ	Информационно-аналитический центр
ИОМ	Информационно-образовательный материал
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
КБН МВД	Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел
КНБ	Комитет национальной безопасности
КоАП	Кодекс административных правонарушений
КПСиСУГПРК	Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан
КРКАП	Кодекс Республики Казахстан по административным правонарушениям
КТК МФ	Комитет таможенного контроля Министерства финансов
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛОС	Летучие органические соединения
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ	Министерство здравоохранения
МКБ -10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр
МЛС	Места лишения свободы
МОН	Министерство образования и науки
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
МСР	Медико-социальная реабилитация
МФ	Министерство финансов
МЭМР	Министерство энергетики и минеральных ресурсов
НКС	Национальный координационный совет

НПО	Неправительственные организации
НПП	Наркотические препараты и прекурсоры
ОДКБ	Организация Договора о коллективной безопасности
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПГ	Организованная преступная группировка
ПАВ	Психо-активные вещества
ПД	Пункт доверия
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа Развития ООН
РК	Республика Казахстан
РНПЦ МСПН	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании /г. Павлодар/
РС	Работники секса
РЦ СПИД	Республиканский Центр СПИД
СКО	Северо-казахстанская область
СМИ	Средства массовой информации
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УИКРК	Уголовно-исполнительный кодекс РК
УИС	Уголовно-исполнительная система
УПК	Уголовно-процессуальный кодекс
ЦАРИКЦ	Центрально-азиатский региональный информационный координационный центр по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров
ЮКО	Южно-казахстанская область
ЮНОДК / UNODC	Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) /United Nations Office on Drugs and Crime/
EMCDDA	Европейский Центр мониторинга наркомании, наркотиков и наркотической зависимости /European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction/
ESPAD	Проект по исследованию распространенности алкоголя и наркотических средств в школах Европы./the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/

БИБЛИОГРАФИЯ

ALTYNBEKOV S. & KATKOV A.L. 2006.

Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан [Medical aspects of countering drug abuse in the Republic of Kazakhstan], Pavlodar, National Scientific and Practical Center of Medical and Social Problems of Drug Addiction.

AMANOVA ZH., PAK T. & YUSSOPOV O. 2011. Результаты мониторинга о внедрении компьютерной диагностической системы раннего выявления рисков формирования зависимости от психоактивных веществ и определения уровня развития психологического здоровья в образовательных учреждениях Республики Казахстан за 2009-2011 годы. Вопросы наркологии Казахстана, 11, 16-24.

ATAIANTS J., LATYPOV A. & OCHERET D. 2011. Передозировка: Обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии. [Overdose: An Overview of the situation and response in 12 countries in Eastern Europe and Central Asia]. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network.

BARBOLOVA K.SH. 2011. Тропикамид – глазные капли или новый наркотик? [Tropicamide - eye drops, or a new drug?]. Voprosy narcologiy Kazakhstana, 11, 61-62.

BOLTAEV A., DERYABINA A. & HOVARD A.

2012. Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан [Evaluation of opioid substitution therapy programs in the Republic of Kazakhstan]. Almaty: ICAP.

ESPENOVA M., KERIMI N. & OMAROVA ZH. 2011.

Оценка программ профилактики злоупотребления наркотиками в школах Казахстана [Evaluation of programs for the prevention of drug abuse in schools in Kazakhstan]. Astana: UNODC.

KATKOV A.L. 2009. Управление качеством наркологической помощи [Quality Management of Substance Abuse Treatment], Pavlodar, NSPC MSPDA.

KATKOV A.L. & KOMAROVA O.N. 2007. Наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан [Drug treatment of HIV-infected drug addicts in Kazakhstan], Pavlodar, National Scientific and Practical Center of Medical and Social Problems of Drug Addiction.

KATKOV A.L. & PAKKEEV S.O. 2007. Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии [Features of opioid dependence, combined with certain types of comorbid disease], Pavlodar, National Scientific and Practical Center of Medical and Social Problems of Drug Addiction.

MUSTAFETOVA P. & POGOSOV A.V. 1999. Clinical peculiarities of cocaine addiction. ZHURNAL NEVROPATOLOGII I PSIKHIATRII IMENI S S KORSAKOVA 99, 25-28.

NC AIDS

2012a. Анализ деятельности областных и городских центров СПИД по организации работы по тр
114

ебителями инъекционных наркотиков в пунктах доверия по итогу мониторинга за 2011 год [Analysis of regional and urban AIDS centers working with injecting drug users in the trust points on the results of monitoring in 2011]. Almaty: National Center on AIDS.

NC AIDS 2012b. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Казахстане [The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan]. Almaty: National Center on AIDS.

NSPC MSPDA

2004. Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в Республике Казахстан в 2001-2003 годах [Multilevel study of drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2001-2003]. Pavlodar: National Scientific and Practical Center of Medical and Social Problems of Drug Addiction.

NSPC MSPDA 2012. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2011 году [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2011]. Pavlodar: National Scientific and Practical Center of Medical and Social Problems of Drug Addiction.

SEMKE V.Y., ROSSINSKIY Y.A., MANDEL A.I. & ALTYNBEKOVA G.I. 2005.

Расстройства личности у больных опиоидной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества [Personality disorders in patients with opiate addiction and the possibility of rehabilitation in a therapeutic community], Pavlodar, "ЕКО".

UNODC 2012. Opiate flows through Northern Afghanistan and Central Asia. UNODC.

АГЕНТСТВО ПО СТАТИСТИКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН [AGENCY OF STATISTICS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN]. 2012. Available: <http://www.eng.stat.kz>.

КОМИТЕТ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ РЕБЕНКА МОН РК 2011. Доклад о положении детей в Республике Казахстан. Астана: Министерство образования Республики Казахстан.

МЮ РК. 2010. Выступление официального представителя Министерства юстиции Ерімбет Ерболат на традиционном пресс-брифинге по вопросам уголовно-исполнительной системы. сайт Министерства Юстиции Республики Казахстан [Online]. Available: <http://www.minjust.kz/ru/node/16232> [Accessed 04 07].

2012

KAZAKHSTAN ҚАЗАҚСТАН

This publication has been produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.

Бұл жарияланым Еуропалық Одақтың қолдауымен әзірленді. Бұл жарияланымның мазмұны айрықша Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH жауапкершілігі болып табылады және Еуропалық Одақ көзқарасын көру ретінде көрсетуді қарау мүмкін емес.

The European Union is made up of 27 Member States who have decided to gradually link together their know-how, resources and destinies. Together, during a period of enlargement of 50 years, they have built a zone of stability, democracy and sustainable development whilst maintaining cultural diversity, tolerance and individual freedoms. The European Union is committed to sharing its achievements and its values with countries and peoples beyond its borders.

Еуропалық Одақ 27 Мемлекет – мүшелерінен тұрады, олар өз білімдерін, ресурстарын және тағдырларын біртіндеп біріктіруді шешті. 50 жылға созылған өсу кезеңі аралығында олар алуан түрлі мәдениеттік, төзімділік және азаматтық бостандықты сақтап, тұрақтылық, демократия және тұрақты дамудың зонасын құрды. Еуропалық Одақ өз жетістіктерін және құндылықтарын шегінен тысқары тұратын халықтар мен елдерге айнымастық принципте береді.

Published by National Scientific and Practical Center on Medical and Social Problems of Drug Addiction, 2012.
Distributed free of charge.

Мен жарияланған Нашәқорлықтың медициналық – әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми – практикалық орталығы, 2012. Тегін таратылады.

giz

 **ResAd**



УДК 323/324 (574)
ББК 66.3 (5қаз)3

ISBN 978-601-7351-12-0



9 786017 351120