

**МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**



**АКАДЕМИЯ МВД КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ИМЕНИ ГЕНЕРАЛ-МАЙОРА МИЛИЦИИ АЛИЕВА Э. А.**



**ИНСТИТУТ ОТКРЫТОГО ОБЩЕСТВА  
ПРОГРАММА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**OPEN SOCIETY INSTITUTE  
Public Health Program**

**ФОНД «СОРОС-КЫРГЫЗСТАН»**



# **ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА**

**Учебно-методическое пособие**

**Бишкек – 2009**

УДК 351/354  
ББК 67.99 (2)1  
П 68

*Издано по решению Редакционно-издательского Совета Академии МВД  
Кыргызской Республики в соответствии с соглашением  
с Фондом «Сорос-Кыргызстан»*

Пособие разработано под общей редакцией министра внутренних дел Кыргызской Республики генерал-майора милиции *Конгантиева Молдомусы Ташиболотовича*, группой авторов:

*Баимакова Лариса Николаевна* – кандидат медицинских наук;  
*Алиева Гульсара Мидиновна* – доктор философских наук;  
*Зеличенко Александр Леонидович* – кандидат исторических наук;  
*Зеличенко Елена Алексеевна* – врач высшей категории;  
*Осмоналиев Кайрат Медербекевич* – доктор юридических наук;  
*Сероцка Беата* – международный эксперт;  
*Табалдиева Венера Шаршенбековна* – доктор юридических наук.

П 68 Правовые основы теории и практики снижения вреда: Учебно-метод. пособие – Б.: Салам, 2009. – 332 с.

ISBN 978–9967–11–269–8

Учебно-методическое пособие «Правовые основы теории и практики снижения вреда» разработано для поддержки учебных курсов по правовым аспектам преодоления ВИЧ-инфекции, по вопросам наркомании и снижения вреда от потребления наркотиков. Оно содержит широкий спектр информации по вопросам ВИЧ-инфекции, наркопотребления, анализирует ситуацию в мире и стране по преодолению этих проблем, отражает основы международной и национальной политики, а также практики снижения вреда от незаконного употребления наркотиков.

Настоящее учебно-методическое пособие подготовлено при финансовом и техническом содействии Института Открытого Общества (Нью-Йорк) и Фонда «Сорос-Кыргызстан». Оно предназначено для преподавателей и курсантов Академии МВД, Средней специальной школы МВД. Книга может быть полезной сотрудникам системы внутренних дел, других правоохранительных органов, широкому кругу читателей, интересующихся проблемами противодействия наркотизму, укрепления законности и правопорядка.

П 1203020200–09

УДК 351/354  
ББК 67.99 (2)1

ISBN 978–9967–11–269–8

© Институт Открытого Общества (Нью-Йорк), 2009  
© Академия МВД Кыргызской Республики, 2009

# Содержание

Список сокращений.....	4
Введение .....	5
Вместо предисловия .....	11
Программа курса .....	18
Тема 1. Наркопотребление, как социально-экономическая проблема .....	21
Тема 2. Сущность и основные принципы стратегии снижения вреда .....	43
Тема 3. Программы снижения вреда в пенитенциарной системе .....	95
Тема 4. Правовые аспекты проблемы ВИЧ-инфекции и наркопотребления .....	121
Тема 5. Современная наркоситуация: криминологические аспекты .....	149
Тема 6. Медицинские и социальные проблемы ВИЧ-инфекции, ИППП... ..	201
Тема 7. Психоактивные вещества. Медицинские аспекты наркопотребления .....	257
Заключение.....	279
Приложение 1. Глоссарий.....	282
Приложение 2. Перечень нормативных актов Кыргызской Республики по вопросам прав человека, наркопотребления и ВИЧ-инфекции.....	290
Приложение 3. Выдержки из Уголовного кодекса Кыргызской Республики .....	294
Приложение 4. Выдержки из Уголовно-процессуального кодекса Кыргызской Республики.....	304
Приложение 5. Выдержки из Кодекса об административной ответственности Кыргызской Республики .....	311
Приложение 6. Размеры наркотических средств, психотропных веществ и наркотикосодержащих растений, незаконный оборот которых влечет административную или уголовную ответственность .....	314
Приложение 7. Международные руководящие принципы по поощрению и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом.....	318
Приложение 8. Список литературы по теме .....	321

## Список сокращений

<b>АРВТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ГУИН</b>	Главное управление исполнения наказаний Министерства юстиции Кыргызской Республики
<b>ГФСТМ</b>	Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
<b>ДКТ</b>	Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>ЕС</b>	Европейский Союз
<b>ЗОЖ</b>	Здоровый образ жизни
<b>ИОК</b>	Информация, образование, коммуникация
<b>ИППП</b>	Инфекции, передаваемые половым путем
<b>ИФА</b>	Иммуноферментный анализ
<b>КАРХАП</b>	Центральноазиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу, финансируемая Министерством международного развития Великобритании
<b>КР</b>	Кыргызская Республика
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>МВД</b>	Министерство внутренних дел
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>МСМ</b>	Мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами
<b>НПО/НКО</b>	Неправительственная (некоммерческая) организация
<b>ОВД</b>	Отдел внутренних дел
<b>ОЗТ</b>	Опиоидная заместительная терапия
<b>ОО</b>	Общественное объединение
<b>ООН</b>	Организация Объединенных Наций
<b>ОФ</b>	Общественный фонд
<b>ПАВ</b>	Психоактивные вещества
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>ПОШ</b>	Пункт обмена шприцев и игл
<b>ПРООН</b>	Программа Развития ООН
<b>РО «СПИД»</b>	Республиканское объединение «СПИД»
<b>РЦН</b>	Республиканский центр наркологии.
<b>СДС</b>	Центр по контролю за заболеваниями, Атланта, США
<b>СР</b>	Секс-работник
<b>СМИ</b>	Средства массовой информации
<b>СНГ</b>	Содружество Независимых Государств
<b>СМКК</b>	Страновой многосекторальный координационный комитет
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>УИС</b>	Уголовно-исполнительная система
<b>УГ/УГН</b>	Уязвимые группы (населения)
<b>ЦАР</b>	Центральноазиатский регион
<b>ЮНОДК</b>	Управление ООН по наркотикам и преступности
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

## Введение

Конец XX, начало XXI столетия характеризуются новыми глобальными вызовами, в том числе, увеличением производства и торговли наркотиками, а также распространением ВИЧ-инфекции. Обе эти проблемы взаимосвязаны и усиливают друг друга.

С изменением политического устройства в странах Восточной Европы и Центральной Азии, существенно изменилось геополитическое положение стран Содружества Независимых Государств (СНГ). Прозрачность границ облегчает продвижение наркотиков; бедность приводит к вовлечению населения в систему наркотрафика и к увеличению потребления наркотиков. Значительное количество проходящих через страну наркотических средств и накопление финансовых ресурсов, связанных с их продажей, стимулирует развитие коррупции, а также используется для финансирования организованной преступности, связанной с торговлей оружием, вооруженными конфликтами и религиозным экстремизмом. Усиливается социальное неравенство в странах транзита наркотиков: с одной стороны, ужасающая бедность семей наркопотребителей и обогащение крупных наркодельцов – с другой. Помимо прочего, рост инъекционного потребления наркотиков приводит к распространению ВИЧ-инфекции, что в свою очередь подрывает экономическую и социальную стабильность молодых независимых государств. На 1 января 2009 г. 66,2% всех случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызстане связаны с инъекционным употреблением наркотиков (в 2001 г. они составляли 90–95%). Снижение числа наркопотребителей в структуре выявленных людей, живущих с ВИЧ, говорит о выходе ВИЧ-инфекции из среды наркопотребителей в общую популяцию, что подтверждается увеличением числа женщин и детей, живущих с ВИЧ.

Наркопотребление, развивающееся быстрыми темпами, не дает возможности формирования соответствующей субкультуры, что приводит к опасным поведенческим практикам, а это способствует заражению опасными болезнями. Так, по данным выборочных исследований среди разных групп наркопотребителей в 5 городах Кыргызстана в 2007 г., 51% обследованных страдали гепатитом С (в Бишкеке – 70%), 8% было инфицировано ВИЧ (в Оше – 13%,

в Жалалабате – 14%), и 13% – заражено сифилисом. Наблюдается высокое число передозировок, которые нередко являются причиной смерти наркопотребителей. Это связано, как с качеством наркотиков, так и с безысходностью положения наркопотребителей. При этом доступ к лечению наркозависимых ограничен в силу экономических проблем и недоверия к официальным медицинским организациям. Кроме того, имеются лишь единичные и небольшие по охвату реабилитационные программы.

Кыргызская Республика как субъект международного права, присоединилась к международным конвенциям, связанным с наркотическими препаратами и прекурсорами, а также Декларации по снижению спроса на наркотики (1998) и Декларации о приверженности, принятой специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году. Данные документы были положены в основу национальной политики по ВИЧ-инфекции и наркопотреблению. Были приняты Концепция и Национальная программа противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Этими документами предусмотрен комплекс мер по всем аспектам наркопотребления. Снижение уязвимости к ВИЧ наркопотребителей является одним из приоритетов государственной политики в области ВИЧ-инфекции<sup>1</sup>. Они направлены на уменьшение вреда от употребления наркотика для каждого конкретного человека, а не на искоренение наркопотребления. Основной целью таких программ является профилактика инфекций: прежде всего, ВИЧ-инфекции и гепатитов; смягчение социальных последствий наркопотребления; уменьшение преступности. Такие меры предусматривают действия по информационному обеспечению, развитию программ обмена шприцев и опиоидной заместительной терапии, а также медицинскую, социальную и правовую поддержку наркопотребителей.

Важная роль в реализации Государственной политики по вопросам наркотизма и ВИЧ-инфекции придается деятельности правоохранительных органов. Министерство внутренних дел является одним из основных ее исполнителей. Начиная с 2002 года, МВД

---

<sup>1</sup> Государственная программа по предотвращению СПИДа и его социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006–2010 гг.

активно включилось в осуществление программ по профилактике СПИДа, которые включали в качестве ключевых компонентов работу с группами населения с поведением высокого риска. Эта деятельность предполагает как правовые и профессиональные аспекты, а также защиту личного состава от заражения ВИЧ при исполнении служебных обязанностей. Была разработана стратегия МВД по профилактике СПИДа, инфекций, передаваемых половым и инъекционным путем, создан комитет МВД по профилактике ВИЧ-инфекции, который включал начальников главных управлений, Бишкекского и Чуйского управлений МВД, Академии МВД и возглавлялся заместителем министра внутренних дел. В рамках стратегии МВД была разработана инструкция для сотрудников ОВД по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп.

Одним из условий продвижения национальной политики в области наркотизма и профилактики ВИЧ-инфекции является повышение знаний, навыков и умений сотрудников подразделений внутренних дел. Обучение и последипломная подготовка по этим вопросам осуществляется в Академии МВД Кыргызской Республики имени генерал-майора милиции Алиева Э. А. Являясь единственным высшим учебным заведением в системе МВД республики, Академия предоставляет хорошие возможности для широкого охвата обучением различных категорий сотрудников правоохранительных органов и надлежащего качества обучения. Здесь осуществляется учебный процесс для курсантов по программе полного высшего юридического образования в течение пяти лет. Кроме того, на факультете № 1 по подготовке управленческих кадров для органов внутренних дел можно проводить обучение для представителей руководящего звена различных подразделений МВД, а также в системе курсов повышения квалификации. И, наконец, на факультете заочного обучения рассматриваемая проблематика может быть отражена в лекциях и семинарах.

Академия МВД с 2000 года вовлечена в программы по профилактике ВИЧ-инфекции с элементами снижения вреда. В 2002 году при поддержке ПРООН сотрудниками Академии совместно с представителями государственных структур и гражданского сектора

был разработан и внедрен в установленном порядке<sup>2</sup> учебный план спецкурса «Правовые основы профилактики ВИЧ/СПИДа и инфекций, передающихся половым путем». Соответствующее учебное пособие было утверждено на Ученом Совете Академии. Начиная с 2003 г. спецкурс включен в обязательную учебную программу и преподается на кафедре административного права и административной деятельности на старших курсах для курсантов Академии МВД. Учебная программа была также разработана для различных курсов обучения в средней специальной школе МВД в 2004 г.

Академия МВД в процессе подготовки квалифицированных кадров для органов внутренних дел республики так строит программу общеправовых и специальных дисциплин, что курсанты неоднократно, в разных аспектах, рассматривают вопросы, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Например, в курсе уголовного права они изучают уголовно-правовые меры борьбы с этой категорией преступлений, на занятиях по криминалистике получают подробную информацию о видах наркотических веществ и прекурсорах, а также способах их выявления и т. д. Кроме того, при изучении на младших курсах предмета «Первая доврачебная помощь» они проходят и такие темы, как «Оказание первой помощи при передозировке наркотиков»; «Пути заражения ВИЧ-инфекцией и способы защиты»; получают информацию о вирусных гепатитах. Дополнительно к этому, на выпускном курсе, когда изучаются актуальные проблемы совершенствования борьбы с преступностью, уделяется внимание и такой теме, как «Уголовная политика», в которой анализируется антинаркотиковое законодательство разных стран.

Изменение антинаркотикового законодательства и дальнейшее совершенствование государственной политики Кыргызской Республики требует дальнейшего развития существующих подходов к организации борьбы с наркобизнесом и другими сопутствующими ему вызовами – росту преступности, коррупции, распространению ВИЧ-инфекции. Все это требует глубоких знаний и понимания проблемы, изменения путей реализации государственных программ на основе доказанных на опыте эффективных комплексных мер по преодолению

---

<sup>2</sup> Т.е. утвержден на заседании Ученого Совета Академии МВД и одобрен Министерством образования, науки и молодежной политики Кыргызской Республики.



нию данных явлений и их социально-экономических последствий. Данный курс направлен на одно из трех ключевых направлений по борьбе с наркобизнесом – на программы снижения вреда от употребления наркотиков.

Программа курса и данное учебное пособие разработано Академией МВД на основе партнерства различных структур системы МВД, а также международных организаций и гражданского общества. В подготовке Пособия участвовал профессорско-преподавательский состав Академии, специалисты правоохранительных органов по борьбе с наркобизнесом, юристы, медицинские работники. Работа выполнена при поддержке Института Открытого Общества (Нью-Йорк, США) и Фонда «Сорос-Кыргызстан».

Главная цель пособия – оказать методическую помощь тренерам, преподавателям, экспертам, проводящим обучение сотрудников органов внутренних дел по вопросам стратегии снижения вреда, а также самим обучаемым путем предоставления дополнительной информации и возможности самоконтроля.

При подготовке пособия были использованы справочные и аналитические материалы по проблематике снижения вреда, данные Информационно-аналитического центра МВД Кыргызской Республики и Государственного Агентства по контролю наркотиков, нормативные правовые документы, а также другие источники информации и пособия, подготовленные для обучения других специалистов. Перечень литературных источников приводится в приложении.

Отдельные главы пособия были апробированы в ходе пилотных тренингов в 2007 году, в которых в качестве «наркозависимых» и «экспертов» по стратегии «Снижение вреда» выступали курсанты и преподаватели Академии МВД. Были подготовлены карты-схемы, вопросники, контрольные задачи, активно использовались интерактивные формы обучения. Занятия позволили выявить плюсы и минусы в подготавливаемом учебном пособии, а также определить его окончательную структуру.

Данное пособие включает широкий спектр вопросов прямо или косвенно касающихся проблем снижения вреда. В этой связи оно может быть использовано в качестве вспомогательного материала для

преподавания других курсов обучения, связанных с вопросами наркополитики и прав человека.

В Академии имеются опытные преподаватели, получившие хорошую базовую подготовку при обучении в стране и за рубежом, а также практический опыт по разработке и преподаванию спецкурса по правовым основам ВИЧ-инфекции. Созданные при Академии ресурсные центры оснащены соответствующими техническими средствами. Имеются методологические разработки, отражающие международный опыт и адаптированные к условиям Кыргызской Республики, налажены внешние связи с международными организациями, гражданским сектором, а также со странами региона. Все это позволяет в перспективе организовать на базе Академии МВД международные курсы обучения по программам снижения вреда и ВИЧ-инфекции.

## **Вместо предисловия**

### **Выступление Президента Кыргызской Республики Бакиева Курманбека Салиевича на республиканской конференции «Кыргызстан: в будущее без наркотиков»<sup>1</sup>**

Исходя из перемен, произошедших в мировой, региональной и внутренней наркоситуации, мы собрались для того, чтобы скорректировать некоторые важные моменты государственной политики в такой важной и динамичной сфере, как борьба с незаконным оборотом наркотиков, контроль их легального оборота, противодействие распространению наркомании.

Разрешите также выразить огромную признательность нашим гостям, – представителям иностранного дипломатического корпуса, международных организаций и международной прессы, аккредитованным в Кыргызской Республике, которые отыскивали возможность участия в этом форуме, рассматривающем один из самых острых вопросов обновленного Кыргызстана.

Начну с того, что для успешного решения той или иной проблемы, во-первых, необходимо признание ее наличия. И мы, хотя и с горечью, но прямо и, безусловно, признаем, что Кыргызстан имеет большие проблемы в сфере наркотиков.

Это не в последнюю очередь вызвано географическим положением страны, находящейся на одном из самых главных путей мирового наркотрафика.

С другой стороны в республике имеется и собственная сырьевая база наркотизма в виде десятков тысяч гектаров дикорастущей конопли и эфедры, из которых возможно изготовление ряда наркотических средств поистине в громадных объемах. Население ряда районов страны, вследствие снижения жизненного уровня, преград, лежащих на пути к нормальной экономике, в массовом порядке вышло на заготовку наркотиков из растительного сырья, сделав этот промысел основой своего существования.

Прозрачность и проницаемость границ делает Кыргызстан привлекательным для международной наркопреступности, и мы со всей ответственностью признаем и этот неоспоримый факт.

---

<sup>1</sup> Бишкек, 24 июня 2005 г.

Наши таможенники и пограничники, действующие зачастую в отрыве от местных государственных администраций, органов местного самоуправления и населения, не смогли организовать эффективного противодействия потоку наркотиков, сделав упор на фискальную составляющую и проверку документов, чего явно недостаточно.

Произошедшие с развалом Советского Союза изменения в обществе, переход к рыночной экономике, ряд слоев населения стали рассматривать сквозь призму цинизма, вседозволенности и потери нравственных ориентиров. Как следствие этому развились процессы правового нигилизма, не в лучшую сторону изменились нормы и правила человеческого общежития, морали и обычаев. Все это и многое другое создало условия для развития наркомании, и Кыргызстан, как это не печально, из страны транзита, стал превращаться в страну потребителя наркотиков.

За наркоманией в нашу страну пришла еще одна страшная проблема – проблема ВИЧ/СПИДа. Около девяноста процентов всех выявленных носителей этого вируса – инъекционные наркоманы. Именно на их грязных иглах возникла и сегодня расширяется проблема распространения неизлечимой инфекции. И это, так сказать «только верхушка айсберга», потому как вместе с наркоманией идет распространение и других опасных заболеваний, таких как гепатит и туберкулез.

Слабость правоохранительных органов, их неспособность противостоять организованным формам преступности, дала возможность развитию незаконного оборота наркотиков, завязавшегося в тугой узел проблем, особенно на юге Кыргызстана, где этот преступный бизнес стал развиваться уж слишком динамично.

Имитируя активную борьбу с наркопреступностью, наши правоохранительные органы сделали основной упор на, так называемый, валовой показатель, когда в расчет идет количество привлеченных к уголовной ответственности. В результате более половины осужденных в стране – наркоманы, попавшиеся с очередной дозой, от которой, как вы хорошо понимаете, им трудно отказаться.

Наркомафия же пока не понесла существенного урона. Из незаконного оборота наркотиков изымается не более двух-трех процентов его объема. Редки факты, когда вскрываются международные ка-

налы наркотрафика, привлекаются к ответственности организаторы и руководители этого преступного бизнеса.

Этому способствует и наше пока еще не совершенное уголовное, уголовно-процессуальное и административное законодательство. Под видом усиления борьбы с наркотиками, в них прописаны нормы, по существу не имеющие ничего общего с идеями справедливости, не адекватные с современной степенью общественной опасности явления, лишаящие возможности осуществлять профилактику наркотизма.

Нужны позитивные сдвиги и в местах лишения свободы, в которых наркотики также получили широкое распространение. Но речь не идет исключительно о режимных мероприятиях. Зачастую решающим фактором в выборе наркотиков, как средства уйти от реальности, становятся отсутствие работы, невыносимые условия содержания, слабая защищенность, всевластие преступных группировок, по существу захвативших власть в пенитенциарных учреждениях.

В этой связи не могу не сказать и о коррупции, получившей свое развитие в последние годы. Она стала практически перечеркивать, сводить на нет все достижения, все положительные сдвиги, которые также имелись в этой сфере. Коррупционированность чиновников и сотрудников правоохранительных органов превратилась уже не в тормоз, а скорее стену, о которую разбиваются все возможные реформы.

И это далеко не полный перечень проблем, которые нам придется решать с тем, чтобы отстоять право народа Кыргызстана на будущее без страха перед наркотиками – этим страшным злом, способным поразить не только отдельно взятую личность, но уже целые страны и регионы.

Исходя из этого, наша стратегия и тактика должны быть надлежащим образом скорректированы.

Сегодня мы собрали министров, губернаторов областей, мэров городов Бишкек и Ош, представителей неправительственных организаций с тем, чтобы направить наши усилия на современном этапе в нужное русло, а также сверить их с позицией мирового сообщества, частью которого является современный Кыргызстан.

В этой связи особо отмечаю, что Кыргызская Республика будет верна своим международным обязательствам, в том числе и в этой сфере.

Мы хорошо понимаем, что в одиночку ни одна страна не способна справиться со спрутом наркомафии и в отрыве от сложившейся мировой наркоситуации решить внутренние проблемы. Кыргызстан не является исключением. Поэтому наш курс лежит на интеграцию во всемирную систему противодействия этому злу.

Кыргызская Республика исходила, и будет исходить из юридических и общечеловеческих основ, заложенных Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года, Конвенцией о психотропных веществах 1971 года и Конвенцией ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года, к которым Кыргызстан присоединился одиннадцать лет назад, первым на постсоветском пространстве.

Признавая компетенцию Организации Объединенных Наций в этой сфере, Кыргызстан и в дальнейшем будет воплощать в жизнь Политические принципы и Глобальный план действий по наркотикам, принятые Генеральной Ассамблеей ООН, а также руководствоваться нормативными актами и требованиями Международного комитета по контролю наркотиков.

Кыргызская Республика продолжает, и это видно на практике, активное взаимодействие с Управлением ООН по наркотикам и преступности, Интерполом, Европолом, а также иными признанными международными организациями, действующими в этой сфере.

Государственные органы Кыргызской Республики и впредь будут наращивать взаимодействие с аналогичными структурами иностранных государств в формате достигнутых ими договоренностей.

Таким образом, мы были и останемся составной частью всемирной системы противодействия наркотикам со всеми вытекающими из этого последствиями.

Вместе с тем, учитывая особую опасность этого явления для жизни нашего народа, все властные структуры должны не на словах, а на деле усилить борьбу с этим страшным злом, вовлекая в процесс противодействия население республики.

Но это должен быть не хаотический, а глубоко продуманный и скоординированный процесс, имеющий в своей основе надежную концепцию и план действий.

Противодействие наркотикам, должно базироваться на общечеловеческих принципах уважения прав личности и общества, форми-

роваться исходя из особенностей страны, менталитета населения в целом, и отдельных его групп в частности.

Усиление борьбы с наркотиками не должно носить характера «чрезвычайщины», умаляющей конституционные права и свободы человека и гражданина. Все действия в этом направлении должны строиться исключительно в правовом поле.

Они должны быть адекватными складывающейся обстановке учитывать степень общественной опасности явления, уровень решаемых проблем и многое другое.

Вместе с тем, государство не должно быть безвольной машиной, регистрирующей очередные вызовы наркопреступности.

Нужны решительные действия в отношении любого без исключения лица, вовлеченного в наркобизнес, какую бы должность и положение он не занимал. Необходимо выработать в общественном сознании устойчивое представление о том, что не только юридически, но и морально недопустимы любые незаконные действия с наркотиками.

Для того чтобы искусственно не создавать причин и условий развития наркопреступности, Кыргызстан подтверждает свою позицию отказа от легальных посевов опийного мака. Он также предпримет все возможное для уничтожения дикорастущей конопли, усиления контроля использования в легальном обороте веществ из которых или с помощью которых возможно изготовление наркотиков.

Кыргызская Республика в соответствии с позицией всего мирового сообщества будет поддерживать курс на отказ от легализации любых наркотиков, в том числе и так называемых «легких».

Вместе с тем, недопустима, и с нашей точки зрения безнравственна, система, когда к уголовной ответственности за хранение наркотиков в небольших размерах привлекают их потребителей. Такое положение дел, как я уже подчеркивал выше, не соответствует принципу справедливости, отвлекает силы и средства государства от борьбы с распространителями наркотиков, создает иллюзию противодействия, вызывает справедливые нарекания населения и международных организаций.

В этой связи мы должны внимательно изучить и решительно реформировать систему правоотношений, сложившихся в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков и профилактики наркомании.

Создать эффективные и надежные инструменты исполнения государственной политики в этом направлении.

Среди приоритетных направлений также: усиление охраны границ, наращивание таможенной инфраструктуры, оснащение антинаркотических подразделений правоохранительных органов необходимой спецтехникой и автотранспортом, увеличение заработной платы их сотрудникам.

Вместе с тем, нужны решительные меры по борьбе с коррупцией в правоохранительных органах. Необходимо навсегда избавиться от известных пороков кадровой системы, перейти к комплектованию личного состава исключительно на основе деловых и личных качеств, усилить контроль за его работой.

С другой стороны государство обязано отыскать средства для поднятия уровня заработной платы, социальной защиты, а также пенсий ветеранам правоохранительных органов. В противном случае мы каждый раз будем наступать на те же самые грабли, ибо, как говорили Великие, ничто для народа не обходится так дорого, как дешевая юстиция.

Учитывая, что распространение наркомании носит характер эпидемии, необходимо в кратчайшие сроки разработать комплекс дополнительных мер по ее сдерживанию, лечению и реабилитации зависимых лиц.

Министерство здравоохранения должно активизировать свои усилия в этом направлении, не дожидаясь, пока процесс станет необратимым.

Не могу не сказать еще раз о том, что бороться с наркотиками нужно сегодня силами всего общества. При этом государственные структуры должны быть активными организаторами этого процесса. Особенно это относится к органам государственной власти на местах – областным и районным государственным администрациям, органам местного самоуправления.

В их бюджетах должны быть соответствующие статьи на это направление деятельности. Соответственным образом должен строиться и республиканский бюджет.

Органы власти должны взять на себя ответственность за профилактику наркомании, снижение спроса на наркотики, что в свою очередь повлияет на наркорынок, снизит их предложение.



При этом мы выступаем за умную и продуманную систему профилактики, за профилактику без показного рвения. Она не должна осуществляться безграмотно, становясь на самом деле рекламой наркотиков, возбуждая интерес к ним.

Профилактика должна отойти от сложившихся стереотипов. В ней свое достойное место должна занимать диверсификация промыслов, то есть замена нелегальных на легальные. Это в первую очередь касается регионов, где, как уже подчеркивалось, имеется обширная сырьевая база, и население которых занимается сбором дикорастущих наркотикосодержащих растений. Этот подход применим и в регионах с развитым транзитом наркотиков. Таким образом, любое развитие промышленности, сельского хозяйства, в общем, нормальной экономики, будет благоприятно сказываться на профилактике наркотизма.

В этой системе велика роль неправительственных организаций и полагаю, что мы вправе на них положиться, конечно же, без вмешательства в их внутренние дела.

В общем, нам нужна дееспособная система противодействия злу наркотиков на всех «этажах» нашего общества.

Однако мы пока не можем полагаться только на собственные ресурсы, и призываем все заинтересованные страны и международные организации, оказать посильную помощь в этом направлении.

В ответ гарантируем реальное усиление борьбы с международным наркотрафиком, сокращение доступности территории Кыргызстана для международной наркомафии, сокращение спроса на наркотики на территории страны, создание климата открытости и доверия в деловом общении с нашими партнерами.

Мы должны во имя народа Кыргызстана, его грядущих поколений сделать все возможное для того, чтобы избавить их от страха перед этим страшным злом современного мира.

**Келечекке бангизатсыз! В будущее без наркотиков!**

## **Программа курса**

### **Пояснительная записка**

Стремительный рост злоупотребления наркотиками, сопряженный с эпидемией ВИЧ-инфекции, поставил Кыргызскую Республику в сложную ситуацию, диктуя необходимость предоставления адекватных услуг населению и обеспечения доступа к программам профилактики, ухода и поддержки. Учебная программа для обучения переменного состава Академии МВД КР позволит сформировать правильные представления, дать знания и навыки по одному из ведущих, относительно новому направлению борьбы с наркобизнесом – по развитию программам снижения вреда. Это позволит обучаемым обеспечить предоставление необходимой помощи и доступа населения к правовому просвещению по данным вопросам.

Основной целью учебного курса «Правовые основы теории и практики снижения вреда» в Академии МВД КР является подготовка компетентных сотрудников, владеющих знаниями и навыками по эффективному осуществлению программ снижения вреда от употребления незаконных наркотиков. Программа включает ознакомление с превентивными мерами в сфере злоупотребления наркотиками и ВИЧ-инфекции в непосредственной связи со спецификой практической деятельности ОВД Кыргызской Республики.

В ходе обучения предполагается решение следующих задач:

- организовать одноименный спецкурс по обучению основам философии, теории и практики снижения вреда от незаконного употребления наркотиков;
- обучить преподавателей по основным направлениям программ снижения вреда;
- подготовить компетентных специалистов, способных в практической деятельности эффективно реализовывать меры по снижению вреда от наркозависимости, что одновременно будет способствовать распространению правовой информации среди населения, противодействию вредному воздействию наркомании и, как следствие, ограничению распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и населения в целом.

Решение изложенных задач позволит сформировать не только теоретическую, но и практическую базу для эффективной реализации программ снижения вреда, предупреждения наркомании и ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике. Это внесет существенный вклад в решение одной из восьми глобальных задач, определенных декларацией Целей развития тысячелетия «Борьба с ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями».

Уникальность данного курса состоит, прежде всего, в том, что Академия МВД КР является учебным заведением, реально способным провести комплексное обучение по данным вопросам, включая теоретическую подготовку, основанную на философии снижения вреда, применительно к практической деятельности правоохранительных органов Кыргызской Республики. Обучение будут проводить педагоги высокой квалификации. Внедрение же результатов обучения представляется весьма продуктивным в силу использования подготовленных специалистов в деятельности ОВД по всей стране.

Необходимо отметить новизну данного предмета обучения. Поэтому новые знания, практики и умения будут направлены на изменение подходов и совершенствование деятельности ОВД Кыргызской Республики, основанном на приоритете прав человека, толерантности к жертвам наркобизнеса и непримиримости к распространителям наркотиков. Такое обучение, помимо прочего, внесет в общечеловеческом аспекте существенный вклад в дальнейшее развитие демократического общества.

Совокупное число курсантов, которые получают обучение в течение года на спецкурсе «Философия, теория и практика снижения вреда от незаконного употребления наркотиков» будет составлять 400 человек. Соответственно, продолжение такого обучения в течение трех-четырёх лет позволит охватить практически все регионы страны. Действующий центр на базе Академии МВД по подготовке таких специалистов и подготовленные профессионалы, работающие во всех регионах республики, создадут мощную базу для обеспечения эффективного продвижения программ снижения вреда, профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании в Кыргызской Республике.

Обучение по данному предмету будет осуществляться на условиях сотрудничества как с личным составом ОВД, работающем в данной сфере, так и с представителями гражданского сектора и лицами, затронутыми эпидемией. Это позволит курсантам получить объективную информацию, сформировать собственный взгляд на проблему, исходя из существующих реалий, и получить навык общения с лицами, с которыми они будут сотрудничать и обеспечивать их права в своей профессиональной деятельности.

# Тема 1. Наркопотребление, как социально-экономическая проблема

**Цель:** Обоснование значимости программ снижения вреда на основе анализа социально-экономических и политических аспектов наркопотребления, а также путей снижения рисков от потребления ПАВ.

## **Задачи:**

1. Ознакомить курсантов с целями и задачами курса;
2. Обсудить общую ситуацию с распространением наркопотребления и его социально-экономические последствия в регионе и Кыргызской Республике;
3. Рассмотреть предпосылки развития программ снижения вреда от незаконного употребления наркотиков.

**Методы:** мини-лекция, мозговой штурм, семинарские занятия, общая дискуссия.

**Время:** 1 час 20 мин.

**Ключевые понятия:** психоактивные вещества, наркомания, наркопотребитель; наркозависимый; лечение наркомании; ВИЧ-инфекция, права человека.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, карты, плакаты, таблицы, рисунки.

## **План данного раздела курса:**

1.	Цели и задачи курса, основное содержание программы обучения, формы контроля и оценки знаний, практическая значимость результатов обучения. Обоснование необходимости включения данного курса в учебный процесс	25 мин.
2.	Наркомания – как социально-экономическая проблема (терминология, влияние наркопотребления на социальное и экономическое развитие) Дискуссия Мини-лекция Ответы на вопросы	30 мин.  10 мин. 15 мин. 5 мин.

3.	Предпосылки развития программ снижения вреда Презентация Ответы на вопросы	25 мин. 20 мин. 5 мин.
----	--	------------------------------

### **Рекомендации преподавателю:**

*Данный раздел является вводным, направленным на понимание проблемы наркопотребления и освоение основных понятий. Он косвенно подготавливает и дает обоснование действиям государства, гражданского общества и международных организаций по борьбе с наркобизнесом и преодолению связанных с ним социальных проблем. В рамках данной темы курсанты должны усвоить основные понятия, связанные с наркопотреблением, терминологию, исключительную стигматизацию наркопотребителей. Краткое ознакомление с ситуацией с наркопотреблением и его последствиями в мире и Кыргызстане дает понимание серьезности проблемы и отсутствие простых путей ее решения. Особый упор делается на характер зависимости, как болезненного влечения к психоактивному веществу, которое невозможно преодолеть волевым усилием зависимого или его окружения. Следует подчеркнуть неэффективность принудительных мер воздействия на наркопотребителя: принудительного лечения либо ареста и заключения под стражу таких лиц по причине употребления наркотика. Т.о. сложность решения проблемы, вызовы наркопотребления стабильности общества, связь с преступностью, тяжелый вред здоровью, в том числе, связанный с распространением ВИЧ-инфекции и гепатитов, являются основой для изменения подходов к решению проблемы наркопотребления. Развитие правового государства, приоритет прав человека, толерантности, изменение подхода к потребителям наркотиков, как к жертвам наркобизнеса, обосновывает создание программ снижения вреда.*

### **Ресурсный материал**

Незаконный оборот наркотиков формирует нарастающую угрозу национальной безопасности Кыргызской Республики, подрывает социальную стабильность в стране. Увеличивающиеся объемы транзита наркотиков через Кыргызстан приводят к росту наркопотребления, а также связанных с ним болезней, таких как ВИЧ-инфекция и гепатиты. Наркобизнес связан с другими преступными группировками и

поддерживает международный терроризм, религиозный экстремизм, транснациональную организованную преступность. Особой угрозой подвергается деятельность финансовых институтов государства, как одного из возможных каналов легализации (“отмывания”) наркодоходов, следствием чего является коррупция государственного управления, которая в свою очередь дестабилизирует общественно-политическую обстановку, разрушает органы государственной власти, основы конституционного строя государства.<sup>1</sup> Наркотрефик усугубляет экономическую ситуацию в стране, приводит к расслоению общества и усилению социального неравенства.

Развитие наркоситуации в Кыргызской Республике в последние годы характеризуется последовательным обострением и усилением негативного воздействия незаконного оборота наркотиков на состояние внутренней безопасности и социальной стабильности в стране. Расширяется также география наркотизации общества. Этому способствуют два основных фактора:

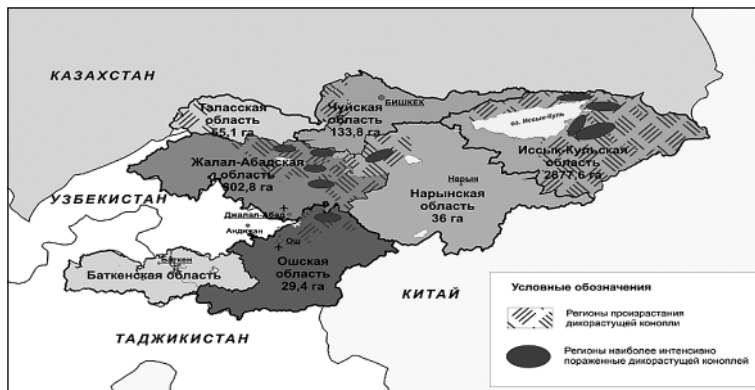
- постоянно растущий транзит наркотиков из Афганистана через территорию Кыргызской Республики в страны Содружества Независимых Государств (СНГ) и Европы (рис. 1.1);
- наличие собственной сырьевой базы в виде зарослей дикорастущей конопли (каннабиса) и эфедры (рис. 1.2).

Рис. 1.1. Пути трафика наркотиков из Таджикистана через Кыргызстан в страны СНГ и Европы.



<sup>1</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445. Введение.

Рис. 1.2. Схема расположения площадей дикорастущей конопли в Кыргызской Республике



По данным проекта Управления ООН по наркотикам и преступности (AD/RER/C32, 1998-2000 гг.) *общее количество площадей, пораженных в республике дикорастущей коноплей, составляет более 6 тысяч гектаров, что потенциально позволяет изготовить 4 248 тонн марихуаны или 148 тонн гашиша высокого качества (содержание тетрагидроканнабинола достигает до 4% от веса растения). Основные регионы произрастания дикорастущей конопли – это Иссыккульская область, а также часть территории Чуйской, Нарынской и Жалалабатской областей.*

*Эфедра хвоцеевая (сырье для изготовления стимулятора амфетаминового ряда «меткатинона»/«эфедрона») в Кыргызстане произрастает на площади свыше 55 тысяч гектаров. Основными регионами произрастания эфедры в республике являются: Нарынская, Иссыккульская, Чуйская, а также Таласская и Жалалабатская области.*



## 1.1. Основные понятия

**Психоактивные (психотропные) вещества (ПАВ)** – вещества синтетического или естественного происхождения, а также их препараты, классифицированные в качестве таковых в соответствующих международных конвенциях, а равно иные вещества или любые природные материалы, в силу их действия или злоупотребления ими включенные в национальные списки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Кыргызской Республике.

**Наркомания** – болезненное психическое состояние, вызванное хронической интоксикацией вследствие злоупотребления наркотическими средствами, которые отнесены к таковым конвенциями ООН или Агентством Кыргызской Республики по контролю наркотиков, и характеризующееся психической или физической зависимостью от них.

**Наркотизм** – совокупность критериев медицинского, социального, юридического, исторического и иного характера, обусловленная влиянием наркотиков на внутреннюю жизнь государства.

**Больной наркоманией/наркозависимый** (наркоман – устаревшее) – лицо, которое находится в состоянии физической и/или психической зависимости от какого-либо наркотика и которому в установленном порядке медицинским учреждением поставлен диагноз “наркомания”.

**Наркопотребитель** – человек, который хотя бы раз в жизни пробовал нелегальные наркотики.

**Незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ** – потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

## 1.2. Анализ наркоситуации в Кыргызской Республике

### 1.2.1. История вопроса<sup>2</sup>

*Противодействие распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызстане насчитывает более сотни лет и включает три этапа, каждый из которых ставил народ на грань выживания. Каждый из этих этапов различается по своей сути и содержанию и каждому из них соответствовала собственная тактика борьбы с наркотизацией населения.*

***Первый этап** – начало 80-х годов XIX века – когда впервые на территории Кыргызстана появились посевы опиумного мака. Опиум переправлялся в Китай как огромный магнит, притягивающий наркотики со всего азиатского континента.*

*Администрация царской России, контролирующая территорию Кыргызстана, используя указ императора Александра II о воспреещении жителям края приготовления и продажи наркотических веществ, имевшего юридическую силу только на территории Туркестанского края, стала осуществлять борьбу с их незаконным оборотом. Однако эти усилия оказались малоэффективными, и, по некоторым оценкам, в конце XIX века контрабандный оборот опия и гашиша в Средней Азии составлял более 100 тонн. Как следствие, наркомания получила широкое распространение. Исследователи склонны считать, что на 20 миллионов населения Туркестанского края в 1880 году насчитывалось до 800 тысяч потребителей только одного гашиша.*

***Второй этап** начинается с 1916 года. В связи с началом Первой мировой войны и прекращением поступления из Турции опиума, а из Германии – морфия, царское правительство России в целях удовлетворения потребностей медицины в обезболивающих средствах было вынуждено снять запрет на посев опиумного мака и производство опиума на Дальнем Востоке и в Туркестане, введя одновременно государственную монополию на его закупку. В результате Кыргызстан превратился в одного из крупнейших мировых производителей опиума. Так, в 1916 году на его территории было заготовлено 26 тонн опиума-сырца.*

<sup>2</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445.

После Октябрьской революции 1917 года Советская власть объявила государственную монополию на опиум и стала осуществлять беспощадную борьбу с его незаконным оборотом, что позволило к началу 50-х годов XX века объединить все опиеробческие хозяйства Кыргызстана в 98 колхозов и совхозов при строгом контроле за культивированием опийного мака.

В результате к началу 70-х годов XX века сбор опиума в Кыргызстане достиг 80% от всего его производства в СССР и составлял 16% мирового легального производства.

Несмотря на заявления, отрицающие существование в СССР наркомании и незаконного оборота наркотиков, к началу 70-х годов XX века ситуация стала выходить из-под контроля и 25 апреля 1974 года промышленное производство опиума в Кыргызстане было прекращено.

**Третий этап** берет свое начало с 1993 года, когда на “наркорынке” Кыргызстана впервые появился опиум афганского происхождения.

Ранее наркотики из Афганистана поставлялись в Европу по так называемому “балканскому пути”, который оказался затруднительным из-за ряда геополитических факторов, основными из которых стали следующие:

- в Иране был объявлен “джихад” (“священная война”) наркотикам, введена смертная казнь за их транспортировку и сбыт, построены дороги для контроля пограничной территории, сформирована специальная и хорошо оснащенная служба по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, имеющая большие полномочия;

- распад социалистической системы, вооруженные конфликты на Балканах и в Восточной Европе резко увеличили опасность знаменитого “балканского пути” наркотранзита через Болгарию и Югославию.

Наркомафия стала изыскивать новые пути, в том числе через страны СНГ, по “северному маршруту”(рис.1.1), и в этом ей способствовал ряд факторов:

- ослабление охраны внешних границ СНГ;
- “прозрачность” их внутренних границ;
- относительно “либеральное” уголовное законодательство;
- неготовность пограничных, таможенных и правоохранительных органов к наркоэкспансии.

*Кроме того, в странах СНГ вследствие трудностей и сложностей переходного периода появилась “питательная” среда для распространения наркомании и незаконного оборота наркотиков. Наркотики стали оседать на транзитных территориях, подстегивая развитие наркотизации населения.*

*Поэтому, начиная с 1993 года, в Кыргызстане стало стремительно расти количество изымаемых из незаконного оборота наркотиков.*

### **1.2.2. Наркоситуация в Кыргызстане<sup>3</sup>**

По состоянию на 1 января 2008 г. в Кыргызской Республике официально зарегистрировано 8464 потребителя психоактивных веществ. За период с 1990 года число зарегистрированных лиц с болезнями наркотической зависимости увеличилось в 7,2 раза (с 1182 до 8464), в том числе количество потребителей инъекционных наркотиков – почти в 3 раза (рис. 1.3, рис. 1.4). Однако, по оценкам ЮНОДК<sup>4</sup> (2006 год), количество проблемных потребителей наркотиков в стране в 4,2 раза больше и составляет 26 тысяч человек, из них около 25 тысяч человек потребляют наркотики инъекционным путем (рис. 1.4). Изменилась также структура наркопотребления. Так, в 1990 г. преобладала гашишная наркомания, а опийная составляла около 10% в структуре наркопотребления. В 2007 г., по официальным данным, 64% наркозависимых потребляли наркотики путем инъекций, а по оценочным данным, ПИН составляли 96%, большинство из которых потребляли героин.

Наркопотребление распространяется по всем регионам Кыргызской Республики. Наибольшее количество наркозависимых зарегистрировано в г. Бишкек – 3377 человек, из них 291 женщина (9%), в Чуйской области – 1924, из них 126 (6,5%) женщин и в г. Ош – 1217, из них 71 (6%) женщин (рис. 1.5).<sup>5</sup> Меньше всего случаев наркомании зарегистрировано в Нарынской области.

<sup>3</sup> Токубаев Р.Б. Доступность лечения от наркотической зависимости в Кыргызской Республике. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.

<sup>4</sup> ЮНОДК – Комиссия ООН по наркотикам и преступности.

<sup>5</sup> К. Осмоналиев. Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008, с.7.

В 2007 г. было официально зарегистрировано 879 человек с болезнями зависимости от ПАВ. В 82% случаев – это были лица с впервые установленным диагнозом, в том числе в г. Бишкек – 39%, Чуйской области – 33% и г. Ош – 10%. Удельный вес женщин среди впервые выявленных лиц составил 8,7%. Чаще обращались за медицинской помощью лица в возрасте 30–39 лет (42,6%). 75% практиковали инъекционное потребление (препараты группы опиоидов – преимущественно героин). 19% наблюдались по поводу зависимости от препаратов группы каннабиноидов (курение); по 3,0% практиковали ингаляционный способ и сочетанное потребление.

Рис. 1.3. Распространенность наркотической зависимости по официальным данным за 1996-2007 гг. в Кыргызской Республике.

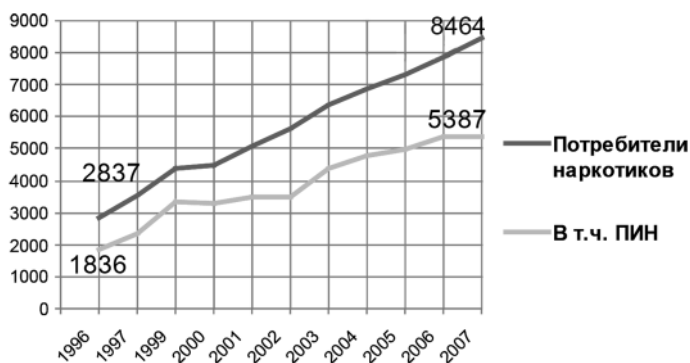
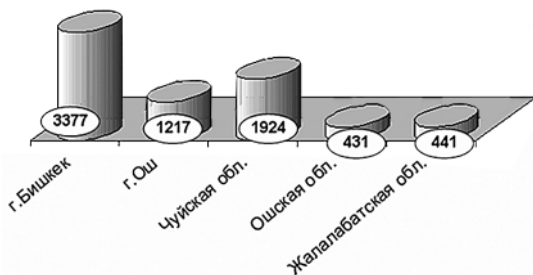


Рис. 1.4. Распространенность потребления наркотиков в Кыргызской Республике по официальным и оценочным данным, 2008.



«...Однако на самом деле наркозависимых у нас значительно больше. Ни выборочных проверок, ни облав, ни рейдов по выявлению потребителей наркотиков в последние 10 лет ни медики, ни милиция не проводили, т. к. в демократическом государстве принудительные методы недопустимы. По сравнению с 1991 годом количество наркозависимых в республике возросло в 3 раза, а желающих добровольно лечиться от наркомании сократилось. Наркотики стали более доступным, ослабла борьба с наркобизнесом... Социальная незащищенность части населения, безработица, бытовая неустроенность способствуют тому, что немало людей зрелого возраста начинают заниматься наркобизнесом, попадают в зависимость от наркобаронов и сами «сажаются на иглу» в стремлении быстро разбогатеть или, наоборот, уйти от житейских забот. Безнадзорность, отсутствие занятости и/или систематической целенаправленной воспитательной работы среди молодежи также способствуют росту наркомании и ВИЧ-инфекции...»<sup>6</sup>

Рис. 1.5. Распространенность потребления наркотиков по регионам (РЦН, 2007).



Пробы наркотиков начинаются в молодом возрасте – возраст первой инъекции, по оценкам ЮНОДК (2006), в среднем составил 22 года. Однако исследование среди школьников 10-х классов в 2006 году выявило, что более 5% опрошенных хотя бы один раз в жизни пробовали наркотики, 2,4% из них пробовали препараты конопли (марихуана), а 0,5% – употребляли марихуану регулярно (более 40 раз). 3,7% респондентов сообщили о пробах ингалянтов.

<sup>6</sup> Эстебесова Б.А., директор общественного объединения «Социум», президент Ассоциации снижения вреда «Партнерская сеть». Интервью газете «Статья», № 15, август 2006 г., беседовал Л. Зеличенко.

### 1.3. Последствия наркотрафика и наркопотребления

*Кыргызстан постепенно превратился из страны, через которую проходит транзит наркотиков, в страну-потребителя наркотических средств. По оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), в республике насчитывается до 26 тысяч наркопотребителей, из которых 25 тысяч употребляют наркотики путем инъекций.*

По данным ЮНОДК наблюдается три типа медико-социальных последствий употребления наркотиков<sup>7</sup>:

1. Прямое влияние потребления наркотиков на здоровье: передозировки, заражение ВИЧ или гепатитами, проблемы с психическим здоровьем, расстройства, обусловленные образом жизни (плохое питание и отсутствие гигиены).
2. Преступность, связанная с оборотом или потреблением наркотиков: насилие и нарушение порядка, связанные с незаконным оборотом наркотиков; коррупция; отмывание денег; воровство, чтобы добыть средства для покупки дозы.
3. Ухудшение социального функционирования: снижение продуктивности на работе, разрушение семейной жизни, снижение успеваемости.

Иран, который более двух десятков лет ведет бескомпромиссную борьбу с наркобизнесом, испытывает следующие политические, экономические, социальные и медицинские проблемы:

- с 1979 г. после революции в Иране около 3600 сотрудников правоохранительных органов и пограничных служб погибли при пресечении наркоконтрабанды;
- более 1 млрд. долларов США потрачено на укрепление 800-километровой границы с Афганистаном (постройка заградительных бетонных стен в ущельях, установка колючей проволоки и рвов вдоль границ);
- Иран вынужден тратить около 500 млн. долларов США ежегодно на борьбу с наркоконтрабандой, а также на реализацию

<sup>7</sup> Нина Керими, Региональный координатор ЮНОДК Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане. Региональный семинар Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008.

профилактических программ и снижение вреда для наркопотребителей. За эти годы изъято из незаконного оборота около 2200 тонн различных наркотиков, задержано около 2,2 млн. контрабандистов, включая 10 тыс. иностранцев;

- В борьбу с наркотиками вовлечены около 70 тыс. сотрудников правоохранительных и пограничных структур Ирана. Более 60% заключенных, находившихся в тюрьмах Ирана в 2003 г., были инфицированы ВИЧ.

Потребление наркотиков само по себе приносит вред организму. Кроме того, наблюдается значительное количество осложнений, связанных с методом введения наркотика – т. е. гнойные заболевания в местах инъекций, заражение ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С. Часто наблюдаются передозировки, нередко приводящие к смерти наркопотребителя. Так, по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы, в 2007 году в Кыргызстане умерло 87 человек по причине отравления наркотиками/алкалоидами группы опиатов. Всего с наркологического учета в связи со смертью сняты 139 человек, что составило 1,6% от числа зарегистрированных наркопотребителей. У 3,8% от числа умерших лиц смерть наступила в стационарах наркологического профиля (основной причиной смерти явились отек головного мозга и сердечная недостаточность)<sup>8</sup>.

В результате ограниченного доступа наркопотребителей к программам лечения зависимости и профилактики инфекций, для ПИН риск инфицирования ВИЧ, гепатитами В и С существенно выше, чем среди населения в целом. Поэтому распространение ВИЧ-инфекции в Кыргызстане связано с опасными практиками употребления наркотиков путем инъекций. Наркопотребители составляли от 90% (в целом по стране) до 95% (по г. Ош) от числа официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в 2001 г. и 72% новых случаев ВИЧ-инфекции в 2007. При этом результаты специального исследования, проводимого в городах Бишкек и Ош в 2007 г., показали, что на учете в наркологическом диспансере состояли только 22,9% ПИН, тогда как стаж употребления наркотиков в среднем составлял 10 лет,

<sup>8</sup> Токубаев Р.Б. Доступность лечения от наркотической зависимости в Кыргызской Республике. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.



а инъекционный – 8 лет. **Кыргызстан в настоящее время находится на концентрированной стадии ВИЧ-инфекции, т.е. на этапе, когда ВИЧ преимущественно распространяется среди уязвимых групп.** Стадия ВИЧ-инфекции определяется по числу инфицированных представителей ключевого населения. Если распространенность ВИЧ среди любой из групп с поведением высокого риска (ПИН, СР, МСМ не превышает 5% – то это начальная стадия, если превышает 5% – концентрированная, а если инфицируется ВИЧ свыше 1% беременных женщин, то говорят о генерализованной стадии ВИЧ-инфекции). **Так, распространенность ВИЧ среди ПИН в 2007 г. составила 7,7%. В том числе, в Ошской области были инфицированы ВИЧ около 13%, а в Жалалабатской – 14% (табл. 1).** О связи передачи ВИЧ с опасными практиками инъекционного употребления наркотика свидетельствует высокая распространенность вирусного гепатита С (ВГС) – тяжелого заболевания, вызывающего поражение печени и обуславливающего развитие цирроза и рака печени у наркопотребителей. В целом среди обследованных наркопотребителей 50,9% были инфицированы вирусом гепатита С, а среди инфицированных ВИЧ ПИН этот показатель составил 91,3%. При этом, в г. Бишкек 70% обследованных ПИН были инфицированы ВГС.

12,8% ПИН были заражены сифилисом (среди женщин 30,1%, у мужчин 9,8%). Такая ситуация подтверждает риск передачи ВИЧ половым путем, причем, как заражения самих наркопотребителей, так и передачу сифилиса и соответственно ВИЧ сексуальным партнерам ПИН. Доказательства заражения половых партнеров ПИН, не относящихся к группе лиц с поведением высокого риска, уже имеются в Кыргызской Республике, как правило – это сексуальные партнеры наркопотребителей – их подруги и жены. Более высокий уровень распространения сифилиса среди женщин говорит о том, что они часто оказывают сексуальные услуги в обмен на дозу наркотика либо на деньги, чтобы опять же эту дозу купить. Более 60% из опрошенных ПИН никогда не обращались за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП. За последний год 3,5% опрошенных являлись донорами крови. Все это убедительно свидетельствует о необходимости усиления профилактических программ среди ПИН для преодоления опасных последствий как для них самих, так и для населения в целом.

## 1.4. Правовые аспекты, способствующие развитию программ снижения вреда<sup>9</sup>

Кыргызская Республика, получившая независимость в 1991 г. ратифицировала основные международные конвенции, касающиеся прав человека. Как субъект международных правоотношений она следует своим обязательствам по реализации международных документов, на основе уважения прав человека, принципа недопустимости дискриминации. Приоритет норм международного права признается Конституцией Кыргызской Республики: *«В Кыргызской Республике признаются и гарантируются основные права и свободы человека в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами и соглашениями по вопросам прав человека, вступившими в законную силу»*<sup>10</sup>. Кроме того, исполнение норм международного права регулируется законодательством страны, согласно которого, устанавливается приоритет международного права. Т.е., если международным договором Кыргызской Республики установлены иные правила, чем те, которые предусмотрены законодательством Кыргызской Республики, то применяются правила международного договора (статья 46 Закона Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»).

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах устанавливает право на здоровье, как «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» (Генеральная Ассамблея ООН 1966).

**Право на здоровье – это не право быть здоровым.**

**Это право на возможность поддерживать, укреплять и восстанавливать здоровье.**

**Это право на здравоохранение.**

<sup>9</sup> Данный раздел дается по материалам выступления Нины Керими, Регионального координатора ЮНОДК Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане. Региональный семинар Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008.

<sup>10</sup> Конституция Кыргызской Республики. Изложена в законе Кыргызской Республики «О новой редакции Конституции Кыргызской Республики» от 23 октября 2007 г.

Государство обязано **уважать, защищать и осуществлять это право.**

**Уважать:** воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье.

**Защищать:** принимать меры для недопущения посягательства на гарантии права на здоровье третьими сторонами.

**Осуществлять:** принимать законодательные, административные, бюджетные, судебные и иные меры для полного осуществления права на здоровье.

Международные стандарты прав человека обязывают государства уважать, защищать и реализовывать право граждан на безопасность, справедливость и обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья.

Обязательства государства имеют юридическую силу и предусматривают санкции, если «носитель обязательств» их не выполнил.

Осуществление права на здоровье включает предупреждение болезней; лечение, уход и поддержку. Государство обязано создать условия, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни. Т.е. это наличие организаций здравоохранения, возможность получения лечения по доступным ценам, включая тех, кто не может заплатить; обеспечение основными медикаментами.

Медицинские услуги должны быть **доступны для всех**, а уязвимым и социально отчужденным слоям населения должна обеспечиваться особая защита от дискриминации.

Услуги должны быть **научно-обоснованными** (стандарт качества) и соответствовать принципам **медицинской этики** (обеспечивать конфиденциальность и санкции за ее нарушение; дружественными и приемлемыми с точки зрения **культуры**, т.е. предусматривать уважительное толерантное отношение к больному).

Доступность лечения наркотической зависимости включает:

- Своевременность услуг, т.е. их доступность тогда, когда они нужны и человек хочет ими воспользоваться.

*В США 25-50% обратившихся за лечением наркозависимых уходят с листа ожидания. 9-31% людей получили отказ от предоставления амбулаторного лечения наркозависимости.*

- Существование спектра услуг, из которого можно выбрать то, что нужно именно в определенный момент.

*В новых странах Евросоюза проживает 20% населения, но только лишь 1,3% пациентов получают опиоидную заместительную терапию (ОЗТ). В старых странах почти все медикаментозное лечение наркозависимости – это ОЗТ; а препараты для ОЗТ могут выписывать врачи общей практики.*

**В отсутствии универсального показателя доступности лечения от наркомании охват ОЗТ считается наиболее очевидным критерием доступности/развитости системы здравоохранения.**

Право на **осознанное согласие** человека на участие в медицинских процедурах [или отказ от лечения].

*Человек должен знать и понимать: предварительный диагноз; цели, методы, продолжительность и ожидаемые результаты предлагаемого лечения; возможные болевые ощущения или дискомфорт, риски и побочные эффекты.* Он должен иметь право **участвовать в принятии решений**, связанных с оказанием услуг здравоохранения, и исполнение этого права должно периодически оцениваться организациями здравоохранения и гражданским сектором. Однако в мире еще существует принудительное (насильственное) лечение и часто оно обосновывается интересами как самого больного, так и общества в целом.

«Этические аспекты принудительного лечения являются сложным конгломератом, включающим проблему конфликтующих ценностей:

- независимость (автономия) индивида и власть государства (общества);
- права граждан и необходимость защиты общества;
- право личности на выбор поведения и обязанность общества заботиться об индивидах,
- медико-этическая дилемма (что является “наилучшим” интересом пациента)»<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Нина Керими, Региональный координатор ЮНОДК Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане. Региональный семинар Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008.

**Деонтологический (этический) подход** исключает посягательство на свободу или унижение достоинства индивидов в случае их принуждения к лечению и считает защиту свободы и достоинства всех членов общества более ценным, чем улучшение психического здоровья, произошедшего в результате лечения, относительно немногих индивидов.

**Утилитарный подход** поддерживает точку зрения о том, что конечная цель поддержания автономии для индивида может быть наилучшим образом достигнута путем применения осторожного и дозированного использования доброжелательного принуждения.

**Юридический (правовой) подход** включает:

- 1) предположение об опасности больного для общества или для других людей (профилактический социальный контроль);
- 2) необходимость заботы о больном исходит из положения о том, что вмешательство делается для собственного блага больного;
- 3) *гомерическое* обязательство основано на предварительном соглашении с больным о том, что, даже если позднее он захочет прервать лечение, он будет принудительно оставлен на лечении;
- 4) предполагаемое согласие означает предположение о том, что больной позднее согласится, что недобровольное помещение на лечение было необходимым в данных обстоятельствах (например, в случаях краткосрочных неотложных вмешательств).

Согласно международным критериям принуждение к лечению определяется, как “официально установленное давление, результатом которого является принятие индивида на лечение” и продолжение лечения. Принуждение отличается от “насильственности“, поскольку в первом случае человеку дается возможность выбора. В законодательстве Кыргызской Республики принудительное лечение или принудительные меры медицинского характера не предполагают выбора для больного, т.о. являясь по сути насильственными.

Насильственное или обязательное лечение назначается независимо от персонального выбора. Гражданско-правовое воздействие (принуждение) включает:

- Замена уголовного наказания лечением (отвлечение от уголовного наказания).
- Обязательное информирование, центральная регистрация, обязательное лабораторное исследование, недобровольное наблюдение по месту жительства.
- Лечение под давлением (работодателя или семьи).

### **Замена уголовного наказания лечением**

**Вместо ареста:** направление на лечение по поводу острых расстройств здоровья (например, синдром отмены). Лечение проводится кратковременно, после него люди либо отпускаются или им предъявляется обвинение по поводу правонарушения.

**После ареста, до суда** – лиц, арестованных и признанных зависимыми в результате медицинского освидетельствования, проведенного по просьбе самого лица или юридического органа, могут направлять на лечение и наблюдение по месту жительства. Там, где лечение прошло успешно, преследование законом может быть снято.

**После суда, вместо тюремного заключения** - положения об отмене или снятии исполнения приговора (обычно приговора длительностью максимум два года) после обвинения, если лечение успешно завершено.

**В период исполнения приговора** – во время пребывания в тюрьме, или до заключения; это время иногда вычитается из срока или принимается как условие для освобождения.

#### **Рекомендации ВОЗ по гражданско-правовым воздействиям**

– люди, нуждающиеся в неотложном краткосрочном принуждении из-за беспомощности в результате зависимости от наркотиков, должны быть немедленно отпущены по завершении лечения, например, детоксификации;

– принудительное гражданско-правовое воздействие (кроме случаев, нуждающихся в неотложных вмешательствах) оправдано только тогда, когда имеются эффективные лечебные программы и адекватные и гуманные условия;

– время принудительного содержания должно быть ограниченным, и статус недобровольности должен периодически пересматриваться;

– человек должен иметь определенные права, касающиеся содержательной и процедурной стороны судопроизводства по принуждению, например, право на своевременные судебные слушания, консультации, стандарты доказательств и т.д.

*Принудительное лечение и жестокое отношение часто бывает неэффективным. Например, в Китае: 80% рецидивов происходит через две недели после выписки и более 95% через 6 месяцев после завершения принудительного лечения наркомании (ВОЗ, 2005).*

### **Рекомендации правозащитных организаций:**

- Международные стандарты лечения наркозависимости, включающие критерии, основанные на правах человека.
- Механизм контроля над практикой лечения и соблюдения международных норм права.
- Контроль ВОЗ за директивой относительно включения метадона и бупренорфина в список основных лекарственных препаратов и МККН – за доступностью агонистов опиатов для ОЗТ в странах.
- Глобальный обзор практики лечения особенно недобровольных его форм в том числе в системе уголовного правосудия.
- Страны должны включить в свои доклады о реализации положений Пакта данные о медицинском обслуживании людей, потребляющих наркотики.
- Необходимо провести исследования по оценке лечения с точки зрения пациентов.

Следует отметить, что Кыргызстан принимает меры по совершенствованию законодательства и практик по вопросам, связанным с наркопотреблением, лечением и наблюдением за лицами с болезнями зависимости, в соответствии с нормами международного права. Однако пока отсутствует эффективное лечение, государство не имеет возможности развивать реабилитационные программы, сохраняется необходимость платы за лечение, а многие наркозависимые не имеют возможности платить за лечение. Имеет место принуждение при проведении освидетельствования на ВИЧ, на наркопотребление,

ИППП. Однако только в отдельных случаях это принуждение предусмотрено законодательством (например, назначение мер медицинского характера по решению суда), но чаще является неправомерными практиками, применяемыми как медицинскими работниками, так и представителями правоохранительных органов. Наряду с этим, существующие ранее и сохраняющиеся в настоящее время некоторые репрессивные санкции в виде принудительного (недобровольного) лечения, постановки на учет, лишения ряда гражданских прав (права на вождение автотранспорта, приобретение оружия, на определенные виды деятельности) вызывают страх и недоверие наркопотребителей к представителям официальной медицины. Так, по данным опросов, не более 22% наркопотребителей обратились за помощью в медицинские учреждения, и примерно такое же их число, по оценкам ЮНОДК, состоит на учете в медицинских учреждениях. Такая ситуация не позволяет обеспечить своевременную медицинскую помощь по лечению зависимости, а также привлечь наркопотребителей в программы по профилактике ВИЧ-инфекции и приводит к высокой смертности по причине передозировок наркотиков. В этой связи, начиная с 1998 года, в стране были начаты программы снижения вреда. На начальном этапе они основывались на установлении доверительных отношений с представителями целевой группы, в том числе тех, кто не состоял на учете в организациях здравоохранения. Через два года от начала программ был внедрен обмен шприцев и еще через два года первые программы опиоидной заместительной терапии метадонном.

Проведению данной работы способствовало отсутствие законодательных препятствий для осуществления программ снижения вреда. Препараты для проведения опиоидной заместительной терапии (например, метадон) не относятся к запрещенным наркотическим средствам. Метадон легально используется в медицинской практике на основании совместного приказа Министерства здравоохранения и Агентства КР по контролю наркотиков. Более того, с 2008 года он был включен в список жизненно важных медицинских препаратов, утвержденный Министерством здравоохранения Кыргызской Республики. Программы обмена шприцев, лечения и реабилитации наркопотребителей предусмотрены Концепцией противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в



Кыргызской Республике, утвержденной указом Президента КР от 22 декабря 2004 года (УП №445). Программы обмена шприцев в тюрьмах регламентированы приказом Министерства юстиции КР. Вместе с тем, такой подход свидетельствует лишь о декриминализации программ снижения вреда, поскольку их проведение не предусмотрено законодательством. В этой связи иногда находятся формальные поводы для осуществления прессинга против их проведения. Особенно это касается программ заместительной опиоидной терапии метадон, которые периодически сворачиваются из-за несогласованных действий Министерства здравоохранения и правоохранительных органов.

Таким образом, программы снижения вреда являются одним из трех основных направлений по борьбе с наркотизмом. Они соответствуют этическим, медицинским и правовым подходам, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения и правозащитными организациями. Они направлены на интересы конкретного человека и в то же время отражают потребности общественного здравоохранения по защите общества в целом. Они обеспечивают доступ к представителям целевой группы, но основаны на доверии и уважении личности, предоставляя право выбора. В настоящее время такими программами в Кыргызской Республике уже охвачено вдвое больше наркопотребителей, чем состоит на диспансерном учете в организациях здравоохранения. При этом, часть из клиентов программ добровольно соглашается на официальную регистрацию для участия в программах опиоидной заместительной терапии. Благодаря развитию программ снижения вреда расширился доступ к медицинской, социальной и правовой поддержке наркопотребителей, равно как и набор программ по преодолению зависимости.

В процессе совершенствования законодательства противоречия законодательства международным нормам будут устранены, а неправомочные практики будут подвергаться санкциям по решению суда. Будущим юристам, сотрудникам правоохранительных органов также следует помнить о возможности прямого применения норм международного права, ратифицированных в Кыргызской Республике.

## Список рекомендуемой литературы:

1. Бакиев К.С. Кыргызстан: в будущее без наркотиков Выступление на научно-практической конференции. Май 2005 г.
2. Башмакова Л., Курманова Г., Кашкарев А. «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния», Бишкек, 2003.
3. Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, принятая Резолюцией S-20/3 Генеральной Ассамблеи ООН 08 сентября 1998.
4. Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003.
5. Конституция Кыргызской Республики. Изложена в законе Кыргызской Республики «О новой редакции Конституции Кыргызской Республики» от 23 октября 2007 г.
6. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445.
7. Нина Керими, Региональный координатор ЮНОДК «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Региональный семинар Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008.
8. Осмоналиев К. Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008.
9. Токубаев Р.Б. Доступность лечения от наркотической зависимости в Кыргызской Республике. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.

## **Тема 2. Сущность и основные принципы стратегии снижения вреда**

**Цель:** Информирование курсантов по вопросам снижения вреда как одного из трех обязательных компонентов борьбы с наркобизнесом для формирования понимания правовых аспектов и практической значимости таких программ в преодолении социальных и медицинских последствий наркопотребления, а также сохранения здоровья населения в целом.

### **Задачи:**

1. Ознакомить курсантов с правовыми аспектами и философией снижения вреда.
2. Обсудить роль программ обмена шприцев в предотвращении ВИЧ-инфекции и улучшении взаимодействия с наркопотребителями.
3. Сформировать понимание по опиоидной заместительной терапии как медицинской программе, направленной на снижение спроса на наркотики, обеспечение права наркопотребителя на охрану здоровья, а также о ее влиянии на общественное здравоохранение.
4. Ознакомить курсантов с программами снижения вреда в Кыргызской Республике.

**Методы:** общая дискуссия, мини-лекции, презентации, встречи с исполнителями и клиентами программ снижения вреда.

**Время:** 4 часа 00 мин.

**Ключевые понятия:** Программы снижения вреда, обмен шприцев, пункты обмена шприцев, метадоновая программа, опиоидная заместительная терапия, бупренорфин, норпан, философия снижения вреда.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, карты, плакаты, таблицы, рисунки, средства защиты.

## План данного раздела курса:

1.	Основные понятия и философия снижения вреда Дискуссия Мини-лекция Ответы на вопросы	45 мин. 10 мин. 35 мин. 5 мин.
2.	Правовые аспекты снижения вреда Дискуссия Мини-лекция Ответы на вопросы	30 мин. 10 мин. 15 мин. 5 мин.
3.	Программы обмена шприцев Презентация Ответы на вопросы	25 мин. 20 мин. 5 мин.
4.	Опиоидная заместительная терапия (характеристика метадона, значение ОЗТ, препараты, применяемые при ОЗТ, мифы, связанные с ОЗТ, значимость и эффективность ОЗТ) Дискуссия Мини-лекция Ответы на вопросы	25 мин.  10 мин. 25 мин. 5 мин.
5.	Экономическая эффективность программ снижения вреда	35 мин.
6.	Программы снижения вреда в Кыргызской Республике	45 мин.
7.	Роль правоохранительных органов в осуществлении программ снижения вреда Семинарское занятие	45 мин.

### ***Рекомендации преподавателю:***

*Программы снижения вреда – это относительно новое явление в нашей стране. Они были начаты только в конце 90-х годов XX столетия в связи с необходимостью предупреждения эпидемии ВИЧ-инфекции. Их внедрению в Кыргызской Республике способствовали развитие демократизации общества и формирование правового государства, основанного на приоритете прав человека, создание государственной политики по ВИЧ-инфекции, гуманизации пенитенциарной системы. Тем не менее, до настоящего времени как у граждан страны, так и у некоторых сотрудников правоохранитель-*

ных органов недостает понимания значимости этих программ для индивида и общества в целом, а также их правовой оценки. В ходе лекций и практических занятий, построенных на основе примеров практического исполнения программ снижения вреда в мире, описания положительных и отрицательных сторон данных программ в Кыргызстане, обсуждения мифов, связанных с такими программами, а также изложения основ государственной политики по данному вопросу, преподаватель формирует правильное понимание их роли в вопросах предупреждения негативных последствий наркопотребления. Специальный акцент делается на задачах правоохранительных органов по реализации программ снижения вреда. Важно подчеркнуть, что такие программы позволяют установить доверительные отношения с наркопотребителями, что косвенно влияет на снижение преступности путем уменьшения спроса на наркотики в результате изменения поведения, и мотивирования на лечение по поводу наркомании.

Важным элементом программы снижения вреда, а также профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С является опиоидная заместительная терапия (ОЗТ). В процессе лекций и практических занятий по этой теме следует сформировать у курсантов понимание значимости ОЗТ, которая отвечает потребностям индивида, семьи и общества.

Лекционные и практические занятия по данному вопросу могут проходить как в рамках утвержденных программ, так и внеаудиторной деятельности, включая факультативные курсы. Внеаудиторные занятия могут включать встречи с организаторами и волонтерами программ снижения вреда; посещение пунктов обмена шприцев, встречи с клиентами программ снижения вреда; проведение диспутов и конференций, подготовку докладов по данному вопросу в рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом (1 декабря); Всемирного дня борьбы с наркотиками (26 июня). Для наиболее заинтересованных курсантов может быть предложено посещение семинаров и/или конференций по данному вопросу, проводимых в стране и в Центральноазиатском регионе.

## Ресурсный материал

*«Необходимо облегчить доступ ПИН к профилактике и лечению наркозависимости и программам снижения вреда, оказывая всяческое содействие широкому предоставлению услуг по профилактике и лечению наркозависимости и программам снижения вреда ( в частности, распространению шприцев и игл, дезинфицирующих средств и презервативов, добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, заместительной терапии, диагностике и лечению ИППП) в соответствии с национальной политикой...»»*

Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2004.

### 2.1. Основные понятия стратегии снижения вреда

Использование инъекционных наркотиков является основным способом передачи ВИЧ в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Потребление наркотиков распространено повсеместно: по оценке Агентства ООН по контролю за наркотиками и профилактике преступности (ЮНОДК), 208 млн. человек в мире потребляли наркотики в 2007 г., в том числе почти 16 млн. потребляли их путем инъекций, почти третью часть из которых составили жители СНГ.

Кыргызстан, на рубеже веков столкнувшийся с глобальными вызовами, связанными с распространением наркотиков и их влиянием на здоровье общества, включая эпидемию ВИЧ-инфекции, вирусные гепатиты, проводит целенаправленную и всестороннюю государственную политику по преодолению этих и смежных проблем. Эта работа строится на законодательстве Кыргызской Республики и других нормативных правовых документах – государственных программах, постановлениях Правительства Кыргызской республики, приказах МВД, Агентства Кыргызской Республики по контролю наркотиков, Министерства юстиции и Министерства здравоохранения.

Комплекс мероприятий по борьбе с наркотизмом условно делится на три направления:

- Снижение поставок наркотических веществ и их прекурсоров;
- Снижение спроса на наркотики;
- Снижение вреда от немедицинского потребления наркотиков.

При кажущейся автономности каждого из них, все они взаимосвязаны. Первое направление (*снижение поставок*), в основном, связано с деятельностью правоохранительных органов, а также организаций здравоохранения, ответственных за законный оборот наркотиков. Тем не менее, непосредственно на эти вопросы влияет социально-экономическая ситуация в стране, а также возможность государства создать рабочие места, обеспечить достойное существование гражданам, развивать сельское хозяйство и противостоять коррупции, обеспечить охрану рубежей усилиям пограничной службы.

*Снижение спроса* на наркотики является прерогативой всех участников данного процесса – и, прежде всего, Правительства страны, местных администраций, организаций образования, средств массовой информации, учреждений гражданского сектора для обучения, информирования населения, создания рабочих мест, решения социальных проблем населения. Организации здравоохранения, осуществляющие программы лечения и реабилитации, таким образом, снижают спрос на наркотики. Программы заместительной опиоидной терапии направлены не только на снижение вреда, но и на снижение спроса на нелегальные наркотики. Правоохранительные органы, обеспечивая борьбу с наркобизнесом, разрывают цепочку по вовлечению новых лиц в потребление наркотиков.

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, не существует эффективных программ, которые бы предотвращали потребление нелегальных наркотиков.<sup>1</sup> Потребление наркотиков – это факт, который существует во всех странах и культурах, несмотря на суровые меры по прекращению потребления и торговли наркотиками. Отсюда следует, что программы, которые направлены исключительно на профилактику потребления наркотиков, по сути своей неэффективны и не ведут к снижению темпов и масштабов распространения ВИЧ-инфекции.

Арсенал медицинских методов при лечении наркомании ограничивается программами детоксикации и реабилитации, которые в лучшем случае могут помочь освободиться от наркотиков 5-7% наркозависимых.

<sup>1</sup> Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: WHO, 2002.

**Снижение вреда** – это концентрация усилий на уменьшении **вреда** от употребления наркотиков, а не на искоренение самого потребления наркотиков. Цель работы по снижению вреда – это профилактика инфекций, включая ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты и другие переносимые с кровью инфекции; снижение риска передозировки; смягчение негативных последствий потребления наркотиков, включая нищету и преступность как для отдельных лиц, так и для местных сообществ в целом.<sup>2</sup>

Как реакция на постоянную, но малоуспешную борьбу с наркотиками, низкую эффективность лечения наркозависимости, возникла **философия снижения вреда**. Подход снижения вреда в здравоохранении предлагает альтернативу абстиненции<sup>3</sup> как единственной цели лечения. Теперь важной целью является профилактика нежелательных медицинских и социальных последствий употребления наркотиков, уменьшение риска появления других медицинских проблем (ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С), возникающих при распространяющейся и плохо вылеченной наркозависимости (особенно в ситуации совместного использования инъекционного инструментария), а также предохранения от заболеваний, передающихся половым путем (ИППП), связанных с оказанием сексуальных услуг в среде наркозависимых. Стала востребованной заместительная терапия метадонем, как идеальное средство снижения вреда среди потребителей наркотиков с зависимостью от героина.

*Снижение вреда рассматривает потребление наркотиков с реалистичной и прагматической позиции охраны здоровья населения, концентрируясь на практически осуществимых задачах. Более того, предотвращая распространение переносимых с кровью инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, работа по снижению вреда способствует профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди населения в целом. Снижение вреда подразумевает ненасильственный подход, основанный на научных исследованиях и соблюдении прав человека.*

Термин «**снижение вреда**» иногда используется по отношению ко всем негативным последствиям потребления наркотиков, однако, в

<sup>2</sup> Факты в пользу программ снижения вреда. IHRDP OSI, 2005.

<sup>3</sup> Абстиненция – полный отказ от наркотиков. Является основой деятельности некоторых школ наркологии, например, Российской.



контексте ВИЧ-инфекции ВОЗ использует этот термин для обозначения комплекса научно обоснованных мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ и последствий заражения ВИЧ при потреблении наркотиков, особенно инъекционных. Этот подход также эффективен в отношении других инфекций, передающихся с кровью (особенно гепатитов В и С), передозировки наркотиков и других негативных последствий для здоровья отдельного человека и благополучия общества.<sup>4</sup>

Всесторонняя стратегия предотвращения эпидемии ВИЧ-инфекции там, где ее основной движущей силой является потребление наркотиков, должна включать программы, направленные на первичную профилактику потребления наркотиков. ВОЗ признает, что профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и заключенных требует всестороннего подхода и широкого ряда мероприятий.

В 1998 г. Европейское бюро ВОЗ совместно с Объединенной программой ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) и Советом Европы опубликовало основные принципы эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН. Это была одна из первых публикаций ООН по этому вопросу. В ней было указано на необходимость обеспечения стерильными принадлежностями для инъекций и заместительной терапии опиоидами (ЗТО). Все эти подходы развивались в последующих руководящих документах и резолюциях ВОЗ (в 2002-2004 гг.), а также были включены в резолюцию Дублинской декларации «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии».

### **Основные принципы программы «Снижение вреда»:**

- 1) Немедицинское использование психоактивных средств – неизбежное явление в любом обществе, которое имеет доступ к ним. Политика в отношении наркотиков не должна базироваться на утопической идее о том, что немедицинское потребление наркотиков можно прекратить, победить, ликвидировать.
- 2) Немедицинское потребление наркотиков неизбежно приносит социальный и индивидуальный вред семье, обществу, каждому потребителю. Противостояние наркомании не должно

<sup>4</sup> ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006, с.5-8.

основываться на утопической идее, что немедицинское недозированное потребление наркотиков благодаря будущим научным открытиям станет более безопасным.

- 3) Антинаркотиковая политика должна быть прагматичной, оцениваться на основе актуальных последствий, а не на символических правильных или неправильных предпосылках.
- 4) Потребители наркотиков – это неотъемлемая часть общества. Стало быть, для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков, а для этого необходимо интегрировать потребителей в общество, а не пытаться изолировать от них.

## **2.2. Краткая история развития стратегии снижения вреда**

*История движения «Снижение вреда» возникла и окрепла в середине 80-х годов XX века и неразрывно связана с началом эпидемии ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в США, Западной Европе и других странах. Эта эпидемия поставила вопрос как перед самими наркопотребителями: как им обезопасить себя и своих друзей, так и перед врачами: как им донести профилактическую информацию до потребителей наркотиков – группы закрытой и недоступной. Медикам-профессионалам было ясно, что если не принять экстренных профилактических мер, то остановить стремительный рост ВИЧ-инфекции среди ПИН будет невозможно. Медицинская статистика убедительно свидетельствовала, что за год уровень инфицированности среди ПИН мог возрасти с 10 до 50% (например, Эдинбург в Шотландии). В Нью-Йорке проживает около 400000 ПИН, 50-60% которых инфицировано ВИЧ.*

*В середине 80-х годов XX века в Великобритании, Австралии, Германии, Швейцарии, Нидерландах, Канаде и ряде других стран врачи-энтузиасты начали внедрять в практику национальные программы обмена шприцев потребителям наркотиков, получившие государственную поддержку и финансирование. В связи с угрозой эпидемии ВИЧ-инфекции в этих странах появилась потребность разработать различные модели программ, которые были бы привлекательны для потребителей наркотиков и отвечали бы их реальным нуждам. Созданные на этой основе службы получили общее название «**программы снижения вреда**». Так, например, в*

графстве Мерсисайд (Великобритания) была разработана комплексная модель, в которую входили обучение способам менее опасного инъекционного введения наркотиков, заместительная (не метадонная и метадонная) терапия, а также профилактические мероприятия среди лиц, не употреблявших наркотики.

Потребление наркотиков наносит индивидуальный и социальный ущерб обществу, государству, отвлекая огромные силы и средства на лечение наркозависимых, на противодействие наркомании. Реализация программ противодействия должна осуществляться по различным направлениям, разными способами. Один из способов – осуществление программы оздоровления (включая лечение наркозависимости) для нынешних потребителей наркотиков; снижение числа лиц, склонных к потреблению и, в особенности, помочь потребителям переключиться на более безопасные способы приема наркотиков. Не существует прямой зависимости от уменьшения немедицинского потребления наркотиков и снижения наносимого вреда.

Внедрение программ снижения вреда привело к переориентации в направлении деятельности наркослужб. Основным принципом их работы стала ориентация на непосредственные нужды потребителей наркотиков, сотрудничество и взаимодействие медицинских, социальных работников, правоохранительных органов с представителями этой группы. В это же время началось внедрение программ обмена шприцев.

Решительный отпор программы снижения вреда встретили в Америке, поскольку США являются идеологической родиной жесткой репрессивной политики по отношению к наркопотребителям, распространяемой на другие страны мира и известной под названием «Война против наркотиков» («War on Drugs»). Развитие программ снижения вреда в этой стране было очень сложным, многие из тех людей, которые начинали в Америке программы обмена шприцев, подвергались арестам и гонениям со стороны властей различных штатов. В 1985 году отделом наркологических служб штата Нью-Йорк (New York State Division of Substance Abuse Services) было проведено совещание по поводу роста случаев ВИЧ-инфекции, связанных с употреблением инъекционных наркотиков. Было решено возродить деятельность в полном объеме организации ADAPT

*(Ассоциация профилактики и лечения наркозависимости), которая к тому времени уже фактически прекратила свое существование (ее деятельность ограничивалась проведением кампаний за право бывших наркопотребителей на получение работы и отмены заведенных на них уголовных дел). Новая организация ADAPT сосредоточила свое внимание на активной профилактике ВИЧ-инфекции, защите прав потребителей наркотиков и начала проведение программ «аутрич», обучающих потребителей дезинфекции (обеззараживанию) инструментария (шприцев и игл) хлорсодержащим раствором с целью избежать инфицирования ВИЧ. Программа отстаивала также необходимость внедрения программ обмена и раздачи шприцев. Столкнувшись с сопротивлением департамента здравоохранения штата, программа ADAPT заявила о том, что самостоятельно начнет раздачу шприцев, вопреки угрозам, что их лишат лицензии на профессиональную деятельность. Под давлением общественного мнения департамент штата вскоре вынужден был поддержать экспериментальный проект обмена шприцев, который, к сожалению, изначально был обречен на провал, т. к. помещение, где проходил обмен, располагалось напротив уголовного суда в нежилом районе. Распространение информации о проекте было запрещено, а людей, которые приходили добровольно обменять шприцы, принуждали получить консультацию и согласиться пройти курс лечения от наркозависимости. В результате подобной коварной политики за все время работы в ADAPT обратилось лишь несколько человек. После десяти месяцев эксперимент был прекращен.*

*В конце 1980-х годов XX века в связи со стремительным распространением ВИЧ-инфекции в некоторых городах США возникли нелегальные пункты обмена шприцев. В 1992 году Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк выпустил «Исключения из общего законодательства», официально подтвердивших легальный статус пяти пунктов обмена шприцев, открытых общественными организациями города Нью-Йорк. К тому времени на Гавайях уже работал пункт обмена шприцев, а в начале 1990-х годов официально открылись такие пункты в Такоме и Сан-Франциско. Постепенно в США образовалась «Сеть пунктов обмена шприцев Северной Америки». Это способствовало кардинальным изменениям отношения к программам в Соединенных Штатах*

тах Америки. В 1992 году Университетом Беркли (Калифорния) для Государственного Центра по контролю за заболеваемостью (CDC) было проведено общенациональное исследование существующих программ обмена шприцев. Его целью была оценка влияния программ обмена игл на общественное здравоохранение. **Исследование показало, что программы обмена шприцев и снижения вреда от употребления наркотиков существенно уменьшают риск инфицирования ВИЧ среди потребителей наркотиков и стали эффективным инструментом профилактики. Они ни в коей мере не способствуют увеличению количества людей, употребляющих наркотики, или употребляющих наркотики инъекционным путем. Напротив, зачастую, программы обмена шприцев служат инструментом мотивации потребителей наркотиков к повышению обеспокоенности состоянием собственного здоровья, стимулируют их обращаться в медицинские службы и настойчиво лечиться от наркозависимости (детоксикация, реабилитационные программы).**

Второе крупное исследование программ обмена шприцев было проведено в 1994 году по запросу администрации Клинтон. Исследование осуществлялось Государственным Центром по контролю за заболеваемостью, Национальным Институтом Общественного Здравоохранения, Административным комитетом по вопросам злоупотребления наркотиками и психического здоровья, Административным комитетом служб и ресурсов здравоохранения и Административным комитетом по пищевым и лекарственным продуктам. Это исследование подтвердило прежние выводы и порекомендовало отменить запрет на федеральное финансирование программ обмена шприцев. Эти выводы положительно повлияли на мнение медицинских специалистов и общественности по отношению к программам снижения вреда. В настоящее время программы обмена шприцев и снижения вреда от немедицинского употребления наркотиков получают в США поддержку администрации подавляющего большинства штатов. Официальную поддержку уже высказали Национальная Медицинская Ассоциация, Государственный Центр по контролю за заболеваемостью, Государственная Академия Наук, Американская Ассоциация Юристов, Главное Счетное Управление, Министерство здравоохранения США.

*В начале 1990-х годов, после падения «железного занавеса», проблема эпидемии наркомании и ВИЧ-инфекции стала актуальной и для стран Центральной Европы и СНГ. Вспышка ВИЧ-инфекции разразилась на территории Украины, в некоторых городах России, таких как Калининград, Ростов, Новороссийск, затем Краснодарский край, Санкт-Петербург, Москва и Московская область и др. В некоторых городах Украины (Николаев, Одесса) повторилась ситуация как и в местах, где не было принято срочных мер по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН. Так, в Одессе уровень распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН в январе 1995 года был равен 1,4%, к январю 1996 года эта цифра выросла до 31%, а на конец 1999 года этот уровень достиг 75%. По результатам экспресс-оценки, проведенной при участии местных специалистов и экспертов Всемирной Организации Здравоохранения и Объединенной Программы ООН по СПИДу, в Одессе проживало 40-50 тыс. ПИН. Подобная ситуация сложилась и в других городах Украины. В этой связи, в Одессе были начаты программы по снижению вреда. Однако из-за недостатка финансирования эта работа не приобрела нужного охвата, носила единичный, а не общенациональный характер и оплачивалась не из национального бюджета, а при поддержке международных организаций и фондов. Специалисты национальных и международных организаций, работающие на Украине, признают, что профилактические мероприятия начались в этой стране слишком поздно, когда эпидемия уже охватила широкие слои потребителей наркотиков. С 2006 года на Украине наблюдается тенденция сокращения количества новых случаев инфицирования, связанного с инъекционным потреблением наркотиков, и увеличения числа случаев ВИЧ-инфекции среди людей, не употребляющих наркотики, половым путем. Ситуация на Украине развивается, как и в других странах, где не предпринимались своевременные профилактические меры и наблюдался переход ВИЧ из среды ПИН в общую популяцию. Возросло количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В условиях растущей эпидемии стало весьма трудно контролировать ее дальнейшее развитие. Государственные организации не в состоянии предоставить даже основные медицинские услуги людям, инфицированным ВИЧ, и больным СПИДом.*

## 2.3. Правовые аспекты и философия снижения вреда

Если вопросы снижения поставок и снижения спроса на наркотики не вызывают возражения ни у сотрудников правоохранительных органов, ни у населения, то программы снижения вреда, которые появились относительно недавно в связи с распространением ВИЧ-инфекции, все еще обсуждаются. Несмотря на убедительные свидетельства эффективности программ снижения вреда в ряде стран, включая Кыргызстан, сотрудники правоохранительных органов нередко оценивают их на основе эмоционально морализаторского подхода в соответствии с существующими в обществе и профессиональными стереотипами. При этом они чаще руководствуются привычными практиками, нежели законодательством Кыргызской Республики, включающем нормы международного права.

*По отношению к наркопотребителям специалисты наркологической проблематики делятся на три категории – это «ястребы», «голуби» и «совы». «Ястребами» принято называть непримиримых, объединяемых под девизом: «Наркомания – зло, наказуемое во всех его проявлениях». «Голуби» говорят: «Наркоманы не преступники, а больные, в т. ч. социально, люди. Их надо лечить, реабилитировать, тем самым возвращать к нормальной жизни, не применяя уголовных репрессий ни под каким видом». «Совы» – нечто среднее между двумя выше названными позициями.<sup>5</sup>*

По заключению ЮНОДК, направленному в Международный комитет по контролю над наркотиками (INCB), все три конвенции ООН по контролю за наркотиками включающие:

- Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее, в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года;
- Конвенцию о психотропных веществах 1971 года;
- Конвенцию Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;

поддерживают реализацию таких мер по снижению вреда, как

<sup>5</sup> Зеличенко А.Л. «Ястребы, голуби, совы». Сборник «Heroin formula 1». Бишкек, 2007, с. 91-99.

заместительная терапия опиатами, программа предоставления стерильных шприцев, создание комнат для безопасных инъекций и др.<sup>6</sup>

Программы снижения вреда предусмотрены также следующими международными документами, принятыми на глобальном уровне:

- Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики (резолюция S/20-3, 1998 г. Генеральной Ассамблеи ООН) указывает, что мероприятия по сокращению спроса должны охватывать все сферы профилактической деятельности, от предотвращения начального потребления наркотиков *до уменьшения негативных последствий для здоровья и социальных последствий злоупотребления наркотиками...*
- Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (резолюция S-26/2 2001 г. Генеральной Ассамблеи ООН) предусматривает обеспечение широкого круга профилактических программ, направленных, в том числе, и на *расширение доступа к основным товарам, включая, в частности, стерильные инъекционные инструменты; принятие мер по снижению вреда в связи с употреблением наркотиков.*
- Резолюции 45/1 Комиссии по наркотическим средствам признает, что «для эффективных стратегий профилактики, ухода и лечения потребуются обеспечить изменения в поведении и *более широкий и не дискриминационный доступ, в частности, к ... стерильным инъекционным инструментам, лекарственной терапии, включая антиретровирусную терапию...*»
- Концепция ООН по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в среде людей, злоупотребляющих наркотиками (АСС/2001/6, пункт 35) отмечает, что полный набор услуг по предотвращению ВИЧ-инфекции среди злоупотребляющих наркотиками должен включать *просветительскую деятельность по проблеме СПИДа, обучение навыкам жизнеобеспечения, распространение презервативов, добровольные консультации и тестирование на ВИЧ, доступ к стерильным иглам, шприцам и дезинфицирующим материалам, направление в различные службы помощи.*

<sup>6</sup> Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Вопросы уголовного права. 2006 г. с. 12.



- Концепция ВОЗ, Управления ООН по наркотикам и преступности, Программы ООН по ВИЧ/СПИДу под названием «Заместительная терапия и зависимость от опиатов» в двадцать шестом параграфе указывает, что отмечается *наличие ярких свидетельств тому, что заместительная терапия метадонном дает эффект в снижении незаконного наркопотребления, смертности, риска распространения ВИЧ, укрепления физического и психического здоровья, социальных функций и снижения криминала.*
- 7-14 марта 2005 года, в ходе прошедшей в Вене 48 сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам, *страны Европейского Союза подтвердили свою приверженность «Снижению вреда» и подчеркнули, что программы обмена шприцев и заместительная терапия неоднократно подтвердили свою эффективность в локализации эпидемии ВИЧ/СПИДа.* Евросоюз призвал другие государства не терять времени и срочно следовать их примеру.
- Всемирная Организация Здравоохранения 30 июня 2005 года *внесла метадон в список «Жизненно необходимых лекарственных препаратов»*, т. е. тех, от наличия или отсутствия которых зависят жизни пациентов.

Существующие практики, когда ответственность за распространение наркотиков с преступных группировок перекладывается на потребителя наркотика, в отсутствие возможностей для лечения, защиты от инфекций и реабилитации наркопотребителей, применения к таким лицам принудительных мер медицинского характера, нарушают ряд положений Конституции Кыргызской Республики, а также международных конвенций о правах человека, ратифицированных в Кыргызской Республике. Это право на недискриминацию, равную защиту и равенство перед законом, право на преимущества от достижений научного прогресса, право на личную тайну; право быть свободным от жестокого, нечеловечного или унижительного лечения или наказания и др.

В связи с беспрецедентным распространением ВИЧ-инфекции в мире Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности

(УООННП), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) выработали ряд совместных документов и рекомендаций, по снижению вреда, которые положены в основу настоящего курса обучения.

### **Трансформация**

*«Прозрение» пришло не сразу. Начал бывать за границей, знакомиться с опытом зарубежных коллег. Там впервые увидел не наших, готовых за дозу на все, а совершенно не агрессивных, не криминальных, каких-то «домашних», наркоманов. Вскоре понял, что все дело в подходе: в отличие от наших, «закатанных в асфальт», западное общество не считает наркоманов преступниками, не загоняет их в подполье, а старается помочь, за счет множества медицинских и социальных программ вернуть к нормальной жизни. И, в отличие от нас, активно увеличивающих тюремное население за счет потребителей, добивается успехов...*

*Для трансформации умов и подхода к проблеме антинаркотизма понадобились недюжинные усилия международных организаций, специалистов-кыргызстанцев, в т. ч. медиков, «продвинутого» милицейского начальства. Воочию убедившись в эффективности весьма гуманного польского подхода, один из недавних руководителей республиканского МВД, к примеру, уже в конце 90-х стал приверженцем нового начинания, во многом определив его успех в республике. Приходилось же на разных уровнях объяснять, что 80 лет «размахивания шашкой» проблемы наркотизации не решили. Пока мы штрафовали и ставили наркоманов на учет, читали лекции о «пагубной привычке» в школах и училищах, пугая юнцов будущей импотенцией и неизбежной смертью в 50 лет (хотя в 15-16 им не страшно ни то, ни другое), просвещенная Европа всюду внедряла философию и практику «Снижения вреда». Там просто раньше нашего осознали, **что не связанный с репрессиями, научно обоснованный, базирующийся на уважении прав каждого отдельного человека и общества в целом подход к потребителям зелья гораздо более эффективен, чем их изоляция и принудительное лечение»...**<sup>7</sup>*

<sup>7</sup> Зеличенко А.Л., полковник милиции с 34 летним стажем, из которых почти 30 лет отданы борьбе с наркобизнесом в Кыргызстане и в международных проектах.

## 2.4. Стратегии снижения вреда<sup>8</sup>:

- **Программы обмена шприцев и игл.** Предоставление чистых игл и шприцев в обмен на использованные инструменты.
- **Заместительная терапия (опиоидная терапия).** Использование синтетического препарата, обычно метадона или бупренорфина, для лечения пациентов с зависимостью от «уличных опиоидов» (нелегальных наркотиков), например, героина и морфина. Заместительная терапия предупреждает абстинентный синдром (ломку), помогает преодолеть тягу к нелегальным опиоидам и блокирует их воздействие. Метадон действует на те же рецепторы, как морфин или героин, но не вызывает эйфории (состояние опьянения от наркотиков). Он имеет более продолжительный эффект (до 36 часов) и принимается внутрь, а не вводится инъекционно.
- **Консультирование и информационное просвещение.** Проводится индивидуально, в группе или с использованием информационных печатных материалов. Оно помогает наркопотребителям оценить риски и принять меры по их снижению, а также научиться контролировать свое поведение. Они обучают методам более безопасного введения наркотиков, включая стерилизацию инъекционного оборудования, приводят инструкции по использованию презерватива, по действиям в случае передозировки наркотика, дают информацию о службах поддержки.
- **Направление к врачам для получения медицинской помощи.** Наркопотребители часто не обращаются за медицинской помощью либо в силу своей маргинализированности, либо из-за страха перед правоохранительными органами. Программы снижения вреда настоятельно советуют им обращаться за адекватной помощью. Они также устанавливают контакт с медицинским персоналом для оказания дружелюбных услуг без проявления дискриминации и осуждения.
- **Комнаты более безопасного введения наркотиков.** Стерильные контролируемые помещения, где потребители наркотиков могут сделать себе инъекцию, чтобы не заниматься этим на

<sup>8</sup> Факты в пользу программ снижения вреда. IHRDP OSI, 2005.

улице или в одиночку (что увеличивает риск передозировки). Данные комнаты также предоставляют обучение по безопасному введению наркотиков, по предотвращению нагноений и по другим аспектам снижения вреда.

- **Снижение или отмена уголовного наказания за нарушения, связанные с наркотиками без цели сбыта.**

*«Мы придерживаемся твердого правила, давно проверенного практикой некоторых государств: если государство не может суровыми репрессивными мерами перекрыть каналы проникновения наркотика, его поступления на черный рынок, надо сделать все возможное, чтобы уменьшить вред от наркомании. С этой целью разработана и реализуется в ряде стран комплексная программа «Снижение вреда», финансовую поддержку которой оказывает Фонд Сороса и ряд других международных организаций. Суть программы состоит в организации широкой предупредительно-профилактической работы с наркозависимыми, организации медицинских пунктов обмена шприцев, чтобы исключить опасность заражения ВИЧ-инфекцией, постепенная замена опасных практик употребления незаконных наркотиков (героин, опий) на контролируемое врачами безопасное применение специальных препаратов (так называемая, метадоновая заместительная терапия). Наконец, реабилитация наркоманов, приобщение их к труду, возвращение в коллектив, в семью в качестве полноправного члена общества...»<sup>9</sup>*

#### **2.4.1. Программы обмена шприцев и игл**

Программы обмена шприцев позволяют обеспечить потребителей инъекционных наркотиков стерильным инъекционным инструментарием с целью профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Эти программы относятся к так называемым низкопороговым программам, т. е. они доступны любому ПИН, нуждающемуся в такого рода услугах, без каких-либо ограничений. Все услуги оказываются бесплатно, а пункты обмена шприцев (ПОШ), по-возможности, располагаются в местах, наиболее удобных для посещения. Это поз-

<sup>9</sup> Эстебесова Б.А., директор общественного объединения «Социум», президент Ассоциации снижения вреда «Партнерская сеть». Интервью газете «Статья», № 15, август 2006 г., беседовал Л. Зеличенко.

воляет охватить работой по профилактике ВИЧ-инфекции большое количество наркопотребителей. По рекомендациям ВОЗ/ЮНЭЙДС для эффективности таких программ должен быть обеспечен охват не менее 60% ПИН программами снижения вреда (60+), большая часть которых обеспечивается за счет программ обмена шприцев. Услуги по обмену шприцев предоставляются на основе анонимной (конфиденциальной) информации о клиенте. Однако для учета в настоящее время проводится единая кодировка всех клиентов в стране (например, код состоит из первых двух букв имени матери и отца, года рождения и обозначения пола). Такой код обеспечивает полную анонимность клиента, не требует особых усилий для запоминания и, в то же время, гарантирует его индивидуальность (не более 1-5% совпадений).

Хорошо налаженная работа ПОШ обеспечивает возможность доступа к скрытой группе потребителей наркотиков, которые могут никогда не появиться в медицинских или социальных службах. ПОШ, как правило, выдают не только шприцы, но и проспиртованные салфетки, дезсредства для обработки шприца, презервативы, информационные материалы. Кроме того, ПОШ также предоставляют доступ к услугам: консультации медицинских работников, юристов, обеспечение некоторых видов медицинской и социальной помощи (например, лечение ИППП, абсцессов), доступ в группы само-, взаимопомощи и реабилитационные программы (если имеются). Следует отметить, что когда программы обмена шприцев только начинались в Кыргызской Республике, одним из наиболее востребованных видов услуг было лечение абсцессов, связанных с употреблением наркотиков. После внедрения программы обмена шприцев, количество абсцессов у ПИН резко снизилось.

Распространение шприцев проводится также через дружественные аптеки по спискам, предоставляемым социальными работниками. Важную роль играют аутрич работники, которые являются равными консультантами зависимости, представленными бывшими наркопотребителями или созависимыми лицами. Они осуществляют обмен шприцев, а также проводят консультирование ПИН по вопросам безопасного введения наркотиков, профилактики и оказания помощи при передозировках наркотика, мотивируют ПИН на прохождение тестирования на ВИЧ, на участие в

лечебных и реабилитационных программах по вопросам зависимости. Программы обмена шприцев осуществляют лишь специально обученные сотрудники при наличии отработанной системы утилизации использованного инструментария.

Программа обмена шприцев использует и другие стратегии снижения вреда – включая распространение информации; формирование приверженности у лиц, принимающих решения, сотрудников правоохранительных органов; участие в формировании политики государства по вопросам снижения вреда, профилактики ВИЧ-инфекции, борьбы с наркотизмом; совершенствование законодательства; участие в работе странового многосекторального комитета; привлечение ресурсов от международных доноров.

Исследования, проведенные в США, Австралии, Канаде и в большинстве стран ЕС убедительно свидетельствуют об эффективности программ обмена шприцев для профилактики рискованного в отношении ВИЧ поведения и инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). По данным ВОЗ, в одном из городов США, в результате организации программы обмена шприцев и игл, количество вновь инфицированных ВИЧ снизилось на 75% по итогам первых шести лет работы программы.

Программы обмена шприцев и игл также способствуют установлению контактов между работающими на улицах сотрудниками программ (аутрич-работниками) и потребителями наркотиков. В результате работы программ обмена шприцев и игл наблюдается:

- Сокращение потребления инъекционных наркотиков;
- Снижение частоты потребления;
- Прекращение (снижение) повторного и совместного использования игл, шприцев и другого инъекционного инструментария;
- Увеличение частоты стерилизации игл;
- Увеличение количества направлений на лечение наркозависимости и количества потребителей наркотиков, получающих лечение;
- Рост использования презервативов и снижение случаев секса без предохранения;
- Уменьшение осложнений наркопотребления (абсцессов, заражения ВИЧ, гепатитами);
- Снижение смертности от передозировок.

## 2.4.2. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) выработали единую позицию по вопросу о заместительной поддерживающей терапии и ее применении в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и/или СПИДа.

Заместительная поддерживающая терапия – один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить вред, наносимый опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом:

1. сокращение употребления героина,
2. уменьшение количества связанных с ним смертельных исходов,
3. сокращение числа случаев поведения, сопряженного с риском инфицирования ВИЧ,
4. снижение преступного поведения.

Заместительная поддерживающая терапия – основной компонент приближенных к населению подходов к ведению пациентов с опиоидной зависимостью и профилактике инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Организацию заместительной поддерживающей терапии – с учетом результатов научных исследований и при обеспечении практической подготовки специалистов и аккредитации – следует рассматривать как важный вариант выбора среди возможных методов лечения в районах с высокой распространенностью опиоидной зависимости, особенно там, где вследствие употребления инъекционных наркотиков их потребители подвержены риску заражения ВИЧ и другими вирусами, которые передаются с кровью.

***«Заместительная поддерживающая терапия» это метод лечения, который соответствует следующим критериям: вещества, используемые для заместительной терапии, были подвергнуты тщательной оценке; лечение проводится прошедшими аккредитацию специалистами в рамках официально признанной медицинской практики; осуществляется надлежащий клинический мониторинг.<sup>10</sup>***

<sup>10</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с. 2.

Заместительная терапия определяется как предоставление для приема (под медицинским контролем) людям с зависимостью назначенного врачом психоактивного вещества, по фармакологическим свойствам близкого к вызвавшему эту зависимость (**агониста**), для достижения определенных терапевтических целей. Для использования при заместительной терапии опиоидной зависимости пригодны вещества, обладающие некоторыми свойствами опиоидов, с тем чтобы эти вещества могли предотвращать появление симптомов отмены и уменьшать тягу к наркотикам. В то же время они ослабляют эффекты героина или других опиоидных наркотиков, связывая опиоидные рецепторы в головном мозге. Желательно, чтобы опиоидные препараты для заместительной терапии обладали более длительным действием, чем замещаемый ими наркотик, что позволит отдалить появление симптомов отмены и снизить частоту введения данного средства; таким образом, необходимость периодически получать и вводить препарат будет меньше нарушать нормальное течение повседневной жизни пациента. Если незаконно используемые опиоиды потребители наркотиков обычно вводят путем инъекций или вдыхая их пары, то медикаменты, назначенные врачом для заместительной терапии, обычно принимают перорально (через рот) в форме таблеток или раствора; тем самым устраняется связанный с инъекциями риск заражения инфекционными заболеваниями.<sup>11</sup>

Препараты, используемые для заместительной терапии, назначают либо в снижающихся дозах на короткий срок (обычно меньше месяца) для лечения синдрома отмены или для проведения детоксикации, либо в сравнительно постоянных дозах в течение длительного времени (обычно дольше шести месяцев) при заместительной поддерживающей терапии, которая позволяет стабилизировать функции головного мозга и предотвратить появление тяги к наркотику, а также развитие синдрома отмены. Термин «заместительная терапия» часто употребляется как эквивалент термина «заместительная поддерживающая терапия».<sup>12</sup> В качестве препаратов для ОЗТ чаще используют метадон, бупренорфин. Они

<sup>11</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с.14.

<sup>12</sup> Там же, с.14-15.



имеют длительный период действия и принимаются через рот, что позволяет предупредить нежелательные последствия, связанные с инъекционным путем введения наркотика.

*«...я наблюдал работу центра заместительной терапии<sup>13</sup> в одной из крупнейших израильских больниц. Уже в пять утра здесь выстроилась целая очередь. Спокойно, без суеты и толкотни, дюжие секьюрити, пуская во внутрь, осматривали каждого. Дальше – пробирка с обязательным требованием сдать для экспресс-анализа мочу и, если опиатов не обнаруживается, метадона клиент не получит. Так снимается возможность подсаживания на “халвяный” метадон, обвинения в распространении государственной наркомании: лекарство смогут получить только действительно нуждающиеся. К губам страждущего подносится пробирка с жидким метадоном, который надо выпить тут же, под надзором медперсонала. К услугам клиентов – врачи, социальные работники, готовые тут же, по первому робкому запросу, начать реабилитационные программы. Затем наркоман идет в социум – работать, жить. До завтра... В Нью-Йорке же пошли еще дальше. Здесь метадон выдается уже на несколько дней, клиентов иногда прямо на дому проверяет социальный работник. Участникам программы выдаются номерные удостоверения личности, увидев которые полиция (по специальной договоренности) не чинит препятствий владельцу (такие карточки начали выдаваться и участникам реабилитационных программ в Бишкеке (Кыргызстан). На взгляд полицейского-профессионала, главное, в чем здесь преуспел Запад – декриминализация наркосреды.*

*Потребителям больше нет нужды красть и грабить, чтоб раздобыть дозу. Специалисты утверждают, что это еще и помогает излечению...»<sup>14</sup>*

<sup>13</sup> Заместительной терапии (уточнение редактора).

<sup>14</sup> Зеличенко А. Л., полковник милиции с 34 летним стажем, из которых почти 30 лет отданы борьбе с наркобизнесом в Кыргызстане и в международных проектах.

### 2.4.2.1. Метадон

**Метадон** был разработан в 1939 г. в Германии в качестве обезболивающего вещества. Это синтетический опиоид, который обычно принимают через рот в жидкой форме. Именно этот препарат чаще всего применяется для заместительной терапии опиоидной зависимости. Метадоновая поддерживающая терапия – широко исследованный метод лечения. В результате исследований и мониторинга оказываемой помощи получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что заместительная поддерживающая терапия метадоном (метадоновая поддерживающая терапия) эффективно способствует сокращению употребления запрещенных наркотиков, снижению уровня смертности и риска распространения ВИЧ, улучшению физического и психического здоровья, повышению качества социального функционирования и снижению уровня преступности. Более высокие дозы метадона, как правило, коррелируют с более значительным сокращением употребления героина, чем средние и низкие.<sup>15</sup>

Метадон назначается один раз в день. Продолжительность его действия – 24-36 часов. Он так же, как и все остальные опиаты, вызывает привыкание. Однако, в отличие от морфина, героина и других опиатов он обладает мало выраженным эйфорическим действием либо не обладает им совсем. Его заместительное действие основано на блокировании опиоидных рецепторов.

#### **Мифы, связанные с назначением метадона:**

<b>Мифы</b>	<b>Практика</b>
Метадон – это наркотик. Мы не можем разрешить заменять один наркотик на другой	Метадоновая терапия: Это метод лечения наркозависимости; Это высокопороговая программа (т. е. необходимы серьезные показания для назначения метадона); Она снижает потребление нелегальных наркотиков;

<sup>15</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Женева, 2004, с.16

Мифы	Практика
	<p>Она подразумевает наблюдение за наркозависимыми; Она направлена на предупреждение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С;</p> <p>Метадоновая заместительная терапия рекомендована Всемирной организацией здравоохранения;</p> <p>Она позволяет обеспечить лечение по поводу ВИЧ-инфекции и/или СПИДа и является необходимым компонентом этого процесса;</p> <p>Отказ от использования метадона представляет собой скорее морализаторский подход, ничего не имеющий общего с правами человека, в частности права на получения выгоды от достижений научного прогресса.</p>
<p>Применение метадона может послужить его утечке в незаконный оборот</p>	<p>Метадон применяется только в медицинских учреждениях;</p> <p>Метадон принимается под контролем медицинского персонала (употребляется в присутствии медицинского работника);</p> <p>Хранение метадона производится в соответствии с правилами хранения наркотических веществ;</p> <p>Агентство КР по контролю наркотиков обеспечивает контроль за хранением метадона.</p>
<p>Метадон вызывает еще более сильную зависимость, чем опиаты</p>	<p>Метадон, как наркотическое вещество, вызывает зависимость, но она снимается путем постепенного снижения дозы препарата, в том случае, если пациент хочет выйти из программы.</p>
<p>Программы ОЗТ закончатся, и их клиенты в этом случае пострадают</p>	<p>ОЗТ относится к относительно недорогим программам. В случае, если международная финансовая поддержка завершится, (а) государство может взять ОЗТ на свое финансирование;</p> <p>(б) больные и/или их родственники готовы оплачивать применение метадона;</p> <p>Экономические выгоды в виде снижения заболеваемости, смертности, преступности среди клиентов программы и их ресоциализации значительно превышают затраты на приобретение метадона.</p>

Мифы	Практика
<p>Наркопотребители будут включаться в программы, чтобы получить бесплатно наркотик</p>	<p>Метадоновые программы – это высокопороговые программы. Это означает, что <b>не каждый</b> наркопотребитель может быть в нее включен;</p> <p>Не все наркопотребители желают быть участниками программы, поскольку метадон не обладает эйфорическим действием;</p> <p>Нарушение режима приема метадона, попытка выноса препарата, употребление других наркотиков клиентами программы может явиться поводом для исключения из программы ОЗТ.</p>
<p>Клиенты программ ОЗТ все равно потребляют запрещенные наркотики</p>	<p>Такое явление встречается по причине отсутствия эйфорического эффекта у метадона и желания наркопотребителя получить этот эффект.</p> <p>Для предупреждения потребления незаконных наркотиков в условиях стационара подбирается для каждого клиента индивидуальная доза метадона. Она должна быть оптимальной для того, чтобы снять потребность в опиатах и при этом не превышать необходимого количества препарата.</p> <p>В случае адекватной дозы метадона прием других опиатов приводит к передозировке.</p> <p>Осуществляется мониторинг употребления незаконных наркотиков. Для этого периодически проводится анализ мочи на основные группы наркотических средств, преимущественно каннабиоиды и опиоиды. Употребление незаконных наркотиков может привести к исключению из программы.</p> <p>В любом случае частота и количество потребляемых незаконных наркотиков снижается – т. е. это приводит к эффекту уменьшения спроса и, соответственно, снижается преступность, связанная с незаконным приобретением, транспортировкой и хранением наркотиков.</p>

Т. о. ОЗТ является **методом лечения** опиоидной зависимости и проводится в медицинских учреждениях, имеющих соответствующую лицензию Министерства здравоохранения. **В Кыргызстане** ОЗТ осуществляется на основе приказа Министерства здравоохранения

нения по согласованию с Министерством внутренних дел и Агентством Кыргызской Республики по контролю наркотиков (АКН). Закупка препаратов для ОЗТ (в КР – метадона) проводится на общих принципах законного оборота наркотиков. Т.е. по запросу Министерства здравоохранения АКН готовит необходимые документы, а также согласовывает количество и сроки поставки метадона с Комиссией ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК, Вена). Заявка на препараты для ОЗТ осуществляется на основе проверки готовности медицинских организаций к работе, которая включает хранение, транспортировку препарата, обучение персонала. При осуществлении ОЗТ метадон (либо другой применяемый для этой цели препарат) находится под контролем АКН, в процессе которого проводится оценка условий хранения, выдачи, сверяются количество полученного и потребленного препарата, а также качество ведения документации. За время действия ОЗТ в Кыргызстане серьезных замечаний по вопросам безопасности ОЗТ не выявлено, случаев утечки препарата также не зафиксировано. Однако, по данным АКН, на рынке незаконного оборота наркотиков метадон периодически попадает.

#### **2.4.2.2. Бупренорфин**

Бупренорфин – отпускаемый по рецепту врача препарат с более слабо выраженным действием агониста опиоидных рецепторов (по сравнению с метадоном). При пероральном приеме бупренорфин плохо всасывается в желудке, поэтому обычно при лечении опиоидной зависимости его принимают под язык. При повышении доз бупренорфина его эффекты достигают плато. Поэтому при использовании данного препарата (по сравнению как с метадоном, так и с героином) менее вероятно развитие состояния опиоидной передозировки даже при одновременном приеме с другими веществами этой группы. Эффективность бупренорфина аналогична эффективности метадона (в адекватных дозах) с точки зрения сокращения употребления запрещенных опиоидов и улучшения психосоциального функционирования, однако его применение может быть связано с более низкими показателями удержания в лечебной программе. В настоящее время бупренорфин – более дорогостоящий препарат, чем метадон.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с.17.

### **2.4.2.3. Другие фармакологические вещества, применяемые для ОЗТ<sup>17</sup>**

**Левальфаацетилметадол (Levo alpha acetyl methadol – LAAM)** – является, как и метадон, синтетическим опиоидом, эффективным при приеме внутрь. В отношении сокращения употребления запрещенных наркотиков эффективность LAAM и метадона примерно одинакова. Однако LAAM отличается более медленным началом действия и большей продолжительностью действия, что позволяет вводить его один раз в три дня. Это предоставляет пациентам больше гибкости в выборе времени приема, сокращая потребность в «неконтролируемых» (принимаемых без надзора) дозах и, таким образом, ограничивая возможность утечки медикамента в нелегальные каналы. Данный препарат применяется в США, однако, в странах Европейского Союза его исключили из списка лечебных средств из-за опасений возможного воздействия на сердечную деятельность.

**Дигидрокодеин** применяется в некоторых странах для проведения детоксикации и заместительной поддерживающей терапии.

**Настойка опия (лаудан – laudanum)** используется в ряде стран Азии для лечения синдрома отмены опиоидов и, реже, для заместительной поддерживающей терапии.

**Различные пероральные препараты морфина, приготовленные по специально разработанной рецептуре** с таким расчетом, чтобы обеспечивалось медленное высвобождение активного вещества (их также называют препаратами с замедленным, контролируемым или рассчитанным по времени высвобождением активного вещества), тоже имеют потенциальную ценность в лечении опиоидной зависимости. Однако еще предстоит провести контролируемые исследования по изучению эффективности этих препаратов при заместительной терапии.

#### **Диацетилморфин (героин)**

Метод предоставления пациенту назначаемого врачом диацетилморфина (героина) в качестве заместительной поддерживающей терапии стал темой широкого обсуждения, но в научных исследованиях

<sup>17</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с. 18-19.

изучался сравнительно мало. В Голландии и Швейцарии (*а также в Австралии, Бельгии, Канаде, Германии, Италии, Испании прим. редактора*) были реализованы национальные программы по оценке практической осуществимости использования назначаемого врачом диацетилморфина для лечения лиц с тяжелыми формами зависимости. В этих странах пациенты, имеющие в прошлом неудачный опыт лечения метадонем, успешно участвовали в лечебной программе с применением диацетилморфина. Вопрос об относительном влиянии на результаты лечения психосоциальной поддержки, которой сопровождалось назначение препарата, является предметом дальнейших исследований. Метод применения диацетилморфина сложен, требует значительных расходов и оценен только в странах с хорошо развитой лечебной системой. Результаты таких оценок указывают на то, что в комплексных системах лечения он мог бы быть альтернативой для небольшой части пациентов с продолжительной и тяжелой зависимостью, у которых другие методы лечения оказались неэффективными.<sup>18</sup> В настоящее время эти программы используются в Нидерландах, Великобритании и Швейцарии.<sup>19</sup>

### **2.4.3. Программы уличной социальной работы и поддержка равными**

Цель уличной социальной работы аутрич – в том, чтобы донести профилактическую информацию до потребителей наркотиков в те места, где они обычно собираются, проводят время, то есть в места, привычные для них. Это могут быть точки продажи наркотиков в городе, квартиры, «наркопритоны», квартиры потребителей, учебные заведения, наркологические или инфекционные больницы и др. Эта работа может сопровождаться экспресс-консультированием по различным медицинским, социальным и правовым вопросам, волнующим потребителей, распространением брошюр, профилактических материалов (презервативов, спиртовых салфеток, стерильной воды для инъекций, дезинфицирующих средств,

---

<sup>18</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с.19.

<sup>19</sup> Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВАИЧ/СПИДе. Программы отпуска героина по рецепту. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. Модуль 8. 2006, с. 7.

витаминов и пр.), выдачей направлений в различные медицинские учреждения и службы социальной помощи. Кроме того, аутрич-работники нередко осуществляют обмен шприцев среди тех потребителей, которые в силу тех или иных причин не являются клиентами стационарных программ обмена шприцев.

Одна из основных задач уличной социальной работы – добиться изменения норм поведения в группе потребителей наркотиков, что невозможно без изменения поведения отдельного человека. Как правило, ПИН больше доверяют тем, кого они считают равными себе, то есть к людям со сходным опытом, социальным статусом и проблемами. Именно поэтому аутрич-работа бывает наиболее эффективной, когда она проводится «равными», т.е. наркозависимыми или созависимыми людьми.

*«Мы выбрали добросовестных аутрич работников, социальных работников, но они не были связаны с людьми, которые нуждались в них. Мы привлекли наркозависимых, но они продавали шприцы, так что нам пришлось с ними распрощаться. Мы начали работать с людьми, которые были социально зависимы, т.е. с членами семей наркозависимых, родственниками, которые были тесно связаны с людьми, больше всего нуждающимися в помощи. Это принесло нам успех...»<sup>20</sup>*

Работа аутрич строится на нескольких основных принципах:

- Поддержка и обучение по вопросам преодоления наркозависимости, профилактики ВИЧ-инфекции проводится равными – активистами (волонтерами). Это, в основном, люди, сами вышедшие из этой среды, или имеющие с ней тесный контакт: представители той же возрастной группы, имевшие прежде опыт потребления наркотиков или продолжающие их употреблять, те, кто понимает и разделяет нужды «целевой группы» и может говорить с ними на одном понятном им языке. Такой контакт основан, прежде всего, на доверии и способствует восприятию позитивного опыта изменения опасного поведения.
- Дружеское и не осуждающее<sup>21</sup> отношение со стороны аутрич

<sup>20</sup> Чудайкин В.А. НПО «Аян Дельта», г. Токмок. Цит. по книге Д.Вульф «Снижение вреда в Кыргызстане: Спасая жизни». Бишкек, 2005 г., с. 28.

<sup>21</sup> Дружественное и толерантное отношение к представителям целевой группы требуется не только от аутрич-работников, но и от всех исполнителей программ, включая представителей государственных структур и гражданского общества.



к тем, с кем они работают. Основным противопоказанием для участия в такой работе является наличие у аутрич-работника предубеждения, негативного отношения или пренебрежения к представителям целевой группы (ПИН, ЛЖВ).

- Конфиденциальность – это также один из главных принципов аутрич-работника. Работая на улице, среди такой закрытой группы, как ПИН, человек попадает в сферу «чужих секретов» и должен быть очень осторожен, чтобы сознательно или по ошибке не сделать эти секреты достоянием других людей. Умение соблюдать конфиденциальность – не только врожденное свойство человека, но и особый навык, который приобретается в ходе профессиональной работы. Конфиденциальность может касаться различных аспектов жизни клиентов: состояния их здоровья, ВИЧ-статуса, наличия судимости, деятельности вне рамок закона, места пребывания, круга общения и так далее.
- Анонимность. Человек, вступающий в контакт с аутрич-работником, предоставляет ему только ту информацию, которую сам хочет предоставить.
- Своевременное предоставление качественной, проверенной и наиболее актуальной информации медицинского и социального характера. Ситуация на наркоарене, как правило, меняется быстро: появляются новые наркотики и способы их употребления, что приводит к новым рискам, связанным с их потреблением и возможным распространением болезней. Кроме того, предоставляется информация о программах снижения вреда, новых пунктах доверия, убежищах (дропинг центрах), расширении предоставляемых услуг. Для многих ПИН аутрич-работник является единственным источником информации.

***Уличная социальная работа – это один из способов формирования определенного поведения в сообществе.***

Другими важными мероприятиями для ПИН могут быть тренинги и мотивационные сессии для потребителей наркотиков по медицинским, социальным и правовым вопросам; проведение индивидуального консультирования; организация групп поддержки, например, группы поддержки для ПИН, живущих с ВИЧ, группы «Анонимные-наркоманы» и др. Подобные программы чаще всего

осуществляются на базе медицинских или социальных организаций, обеспечивая тесное взаимодействие между специалистами здравоохранения и потребителями наркотиков.

В последнее время в мире стали широко распространяться так называемые **«группы само-, взаимопомощи потребителей наркотиков»**. Эти группы основаны на сообществе потребителей наркотиков, хотя могут включать и лиц, не относящихся к этой группе. В настоящее время основная их цель направлена на социализацию наркопотребителей, помощь в воздержании от потребления наркотиков, оказание социальной поддержки лиц, находящихся в сложной жизненной ситуации (ЛЖВ, лица, освободившиеся из мест лишения свободы). Они широко сотрудничают с программами здравоохранения (например, сохранение и улучшение здоровья ПИН, обеспечение доступа к лекарствам, медицинским службам, формирование приверженности к лечению). Поэтому они являются важными партнерами программ снижения вреда.

Проекты аутрич работы были изучены во всем мире. Определены наиболее действенные формы и пути их влияния на поведение ПИН. В Чикаго, например, за 4 года работы большая программа аутрич достигла снижения рискованного поведения со 100% до 14%, при этом, уровень ВИЧ-инфекции снизился с 5% до 1%. Исследование проектов аутрич в 20 городах США показало значительное снижение рискованного поведения среди клиентов программ: за 6 месяцев работы программы, количество клиентов, практикующих рискованное инъекционное поведение, снизилось с 62 до 31%. Проекты аутрич широко работают в России. Чаще всего они действуют на базе программ обмена шприцев и направлены на обучение потребителей наркотиков по принципу «равный обучает равного». Они предоставляют профилактическую информацию и осуществляют обмен шприцев в закрытых группах наркопотребителей.

ОЗТ является неотъемлемой составной частью лечения ВИЧ-инфекции. При этом необходимо руководствоваться следующими принципами при оказании помощи *людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), которые потребляют инъекционные наркотики*<sup>22</sup>:

<sup>22</sup> ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006, с.5-8.

- Факт употребления наркотиков в прошлом или в настоящем не должен влиять на решение о назначении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).
- При проведении ВААРТ необходимо уделять внимание особым потребностям активных и бывших ПИН, включая потребность в лечении наркозависимости, сопутствующих инфекций и других заболеваний.
- Политика общественного здравоохранения, учитывающая необходимость лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции, приводит к улучшению самочувствия пациентов, снижает стигматизацию и способствует предоставлению полноценной, этически выдержанной медицинской помощи.
- Наилучших результатов можно добиться при сочетании мер по профилактике, лечению, оказанию помощи и поддержки в рамках программы снижения вреда.
- Программа снижения вреда эффективно поддерживает профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, проводимые для ПИН.
- Высококачественная заместительная терапия является важным компонентом помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Это один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости.
- Необходимо обеспечить ПИН дружелюбную обстановку, соблюдение прав и уважение достоинства, а также расширять и улучшать их доступ к лечению наркотической зависимости.
- Страны, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется, в основном, за счет потребления инъекционных наркотиков, должны предпринять экстренные меры по удовлетворению потребности ПИН в профилактике и лечении, включая программы снижения вреда, заместительную терапию и всеобщую доступность ВААРТ.

Согласно рекомендациям ВОЗ, для изменения эпидемиологической ситуации среди ПИН не менее 60% из них должны иметь доступ к услугам по лечению наркозависимости и программам снижения вреда.

## 2.5. Лечение опиоидной зависимости: основные задачи и принципы<sup>23</sup>

В процессе лечения и реабилитации лиц с опиоидной зависимостью ставятся следующие основные задачи: уменьшить зависимость от запрещенных наркотиков; снизить заболеваемость и смертность, вызванные употреблением запрещенных опиоидов или связанные с ним (например, инфекционные заболевания); улучшить физическое и психическое здоровье; способствовать сокращению количества случаев преступного поведения, возвращению к труду и учебе, повышению качества социального функционирования. ***Окончательный и полный отказ от употребления опиоидов – это идеальная цель, существующая в отдаленной перспективе, но для многих людей с опиоидной зависимостью она, к сожалению, недостижима, особенно в короткие сроки.*** Исключительное сосредоточение на достижении состояния, свободного от употребления наркотиков, как на непосредственной (достигаемой без промежуточных стадий) цели для всех пациентов может повредить решению других важных задач, таких как предупреждение инфицирования ВИЧ.

Не существует единственного метода лечения, эффективного для всех пациентов. За медицинской помощью по поводу опиоидной зависимости будут обращаться лица с разными сочетаниями факторов риска и защитных факторов, а также с разнообразными психологическими и социальными проблемами. Следовательно, предлагаемые виды и формы помощи должны быть достаточно разнообразными и гибкими, что позволит реагировать на потребности клиентов, учитывая степень тяжести зависимости, личные обстоятельства, мотивацию, а также реакцию на вмешательства. Рациональный подход к ведению пациентов с опиоидной зависимостью предполагает сбалансированное сочетание методов лекарственной терапии, психотерапии, психосоциальной реабилитации и мероприятий, направленных на устранение или хотя бы ослабление факторов риска.

Лечение должно быть легкодоступным. Большинство людей с опиоидной зависимостью испытывают сильное желание прекратить употребление наркотиков, но к лечению при этом продолжают от-

<sup>23</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г.

носиться амбивалентно. Часто к обращению за медицинской помощью подталкивает кризис (финансовый, вызванный конфликтом с законом, связанный с состоянием здоровья, во взаимоотношениях с партнером или в семье). Следовательно, важно обеспечить легкий доступ к лечению, чтобы использовать такой благоприятный фактор, как мотивация к лечению, сформированная этими критическими обстоятельствами.

Для обеспечения эффективности лечения очень важно, чтобы человек оставался в лечебной программе в течение соответствующего периода времени. Необходимая продолжительность лечения в каждом конкретном случае зависит от имеющихся у данного пациента проблем и потребностей, но результаты исследований указывают на то, что у большинства людей с наркотической зависимостью существенное улучшение отмечается после примерно трех месяцев непрерывного лечения, а продолжая лечение после пересечения этой пороговой точки, можно получить дополнительные благоприятные результаты. Поскольку нередко люди преждевременно прекращают лечиться, а преждевременное выбытие связано с высокой частотой рецидивов употребления наркотиков, в программах должны предусматриваться стратегии, нацеленные на вовлечение и удержание пациентов в лечебном процессе. Многим необходимо лечиться в течение нескольких лет.

У тех, кто в настоящее время неспособен либо не желает прекратить употребление наркотиков, лечебные вмешательства должны быть направлены на снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, непосредственной или опосредованной причиной которых является употребление психоактивных веществ. Достижимой целью является уменьшение количества случаев рискованного поведения, связанного с наркотической зависимостью.

Одним из наиболее широко используемых методов лечения, в том числе и в Кыргызстане, является детоксикация. Однако после ее проведения, не сопровождаемого дополнительными лечебными вмешательствами, чрезвычайно часто развивается рецидив употребления опиоидов, а следовательно, сама по себе детоксикация редко бывает адекватным методом лечения опиоидной зависимости. Одной лишь детоксикации или прекращения употребления опиоидов часто оказывается недостаточно – требуется также определенная терапевтическая

работа. И все же детоксикация представляет собой первый этап при многих формах более долгосрочного лечения, преследующего цель добиться полного воздержания от употребления опиоидов. Как детоксикация с последующим лечением, ориентированным на воздержание от употребления наркотиков, так и заместительная поддерживающая терапия являются основными компонентами эффективной системы лечения для лиц с опиоидной зависимостью.

## **2.6. Экономическая эффективность программ снижения вреда<sup>24</sup>**

Программы снижения вреда рентабельны и оправдывают затраты на свое проведение с гуманитарной и экономической точки зрения.

Программы снижения вреда сохраняют людям жизнь и улучшают качество человеческой жизни. Именно качество жизни отдельного человека и местного сообщества в целом является приоритетной задачей успешных социальных программ. Снижение вреда также включает предоставление услуг и ресурсов наркопотребителям на непринудительной и непредвзятой основе и подразумевает, что люди, потребляющие наркотики, имеют право голоса при формировании наркополитики и государственных программ, призванных отвечать нуждам потребителей наркотиков. Подход снижения вреда также предполагает, что потребители наркотиков являются основной движущей силой в снижении вредного воздействия от потребления наркотиков; поэтому необходимо дать возможность и помочь потребителям наркотиков обмениваться информацией и поддерживать друг друга в выработке стратегий, которые отвечают реальным условиям потребления наркотиков.

Например, средняя стоимость метадона составляет менее 5 сомов (4,32 сома) в день или менее 50 (1576,8 сома или \$43,8) долларов США на одного клиента в год.<sup>25</sup> Тогда как лечение ВИЧ-инфекции в Кыргызстане составляет от 600 до 6000 долларов на одного пациента в год.

С экономической точки зрения, программы снижения вреда обходятся дешевле, чем оказание медицинской помощи, лечение от нар-

<sup>24</sup> Факты в пользу программ снижения вреда. INHRDP OSI, 2005.

<sup>25</sup> Токубаев Р.Б. Опыт внедрения ОЗТ в Кыргызстане. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.

козависимости и расходы на юридические услуги, необходимые при отсутствии таких программ. Также доказано, что программы снижения вреда уменьшают преступность, и, тем самым, обеспечивают более безопасные условия жизни в местных сообществах, снижая затраты на судопроизводство и содержание тюрем. Согласно некоторым осторожным, умеренным оценкам, каждый доллар, вложенный в программы лечения опиоидной зависимости, может сохранить по четыре–семь долларов только благодаря таким факторам, как снижение потерь, причиняемых связанной с наркотиками преступностью (кражи, грабежи), а также сокращение расходов на уголовное судопроизводство. Если учесть сокращение затрат на медицинские осложнения наркопотребления, суммарная экономия может превысить затраты в соотношении 12:1.<sup>26</sup>

Таким образом, задачи снижения вреда подкреплены гуманитарными и экономическими аргументами. Международные исследования экономистов и экспертов доказывают, что, инвестируя в проведение программ снижения вреда, местные сообщества и правительства, в конечном итоге, экономят деньги.

## **2.7. История и практика развития программ снижения вреда в Кыргызской Республике**

### **Правовые аспекты снижения вреда**

- 1999 год – Совет Безопасности КР включает вопрос о разработке и внедрению программ снижения вреда в план мероприятий о наркоситуации и организационно-практических мерах по усилению борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков в КР.
- 1999 год – получена поддержка координационной комиссии по реформе здравоохранения и медицинскому страхованию при Администрации Президента КР.
- 2000 год – Подготовлена МЗ КР новая концепция оказания наркологической помощи населению в рамках реформирования здравоохранения с основополагающей концепцией снижения вреда.

<sup>26</sup> Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г. с. 24.

- 14.02.2000 г. получена политическая поддержка организации профилактических мероприятий на уровне Министерства здравоохранения и Мэрии г. Бишкек (Постановление № 60 от 14.02.2000 г.)
- 12 ноября подписано соглашение между Представительством ПРООН и Фондом Сорос-Кыргызстан о совместном финансировании проекта по проведению вмешательств среди потребителей инъекционных наркотиков.

В Концепции и национальной программе по противодействию распространения наркомании и незаконного оборота наркотиков в Кыргызской Республики определены основы стратегии борьбы с незаконным оборотом наркотиков, профилактики наркомании, организации системы контроля законного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Описаны меры по противодействию незаконному обороту наркотиков и наркомании и сформулированы в следующих разделах:

- **Совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы в сфере контроля наркотиков** (описаны мероприятия по приведению законодательной базы КР к международным стандартам, по мониторингу законодательства КР в сфере законного оборота);
- **Вопросы сокращения спроса на наркотики** (описаны меры по совершенствованию и внедрению программ профилактики наркомании, ВИЧ/СПИДа, разработке и внедрению современных стандартов диагностики, лечения и реабилитации при наркологических расстройствах, внедрению прогрессивных программ терапии для ПИН).
- **Вопросы противодействия незаконному обороту наркотиков** (описаны мероприятия по финансированию оперативно-розыскных мероприятий антинаркотических подразделений, проведению картирования местности в целях сокращения площадей дикорастущей конопли, меры по пресечению коррупции среди сотрудников правоохранительных органов, работающих в сфере противодействия незаконного оборота наркотиков).



*В конце 90-х годов прошлого века, когда в Кыргызской Республике были зарегистрированы лишь единичные случаи ВИЧ-инфекции, Правительство осознало, что если не предпринять экстренных профилактических мер, то и страну может постигнуть такая же печальная участь, как и наших соседей. В 1998-2008 гг. в Кыргызстане получили финансирование около 40 проектов по снижению вреда. Они включают:*

*а) информационные программы: предоставление информации о вопросах наркопотребления и его последствиях, связанных с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С, передозировками, болезнями вен;*

*б) посредством работы аутрич (в местах сбора потребителей и сбыта наркотиков в точках продажи наркотиков),*

*в) предоставление медицинских и психологических консультаций, а также система направлений в медицинские учреждения (инфекционные, наркологические больницы, реабилитационные центры, тестирование на ВИЧ, гепатиты и т. д.);*

*г) предоставление ПИН средств личной защиты от ВИЧ – презервативы, чистые шприцы, дезинфицирующие средства;*

*Программы снижения вреда осуществляются на базе Центров СПИД, а также неправительственными организациями в тесном сотрудничестве с наркологическими и инфекционными больницами, другими медицинскими организациями. Реализация таких программ происходит в тесном сотрудничестве с правоохранительными органами. Они, во-первых, информируются о начале таких программ, во-вторых, получают обучение в рамках этих программ. Имеющиеся в отдельных случаях противоречия с некоторыми сотрудниками ОВД, которые устраивали засады около пунктов обмена шприцев или метадоновых программ, были решены по согласованию с МВД – разработкой специальных приказов и инструкции для сотрудников ОВД по работе с уязвимыми группами населения.*

*Финансирование этих программ производится частично из местного бюджета (включая бюджет здравоохранения), но в основном за счет средств международных организаций. Начиная с 2004 г. финансирование осуществляется в основном за счет средств Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.*

В решении проблем, связанных с потреблением наркотиков, система здравоохранения Кыргызстана в настоящее время активно реализует стратегию, направленную на обеспечение широкого спектра услуг и доступности медицинской помощи для лиц с наркологическими расстройствами и обеспечение возможности для их дальнейшей реабилитации и ресоциализации. В этом направлении Кыргызстан достиг заметных успехов, и наш опыт оценивается международным сообществом как прогрессивный и заслуживающий внимания. В частности, в республике создана цельная система наркологической помощи, включающая следующие виды услуг:

- функционирует государственная система наркологической помощи, включающая 2 наркологических учреждения;
- создана сеть низкопороговых программ по снижению вреда среди инъекционных потребителей наркотиков и профилактике распространения ВИЧ-инфекции в виде пунктов доверия и программ обмена шприцев в гг. Бишкек, Ош, Карасу, Токмок и Жалалабат с охватом более 50% оценочного числа наркопотребителей. В будущем планируется создание подобных программ во всех остальных областях республики;
- программы обмена шприцев успешно реализуются в пенитенциарной системе Кыргызской Республики;
- реализуются самые крупные и успешные среди стран СНГ программы заместительной терапии в городах Бишкек и Ош с охватом около 7% зарегистрированных лиц с наркотической зависимостью. В настоящее время эти программы расширены на другие регионы страны и пенитенциарные учреждения;
- созданы первые элементы системы медико-психологической и внебольничной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Так, с 2004 по 2008 гг. открыты 2 государственных и 5 негосударственных реабилитационных центров в Северном и Южном регионах республики. Это позволило заметно повысить эффективность оказываемой помощи и качество жизни за счет использования методик ориентированных на изменение системы ценностей личности и поведения.

В Кыргызстане действуют все перечисленные стратегии снижения вреда, за исключением комнат безопасных инъекций. Помимо этого, в стране выполняются программы социального сопровождения, в рамках которых социальный работник непосредственно участвует в решении некоторых проблем клиента этой программы. Чаще всего это помощь в восстановлении документов, юридическая поддержка, решение некоторых социальных вопросов, обращение в медицинские учреждения и группы поддержки. Такие программы действуют для гражданского населения и в местах лишения свободы.

Существуют также убежища для кратковременного пребывания лиц, лишенных приюта. Чаще этими, так называемыми «домами на полпути», пользуются лица, освободившиеся из мест лишения свободы, в большинстве – это люди, живущие с ВИЧ. Принимаются меры для комплексного решения проблем клиента и для обеспечения доброжелательности предоставляемых услуг для того, чтобы сохранить долгосрочные доверительные отношения и мотивировать клиента на лечение или изменение опасного поведения.

Важную роль в осуществлении программ снижения вреда играют учреждения гражданского общества. Такие организации действуют практически во всех регионах страны. Наиболее опытными организациями, стоявшими у истоков развития программ снижения вреда, является НПО «Социум» (Бишкек) и НПО «Родители против наркотиков» (Ош). В настоящее время существует ряд организаций, построенных на основе сообществ ключевого населения. Это НПО «Ранар» (ПИН), ОО «Позитивная инициатива (ЛЖВ), НПО «Таис-плюс» (секс-работницы), ОФ «Оазис» (МСМ). Для усиления своей деятельности, объединения усилий для продвижения профилактических программ и формирования политики созданы несколько ассоциаций СПИД-сервисных НПО. Наиболее крупные из них – это Ассоциация СПИД-сервисных НПО «АтниСПИД» и ассоциация «Партнерская сеть», объединяющая, главным образом, НПО, работающие в программах по снижению вреда от употребления незаконных наркотиков.

*«Сформировалось НПО «Социум» в ноябре 1996 года. Оно состояло из врачей – энтузиастов: нарколог, психолог, терапевты. Занялись выявлением, постановкой на учет и лечением хронических алкоголиков и наркоманов, кто добровольно решил излечиться от тяжкого недуга. Врачи посещали притоны, базары, кафе, дискотеки, проводили индивидуальные беседы, убеждали. Использовали списки наркодиспансеров, психлечебниц, следственные милицейские материалы.*

*Обмен шприцев организовали под строгим контролем сначала в четырех точках при наркодиспансерах и поликлиниках Бишкека и Оша, затем, в Токмоке, Жалалабате и других местах. Включили программу «Снижение вреда» в комплексный план борьбы с наркоманией в Кыргызской Республике на 2005-2010 годы, утвержденный Правительством КР. Стали больше выделять средств столичная мэрия, Минздрав, ОБСЕ, Глобальный фонд, Фонд «Сорос-Кыргызстан». Спонсоры совместно организовали несколько установочных семинаров, провели мониторинг. На выделенные средства мы приобрели дополнительные шприцы, дефицитные медикаменты, открыли реабилитационный центр «Шанс», где действует телефон доверия, имеются нарколог, венеролог, дерматолог, психолог-социолог, адвокат. Здесь же дежурят бывшие наркопотребители, которые предлагают посетителям провериться на ВИЧ, избавиться от наркозависимости. Мы благодарны многим НПО, поддержавшим «Социум», и объединившимся в Ассоциацию «Программа “Снижение вреда” – партнерская сеть Кыргызстана».*

*НПО «Социум» тесно сотрудничает с правоохранительными органами. Совместно с АКН, другими НПО мы внесли совместные предложения в Жогорку Кенеш по либерализации антинаркотического законодательства и добились его принятия. Изданы и направлены участковым инспекторам милиции методические рекомендации по антинаркотическому законодательству, профилактике ВИЧ-инфекции. Проведены семинары в регионах с УИМ, сотрудниками ОБН, медицинскими работниками системы МВД.<sup>27</sup>*

<sup>27</sup> Эстебесова Б.А., директор общественного объединения «Социум», президент Ассоциации снижения вреда «Партнерская сеть». Интервью газете «Статья», № 15, август 2006 г., беседовал Л. Зеличенко.

Деятельность по продвижению программ снижения вреда способствовала замедлению темпов распространения ВИЧ-инфекции среди ключевого населения. Так, по данным специальных исследований, ежегодно проводимых в стране в период с 2004 г., распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных увеличилась в 2007 г. по сравнению с 2004 г. на 0,6%, среди ПИН – на 1,5%, а среди секс-работниц – уменьшилась на 0,3%. Следует отметить, что такие колебания отражают некоторое увеличение распространенности, но находятся в пределах ежегодных колебаний. Однако в стране еще не достигнут необходимый охват представителей ключевого населения (не менее 60%), а также пока нет устойчивости программ. Например, постоянно проводимые рейды по борьбе с секс-работницами не уменьшают их количества, а только меняют их местоположение. Кроме того, они приводят к большей закрытости этих групп для исполнителей профилактических программ. В результате, заболеваемость сифилисом в этих группах остается высокой, а также увеличивается число секс-работников, употребляющих наркотики. Периодически наблюдаемые «дежурства» сотрудников милиции около пункта раздачи метадона, также не способствуют налаживанию эффективных контактов с наркопотребителями, вызывает у клиентов неверие в эффективность программ и страх задержания.

Несмотря на проводимые в стране профилактические программы, совместное использование инъекционного оборудования практикуют 74,8% ПИН. Данные исследования позволили предположить, что в стране в настоящее время может насчитываться 2424 ЛЖВ, которые являются наркопотребителями.

Таблица 1. Процент ПИН, инфицированных инфекциями, передающимися через кровь, в гг. Бишкек, Ош и Жалалабат, Кыргызской Республики (2007 г.)<sup>28</sup>

	ВИЧ-инфекция	Вирусный гепатит С	Сифилис
Г. Бишкек	3	70	12
Г. Ош	13	49	13
Г. Жалалабат	14	31	6
Всего по стране	7,7	50,9	12,8

<sup>28</sup> Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в КР за 2007 г. Материалы конференции. Бишкек, 16-17 июня 2008 г. (выборочно).

Охват профилактическими мероприятиями потребителей наркотиков остается еще недостаточным. По рекомендации ВОЗ и ЮНЭЙДС для эффективной профилактики ВИЧ-инфекции должно быть охвачено не менее 60% наркопотребителей (60+). Несмотря на то, что благодаря международной гуманитарной помощи за период с 2004 по 2007 гг. обеспечение наркопотребителей чистыми шприцами увеличилось в 6 раз (с 2160 до 12 619 человек), и на конец 2007 г. 444 человека получали опиоидную заместительную терапию метадонном, программы снижения вреда охватывают чуть более половины от оценочного количества ПИН.

## **2.8. Задачи правоохранительных органов по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп**

Сотрудники правоохранительных органов в силу своих профессиональных обязанностей чаще контактируют с представителями уязвимых групп населения. Традиционные методы работы, а также имеющие место факты дискриминации представителей уязвимых групп не способствуют развитию профилактических программ в области ВИЧ-инфекции. В ходе реализации Министерством внутренних дел мероприятий в этой области наблюдаются некоторые противоречия в исполнении стратегий на практике: ограничены кадровые ресурсы, не используются возможности подготовленных специалистов системы Министерства внутренних дел в развитии обучающих программ.

Существует определенный риск заражения ВИЧ личного состава силовых структур в ходе исполнения служебных обязанностей, во время задержания правонарушителей, проведения обысков либо в период участия в боевых действиях. Не решены вопросы сохранения конфиденциальности диагноза и возможности продолжения трудовой деятельности в случае заражения ВИЧ.

Учитывая вышеназванные причины необходимо предусмотреть мероприятия по развитию специальных знаний и навыков по предотвращению заражения ВИЧ на рабочем месте, а также внедрению специальных программ по работе с уязвимыми группами для сотрудников силовых структур и оказанию

социальной и правовой защиты при заражении ВИЧ. Условия несения службы (дисциплина и организованность) позволяют проводить профилактические мероприятия с наиболее высокой эффективностью.<sup>29</sup>

Министерство внутренних дел осуществляет систематическую деятельность по преодолению ВИЧ-инфекции с 1998 г. – после принятия первой национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП в Кыргызской Республике на 1997-2000 гг. В тот же период был создан национальный многосекторальный координационный комитет по СПИДу при Правительстве Кыргызской Республики, возглавляемый Вице-премьер-министром Кыргызской Республики, а Министр внутренних дел был одним из заместителей председателя этого комитета. При МВД в 2002 г. была создана комиссия по профилактике ВИЧ-инфекции. В состав комиссии входили все начальники главных управлений МВД, начальники УВД г. Бишкек и Чуйской области, а также начальник Академии МВД, а возглавлялась она заместителем Министра внутренних дел. С этого периода в МВД проводилась комплексная целенаправленная работа по нескольким направлениям. Разработка стратегии МВД по преодолению ВИЧ-инфекции осуществлялась путем регламентации деятельности в этом направлении планами, приказами и инструкциями в данной области, утвержденными Министром внутренних дел. Большое внимание уделялось подготовке личного состава МВД как в области личной защиты от заражения ВИЧ-инфекцией, а также путем развития профессиональной деятельности сотрудников по реализации законодательства и национальной политики в области ВИЧ-инфекции. Была утверждена программа обучения сотрудников МВД в системе высшего специального образования на базе Академии МВД и средней школы милиции. Принимались меры по обеспечению безопасности медицинских процедур. Фондом «Сорос-Кыргызстан» с 1 августа 2006 года осуществляется поддержка редакции газеты МВД «Бетме-Бет», «Статья» по разъяснению читателям программы «Снижение вреда», направленной на усиление профилактики наркомании, ВИЧ-инфекции; информирование о новом законодательстве, регулирующем эту проблему.

<sup>29</sup> Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в КР на 2006-2010 гг., стратегия 1.4.

Всего опубликованы 28 материалов по различным аспектам осуществления программы «Снижение вреда».

Для реализации Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в КР на 2006-2010 гг., а также в связи с принятием новой редакции уголовного и административного кодексов Кыргызской Республики, Министерством внутренних дел разработана матрица действий по реализации государственной политики на 2006-2010 гг., подготовлены приказы МВД. Определены задачи ключевых подразделений МВД по реализации матрицы действий МВД по профилактике ВИЧ-инфекции.

Главным коллегиальным общественным органом, определяющим стратегию профилактики ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД, является Комиссия по координации и руководству профилактикой ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД (далее – Комиссия), утвержденная Приказом Министра внутренних дел.<sup>30</sup>

Функции Комиссии:

- определяет стратегию МВД КР по профилактике ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД;
- заслушивает отчеты о выполнении плана мероприятий МВД КР по реализации «Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 гг.», а также иных государственных и ведомственных программ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции;
- взаимодействует с другими государственными и общественными организациями по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда.

Определен порядок взаимодействия МВД с государственными и общественными учреждениями (НПО, НКО) и организациями в области преодоления ВИЧ-инфекции. Взаимодействие осуществляется в форме:<sup>31</sup>

- участия представителей государственных и общественных учреждений, работающих по профилактике ВИЧ-инфекции и снижения вреда, в работе Комиссии МВД (по согласованию);

<sup>30</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417, с. 47.

<sup>31</sup> Там же.



- взаимодействия с СМКК (страновой многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным заболеваниям), другими координационными комитетами, а также двусторонних отношений с отдельными ведомствами по вопросам ВИЧ-инфекции;
- реализации совместных проектов и программ с негосударственными и международными организациями, работающими по различным аспектам проблемы ВИЧ-инфекции и снижения вреда;
- привлечения грантовых, донорских и иных ресурсных средств для профилактики ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД.

Деятельность сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения регламентируется Инструкцией, утвержденной приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417 (далее Инструкция).<sup>32</sup>

Инструкция определяет цель, задачи и порядок осуществления сотрудниками органов внутренних дел мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди личного состава и уязвимых групп населения (УГН), а также организацию и контроль этой деятельности в ОВД. Она разработана в целях реализации Закона Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», «Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы», утвержденной Постановлением Правительства от 6 июля 2006 г. №498. Инструкция основывается на Конституции Кыргызской Республики, Законе Кыргызской Республики «Об органах внутренних дел Кыргызской Республики», действующем законодательстве и ведомственных нормативных актах Кыргызской Республики, а также на нормах международного права, ратифицированных в Кыргызской Республике. Она является руководством для всех сотрудников ОВД в сфере организации и осуществления мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и обязательна для исполнения при несении службы.

Основной целью Инструкции является повышение эффективности профилактики ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД.

<sup>32</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417, с. 46-47.

Задачами Инструкции является:

- систематическое и последовательное выполнение профилактических мероприятий, направленных на повышение информированности сотрудников ОВД о ВИЧ-инфекции; принятие мер по предотвращению угрозы их заражения, соблюдение гарантий социальной защиты сотрудников ОВД в связи с риском заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей;
- создания благоприятной среды для участия представителей УГН в программах по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению вреда;
- совершенствования организационно-правовых основ проведения профилактики ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД.

Инструкция определяет задачи подразделений и сотрудников ОВД по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения при выполнении служебных задач.<sup>33</sup>

### **Сотрудники ОВД**

- разъясняют представителям УГН их права и обязанности в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;
- проводят беседы с населением и представителями уязвимых групп о путях передачи и способах защиты от ВИЧ-инфекции, а также о возможности получения постконтактной профилактики с указанием соответствующих адресов;
- информируют представителей УГН о программах, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда от употребления наркотиков: пунктах обмена шприцев, заместительной терапии метадонем, медицинских учреждениях, оказывающих соответствующую помощь, реабилитационных центрах, социальных бюро, пунктах и телефонах доверия, группах взаимопомощи, а также рекомендуют им обратиться по соответствующим адресам;
- предоставляют доступную информационную и справочную литературу (плакаты, буклеты, разработанные РО «СПИД», НПО, международными организациями).

---

<sup>33</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417.

В обращении с представителями УГН, как и в общении со всеми гражданами, сотрудники ОВД, в соответствии с действующим законодательством и в целях создания благоприятной правовой среды, способствующей увеличению доступа представителей УГН к программам профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда, должны соблюдать следующие правила:

- не допускать дискриминации и ущемления прав УГН, грубости, действий и слов, оскорбляющих их честь и достоинство, обращаясь с ними вежливо и тактично, не проявляя каких-либо неприязненных чувств и в любых случаях сохраняя спокойствие и выдержку;
- при обращении предъявлять свое служебное удостоверение, сообщая должность, звание и фамилию, а также причину и цель обращения;
- при наличии законных оснований для проверки документов УГН составлять соответствующий протокол, обращаться с документами аккуратно, обязательно возвращать их владельцу по завершению проверки, не допускать незаконных проверок и изъятий документов;
- применять к представителям УГН меры процессуального принуждения в строгом соответствии с административным и уголовным законодательством, не допускать действий, нарушающих право на тайну личной жизни, обеспечивать конфиденциальность сведений, ставших известными в ходе осуществления служебных обязанностей, не использовать наркотическую зависимость потребителей с целью получения признательных показаний и оговоров;
- не производить необоснованных задержаний и личных досмотров представителей УГН и участников программ профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда;
- в местах расположения учреждений (организаций), реализующих программы снижения вреда и профилактики ВИЧ-инфекции, и на прилегающих к ним территориях не проводить действий, которые могут воспрепятствовать их нормальному функционированию.

В случае несоблюдения пунктов данной инструкции сотрудники ОВД будут привлекаться к дисциплинарным взысканиям.

Сотрудники ОВД должны владеть навыками оказания доврачебной помощи при передозировке наркотиков, а также в случае других состояний, представляющих угрозу здоровью и жизни граждан, включая представителей УГН.

**Управление общественной безопасности (УОБ) МВД КР:**

- осуществляет планирование и организацию работы по профилактике ВИЧ-инфекции в деятельности ОВД;
- координирует деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп, в том числе работу, осуществляемую подразделениями ОВД, а также обеспечивает взаимодействие с другими государственными и неправительственными организациями.

## Список рекомендуемой литературы:

1. Башмакова Л., Курманова Г., Кашкарев А. «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния», Бишкек, 2003.
2. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006.
3. Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в КР на 2006–2010 гг.
4. Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, принятая Резолюцией S-20/3 Генеральной Ассамблеи ООН 08 сентября 1998.
5. Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003.
6. Конституция Кыргызской Республики. Изложена в законе Кыргызской Республики «О новой редакции Конституции Кыргызской Республики» от 23 октября 2007 г.
7. Зеличенко А.Л. «Ястребы, голуби, совы». Сборник «Heroin formula 1». Бишкек, 2007, с. 91-99.
8. Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417.
9. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445.
10. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Вопросы уголовного права. 2006 г.
11. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в КР за 2007 г. Материалы конференции. Бишкек, 16-17 июня 2008 г.
12. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной

зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г.

13. Токубаев Р.Б. Опыт внедрения ОЗТ в Кыргызстане. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.
14. Факты в пользу программ снижения вреда. IHRDP OSI, 2005.

### Тема 3. Программы снижения вреда в пенитенциарной системе

**Цель:** Изучение особенностей программ снижения вреда в местах лишения свободы, как одного из ведущих направлений развития государственной политики, направленного на защиту здоровья заключенных и населения в целом.

**Задачи:**

1. Ознакомить курсантов с общей информацией о пенитенциарной системе и состоянии здоровья заключенных.
2. Обсудить основные поведенческие риски в местах лишения свободы.
3. Ознакомить курсантов с программами снижения вреда, осуществляемыми в пенитенциарных учреждениях, в том числе, в Кыргызской Республике.

**Методы:** общая дискуссия, мини-лекции, презентации, встречи с исполнителями и клиентами программ снижения вреда в тюрьмах.

**Время:** 4 часа.

**Ключевые понятия:** Пенитенциарная система; ГУИН, места лишения свободы; программы снижения вреда, обмен шприцев, пункты обмена шприцев, метадоновая программа, опиоидная заместительная терапия, метадон; информационно-образовательные кампании, социальная реабилитации, ЛЖВ, ПИН.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, карты, плакаты, таблицы, рисунки, средства защиты.

**План данного раздела курса:**

1.	Общая информация о пенитенциарной системе и состоянии здоровья заключенных	25 мин.
	Мини-лекция	20 мин.
	Ответы на вопросы	5 мин.

2.	Основные поведенческие риски в местах лишения свободы Дискуссия Мини-лекция Ответы на вопросы	30 мин. 10 мин. 15 мин. 5 мин
3.	Программы снижения вреда, осуществляемые в пени- тенциарных учреждениях в Кыргызской Республике Презентация Ответы на вопросы	25 мин. 20 мин. 5 мин.
4.	Организация программ снижения вреда в пени- тенциарных учреждениях Дискуссия Мини-лекция Игровые ситуации Ответы на вопросы	80 мин. 10 мин. 20 мин. 40 мин. 10 мин.

### ***Рекомендации преподавателю:***

*Данный раздел является важным с точки зрения закрепления общей информации о программах снижения вреда, а также для обсуждения поведенческих рисков в местах лишения свободы, которые могут привести к распространению ВИЧ, гепатитов В и С в пени-тенциарной системе, а также среди населения в целом. Важный вывод, который должны сделать обучаемые в рамках данной темы – это то, что тюрьмы – это открытые системы и не может быть благополучной ситуация в стране, если не будет благополучия в местах лишения свободы. Заключение могут прийти в пени-тенциарную систему с ВИЧ и гепатитами, могут инфицироваться в местах лишения свободы. Важно помнить, что заключение под стражу приводит к ограничению свободы, но не умаляет основные права человека: право на жизнь, сохранение здоровья, получение выгоды от научного прогресса, а также на защиту от пыток. Сама по себе изоляция от общества не излечивает от наркомании. Более того, наркотики попадают в тюрьмы во всем мире. Нередко опыт наркопотребления, либо инъекционного потребления наркотиков люди получают именно в местах лишения свободы. Заключение приводит к ряду других поведенческих рисков, приводящих к инфицированию ВИЧ, а также*



к приобретению опыта преступного поведения. Обязанность государства создать надлежащие условия, предоставить информацию, средства защиты для предупреждения заражения ВИЧ в пенитенциарной системе. Сами по себе учреждения ГУИН создают прекрасную возможность для развития профилактических программ, поскольку население с поведением высокого риска доступно для обучения. В местах лишения свободы могут успешно осуществляться программы равного обучения, а также доступ к наименее защищенным и наиболее уязвимым закрытым группам наркопотребителей, которые никогда не могли быть охвачены профилактическими программами на воле. В тюрьмах должен быть осуществлен доступ ко всем товарам и услугам по снижению вреда, которые доступны гражданскому населению, включая опиоидную заместительную терапию. При этом, ОЗТ должна быть доступна для получающих ее на воле сразу же после попадания в закрытые учреждения – уже на этапе задержания и временного содержания в следственных изоляторах, а также в колониях поселениях. Следует обеспечить также преемственность программ гражданского населения и заключенных.

### **Ресурсный материал**

***«В целях содействия социальной реинтеграции правонарушителей, злоупотребляющих наркотиками, в тех случаях, когда это уместно и согласуется с национальными законами и политикой государств-членов ООН, правительствам следует рассмотреть вопрос о том, чтобы в качестве альтернативы осуждению или наказанию или в дополнение к наказанию применять в отношении лиц, злоупотребляющих наркотиками, меры, направленные на лечение, воспитание, последующее наблюдение, реабилитацию и социальную реинтеграцию. В тех случаях, когда это уместно, государствам-членам ООН следует создать в рамках системы уголовного правосудия потенциал оказания помощи лицам, злоупотребляющим наркотиками, в области просвещения, лечения и реабилитации. С учетом всего этого необходимо налаживать и поощрять тесное сотрудничество между системами уголовного правосудия, здравоохранения и социального обеспечения».*<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики. Принята резолюцией S-20/3 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 года. С. 14.

### **3.1. Общая информация о пенитенциарной системе Кыргызской Республики**

В пенитенциарных учреждениях Кыргызской Республики по состоянию на 1 января 2008 года находится 12929 человек. В связи с гуманизацией уголовно-исполнительной политики количество тюремного населения за последние 3 года уже сократилось более чем на 4 тысячи человек, а в 2009 году предположительно достигнет 9 тысяч и в 2013 г. – 7800 человек. Это количество включает лиц, находящихся в колониях и следственных изоляторах (СИЗО). Лица, отбывающие наказание в колониях поселениях обслуживаются гражданскими организациями здравоохранения. Пенитенциарная система республики состоит из 35 учреждений исправительной системы, в том числе из 5 следственных изоляторов, 18 колоний-поселений, 12 исправительных колоний с собственным производством, в том числе одной женской, одной воспитательной колонии для несовершеннолетних.

Первым шагом гуманизации пенитенциарных учреждений послужила передача в 2002 году Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) из ведения Министерства внутренних дел в подчинение Министерства юстиции Кыргызской Республики. В конце 2002 года Правительство одобрило концепцию реформирования пенитенциарной системы на период до 2010 года. «Реформирование пенитенциарной системы основывается на принципах гуманизации уголовно-исполнительной политики, системы исполнения наказаний, с введением в учреждениях пенитенциарной системы международных стандартов»<sup>2</sup>. Эти действия направлены на обеспечение соблюдения законности и прав человека в местах заключения. Концепцией предусмотрены меры по улучшению медицинского обслуживания, социальной реабилитации осужденных, обеспечения общественного контроля за местами лишения свободы, а также «привлечение религиозных конфессий, международных и неправительственных организаций к решению задач... по обучению,... медицинскому обслуживанию и профилактике заболеваний»<sup>3</sup>. Все это способствует

<sup>2</sup> «Концепция реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года», одобренная постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 декабря 2002 года № 833. С. 2.

<sup>3</sup> Там же.

эффективной профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы страны.

*Государство берет на себя ответственность за создание надлежащих условий содержания осужденных лиц, обеспечивающих сохранение здоровья заключенных и персонала тюрем. Однако условия содержания заключенных способствуют распространению инфекционных заболеваний. Так, 10 процентов от числа заключенных, находящихся в пенитенциарных учреждениях, больны различными формами туберкулеза, а 65 процентов из числа больных хроническими формами туберкулеза имеют устойчивость к противотуберкулезным препаратам. До 35 процентов заключенных являются потребителями наркотиков, а 50 процентов из них употребляют наркотики путем инъекций. Однако, по мнению опрошенных, только 59 процентов используют собственный шприц для введения наркотиков. Имеют место также гомосексуальные половые контакты, случаи нанесения татуировок и использования чужих бритвенных приборов. При этом, доступность дезинфицирующих средств для обработки инструментария составляет только 38 процентов, а средств защиты – 41 процент от потребности.*

*За период с 1998 по 2005 год в стране официально зарегистрировано 410 лиц, живущих с ВИЧ в исправительных учреждениях, то есть около половины от общего числа зарегистрированных случаев заражения ВИЧ-инфекцией в стране. Сохраняется высокий уровень рискованного поведения, что свидетельствует об угрозе распространения ВИЧ-инфекции как половым, так и инъекционным путем. Несмотря на проводимые профилактические программы по выработке навыков безопасного поведения среди заключенных, отчетливо прослеживаются тенденции к увеличению заражения ВИЧ-инфекцией через кровь по сравнению с 2004 годом, которое по гепатиту С составило почти 20 процентов.*

*Проблемой является нехватка квалифицированных кадров и недостаточное финансирование пенитенциарных учреждений. Существует повышенный риск заражения ВИЧ-инфекцией медицинского персонала и личного состава системы ГУИН Министерства юстиции при исполнении служебных обязанностей.*

**Приоритетность стратегии по профилактике ВИЧ-инфекции среди заключенных** определяется возможностью стремительного распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы, быстрым прогрессированием болезни, высокой смертностью, формированием устойчивых к лечению форм заболеваний (ВИЧ-инфекции, СПИДа и туберкулеза), а также переходом инфекции в общую популяцию.

**Факторами уязвимости заключенных** являются употребление наркотиков и половые контакты без использования средств защиты. Неудовлетворительное финансирование медицинской службы пенитенциарных учреждений, недостаточное оснащение их медицинским инструментарием и средствами защиты создают угрозу внутрибольничной передачи ВИЧ.

Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в КР на 2006-2010 гг., стратегия 2.3.

### **3.2. Состояние здоровья заключенных**

«Заключенных отправляют в тюрьму в качестве наказания, а не для наказания». Приговор суда не может и не должен подвергать осужденных опасности заражения болезнями, которые зачастую представляют угрозу для жизни. Эпидемия ВИЧ-инфекции в тюрьмах проявляется острее и носит более агрессивный характер, чем в обществе в целом...»<sup>4</sup>

Тюрьма в нашем обществе – самая неблагоприятная для здоровья человека среда. Попадая в тюрьму, человек не только лишается свободы, но сталкивается со многими опасностями: насилием, наркоманией и инфекционными заболеваниями. Оградить же себя от этих опасностей у заключенного нет практически никакой возможности. Заключенные страдают от нехватки свежего воздуха, тесноты тюремных помещений и недостатка физических упражнений. Многие заключенные поступают в тюрьму уже больными, а в переполненных тюрьмах они живут рядом с другими больными заключенными.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> ВИЧ в тюрьмах. Практическое пособие для пенитенциарных систем Новых Независимых Государств. ВОЗ, 2001 г. с.2.

<sup>5</sup> Там же, стр. 10.

В большинстве пенитенциарных учреждений Кыргызстана заключенные также страдают от вынужденного безделья, поскольку из-за экономического спада большинство производств в местах лишения свободы не работает либо работает с малой нагрузкой. Это же определяет и недостаточное финансирование пенитенциарных учреждений, что приводит к скудности питания и неудовлетворительному медицинскому обслуживанию.

Социально-экономические проблемы, с которыми столкнулась Кыргызская Республика после обретения независимости, привели к повышению заболеваемости и смертности от туберкулеза в период с 1991 по 2001 гг. в 3-3,5 раза. При этом, в местах лишения свободы заболеваемость туберкулезом в начале XXI века была выше, чем среди гражданского населения в 60, а смертность почти в 200 раз.<sup>6</sup> Несмотря на решительные действия Правительства и Министерства юстиции, ситуация существенно улучшилась, но в 2007 г. заболеваемость туберкулезом среди заключенных превышала показатели гражданского населения в 20, а смертность в 71 раз.<sup>7</sup>

«ВИЧ-инфекция поражает тюрьмы быстро и поражает их тяжело. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных во многих странах значительно выше, чем среди населения в целом, а уровень распространенности вируса гепатита С еще выше. Несмотря на то, что большинство заключенных, живущих с ВИЧ или СПИДом в тюрьме, инфицируются до того, как попали в заключение, риск инфицирования в тюрьме, особенно через использование нестерильного инъекционного инструментария и незащищенный секс, очень высок.»<sup>8</sup> Так, в Кыргызской Республике распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных была почти в 40 раз выше, чем в целом по стране.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Годиньо Д., Новатны Т., и др. ВИЧ/СПИД и туберкулез в Центральной Азии. Всемирный банк, 2003, с. 59.

<sup>7</sup> Данные ГУИН КР.

<sup>8</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с.6.

<sup>9</sup> Данные ГУИН КР.

### 3.3. Основные поведенческие риски в местах лишения свободы

#### 3.3.1. Сексуальные отношения

Сексуальные отношения – за исключением разрешенных свиданий с супругами – запрещены тюремными правилами, и сексуальное поведение затрагивает вопросы сексуальной идентичности, что зачастую может спровоцировать чувство стыда или боязнь обусловленного гомофобией насилия со стороны других заключенных. Многие заключенные отказываются принимать участие в исследованиях, заявляя, что их поведение не является рискованным.<sup>10</sup> Это приводит к трудностям с получением результатов и к занижению показателей. Однако сексуальные отношения существуют в тюрьмах всего мира, включая страны бывшего Советского Союза, и заключенные подвергаются риску инфицирования ВИЧ и другими ИППП. Окружающая обстановка или численность заключенных, влияют на передачу ВИЧ-инфекции и других ИППП. Эти условия или факторы включают в себя распространенность инфекции в конкретной тюрьме или ее отделении; распространенность различных форм сексуальной активности, а также наличие и доступность презервативов, смазок на водной основе) и латексных салфеток.<sup>11</sup>

Сексуальные отношения в тюрьмах могут происходить по обоюдному согласию у 1-10% заключенных либо носить принудительный характер. Принуждение может исходить как от заключенных, так и от некоторых недобросовестных сотрудников в мужских, женских и детских тюрьмах. Насильственные формы анальных и вагинальных половых контактов, включая изнасилования, сопряжены с самым высоким риском передачи ВИЧ-инфекции, особенно для пассивного партнера, который в большей степени подвергается риску повреждения или разрыва стенок заднего прохода или влагалища. По данным разных исследователей, насилию подвергается от 1 до 3% заключенных. ***Изнасилования в тюрьмах могут быть невообразимо грубыми и жестокими. Нередки групповые изнасилования; жертвы часто подвергаются избиениям, истекают кровью, а иногда даже умирают.***<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 9.

<sup>11</sup> Там же, с. 11-13.

<sup>12</sup> Там же.

*В большинстве стран Восточной Европы и бывшего Советского Союза существует строгая внутренняя иерархия заключенных, которая терпится и, с неохотой, признается руководством тюрем. Эта иерархия, по сути своей напоминающая кастовую систему, является “горизонтальной” и включает в себя четыре основные группы заключенных: “блатные”; “мужики” (к которым относят большинство заключенных); “козлы”, или заключенные, которые работают на или сотрудничают с тюремной системой; “неприкасаемые”, или “обиженные” (“петухи”). Последние являются изгоями, в прямом смысле слова “неприкасаемыми”, и живут отдельно от остальных. Однако они могут использоваться (и часто используются) доминирующей кастой в качестве сексуальных объектов (Jurgens, Bijl, 2001).<sup>13</sup>*

Некоторые заключенные в большей степени подвержены риску сексуального насилия. В их число входят: молодые и неопытные заключенные; заключенные, впервые оказавшиеся в тюрьме; заключенные с психическими заболеваниями или пороками развития; физически неразвитые или физически слабые заключенные; заключенные-гомосексуалисты, трансвеститы и те, кто ранее подвергался изнасилованиям. Однако лишь очень незначительная часть жертв изнасилований или других преступлений на сексуальной почве сообщает о них руководству тюрем. Признание того, что тебя изнасиловали, противоречит кодексу заключенных, согласно которому в основе статуса и силы лежат доминирование и получение удовлетворения. Многие жертвы настолько запуганы, что из-за страха, стыда и смятения не сообщают о совершенном в отношении них сексуальном насилии даже своим родным и друзьям. Существуют документально подтвержденные доказательства внутритюремной передачи инфекций половым путем среди заключенных в России, США и других странах. Центры США по контролю за заболеваемостью и профилактике также сообщают о вспышке гепатита В и заражении ВИЧ в результате гомосексуальных половых контактов между мужчинами, в том числе и принудительных.<sup>14</sup>

Для профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП заключенные во многих странах обеспечиваются презервативами, включая

<sup>13</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с.24.

<sup>14</sup> Там же, с. 12-13.

большинство стран ЕС, Австралию, Бразилию, Канаду, Индонезию, Исламскую Республику Иран, ЮАР, некоторые страны бывшего СССР, а также небольшое количество следственных изоляторов и тюремных систем в США. Потенциально руководство исправительных учреждений несет гражданско-правовую ответственность за обеспечение презервативами. Например, Департамент исправительных учреждений ЮАР, отрицая какую-либо свою ответственность, во внесудебном порядке разрешил спор с бывшим заключенным из ЮАР, который заявлял, что инфицировался ВИЧ во время сексуальных контактов в тюрьме до появления там в 1996 г. презервативов. Он заявлял, что тюремные власти не предупреждали заключенных о рисках, связанных с незащищенным сексом, и не обеспечили их презервативами. В 1994 г. 52 заключенных в штате Новый Южный Уэльс, Австралия, также подали иски в связи с политикой Департамента исправительных учреждений, который на тот момент запретил обеспечение презервативами в тюрьмах. Еще до завершения судебного разбирательства, проведя юридические консультации относительно возможного его исхода, Департамент внедрил пилотную программу обеспечения презервативами в трех тюрьмах. После успешной реализации пилотного варианта программа была внедрена во всех тюрьмах штата Новый Южный Уэльс и включила также обеспечение латексными салфетками в женских тюрьмах.<sup>15</sup>

Специальных исследований в **Кыргызской Республике** по сексуальным отношениям среди заключенных в связи с закрытостью и щепетильностью темы не проводилось. Вместе с тем, ряд исследований среди спецконтингента по другим вопросам свидетельствует о наличии таких отношений в колониях (за исключением детской и женской колонии). Кроме того, имеются сведения о группах «обиженных» и описаны факты сексуального насилия среди заключенных.<sup>16</sup> Табу (запрет) на обсуждение этой темы так велик, что не более 4% заключенных были готовы обсуждать просто вопросы общего характера о наличии и примерной частоте сексуальных отношений в

<sup>15</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 14.

<sup>16</sup> (1) Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике за 2004-2007 гг.; (2) Исследование, проведенное ОФ «Оазис»; (3) Зеличенко А.Л. «Внедрение программ «Снижения вреда» в исправительных колониях ГУИН МЮ КР», Программа КАРХАП, 2005-2006 гг. и др.



местах лишения свободы в целом. Однако, по их оценкам, половина или большинство заключенных имеют половые связи с другими заключенными, а также с супругами через комнаты свиданий.

### **3.3.2. Потребление наркотиков**

Запрещенные наркотики доступны в тюрьмах, несмотря на то, что тюремные системы прилагают постоянные усилия для предотвращения наркопотребления среди заключенных посредством профилактики проникновения наркотиков в тюрьмы, осуществления строгого контроля назначения лекарственных средств и исполнения уголовных запретов на незаконное хранение наркотиков и их потребление среди заключенных. Многие заключенные поступают в тюрьму с уже устоявшимися привычками наркопотребления. Например, в США анализ мочи на запрещенные наркотики дает положительный результат у 68 % всех вновь поступающих заключенных; сходные результаты наблюдаются в Европе, Северной Америке и Австралии. В других частях мира ситуация менее ясна из-за отсутствия таких исследований, но во многих странах наркопотребление среди заключенных является обычным делом. Потребление инъекционных наркотиков является серьезной проблемой в тюрьмах Ирана, стран Восточной Европы и Средней Азии (Россия, Украина, Армения, Таджикистан) в Латинской Америке. В действительности же многие заключенные попадают в тюрьму, прежде всего, из-за правонарушений, связанных с наркотиками. Это могут быть либо изготовление, хранение, сбыт и потребление наркотиков, либо преступления, совершенные ради добычи средств на покупку наркотиков. Многие тюрьмы испытали значительный приток заключенных (и, как следствие, переполнение), вызванный в немалой степени политикой активного преследования и лишения свободы лиц, сбывающих и потребляющих запрещенные наркотические вещества. В частности, для ПИН лишение свободы, в том числе и неоднократное, наблюдается чаще, чем для потребителей других наркотиков. Исследования, проведенные во множестве стран, свидетельствуют о том, что от 56% до 90% ПИН когда-либо побывали в тюрьме, а от 11% (Англия), до 64% (Новый Южный Уэльс, Австралия) заключенных потребляли наркотики на воле.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 9.

Инъекционное потребление наркотиков – это тщательно скрываемая деятельность, и многие заключенные отказываются участвовать в исследованиях, утверждая, что они не практикуют какие-либо формы высокорискованного поведения. Это может привести к занижению получаемых данных о потреблении наркотиков, что негативно влияет на всю мировую статистику по тюрьмам. Кроме того, заключенные, все же участвующие в исследованиях, могут с большой неохотой предоставлять информацию о рискованных формах поведения, в частности, о потреблении инъекционных наркотиков поскольку боятся репрессий за незаконные действия.<sup>18</sup>

Исследования, проведенные в тюрьмах многих стран, показывают, что многие (13-23%) из тех, кто потребляет инъекционные наркотики в тюрьме, приобщились к этому именно в местах лишения свободы (Ирландия, Шотландия, Финляндия, Таиланд, Россия, Канада, страны ЕС, Австралия). Однако исследователи полагают, что к этим цифрам следует подходить с осторожностью. Начало наркопотребления зависит от сроков содержания под стражей а также поведенческих особенностей, поскольку нет гарантии, что те же молодые люди, которые приобщились к наркопотреблению в тюрьме, не стали бы потреблять наркотики на воле.<sup>19</sup> Многие заключенные-наркопотребители, включая ПИН, перестают потреблять наркотики после попадания в тюрьму и, находясь в тюрьме, чувствуют себя физически и морально более здоровыми, чем на свободе. Но имеются данные о высоком уровне рецидивов (или возвращении к прежнему характеру потребления) и передозировок после такого периода воздержания. В одном из исследований 41% участников сообщили о том, что вернулись к инъекционному потреблению наркотиков в первую неделю после освобождения, и 82% из них сделали это в первый же день пребывания на свободе.<sup>20</sup>

Те, кто потреблял наркотики до заключения, часто находят возможность продолжить их потребление и в тюрьме, хотя распространенность и частота потребления у большинства, но не у

<sup>18</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 12.

<sup>19</sup> Там же.

<sup>20</sup> Там же, с. 15.

всех, заключенных с попаданием в тюрьму снижается. Некоторые заключенные, находясь в тюрьме, прекращают потреблять наркотики, тогда как другие, напротив, начинают их потреблять для снятия напряжения и получения возможности приспособиться к условиям существования в переполненной камере и зачастую склонной к насилию среде. Например, в Канаде наркопотребление значительно выше в учреждениях строгого (52%) и усиленного режима (35%), чем в учреждениях общего режима (19%). Потребление кокаина значительно снижается, тогда как многие заключенные, ранее не употреблявшие героин, впервые пробуют его именно в тюрьме. Основной причиной снижения уровня наркопотребления в тюрьме является относительная малодоступность наркотиков (эту причину назвали 61% из тех, кто сообщил о снижении уровня потребления); далее следуют попытки отказаться от наркотиков и “улучшить форму” (14%), отсутствие средств на наркотики (13%) и опасение быть наказанным (6%).<sup>21</sup>

Потребление инъекционных наркотиков в тюрьме вызывает особую озабоченность в связи с распространением ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций, таких как гепатиты В и С. В тюрьмах ПИН реже употребляют наркотики, но чаще используют нестерильные иглы, шприцы и другой инъекционный инструментарий, а также чаще употребляют наркотики совместно с другими заключенными-сокамерниками, среди которых зачастую весьма высок уровень распространенности ВИЧ и вируса гепатита С. Например, около 10% иранских заключенных потребляли инъекционные наркотики и более 95% из них использовали нестерильный инъекционный инструментарий. **Распространение ВИЧ-инфекции** в значительной степени связано с историей тюремного заключения в ряде стран Западной и Южной Европы (в том числе представительниц женского пола), а также в России, Канаде, Бразилии, Иране и Таиланде. Известны зарегистрированные вспышки ВИЧ-инфекции в Австралии (1999), Шотландии (20 чел. – 1995 г.), Литве (299 случаев – 2002 г.), Татарстане, Российской Федерации (260 чел. в 2001 г.) и др.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 9.

<sup>22</sup> Там же, с. 12, 15.

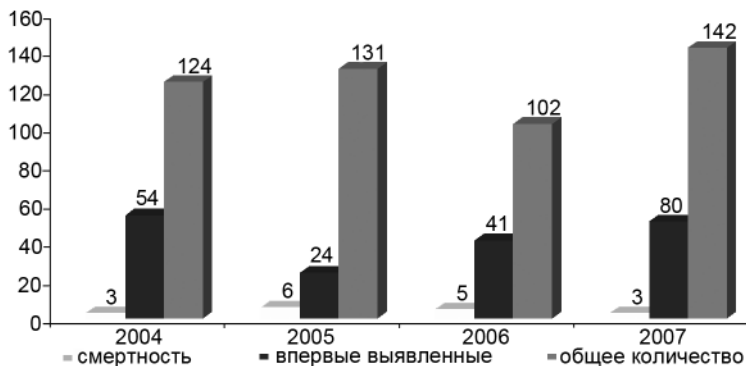
Уровень использования нестерильного инъекционного инструментария указываются от 60% до 90%. Поскольку пронести контрабандой в тюрьму иглы и шприцы гораздо труднее, чем наркотики, иглы и шприцы часто бывают в дефиците. Нередко среди большой популяции заключенных ПИН циркулирует лишь небольшое количество игл и шприцев. В результате 15-20 человек могут пользоваться одним и тем же инструментарием длительное время. Иногда этот инструментарий является самодельным: иглы и приспособления для их применения изготавливаются из прочной пластмассы и шариковых ручек; они повреждают вены, оставляют шрамы и вызывают тяжелые инфекции. Помимо серьезного риска инфицирования, ПИН в тюрьме больше рискуют получить и другие осложнения для здоровья, включая шрамы, гематомы, абсцессы и тромбоз вследствие использования инъекционного инструментария чрезвычайно низкого качества. В ходе одного из исследований более 15% участников, сообщивших о потреблении инъекционных наркотиков и об использовании нестерильного инъекционного инструментария во время последнего пребывания в тюрьме, сообщили также, что это был первый случай, когда они использовали нестерильный инструментарий. Уровень использования нестерильного инъекционного инструментария был особенно высок среди заключенных женского пола. Использование нестерильного инъекционного инструментария в тюрьмах аналогично его использованию в наркопритонах: в тюрьме точно так же множество незнакомцев используют первые попавшиеся под руку шприцы. Как правило, в обычной жизни только друзья или половые партнеры пользуются общими шприцами. Дефицит шприцев приводит к взиманию за него платы. Некоторые заключенные, участвовавшие в исследованиях, намекали на то, что заключенный может не раскрывать свой ВИЧ-положительный статус, боясь в будущем потерять доступ к шприцу.<sup>23</sup>

Из 11408 (2008 г.) осужденных в **Кыргызской Республике** 16% (1901 человек) отбывают наказание за совершение преступлений, связанных с наркотиками. На 1.01.2008 года в учреждениях ГУИН

<sup>23</sup> Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с. 12.

содержалось 142 ЛЖВ (1,1% от числа заключенных), все они являлись потребителями инъекционных наркотиков (рис. 3.1). 8,7% из числа ЛЖВ – это больные с сочетанной инфекцией (ТБ/ВИЧ). На наркологическом учете на этот же период состоял 491 человек, которым судом назначены меры медицинского характера (3,5% от числа осужденных). Однако по оценке, проведенной в рамках проекта ГФСТМ, 35% заключенных употребляют наркотики, половина из них – путем инъекций (1950 человек на 01.01.2007 г.). При этом от 40% в 2004 г. до 52% в 2007 г. опрошенных заключенных сообщили, что половина или большинство заключенных употребляет наркотики в местах лишения свободы. Из них только чуть более половины использует собственный шприц, 20% обрабатывает шприц дезраствором, 4,5% ПИН используют подручные средства, а 20% – общий шприц для введения наркотика.<sup>24</sup> Следует отметить, что персонал пенитенциарных учреждений также признает факт потребления наркотиков в местах лишения свободы, однако их оценки значительно скромнее и ограничены от 20 заключенных в женской колонии до 20 % осужденных в других обследованных колониях.<sup>25</sup>

Рис. 3.1. Количество ЛЖВ среди заключенных в Кыргызской Республике



<sup>24</sup> Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике за 2007 г. Бишкек, 2008.

<sup>25</sup> Зеличенко А.Л. «Внедрение программ «Снижения вреда» в исправительных колониях ГУИН МЮ КР», Программа КАРХАП, 2005-2006 гг.

### **3.3.3. Другие риски инфицирования ВИЧ в местах лишения свободы**

Высоки и другие риски передачи ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы в Кыргызской Республике. 10-12 % заключенных в 2004-2006 гг. наносили татуировки в колонии и 28% в 2004-2005 гг. пользовались чужими лезвиями. Следует отметить, что в 2006-2007 гг. число лиц, использующих чужие лезвия значительно уменьшилось (на 43%), тогда как число лиц, наносивших татуировки в 2007 г. увеличилось в 2,5 раза.<sup>26</sup>

### **3.4. Программы снижения вреда для пенитенциарной системы**

Лица, лишённые свободы, не должны быть ограничены в доступе к программам профилактики, лечения, ухода и поддержки. Все компоненты программы снижения вреда, предоставляемые на воле должны быть также доступны заключенным, причем, на всех этапах от момента задержания, временного содержания под стражей и отбывания наказания (см. раздел 5). Помимо обеспечения прав заключенных такой подход позволит предотвратить перенос ВИЧ-инфекции и других болезней с воли в места заключения и наоборот. Таким образом, это уменьшит риск дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции, ее социально-экономических последствий на семью, общество и государство в целом.

*Равное отношение должно направлять нас. Мы не можем позволить стигме или дискриминации встать между нами и решением проблемы. Потребители инъекционных наркотиков в тюрьме должны иметь такой же доступ к уходу, какой предлагается людям на воле<sup>27</sup>:*

- *Адекватный медицинский уход и профилактика ВИЧ-инфекции;*
- *Безопасное состояние тюрем;*
- *Медицинская помощь для заключенных женщин;*

<sup>26</sup> Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике за 2007 г. Бишкек, 2008.

<sup>27</sup> Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Министерства - ККО, Москва, 1 апреля 2005.

- *Программы по лечению зависимости от наркотиков, и тюрьмы, свободные от наркотиков;*
- *Лечение зависимости от наркотиков в качестве альтернативы заключению под стражу, например, наркосуды;*
- *Антиретровирусная терапия;*
- *Связь между тюремными и гражданскими системами лечения ВИЧ-инфекции, чтобы правонарушители продолжали получать помощь после выхода из тюрьмы.*

### **3.5. Опыт развития программ снижения вреда в пенитенциарной системе Кыргызской Республики**

Профилактика ВИЧ-инфекции, наркомании и решение смежных проблем в пенитенциарной системе осуществляется на основе законодательства Кыргызской Республики и иных нормативных правовых актов.

В пенитенциарных учреждениях страны с 1998 года проводятся программы по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании по всем трем направлениям:

- Снижение поставок;
- Снижение спроса на наркотики;
- Снижение вреда.

**Снижение поставок** составляет основу усиления режимных мероприятий во всех колониях Кыргызской Республики.

Вопросы **снижения спроса на наркотики** занимают важную часть в осуществляемых программах. Учреждениями ГУИН при поддержке неправительственных и международных организаций выпущены информационные материалы, проводится обучение личного состава и осужденных, осуществляются медицинские программы. В структуре пенитенциарной системы функционирует Наркологический Центр на 150 мест, который является структурным подразделением Центральной больницы при Главном управления исполнения наказаний. Он обеспечивает лечение наркозависимых по решению суда. При этом применяются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения.

С 2003 года при поддержке Фонда «Сорос Кыргызстан» в стране проводится программа Атлантис, в основу которой положена Миннесотская модель, известная как программа 12 шагов. Это создание групп само-взаимопомощи, основанных на доверии, результатом действия которых является поддержка сообщества с целью полного отказа от наркотиков. Программа весьма успешна и является примером передового опыта для других стран Центральной Азии. При поддержке Фонда «Сорос Кыргызстан» и Центрально-Азиатской программы по ВИЧ/СПИДу (КАРХАП) открыты реабилитационные центры «Атлантис» в 8 исправительных учреждениях. Министерством юстиции Кыргызской Республики предприняты меры по структурному закреплению новых методов работы с лицами, зависимыми от алкоголя и наркотиков, институционализации программы «Атлантис». Приказом № 216 от 29 декабря 2006 года «Об организационно-штатных мероприятиях» введены должности директоров и старших инспекторов, а в 3 учреждениях ГУИН также введены должности инспекторов-консультантов зависимости для функционирования Реабилитационных Центров «Атлантис» в 8 учреждениях ГУИН.

В рамках Проекта «Предотвращение употребления наркотиков в тюрьмах» Программы «Предотвращение распространения наркотиков в Центральной Азии» (КАДАП), при поддержке Программ ЕС и ПРООН Бомба-Кадап были реализованы мероприятия по реформированию наркологической службы уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики: укреплен материально-техническая база Наркологического Центра Центральной больницы при учреждении № 47 ГУИН МЮ КР и открыт РЦ «Атлантис» в учреждении № 10 (г. Жалалабат). В рамках этого же проекта подготовлена материально-техническая база для внедрения заместительной терапии метадонотом – открыто отделение детоксикационной и заместительной терапии в Наркологическом Центре Центральной больницы при учреждении № 47 ГУИН.

**Программы снижения вреда были начаты в стране в 1998 г. и за этот период можно условно разделить на два этапа.**

1. Подготовительный этап (1998-2004 гг.). Формирование политики по вопросам снижения вреда, обучения персонала и заключенных, формирование приверженности и политической



поддержки, развитие первых информационных программ для заключенных развитие равного обучения, а также содействие более безопасным инъекциям.

2. Собственно программы снижения вреда, включающие все компоненты, в том числе опиоидную заместительную терапию метадоном (с 2002 г. по настоящее время).

### ***Консультирование и тестирование на ВИЧ***

В соответствии со статьей 7 Закона Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13 августа 2005 года №149 принудительное освидетельствование на ВИЧ проводится только по решению суда на основании постановления следователя, прокурора о его назначении. Факт и результаты такого освидетельствования также носят конфиденциальный характер, охраняемый законом. В 5 пенитенциарных учреждениях при поддержке Глобального фонда открыты пункты ДКТ (дотестового консультирования и тестирования). Таким образом, все заключенные имеют возможность пройти тестирование на ВИЧ на добровольной основе, и большая их часть может получить при этом консультирование.

### ***Поддержка ЛЖВ***

ЛЖВ содержатся во всех учреждениях ГУИН на общих основаниях (по виду режима). Благодаря поддержке международных и неправительственных организаций проводится формирование приверженности к лечению среди сотрудников и осужденных. Проводится лабораторное обследование ЛЖВ в местах лишения свободы. В каждом учреждении закреплены медицинские сотрудники, отвечающие за работу ПОШ, проведение добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ и проведение информационно-образовательных мероприятий. Несомненным успехом профилактических программ является отсутствие стигматизации и дискриминации заключенных, живущих с ВИЧ, как со стороны персонала, так и заключенных; существующая атмосфера участия, сочувствия и поддержки ЛЖВ.

### ***Информационно-образовательные кампании***

В соответствии со статьей 3 Закона Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13 августа 2005 года №149 государством гарантируется регулярное предоставление достоверной информации населению по вопросам ВИЧ-инфекции, в

том числе через средства массовой информации. Поэтому во всех учреждениях пенитенциарной системы при поддержке многих проектов международных доноров реализуются информационно-образовательные программы: организуются и проводятся семинары и тренинги среди осужденных и личного состава по профилактике наркомании, ВИЧ-инфекции, СПИДа и других социально-значимых заболеваний. Разрабатываются и издаются информационно-образовательные материалы (брошюры, буклеты, календари и др.). Организуются и проводятся акции, посвященные Международному дню борьбы против злоупотребления, распространения и незаконного оборота наркотиков, Дню борьбы со СПИДом, Дню памяти погибших от СПИДа и др. в виде конкурсов, КВН, концертов, информационных сессий и т.д. Осуществляются программы равного обучения с участием осужденных и представителей гражданского общества. При этом сами заключенные принимали участие в разработке информационных материалов.

### ***Обмен шприцев***

Приказами Министерства юстиции Кыргызской Республики № 148 от 7.10.2002 г. «Об условиях и порядке проведения пилотного проекта по обмену шприцев и игл среди шприцевых наркоманов в исправительных учреждениях ГУИН МЮ КР» и № 50 от 17.03.2004 г. «О реализации проекта по обмену шприцев и игл среди инъекционных потребителей наркотиков в исправительных учреждениях ГУИН Министерства юстиции» регламентировано развитие программ снижения вреда. Мероприятия включают распространение в УИС информации о ВИЧ-инфекции, игл и шприцев, организацию на добровольной основе групп взаимопомощи среди осужденных по принципу «равный равному». Данный проект был начат Фондом Сорос Кыргызстан, а затем продолжен при поддержке Региональной программы КАРХАП и ГФСТМ. В настоящее время он осуществляется в 10 исправительных учреждениях. Всего функционируют 14 пунктов обмена шприцев (ПОШ). ПОШ оказывают консультативную помощь, информационную и психологическую поддержку лицам, употребляющим внутривенно наркотические средства. Предоставляются следующие услуги:

- консультации медицинских работников;

- направление на обследование на ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты;
- индивидуальные беседы, лекции, тренинги;
- предоставление дезинфицирующих средств;
- раздача информационных материалов, индивидуальных средств защиты.

В середине 2008 г. начался пилотный проект по *опиоидной заместительной терапии* метадоном в одной пилотной колонии (№ 47), с последующим распространением на другие учреждения. На начало 2009 года метадоновая программа осуществляется в трех учреждениях (47 колония, СИЗО в гг. Бишкек и Ош) и охватывает 70 заключенных ПИН.

### ***Социальная реабилитация заключенных***

Приказом Министерства юстиции КР, Министерства здравоохранения КР и Государственного комитета по миграции и занятости от 15.09.2006 года «131/183-шс/204а создана рабочая группа по вопросам социальной реабилитации осужденных. Группой подготовлен Проект Государственной программы «Подготовка осужденных к освобождению и их социальная реабилитация». Одной из стратегий данной программы является снижение уязвимости гражданского общества, персонала колоний и заключенных из группы риска: потребителей инъекционных наркотиков, ЛЖВ, МСМ, несовершеннолетних от заболевания туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, ИППП.

В 2006 году на базе учреждения № 47 ГУИН МЮ КР при поддержке СПИД Фонда Восток-Запад начал свою реализацию проект по социальному сопровождению лиц, освобождающихся из данного исправительного учреждения – функционирует Социальное Бюро. На сегодняшний день решен вопрос о развитии сети социального сопровождения путем открытия Социальных Бюро еще в 8 исправительных учреждениях при поддержке Центрально-Азиатской программы по ВИЧ/СПИДу (КАРХАП).

### ***Развитие программ по работе пенитенциарных учреждений по снижению вреда***

Министерством юстиции Кыргызской Республики совместно с международными организациями было организовано и проведено несколько круглых столов, совещаний и конференций в области

профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции и связанных с ними вопросов. Проведение данных мероприятий было освещено в средствах массовой информации.

В целях координации деятельности в области тюремного здравоохранения 14 апреля 2006 года на базе Управления реформирования УИС МЮ КР был открыт Информационно-аналитический Центр по охране здоровья в УИС, основной деятельностью которого является сбор статистической информации, создание базы данных и проведение мониторинга реализации всех программ и проектов в области профилактики и лечения социально-значимых заболеваний в пенитенциарной системе Кыргызской Республики.

Одновременно с этим большое внимание уделяется обучению медицинского персонала УИС в данной области. В рамках тесного сотрудничества Министерства юстиции КР с Министерством здравоохранения КР врачи, работающие в области профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции, проходят обучение на базе гражданских образовательных институтов, а также при поддержке международных организаций участвуют в различных семинарах, конференциях, знакомятся с опытом зарубежных стран. Организуются и проводятся мероприятия по обеспечению участия представителей руководства МЮ КР, ГУИН и его подразделений на международных конференциях, семинарах, стажировках, поездках по обмену опытом.

Разработана и 27 июля 2006 года утверждена 12-часовая рабочая программа обучающего курса Учебного Центра ГУИН «Охрана здоровья в учреждениях ГУИН МЮ КР». Основной целью данного курса является предоставление сотрудникам УИС основных знаний и навыков по профилактике социально-значимых заболеваний (ВИЧ/СПИД, наркозависимость, туберкулез, гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем) среди заключенных и персонала.

### ***Сотрудничество с другими государственными, международными организациями, учреждениями гражданского сектора***

Демократизация общества способствует гуманизации исправительных учреждений Кыргызской Республики, которые становятся более открытыми для учреждений гражданского общества. Представители гражданского здравоохранения, неправительственных и международных организаций, религиозных конфессий имеют возможность беспрепятственно посещать пенитенциарные учреждения

с целью проведения оценок и осуществления профилактических вмешательств.

В уголовно-исполнительном Кодексе Кыргызской Республики имеются общие положения, разрешающие участие общественных, благотворительных и неправительственных организаций в деятельности учреждений и органов, исполняющих уголовное наказание (Статья 22). Работа с НПО по профилактике ВИЧ в местах лишения свободы осуществляется Министерством юстиции и ГУИН на основе двухсторонних соглашений, меморандумов, в рамках различных проектов. Посещение учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы, представителями НПО осуществляется в соответствии с частью 2 статьи 23 Уголовно-исполнительного Кодекса Кыргызской Республики, где сказано, что представители средств массовой информации и иные лица имеют право посещать учреждения и органы, исполняющие наказания, по специальному разрешению администрации этих учреждений либо вышестоящих органов управления уголовно-исполнительной системы в порядке, определяемом Министерством юстиции Кыргызской Республики. На основании данного положения Министерством юстиции Кыргызской Республики издан приказ № 150 от 23 декабря 2005 года «Об утверждении Положения «О порядке взаимодействия учреждений Министерства юстиции Кыргызской Республики с общественными, международными, религиозными и другими организациями», которым определен порядок получения разрешения на посещение пенитенциарных учреждений.

В целях определения объективных данных о степени распространения наркомании, вида и качества услуг, предоставляемых в пенитенциарных учреждениях, по согласованию с Министерством юстиции в УИС МЮ КР проводятся исследования в данной области как местными неправительственными и международными организациями, так и независимыми экспертами.

Все это обеспечивает, с одной стороны, открытость проводимых в местах лишения свободы программ, с другой стороны, расширяет возможности пенитенциарных учреждений в привлечении финансовых и человеческих ресурсов. Тем не менее, не все вопросы решены. Прежде всего – это вопросы трудовой (социальной) реабилитации осужденных

после выхода из программы Атлантис; совершенствование программ снижения вреда и формирование более безопасного поведения; равно как расширение доступа к услугам и участия в программах снижения вреда (не менее 60% от нуждающихся в них лиц). Не решены еще в полной мере вопросы предупреждения сексуально-передаваемых инфекций и использования презервативов. Однако начало положено, а остальные действия будут развиваться далее. Важным шагом было бы мотивирование наиболее активных участников программ равного обучения из числа осужденных, предоставляя им возможность работы в этом направлении с получением заработной платы, которая могла бы в установленном порядке кумулироваться на их собственный расчетный счет (такой опыт уже имеется в Казахстане), либо облегчения им доступа к условно-досрочному освобождению.

Т. о. в местах лишения свободы КР заключенным предоставляются следующие услуги:

- 1. Лечение наркозависимости** (детокс-терапии, реабилитация в Центре «Атлантис», организация групп само- и взаимопомощи по методу «равный-равному» в 8 исправительных колониях); консультации выездной команды наркологов в каждом исправительном учреждении; внедрение с 2008 года на базе 3-х пенитенциарных учреждений «пилотного» проекта по заместительной поддерживающей терапии метадоном, с охватом 150-300 человек.
- 2. Программы «Обмен шприцев и игл среди инъекционных потребителей наркотиков в учреждениях УИС»** – функционируют 14 ПОШ в 10 исправительных колониях и 1 колонии – поселении (количество постоянных участников составляет более 1285).
- 3. Предоставление услуг ДКТ** – проводится мотивационное, психосоциальное, дотестовое и послетестовое консультирование, тестирование на ВИЧ, ИППП (в 2007 г. ДКТ проведено 2150 заключенным, выявлено 87 заключенных, живущих с ВИЧ).
- 4. Предоставление по показаниям АРВ – терапии** – на начало 2008 года получает 4 ЛЖВ.

- 5. Предоставление услуг по социальному сопровождению осужденных**, с ориентиром на ЛЖВ и наркозависимых. Социальные Бюро в 9 исправительных колониях и 1 СИЗО предоставляют юридическую, психологическую и социальную помощь; проводят подготовку заключенных к освобождению и устанавливают преемственность клиентов этой программы с гражданским сектором.
- 6. Информационно – образовательные программы** проводят сотрудники Учебного Центра ГУИН МЮ КР «Охрана здоровья» в пенитенциарной системе в режиме тренингов, информационных сессий с распространением информационных материалов для осужденных, немедицинских и медицинских сотрудников УИС. Радиофицированы 3 пенитенциарных учреждения.

## Список рекомендуемой литературы:

1. Башмакова Л., Курманова Г. , Кашкарев А. «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния», Бишкек, 2003.
2. Концепция реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года. Одобрена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 декабря 2002 года № 833.
3. Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Министерства – ККО, Москва, 1 апреля 2005.
4. ВИЧ в тюрьмах. Практическое пособие для пенитенциарных систем Новых Независимых Государств. ВОЗ, 2001 г.
5. Годиньо Д., Новатны Т., и др. ВИЧ/СПИД и туберкулез в Центральной Азии. Всемирный банк, 2003.
6. Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике за 2004-2007 гг.
7. Зеличенко А.Л. «Внедрение программ «Снижения вреда» в исправительных колониях ГУИН МЮ КР», Программа КАРХАП, 2005-2006 гг.
8. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.
9. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.
10. Пять лет Уголовному кодексу Кыргызской Республики: проблемы дальнейшей либерализации уголовной политики государства. Бишкек, 2003.



## **Тема 4. Правовые аспекты проблемы ВИЧ-инфекции и наркопотребления**

**Цель данного раздела курса:** разъяснить основы политики Кыргызской Республики в области ВИЧ-инфекции и наркопотребления для обоснования легитимности программ снижения вреда, проводимых государственными организациями и учреждениями гражданского общества в стране.

### **Задачи курса:**

1. Изложение основных позиций международного права, а также гражданского и уголовного права Кыргызской Республики по проблемам снижения вреда.
2. Обоснование целесообразности и тактики действий личного состава системы МВД по реализации государственной политики в области ВИЧ-инфекции и наркопотребления.
3. Ознакомление с группами ключевого населения, испытывающих наибольший риск инфицирования ВИЧ.
4. Формирование установок на универсальный характер прав человека, недопустимости принуждения, стигматизации и дискриминации при проведении профилактических и иных программ в области наркопотребления и ВИЧ-инфекции.

**Методы:** общая дискуссия, мини-лекции, презентации, отработка навыков безопасного поведения.

**Время:** 2 час 40 мин.

**Ключевые понятия:** Права человека, международные правовые нормы; уголовное право; гражданское право; Конституция; законодательство; государственная политика; криминализация; ВИЧ; ВИЧ-инфекция; наркопотребление; стигма; дискриминация; ключевое население; снижение вреда.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, плакаты.

### План данного раздела курса:

1.	Международные правовые нормы и их роль в формировании законодательства КР	35 мин.
2.	Государственная политика в области наркопотребления	35 мин.
3.	Государственная политика и международные обязательства страны в области ВИЧ-инфекции и СПИДа	35 мин.
4.	Общие характеристики ключевого населения (наркопотребители, секс-работники, МСМ)	30 мин.
5.	Стигма и дискриминация	25 мин.

### *Рекомендации преподавателю*

*Представляя информацию о государственной политике в области наркопотребления и ВИЧ-инфекции, следует особо подчеркнуть, что это не медицинские, а, прежде всего, серьезные социальные проблемы. Все действия в этом направлении проводятся в соответствии с законодательством Кыргызской Республики на основе норм международного права, ратифицированных в Кыргызстане. Курсантов следует ознакомить с основными законами и иными нормативными правовыми актами по вопросам наркопотребления, ВИЧ-инфекции, ИППП. При этом, следует подчеркнуть, что Кыргызстан, принявший все международные конвенции по правам человека и признавший приоритет норм международного права, постоянно совершенствует свое законодательство. Вместе с тем, нередко правоприменительные практики продолжают действовать исходя из сложившихся стереотипов и традиционных подходов, что иногда вступает в противоречие с законодательством Кыргызской Республики. Важно подчеркнуть, что курсанты Академии МВД будут работать в новых условиях дальнейшего развития демократии и формирования правового государства, в этой связи их роль в правильном понимании правовых норм и правоприменения могут быть решающими. Кроме того, сегодняшние курсанты в недалеком будущем будут определять политику правоохранительных органов по всем вопросам, включая и изучаемые в данном курсе.*

Министерство внутренних дел играет ключевую роль в реализации государственной программы по ВИЧ-инфекции. В МВД создана собственная политика по реализации Государственной программы, разработана матрица действий МВД по профилактике ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий; изданы приказы и инструкции МВД по работе с ключевым населением по профилактике ВИЧ-инфекции. Разработан и с 2004 г. в Академии МВД преподается специальный курс по правовым аспектам ВИЧ-инфекции. Важным направлением деятельности является защита личного состава системы МВД от заражения ВИЧ как при исполнении служебных обязанностей, а также при оказании медицинской помощи в медицинских организациях МВД и в быту. В процессе оперативно-розыскной работы сотрудники часто сталкиваются с представителями ключевого населения – прежде всего, с наркопотребителями, секс-работниками, с лицами, находящимися или побывавшими в местах лишения свободы, а также с МСМІ. Очень важно, чтобы в процессе профессиональной деятельности соблюдались основные права данных граждан, предусмотренные Конституцией и другим законодательством Кыргызской Республики. Более того, важно понимание значимости участия данных лиц в профилактических программах. У курсантов должно сформироваться понимание, что политика государства построена на имеющемся в мире, а также собственном опыте, и что только слаженные действия разных партнеров, включая государственные структуры, международные организации, лиц, затронутых эпидемией, позволят снизить социально-экономические последствия ВИЧ-инфекции и наркомании. Следует подчеркнуть также, что чем больше случаев ВИЧ-инфекции в стране, тем больше риск для каждого человека, в том числе, не относящегося к группам лиц с поведением высокого риска, столкнуться с этими проблемами. Кроме того, курсанты МВД – это будущие командиры и руководители структурных подразделений системы МВД. Они будут строить политику МВД в будущем, и они будут нести ответственность за безопасность личного состава. Важным элементом этой защиты является обучение персонала и обеспечение его средствами защиты.

В заключение Вы знакомите курсантов с целью, задачами, а также с программой данного раздела курса, включающей количество часов, формы обучения (лекции, практические занятия), вопросы оценки знаний.

<sup>1</sup> Мужчины, вступающие в секс с мужчинами.

## Ресурсный материал

### 4.1. Политика и законодательство Кыргызской Республики и международные обязательства страны

*«К 2003 году обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп и для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека; в частности, обеспечить их доступ, среди прочего, к образованию, правам наследования, трудоустройству, охране здоровья, социальным и медицинским услугам, предотвращению, поддержке, лечению, информации и правовой защите при соблюдении принципов конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни; и разработать стратегии борьбы с клейменем и социальной изоляцией, связанными с эпидемией».*<sup>2</sup>

Государственная политика в области наркопотребления и ВИЧ-инфекции основана на законодательстве Кыргызской Республики с учетом передового мирового опыта и рекомендаций Учреждений Организации Объединенных Наций. Она строится на основе принципов демократизации, гуманизации, прозрачности, открытости, партнерства и сотрудничества.

После получения независимости в 1991 году Кыргызская Республика приняла меры по присоединению к Организации Объединенных Наций. Став членом ООН в 1992 году, она в установленном порядке присоединилась к основным международным соглашениям по правам человека:

- Всеобщая Декларация прав человека;
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах;
- Международный пакт о гражданских и политических правах (включая Факультативный Протокол о гражданских и политических правах);
- Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации;

---

<sup>2</sup> Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, 2001 г. ст. 58.

- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин;
- Конвенция о правах ребенка;
- Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания;
- Другие международные документы, в том числе рекомендации Международной организации труда (МОТ).

Международные конвенции, которые ратифицированы в установленном порядке в Кыргызской Республике, становятся неотъемлемой частью законодательства страны. Они могут найти отражение в принятых в Кыргызстане нормативных правовых актах и/или иметь прямое применение в правоприменительной практике. После их ратификации страна обязана привести действующие нормативные правовые акты в соответствие с нормами международного права.

***Согласно Всеобщей декларации прав человека,***

***Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными настоящей декларацией, без какого бы то ни было различия, как то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения.***

Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года, ст. 2.

Каждый человек имеет право:

- на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность;
- на недискриминацию, равную защиту и равенство перед законом;
- на личную тайну;
- на преимущества от научного прогресса и его применения;
- на свободу и безопасность;
- на образование и право на свободу выражения и информацию;
- на свободу собраний и объединений;

- быть свободным от жестокого, нечеловечного или унижительного лечения или наказания, в том числе право ребенка на защиту от всех форм физического или психологического насилия, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации;
- на высокий уровень физического и морального здоровья.

В том числе были ратифицированы конвенции о наркотических средствах и психотропных веществах:

- Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее, в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года;
- Конвенция о психотропных веществах 1971 года;
- Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

В вопросах преодоления наркотизма и ВИЧ-инфекции Кыргызстан основывается также на руководящих документах международных организаций – прежде всего организаций ООН: Комиссии ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК); Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Объединенной программы ООН по СПИ-Ду (ЮНЭЙДС). Документы этих организаций носят рекомендательный характер и применяются в реальной социально-правовой ситуации в стране. Однако Кыргызстан, подписав ряд международных соглашений, стремится следовать данным рекомендациям. Это объясняется доверием страны к их политической значимости и практической ценности, поскольку они строятся на современных достижениях науки, а также на опыте, доказывающем эффективность данных программ. Кроме того, следование международным правовым нормам является одним из условий предоставления стране международных кредитов и гуманитарной помощи, реструктуризации внешнего долга, что для стран с переходной экономикой является весьма существенным аргументом.

Основными *международными правовыми актами, многосторонними соглашениями, договорами*, заключенными и ратифицированными Кыргызской Республикой и входящими в основу правового регулирования противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков, являются<sup>3</sup>:

- Политическая декларация, Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики и меры по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков, принятые в 1998 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН;
- Меморандум о взаимопонимании (МоВ) по сотрудничеству в области контроля за наркотиками, заключенный между Азербайджанской Республикой, Республикой Казахстан, Кыргызской Республикой, Российской Федерацией, Республикой Таджикистан, Республикой Туркменистан, Республикой Узбекистан, Организацией Ага Хана по развитию и Международной программой Организации Объединенных Наций по контролю за наркотиками от 4 мая 1996 года, который является политической и правовой основой развития сотрудничества в этой области;
- Соглашение о сотрудничестве государств-участников СНГ в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров от 5 апреля 1996 года;
- Мастер-план по контролю за оборотом наркотиков и организованной преступностью, составленный при поддержке Организации Объединенных Наций на период до конца 2005 года;
- Иные международные правовые акты, участником которых является Кыргызская Республика.

---

<sup>3</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445. II раздел.

## 4.2. Государственная политика и законодательство Кыргызской Республики в области наркопотребления

*«Программы сокращения спроса должны охватывать все сферы профилактической деятельности, от предотвращения начального потребления наркотиков до уменьшения негативных последствий для здоровья и социальных последствий злоупотребления наркотиками. Они должны предусматривать меры по информированию, воспитанию, просвещению населения, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции. Нуждающимся должны быть предоставлены возможности своевременного получения помощи и доступа к соответствующим службам».*

Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики. Принята резолюцией S-20/3 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 года. (Ст. 10, 12).

Незаконный оборот наркотиков формирует нарастающую угрозу национальной безопасности Кыргызской Республики, подрывает социальную стабильность в стране. Увеличивающиеся объемы транзита наркотиков через Кыргызстан приводят к росту наркопотребления, а также к распространению сопутствующих ему болезней, таких как ВИЧ-инфекция и гепатиты. Наркобизнес связан с другими преступными группировками и поддерживает международный терроризм, религиозный экстремизм, транснациональную организованную преступность. С целью установления эффективного государственного и социального контроля за наркоситуацией в стране, снижения уровня наркозависимости населения и связанной с ней преступности, обеспечения мобилизации и координации антинаркотической деятельности государственных органов управления, местного самоуправления, общественных организаций, совершенствования нормативно-правовой основы противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков, сокращения спроса на наркотические средства разработана Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской



Республике (далее Концепция)<sup>4</sup>. Комплексные программы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и его социальными последствиями начаты в стране в 1993 году. В настоящее время действует уже пятая Национальная программа Кыргызской Республики по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков на период до 2010 года, утвержденная Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года (УП №445), в основу которой вошли положения данной Концепции.

Концепция и национальная программа являются комплексными документами, основанными на межведомственном взаимодействии. Ими предусмотрен практически полный спектр мероприятий, необходимых для защиты населения страны от незаконного оборота до программ снижения спроса и снижения вреда от употребления наркотиков.

***Законы и подзаконные акты Кыргызской Республики, прямо или косвенно затрагивающие политику в области снижения вреда от потребления наркотиков:***

- Уголовный, Уголовно-процессуальный, Таможенный кодексы и Кодекс об административной ответственности Кыргызской Республики;
- Закон Кыргызской Республики "О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике" от 13 августа 2005 года №149;
- Закон Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике" от 9 января 2005 года № 6;
- Закон Кыргызской Республики "Об органе Кыргызской Республики по контролю наркотиков" от 28 марта 2004 года №53;
- Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445.
- Постановление Правительства "О правилах осуществления государственного контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Кыргызской Республики" от 22 июня 2004 года №466;

---

<sup>4</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445. Введение.

- План мероприятий по противодействию наркотизму в Кыргызской Республике на 2004 год, утвержденный постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 апреля 2004 года №246;
- Концепция национальной безопасности Кыргызской Республики, утвержденная Указом Президента Кыргызской Республики от 13 июля 2001 года №221;
- Документы Совета безопасности Кыргызской Республики 1996, 1999 и 2001 гг.;
- Закон Кыргызской Республики "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 17 июня 1999 года №60;
- Закон Кыргызской Республики "О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах" от 22 мая 1998 года №66;
- Постановление Правительства "Об утверждении Положения о порядке изъятия, хранения и уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров" от 25 сентября 1997 года №555;
- Постановление Правительства "О специализированных бригадах по уничтожению дикорастущей конопли" от 22 февраля 1996 года №72;
- Ведомственные и межведомственные приказы, инструкции, положения.

### **4.3. Политика государства по контролю за законным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров**

*Законный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров* – деятельность имеющих на это разрешение государственных органов, предприятий и учреждений всех форм собственности, связанная с разработкой, производством, изготовлением, переработкой, хранением, перевозкой, пересылкой, отпуском, реализацией, распределением, приобретением, использованием, ввозом на таможенную территорию Кыргызской Республики, вывозом с таможенной территории Кыргызской Республики наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.<sup>5</sup>

Международный комитет по контролю за наркотиками настоятельно призывает правительства всех стран обеспечить доступность наркотических средств, с тем чтобы больные не испытывали страданий, которых можно избежать. Однако должны быть установлены строгие процедуры контроля, чтобы наркотические средства доставлялись в больницы, к врачам и больным, а не попадали на незаконные рынки. Комитет призывает к гибкому гуманному подходу, целью которого является гарантия доступности контролируемых наркотических средств для медицинских целей.

Кыргызская Республика неукоснительно придерживается вышеуказанных позиций. Так, согласно действующему законодательству, государственный контроль осуществляется за разработкой, производством, переработкой, вывозом, транзитом, перевозкой, пересылкой, приобретением, хранением, распределением, реализацией, уничтожением, использованием в медицинских, научных и учебных целях, экспертной деятельности и проведении криминалистических исследований наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

<sup>5</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445. Основные термины и определения.

В соответствии с требованиями Единой конвенции ООН о наркотических средствах 1961 года, Конвенции ООН о психотропных веществах 1971 года, Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года основными формами государственного контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров является квотирование, распределение, учет и отчетность.

Ввоз, вывоз, транзит и промышленное использование наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров осуществляется на основе разрешений, выдаваемых Агентством Кыргызской Республики по контролю наркотиков в пределах квот, утвержденных для Кыргызстана Международным комитетом по контролю за наркотиками (МККН).

Ежегодно совместно с представителями правоохранительных органов проводятся плановые проверки деятельности организаций, участвующих в законном обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, в ходе которых утечек из легального оборота контролируемых веществ до настоящего времени не отмечено.

Обеспечение больных наркотическими и психотропными лекарственными средствами (включая метадон) обуславливает необходимость эффективного контроля за снабжением ими на основе:

- систематического государственного контроля за деятельностью субъектов всех форм собственности по исполнению требований антинаркотических Конвенций ООН по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;
- мониторинга законодательства Кыргызской Республики в области контроля за законным оборотом контролируемых средств и его совершенствования с учетом наркоситуации в стране;
- постоянного обновления списков наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих национальному контролю на территории Кыргызской Республики.

#### **4.4. Организационно-управленческие мероприятия и государственные программы борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков**

В целях адекватного противодействия угрозе социальной и экономической безопасности страны, связанной с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков, проводятся организационные мероприятия, направленные на создание единой скоординированной системы государственного контроля над наркотическими средствами, психотропными веществами и их прекурсорами:

- единую политику в области оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействия их незаконному обороту проводит Агентство Кыргызской Республики по контролю наркотиков. Оно же координирует деятельность иных органов исполнительной власти Кыргызской Республики в этой сфере;
- в органах внутренних дел, национальной безопасности, таможни, пограничной службы республики созданы подразделения по борьбе с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков;
- деятельность по контролю наркотиков периодически рассматривается на Совете безопасности Кыргызской Республики, где утверждаются неотложные меры по усилению этой деятельности.

#### **4.5. Политические и правовые аспекты противодействия ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике**

Подписав ряд важных, стратегических международных документов, в том числе, «Цели развития тысячелетия» (2000) и «Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом», принятую специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН (2001), Кыргызская Республика взяла на себя обязательства осуществить ряд мер, направленных на сдерживание эпидемии ВИЧ-инфекции, прежде всего, среди молодежи и уязвимых групп населения; улучшить доступ к лечению для людей, живущих с ВИЧ, и смягчить социальные последствия эпидемии. Данными международными документами перед мировым сообществом поставлены следующие основные задачи:

- полная реализация прав человека, в том числе лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ);
- принятие либо усиление охранительных законов, защищающих от дискриминации ЛЖВ;
- обеспечение сотрудничества с населением для создания благоприятной информированной среды с целью устранения существующих предрассудков;
- обеспечение населению доступа к тестированию на ВИЧ, а также разъяснению способов защиты, путем оказания социальной, экономической и личной помощи;
- создание и поддержка служб правовой помощи, которые будут информировать ЛЖВ об их правах, с оказанием соответствующих правовых услуг;
- недопущение стигматизации, дискриминации ЛЖВ и другие.

В Европе и Центральной Азии наиболее уязвимыми к ВИЧ-инфекции являются потребители инъекционных наркотиков (ПИН), их сексуальные партнеры и заключенные<sup>6</sup>. Развитие профилактических программ среди потребителей инъекционных наркотиков является приоритетным направлением всех трех Государственных программ по преодолению эпидемии ВИЧ-инфекции, начиная с 1997 года.

«Поддержка, утвержденная законом, является чрезвычайно важным фактором в контроле над распространением ВИЧ среди тех, кого называют «уязвимым населением», включая ... наркопотребителей и заключенных. Эти группы в целом уже подвергаются сильному социальному неодобрению и игнорированию их гражданских прав, и вероятность распространения в них ВИЧ-инфекции усиливает существующую дискриминацию. Поддержка представителей этих групп, с одной стороны, развивает движение демократизации общества и построение правового государства, закрепленные Конституцией и обеспеченные политикой страны. С другой стороны – это единственный подход, обеспечивающий эффективность программ профилактики СПИДа в стране и реальное сдерживание эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике»<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003, с.2.

<sup>7</sup> Л.Башмакова, Г.Курманова, А.Кашкарев «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния» Бишкек, 2003 г. с. 53.

Важность законодательного закрепления прав уязвимых групп в аспекте профилактики ВИЧ-инфекции предусмотрена Международными руководящими принципами по ВИЧ/СПИДу, принятыми в ходе второй Международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека (Женева, 23-25 сентября 1996 года). Их целью является практическая реализация международных норм по правам человека в контексте ВИЧ-инфекции. Ниже представлены пятый и шестой руководящие принципы с комментариями профессора права Скотта Барриса (США), выполненными им в Кыргызстане в 1998 г.<sup>8</sup>.

#### **Руководящий принцип 4**

*“Государствам следует пересмотреть и реформировать их уголовное законодательство и исправительные системы с тем, чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека и не использовались недобросовестно в контексте ВИЧ/СПИД и не были направлены против уязвимых групп населения”<sup>9</sup>.*

Это руководство рекомендовано против законов, в особенности, криминализирующих передачу ВИЧ или рискованное поведение. Законы о наркотических средствах должны быть дополнены или применяться так, чтобы не препятствовать предупреждению ВИЧ. Необходимые шаги включают осуществление программ по обмену шприцов или другие вмешательства в помощь наркоманам, дающие им информацию о безопасных инъекциях<sup>10</sup>.

#### **Руководящий принцип 5**

*“Государствам следует принять или усилить антидискриминационные и другие охранительные законы, которые защищали бы от дискриминации в государственном и частном секторах уязвимые группы, людей, живущих с ВИЧ, и инвалидов; обеспечили бы неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований на человеке; делали бы акцент на воспитании и примирении; предусматривали бы быстрое и эффективное применение административных и гражданско-правовых средств защиты”*

<sup>8</sup> ВИЧ/СПИД и права человека, Международные руководящие принципы, ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998.

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> Баррис С. Консультирование по юридическим аспектам предупреждения БППП и СПИДа в Кыргызской Республике: отчет и рекомендации. UNDP. – 1998.

### **Руководящий принцип 6**

*“Государствам следует принять законодательство с целью регулирования вопросов, связанных с товарами, услугами и информацией в области ВИЧ, имея в виду обеспечение широкой доступности качественных профилактических мер и услуг, надлежащее информирование о лечебно-профилактических аспектах ВИЧ, а также его безопасное и эффективное лечение по доступным ценам”.*

В области наркомании это руководство дает совет по кампаниям средств массовой информации, а также кампаниям, направленным на наркопотребителей, для предоставления информации о ВИЧ/ИППП и поведении, которое способствует распространению этих болезней. Руководство также предусматривает попытки обеспечить доступность к безопасному инъекционному оборудованию... Его можно также понимать как включение доступности эффективного лечения наркозависимых по доступной цене и бесплатного лечения для тех, кто не может заплатить. Рекомендуется также доступность презервативов для всех сексуально активных людей<sup>11</sup>.

Законодательство Кыргызской Республики, по заключению международных экспертов, в целом соответствует нормам международного права<sup>12</sup>. Рекомендации по совершенствованию законодательства были выполнены в Кыргызской Республике, и работа по улучшению законодательства и иных нормативных правовых актов продолжается в стране. Потребление наркотиков в стране декриминализировано. Кроме того, изменения **Уголовного кодекса** в редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91 привели к **гуманизации законодательства относительно потребителей наркотиков**. Это был значительный успех, достигнутый в результате длительных дебатов сотрудников правоохранительных органов, медицинских, социальных работников, сотрудников прокуратуры и гражданского общества. Поправки в Уголовный и Административные кодексы были внесены, приняты Жогорку Кенешем и утверждены Президентом Кыргызской Республики в редакции Закона КР от 25 июня 2007 года, N 91. Этим законом предусмотрено административное наказание за незаконное приобретение, хранение и транспортировку наркотиков без цели сбыта в

<sup>11</sup> Баррис С. Консультирование по юридическим аспектам предупреждения БППП и СПИДа в Кыргызской Республике: отчет и рекомендации. UNDP. – 1998.

<sup>12</sup> Там же.



небольших размерах (ст. 91-2 АК КР – приложение 1). Если лицо, виновное в действиях с наркотиками без цели сбыта, привлекается повторно в течение года после наступления административной ответственности, то оно подлежит уголовной ответственности в соответствии со статьей 246 УК КР. Следует подчеркнуть, что за действия с наркотиками без цели сбыта применяются альтернативные наказания, не связанные с лишением свободы. Могут быть также применены меры медицинского воздействия. Мера пресечения зависит от привлечения к административной или уголовной ответственности за аналогичные деяния ранее, а также от дозы изымаемого наркотика.

В 2005 г. был принят новый – второй **«Закон О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике»**, которым четко регламентированы понятия о разных видах обследования на ВИЧ и предусмотрены случаи принудительного тестирования в отдельных случаях по решению суда, органов следствия и дознания. Впервые внесены в закон понятия о стигме и дискриминации и предусмотрены меры воздействия при неправомочных действиях должностных лиц.

В законе **«О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах»** дается понятие наркомании как «болезненного психического состояния, вызванного хронической интоксикацией вследствие злоупотребления наркотическими средствами...». Здесь же дается определение «Большой наркоманией (наркоман) – лицо, которое находится в состоянии физической и/или психической зависимости от какого-либо наркотика...». О том, что наркомания и алкоголизм являются болезнью, упоминается в статье 15 «Принудительные меры медицинского характера» **закона Кыргызской Республики «О психиатрической помощи»**, где регламентированы права лиц с психическими расстройствами на добровольность обращения, отказ от лечения, помощь адвоката, сохранение тайны диагноза и обращения, решение социальных проблем, трудоустройство др.

Резолюцией S-20/2, принятой Генеральной Ассамблеей ООН по Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики (1998), отмечено: «Заявляем о своей решимости выделить необходимые ресурсы для обеспечения лечения и реабилитации и для создания возможностей социальной реинтеграции в целях **восстановления**

*чувства собственного достоинства и надежды* у детей, подростков, женщин и мужчин, которые стали наркоманами, а также для борьбы со всеми аспектами мировой проблемы наркотиков» (ст. 7).

Тем не менее, **законом Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах»** от 22 мая 1998 года, №66 допускается принудительное медицинское освидетельствование и медицинское обследование лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами или психотропными веществами, в том числе путем привода в наркологическое учреждение органом внутренних дел (статья 37), а также принудительное лечение по решению суда (статья 40). «Порядок выявления и постановки на учет лиц, незаконно потребляющих наркотические средства или психотропные вещества, определяется нормативным актом Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, Генеральной прокуратуры и Министерства юстиции Кыргызской Республики» (статья 36). Однако такие меры мало эффективны и приводят к закрытости группы наркопотребителей для участия в развитии профилактических программ. Пункт 5 статьи 38 названного закона предусматривает, что «лицу, добровольно обратившемуся в наркологическое учреждение для прохождения курса лечения, обеспечивается, по просьбе, анонимность лечения». По-видимому, страх перед постановкой на учет и отсутствие доверия специализированным учреждениям здравоохранения ограничивает обращение наркозависимых также и за анонимной медицинской помощью.

Таким образом, высокая уязвимость и неполное соблюдение прав и свобод человека в аспекте ВИЧ-инфекции, а также недостаточная сфокусированность деятельности на профилактике и формировании более безопасного поведения являются препятствиями для развития профилактических программ и способствуют распространению ВИЧ<sup>13</sup>. В связи с совершенствованием законодательства в области наркопотребления в Кыргызской Республике, скорее всего, данные положения, которые были приняты в 1998 г. также будут пересмотрены.

---

<sup>13</sup> ВИЧ/СПИД и права человека, Международные руководящие принципы, ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998. с. 78.

## 4.6. Характеристика ключевых групп населения с поведением высокого риска

### Молодежь<sup>14</sup>

**Характеристика группы:** Молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет составляют около 27 процентов населения страны. Вместе с тем, выделенная на основании степени риска распространения ВИЧ-инфекции условная группа «Молодежь» является одним из приоритетов национального стратегического плана и включает лиц в возрасте от 11 до 25 лет (30 процентов населения). При этом, нижняя возрастная граница установлена по началу периода полового созревания и времени первых проб психоактивных веществ (ПАВ), верхняя – по окончании периода наибольшей сексуальной активности и вовлечения в употребление ПАВ. В настоящее время, в соответствии с Декларацией специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН (2001 г.) в качестве приоритетной выделяется группа молодежи в возрасте от 15 до 24 лет.

**Уязвимость группы** в отношении распространения ВИЧ-инфекции обусловлена следующими факторами:

- Ограниченные возможности контроля над собственным поведением, обусловленные как личностными, так и социальными (в первую очередь зависимостью от родителей) причинами;
- Ограниченный доступ к средствам индивидуальной профилактики как следствие существующих в обществе предубеждений морального характера;
- Недостаточная экономическая и социальная защищенность, в том числе ограниченный доступ к адекватному дерматовенерологическому и наркологическому медицинскому сервису;
- Ограниченный доступ к адекватной информации, касающейся сексуального здоровья и последствий употребления ПАВ, обусловленный сохраняющимся в обществе табу на свободное обсуждение тем, связанных с сексом и наркотиками и ограниченным количеством информационных материалов, содержащих нужные сведения в приемлемой для молодых людей форме;
- Недостаточная правовая защищенность.

<sup>14</sup> Государственная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. Бишкек, 2002 г. с.35-36.

Среди молодежи в целом выделяются подгруппы, отличающиеся по формам поведения, выраженности риска распространения ВИЧ-инфекции и способам достижения профилактическими программами:

- организованная учащаяся молодежь – учащиеся общеобразовательных и специальных школ, системы профессионально-технического образования, средних специальных и высших учебных заведений;
- работающая молодежь;
- мигранты (как внутренние мигранты, так и беженцы);
- молодежь, входящая в состав неформальных молодежных объединений (как учащаяся и работающая, так и без определенных занятий);
- военнослужащие срочной службы, рядовые системы МВД;
- уличные дети;
- сексуальные меньшинства.

***Приоритетность группы молодежь:***

- общими соображениями сохранения здоровья нации;
- необходимостью защитить от ВИЧ-инфекции часть общества, которая будет обеспечивать продуктивную деятельность и, в конечном счете, развитие Кыргызской Республики на протяжении нескольких ближайших десятилетий;
- многочисленностью этой группы;
- реальностью развития профилактических программ, в том числе формирования навыков безопасного поведения.

**Потребители инъекционных наркотиков<sup>15</sup>**

***Характеристика группы:*** Группа «Потребителей инъекционных наркотиков» включает лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, независимо от установленного диагноза наркомании, частоты употребления наркотиков, их видов и доз. По оценкам ЮНОДК (2007), общее количество наркопотребителей в стране 26 000 человек, из них потребляют наркотики путем инъекций – 25 000.

<sup>15</sup> Государственная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. Бишкек, 2002 г. с.37.

**Уязвимость группы** в отношении ВИЧ-инфекции обусловлена:

- Практиками рискованного в отношении распространения ВИЧ-инфекции употребления наркотиков (использованием общих инструментов и посуды при приготовлении и введении наркотиков);
- Распространенностью случайных половых контактов (по данным социологического исследования более 90 процентов наркопотребителей сексуально активны, а 55 процентов периодически оказывают сексуальные услуги за деньги);
- Опасными формами сексуального поведения, отсутствием знаний и навыков использования презервативов;
- Недостаточным уровнем информированности по вопросам безопасного в отношении возможного инфицирования ВИЧ введения наркотиков и безопасного сексуального поведения, отсутствием позитивных установок по отношению к безопасным практикам;
- Для наименее обеспеченных слоев – недоступностью стерильных шприцев и игл, а также презервативов в количествах, покрывающих реальную потребность, по экономическим причинам;
- Для наименее обеспеченных слоев – недоступностью качественного медицинского сервиса (как наркологического, так и дерматовенерологического) по экономическим причинам;
- Отсутствием системы реабилитации, обеспечивающей реальную возможность выхода из группы;
- Высоким общественным давлением на группу, стигматизацией по признаку принадлежности к ней, дискриминацией в правовом отношении и, как следствие – закрытостью группы для осуществления профилактических программ;
- Отсутствием действующих систем социальной и правовой защиты.

**Приоритетность группы** обусловлена:

- наибольшей вероятностью быстрого (взрывного) распространения ВИЧ-инфекции в группе с последующим выходом в общую популяцию;
- возможностью рождения ВИЧ-инфицированных детей.

## Секс-работники<sup>16</sup>

**Характеристика группы:** Группа секс работников (далее СР) включает лиц женского и мужского пола, оказывающих сексуальные услуги на условиях материального вознаграждения.

По оценкам специалистов, общее число СР в республике составляет около 4500 человек: в том числе, более 2000 человек – в городе Бишкек, 700 человек – в городе Ош и около 300 человек в других регионах республики. Анализ ситуации позволяет установить, что около 10 процентов СР имеют опыт употребления наркотиков, из них около одной трети – инъекционным способом. При этом, доля потребителей инъекционных наркотиков среди СР постоянно растет.

**Уязвимость группы** в отношении ВИЧ обусловлена:

- Большим количеством сексуальных партнеров;
- Невозможностью вполне контролировать сексуальное поведение, в первую очередь использование презерватива, поскольку в большинстве случаев решение об его использовании принимает клиент;
- Ограниченными возможностями использования презерватива по экономическим причинам (большое число сексуальных контактов, каждый из которых должен быть обеспечен презервативом, становящимся в этом случае существенной расходной статьей);
- Употреблением наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, как непосредственно опасных в отношении распространения ВИЧ-инфекции, так и снижающих контроль над собственным поведением;
- Недостаточным уровнем информированности по вопросам безопасного секса и безопасного поведения, обусловленным низким уровнем образования в целом, малым количеством специализированных информационных материалов, недостаточностью материалов на кыргызском языке;
- Недостаточной доступностью качественного дерматовенерологического сервиса;

<sup>16</sup> Государственная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. Бишкек, 2002 г. с.38-40.

- Высоким общественным давлением на группу, стигматизацией по признаку принадлежности к ней, дискриминацией в правовом отношении и, как следствие – закрытостью группы для осуществления профилактических программ;
- Высокой частотой насильственных сексуальных контактов, которые никогда не бывают защищенными;
- Высокой подвижностью (сменой состава) группы, препятствующей накоплению позитивных изменений в сознании и поведении;
- Отсутствием социальной защиты и реальной возможности найти альтернативный источник средств к существованию.

*Приоритетность группы* обусловлена:

- Высокой вероятностью заражения ВИЧ-инфекцией как половым, так и инъекционным путем (при внутривенном введении наркотиков);
- Возможностью резервирования и последующего распространения ВИЧ-инфекции на общую популяцию через незащищенные сексуальные контакты с клиентами;
- Возможностью рождения ВИЧ-инфицированных детей.

## 4.7. Стигма и дискриминация

**Стигма** (греч) – ярлык, клеймо.

**Стигматизация (социальная)** – навешивание социальных ярлыков, ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. **Стигматизация** может расцениваться как присвоение человеку унижающих его достоинство свойств, связанных с его особенностями, например, цветом кожи, занятием какой-либо деятельностью, необычной сексуальной ориентацией, фактом употребления наркотиков или заражения ВИЧ. Стигматизация является составной частью многих стереотипов. **Она** опасна не только тем, что вызывает у человека чувство стыда, вины и изоляции, но и потому, что вызывает бездействие или действия со стороны других людей, которые могут нанести вред людям или привести к ущемлению их прав. Такие действия являются **дискриминацией** по отношению

к лицам, живущим с ВИЧ, или представителям групп населения с поведением высокого риска (секс работников, инъекционных потребителей наркотиков, лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией, заключенных и других).

**Дискриминация** (от лат. *discriminatio* — различение), умаление (фактически или юридически) прав какой-либо группы граждан по мотивам их национальности, расы, пола, вероисповедания и т. п.

**Дискриминация** возникает там, где проводятся различия между людьми, приводящие к пристрастному и несправедливому отношению к некоторым из них из-за того, что они принадлежат к определенной группе населения или подозреваются в такой принадлежности.

Стигматизация и дискриминация, лиц, живущих с ВИЧ, а также умалчивание проблемы мешают осуществлению профилактических программ. В результате очень многие страны начинают осознавать проблему ВИЧ-инфекции только тогда, когда она принимает характер национальной катастрофы.

Кыргызская Республика поставила в основу своего развития принципы демократии, что предполагает верховенство закона. Т.е. если человек имеет права и они закреплены в законах государства, то он обладает обязанностями по соблюдению прав других лиц. *Некоторые стереотипы поведения, которые сложились в процессе отношений людей или служебной деятельности сотрудников правоохранительных органов, например, принудительное освидетельствование на ВИЧ, разглашение тайны диагноза ВИЧ-инфекции или особенностей сексуальной ориентации лица, задержание за факт употребления наркотика и др., согласно законодательству, являются серьезными нарушениями прав других лиц и приводят к наступлению административной или уголовной ответственности.*



## Причины уязвимости

Существует много причин того, что люди становятся уязвимы. Все эти причины условно можно разделить на (1) индивидуальные и (2) социальные.

**1) Индивидуальные причины** – это причины, которые связаны с тем, что люди делают что-то, опасное для них, или не делают чего-то, нужного, чтобы обеспечить свою безопасность. Например, люди могут вводить себе наркотики (то есть, делать нечто опасное), не стерилизуя предварительно шприц (то есть, не обеспечивая свою безопасность).

*Обычные для Кыргызстана индивидуальные причины заражения:*

- **Использование нестерильных шприцев, игл, раствора наркотиков для введения;**
- **Неиспользование презерватива при половом контакте.**

У этих причин, в свою очередь, имеются свои причины:

- Человек не знал, что нужно делать, чтобы защитить себя от ВИЧ;
- Человек знал, что нужно делать, но не придавал этому значения, думал, что с ним этого не случится (или не думал вообще). Обычно легкомысленно относятся к мерам защиты люди, которые находятся в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков;
- Человек знал, что нужно делать и серьезно относился к этому, но не имел власти предпринять необходимые шаги. Например, женщина знала, что ее муж ей изменяет и пыталась уговорить его использовать презерватив при сексуальном контакте. Однако он не принимал мер, чтобы защитить свою супругу от риска заражения, а если она была настойчивой, то отвечал на ее просьбы насилием.

**2) Социальные причины** – это причины, по которым люди не могут получить от общества то, что им нужно для защиты от ВИЧ.

*Обычные для Кыргызстана социальные причины заражения:*

- **Отсутствие возможности получить информацию:** в школе и других учебных заведениях этому не учат, на семинары попадают лидеры, а не те, кого это касается в первую очередь, телевидение пугает СПИДом, но не рассказывает о том, что нужно делать.

*Т.е. причина в том, что человек не знал, что нужно делать, чтобы защититься от ВИЧ.*

- **Отсутствие возможности купить средства защиты:** во многих селах нужно потратить день, чтобы добраться до места, где можно купить презерватив. Другой случай – наркопотребитель, который не покупает себе чистый шприц, потому что у него нет денег или боится попасть в милицию. Конечно, шприц – не доказательство того, что человек употребляет наркотики, но он может вызвать подозрение у сотрудников правоохранительных органов.

*Т.е. причина в том, что человек знал, что нужно делать, но не придавал этому значения либо не имел возможности это сделать, в том числе и для того, чтобы избежать большего вреда для себя (например, задержания милицией).*

- **Отсутствие возможности получить медицинскую помощь.** Человек узнал, что ИППП облегчает заражение ВИЧ, и решил обратиться к врачу. Однако он побоялся осуждения и разглашения информации медицинским персоналом. Кроме того, у него не было денег, чтобы заплатить за лечение.

*Дается по материалам пособия для тренеров «Гендер и СПИД», Бишкек, ЮНИФЕМ, 2007 г.*

## Список рекомендуемой литературы:

1. Башмакова Л., Курманова Г., Кашкарев А. «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния», Бишкек, 2003.
2. Баррис С. Консультирование по юридическим аспектам предупреждения БППП и СПИДа в Кыргызской Республике: отчет и рекомендации. UNDP. – 1998.
3. ВИЧ/СПИД и права человека, Международные руководящие принципы, ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998 г.
4. Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года.
5. Государственная программа по предотвращению СПИДа и его социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 гг.
6. «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом». Принята на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по СПИДу, 2001 г.
7. Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003.
8. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее, в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.
9. Закон Кыргызской Республики “О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах” от 22 мая 1998 года №66.
10. Закон «О профилактике ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике». 2005 г.
11. Конвенция о психотропных веществах 1971 года.
12. Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.
13. Конституция Кыргызской Республики редакции Закона КР от 23 октября 2007 года.

14. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года, УП №445.
15. Политическая декларация, Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики и меры по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков, принятые в 1998 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН.
16. Уголовный кодекс в редакции Закона КР от 25 июня 2007 года № 91.

## Тема 5. Современная наркоситуация: криминологические аспекты

**Цель данного раздела курса:** предоставить информацию о глобальной и региональной ситуации, связанной с наркопотреблением и сопутствующими проблемами для формирования понимания серьезности и долговременности проблемы, а также необходимости постоянного комплексного воздействия на все сферы, связанные с наркотиками.

### **Задачи курса:**

1. Предоставление основной информации о ситуации с незаконным оборотом наркотиков в мире и Центральноазиатском регионе.
2. Обсуждение связей наркопреступлений с другими видами криминальной деятельности.
3. Ознакомление с работой правоохранительных органов Кыргызской Республики по борьбе с наркотизмом.

**Методы:** общая дискуссия, мини-лекции, презентации.

**Время:** 1 час 20 мин.

**Ключевые понятия:** Наркоситуация, транзит (трафик) наркотиков; наркобизнес; поставки наркотиков; производство и культивирование наркотиков; прекурсоры; изъятия наркотиков; незаконный оборот наркотиков; наркопреступления.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, плакаты.

### **План данного раздела курса:**

1.	Информация о ситуации с незаконным оборотом наркотиков в мире и Кыргызской Республике Мини-лекция Ответы на вопросы	25 мин.
2.	Связь наркопреступлений с другими видами криминальной деятельности	15 мин.

3.	Работа правоохранительных органов Кыргызской Республики по борьбе с наркотизмом	20 мин.
4.	Общая дискуссия	15 мин.
5.	Подведение итогов	5 мин

### ***Рекомендации преподавателю:***

*Тема данного занятия предполагает информирование курсантов о глобальной ситуации в области наркопотребления, ситуации в Центральной Азии, а также о действиях правоохранительных органов. Обсуждение данных вопросов является предметом других курсов обучения. Тем не менее, в рамках изучения программы по снижению вреда этот материал принципиально важен, поскольку показывает многогранный и непростой характер проблемы, которая для своего решения требует не только силового воздействия, но также реализации широкого круга политических, экономических, социальных и медицинских задач.*

*Обратите внимание курсантов на связь наркопреступлений с другими видами организованной преступности – с международным терроризмом, религиозным экстремизмом, торговлей оружием, похищением людей. Курсанты должны понять, что нет простых решений в борьбе с наркобизнесом. Там, где удается ликвидировать посевы и производства, там наркомафия находит новые решения – увеличение цены, создание новых лабораторий, поставки других наркотиков и т.д. Следует подчеркнуть, что пока правоохранительные органы не только в Кыргызстане, но и в развитых странах Запада, равно как и в исламском мире, не могут полностью преодолеть проблему незаконного оборота наркотиков (наиболее успешные программы были в бывшем СССР и в Афганистане во время правления талибов). Несмотря на совершенствование и гуманизацию законодательства по отношению к потребителям наркотиков – они чаще всего определяют статистику наркопреступлений. Так, в 2007 г. более половины всех наркопреступлений (61,4%) были связаны с дозами наркотиков до 10 г., в том числе 66,7% в 2007 г. и 77% в 2006 г. из числа задержаний с героином, составляли дозы до 1 г. Здесь же следует опровергнуть миф о том, что, снижая спрос на наркотики, возможно уменьшить их производство (чем нередко объясняются*

действия против наркопотребителей). Наркобизнес, обладая супер-прибылями, действует по принципу хорошо организованного сетевого маркетинга с системой бонусов, кредитов и ценовой регуляции. При этом происходит активное вовлечение молодежи в потребление наркотиков.

Преподавание данной темы, также как и курса в целом, требует от преподавателя владения современной информацией по обсуждаемым вопросам. Наркоситуация меняется так динамично, что информация трех или пятилетней давности может быть уже не актуальной. В этой связи преподаватель должен наладить контакты с основными владельцами такой информации – с АКН, МВД, ЮНОДК и другими. Можно также поручать курсантам (аспирантам, соискателям) получение информации о ситуации с наркопотреблением в мире через Интернет или другие источники. Однако часто такая информация бывает только на английском языке. Возможно также обращение в международные организации, действующие в Бишкеке, за помощью в предоставлении современной информации и, при необходимости, в ее переводе.

В завершение данного занятия необходима дискуссия для того, чтобы курсанты поняли ключевые позиции и цель данного урока.

## **Ресурсный материал**

### **5.1. Незаконный оборот наркотических средств: общие сведения**

**Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров** – это осуществляемые в нарушение законодательства Кыргызской Республики виды деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

#### **5.1.1. Некоторые исторические факты по борьбе с наркобизнесом**

В течение последних 50 лет произошли существенные изменения в предпочитаемых для употребления наркотических препаратах, методах злоупотребления ими, возраста наркопотребителей, мест злоупотребления наркотиками, размеров и степени организации сетей

наркобизнеса.<sup>1</sup> Данные изъятий наркотиков в мире позволяют определить основные ареалы потребления отдельных наркотических веществ. Так, кокаиновая наркомания больше распространена на Американском континенте и в Западной Европе; опиино-героиновая зависимость, распространенная в Азии, проникла в Европу и энергично осваивает Северную Америку; употребление каннабиса распространено по всему миру, но удерживает лидирующие позиции в Северной Америке, Европе, Азии и Африке; особую угрозу стимуляторы амфетаминового ряда пока представляют юго-восточной Азии, Западной Европе и Северной Америке. Однако эти выводы достаточно условны, поскольку наркоситуация меняется весьма динамично и в большинстве случаев высоколатентна.

Первые международные усилия по борьбе с наркопотреблением были предприняты около 100 лет назад (в 1909 г.), когда мировое сообщество встретилось в Шанхае для обсуждения самой серьезной и первой в мире опиумной эпидемии в Китае. *На ее пике 10 млн. китайцев страдали от зависимости к наркотикам и почти четверть взрослых мужчин употребляла их. Это было связано со значительным развитием монополий по производству и торговле наркотиками, поддерживаемых государством. Страны-производители получали положительный торговый баланс за счет торговли опиумом с Западом, что вносило реальный вклад в экономическое развитие стран-экспортеров. Так, в 1880 г. такая торговля обеспечивала 14% внутреннего валового продукта (ВВП) Британской Индии. Китай проиграл две опиумные войны с Британией (1840-1842; 1856-1860), которые были направлены на прекращение ввоза опиума, однако, затем сам начал культивировать опиум, который также составил около 14% ВВП к моменту проведения Шанхайской опиумной комиссии.*

Результатом Шанхайской встречи явилось принятие декларации по противодействию опасностям, вызванных торговлей опиумом. Однако в тот период не было единого международного органа, обладающего мандатом для продвижения глобальных проблем. С другой стороны, участники той встречи не обладали достаточ-

---

<sup>1</sup> Доклад международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 г., ООН, Нью-Йорк, 2006, с. 9, §35.



ными властными полномочиями для изменения политики в своих странах. Однако заложенные на той встрече положения и подходы нашли свое продолжение и развитие в последующих усилиях мирового сообщества, которые продолжаются уже 100 лет.<sup>2</sup> Тем не менее эта встреча способствовала объединению некоторых сил, включающих консервативных религиозных лидеров, представителей левых сил и др. для борьбы с торговлей опиумом.

После окончания I мировой войны и создания Лиги Наций были приняты Конвенции по наркотикам в 1925, 1931 и 1936 гг. Это были важные усилия, но не все государства были членами Лиги Наций. Поэтому после окончания II Мировой войны Организация Объединенных Наций (ООН) в качестве одного из первых шагов согласовала Опиумный протокол в 1946, затем в 1948 гг., а, начиная с 1961 г. приняла три конвенции:

- Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее, в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года;
- Конвенция о психотропных веществах 1971 года;
- Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

Данные конвенции предусматривают все аспекты законного и незаконного оборота наркотиков, включая их закупку, транспортировку, учет, назначение, использование в медицинских и научных целях. Все эти конвенции с внесенными в них поправками, «по-прежнему, являются основой для международных усилий в области контроля над наркотическими средствами и психотропными веществами и что строгое выполнение как правительствами, так и органами международного контроля ООН обязательств, вытекающих из конвенций, имеет важное значение для достижения целей.»<sup>3</sup> В настоящее время к данным конвенциям присоединились более 180 стран.

---

<sup>2</sup> World Drug Report. 2008. p. 14.

<sup>3</sup> Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Резолюция 3.

### 5.1.2. Объемы злоупотребления наркотиками

Несмотря на предпринимаемые усилия незаконный оборот наркотиков представляет серьезную угрозу развитию всех стран мира. Страны христианские и мусульманские, богатые и бедные, развитые и находящиеся на этапе своего становления – все испытывают тяготы наркоэкспансии и связанных с ними смежных проблем: преступности, болезней, смертности, насилия, других социальных и экономических проблем.

Относительное число наркопотребителей среди мирового населения в возрасте 15-64 лет с конца 90-х оставалось стабильным и составляло от 4,7 до 5%. Приблизительно 208 млн. человек в указанном возрасте употребляли наркотики, по крайней мере, 1 раз за последние 12 месяцев. Проблемные потребители наркотиков составляли около 0,6% мирового населения в этой возрастной группе (табл. 5.1).<sup>4</sup>

Табл. 5.1. Незаконное потребление наркотиков на глобальном уровне<sup>5</sup>

Название позиции	Количество (млн. чел.)	Процент от общего числа населения этой группы
Общее население Планеты	6 475	
В т.ч. население в возрасте 15-64 лет	4 272	66,0%
Население, не употребляющее наркотики, в возрасте 15-64 лет	4 064	95,1%
Распространенность наркопотребления в год	208	4,8%
Распространенность наркопотребления в месяц	112	2,6%
Проблемные потребители наркотиков в возрасте 15-64 лет	26	0,6%

<sup>4</sup> World Drug Report. 2008. p. 3.

<sup>5</sup> Там же, с. 5.

Из числа потребителей наркотиков преобладают потребители каннабиса, на которых в 2007 г. приходилось 3,9 процента от взрослого населения земли (15-64 лет), или 79,6% от числа всех потребителей незаконных наркотиков (165,6 млн. человек). Следующими по популярности являются стимуляторы амфетаминового ряда (САР). Их потребляют 24,7 миллиона человек (0,6% мирового населения в возрасте 15-64 лет или 11,9% от числа потребителей наркотиков), в том числе 9 миллионов человек потребляют экстази. 16,5 миллионов человек употребляют опиаты (героин, морфий, опий), из них 12 миллионов – потребители героина. 16 миллионов человек потребляют кокаин. Т.о. опиаты и кокаин потребляют по 0,4% взрослых жителей планеты (табл. 5.2).

Табл. 5.2. Оценка распространенности наркопотребления по видам наркотиков за 2006-2007 гг.

	Каннабис	Стимуляторы амфетаминового ряда		Кокаин	Опиаты	В т.ч. героин
		Амфетамины	Экстази			
Количество зависимых в млн. (2007 г.)	165,6	24,7	9	16	16.5	12
В % от мирового населения в возрасте 15-64 лет (2007 г.)	3,9%	0,6%	0,2%	0,34%	0,37%	0,27%
В % от мирового населения в возрасте 15-64 лет (2006 г.)	3,8%	0,58%	0,2%	0,37%	0,39%	0,28%

**Тенденции в отношении поставок.** Несмотря на то, что с конца 90-х годов в мире наметилась устойчивая тенденция стабилизации рынка наркотиков, которая продолжалась и в 2007 г., тем не менее, наблюдаются исключения в некоторых критических сферах. В 2007 г. увеличилось культивирование опиатов и листьев коки, однако оно остается ниже, чем в 1998 г. и ниже пика культивирования этих культур (1991 г. для опиума и 2000 г. – для коки).<sup>6</sup>

**Тенденции в отношении спроса.** Несмотря на увеличение числа потребителей опиатов, каннабиса и кокаина, годовая распространенность<sup>7</sup> болезней зависимости остается стабильной на всех рынках наркотиков. Это связано, прежде всего, с ростом наркопотребления в развивающихся странах, тогда как в богатых странах, несмотря на колебания рынка, все же наблюдаются устойчивые тенденции снижения потребления наркотиков.<sup>8</sup>

## 5.2. Ситуация с незаконным оборотом наркотиков в мире

### 5.2.1. Опиаты

Площади культивирования опия в 2007 г. увеличились на 17% по сравнению с 2006 г. и достигли 235 700 га, что незначительно ниже площадей в 1998 г. (238 тыс. га). В том числе 193 га было занято под культивирование опия в Афганистане. Производство опиатов в Афганистане практически удвоилось по сравнению с 2005 г., достигнув своего максимума в 2007 г. (8 870 мт) и составив 92% от мирового объема производства опия. После семилетнего снижения на 29% увеличилось производство опия в Мьянме с 21,5 тыс. га в 2006 до 27,7 тыс. га в 2007.

В начале 1990-х годов площадь нелегального выращивания мака составляла 270 тыс. га. С тех пор география его выращивания претерпела существенные изменения. Успехом мирового сообщества явилось сокращение посевов опийного мака в районе «**Золотого треугольника**» (Лаос, Мьянма – бывшая Бирма и Таиланд). Так, если в начале 90-х годов прошлого века **Мьянма** незаконно культивиро-

<sup>6</sup> World Drug Report. 2008.

<sup>7</sup> Распространенность рассчитывается, исходя из числа впервые зарегистрированных больных зависимостью на 100 000 населения.

<sup>8</sup> World Drug Report. 2008. p. 3.

вала опийный мак на территории 150 тыс. га, а в 1993 г. площади культивирования достигли 165,8 тыс. га,<sup>9</sup> то в 2006 г. эти площади сокращены по сравнению с 1993 г. почти в 8 раз и составили 21,5 тыс. га. Однако в 2007 г. отмечено увеличение таких площадей на 29%, до 27,7 тыс. га.

Много лет **Лаос** был крупным мировым импортером незаконного опия. В 1998 г. опийный мак в Лаосе выращивался на 26,800 га. В незаконное культивирование опийного мака были вовлечены примерно 23 тысячи семей, проживавших в 846 деревнях. В то же время уровень потребления опия в Лаосе был весьма высок. Так, в деревнях, включенных в исследование ЮНОДК, в районах, незаконно культивировавших опийный мак, ежедневно потребляли опий до 60,5% членов семей. В стране насчитывалось около 28 тысяч наркозависимых лиц при населении 6 миллионов человек.

В свете Политической декларации ООН 1998 г., принятой на 20-й Специальной Сессии по проблемам наркотиков Генеральной Ассамблеи ООН, руководство Лаоса приняло решение о ликвидации опиумных посевов к 2005 году. В 2000 г. Правительством страны принята и осуществляется при поддержке ЮНОДК государственная программа «Сбалансированный подход к уничтожению опиума в Лаосской Народно-Демократической Республике». В том же году начата национальная кампания против наркотиков, направленная на мобилизацию населения и потенциала общин по ликвидации опия. В результате Лаос смог уменьшить площадь незаконных посевов на 75% и в 2004 г. площадь незаконного культивирования составила всего 6,600 га. Если в 1992 году Лаос, по оценкам ООН, произвел около 128 метрических тонн (мт) опия-сырца, а в 2000 г. – 167 мт, то в 2004 – всего 43 мт.<sup>10</sup>

Согласно проведенному исследованию ЮНОДК, приблизительная стоимость произведенного в 2004 г. опия составила \$ 9,400 000, при этом по сравнению с 2003 годом эта сумма снизилась больше чем в два раза, однако, цена за килограмм опия-сырца возросла на 42 % и составила \$ 218. При урожайности 6,5 кг опия-сырца с га объем

<sup>9</sup> Обзор международного комитета по контролю над наркотиками «World Drug Report 2004. Volume2: Statistics». С. 11.

<sup>10</sup> Обзор международного комитета по контролю над наркотиками (УНП ООН) «Laos Opium Survey 2004». Июль 2004.

урожая в 2004 г. был на 64 % меньше, чем в 2003 году. При этом, количество, как деревень, так и семей, культивирующих опийный мак, уменьшилось почти вдвое, а количество наркозависимых - на 6%. Снизился средний доход от выращивания опийного мака и составил всего 10 % доходов в структуре сельского хозяйства (столько же, как и культивирование овощей). Остальные доходы домохозяйства получали от выращивания зерна (32 %) и бобовых (6 %), содержания скота (18 %), от лесного хозяйства (7 %) и т. д. С учетом крупных объемов потребления внутри Лаоса примерный объем производства и внутреннего потребления практически сравнялись и большинство произведенных наркотиков остается в стране. В этой связи ЮНОДК признало успешную антинаркотиковую политику Правительства Лаоса и исключило эту страну из списка крупнейших мировых импортеров опия.<sup>11</sup>

В **Таиланде** также успешно реализуется программа развития альтернативного сельского хозяйства, например, в конце 1990-х годов Германия вложила в соответствующий проект сорок миллионов марок, примерно столько же ассигновало правительство Таиланда. Большинство крестьян тайской части «Золотого треугольника» поддержало инициативу Правительства. Несмотря на снижение доходов, это позволило им покончить с полуправильным существованием, получить доступ к образованию, пользоваться государственной системой здравоохранения и социального обеспечения. В результате с 1983-го по 1996-ой год производство в Таиланде опиума-сырца снизилось с 200 до 17 тонн.

На протяжении последних десяти лет площади незаконных посевов в «Золотом треугольнике» уменьшались, равно как и в странах «**Золотого полумесяца**», включающих Иран, Пакистан. Так, в Пакистане с 1992 по 2002 гг. площадь опийных плантаций уменьшилась с 9,400 га до 243 га. Иран, объявив джихад наркотикам, с начала 1980-х годов ликвидировал все посеы опийного мака. Однако в **Афганистане**, относящемуся к району «Золотого полумесяца», производство опия стабильно увеличивалось. При этом климатические условия для произрастания опия в Афганистане более благоприятны по срав-

---

<sup>11</sup> Обзор международного комитета по контролю над наркотиками (УНП ООН) «Laos Opium Survey 2004». Июль 2004..

нению с «Золотым треугольником»: если в Мьянме с одного гектара собирают от 6 до 10 кг опия-сырца, то в Афганистане урожайность достигает 40 кг с гектара. Таким образом, если раньше страны «Золотого треугольника» обеспечивали больше половины нелегального оборота опия, то *в 1999 году Афганистан произвел более трех тысяч метрических тонн опия, что составило около 80 %, а в 2007 г. уже 8, 9 тысяч тонн, или 92% мирового производства опия.*

Феномен Афганистана как крупнейшего мирового наркопроизводителя возник в результате тяжелых социально-экономических и политических проблем этой страны. Министр иностранных дел Афганистана А. Абдулах в своем выступлении на международной конференции сообщил<sup>12</sup>: *«Не будем забывать, что исторические несчастья Афганистана и проблемы политики на протяжении свыше двух последних десятилетий породили сельское хозяйство, связанное с опийным маком, в обширных областях нашей страны. Мы не сталкивались с этой проблемой 25 лет назад. Основные причины возросшей зависимости от культивации опийного мака прямо связаны с вторжениями, массовыми выездами людей, засухой, войной и бедностью. Афганистан был страной, достаточно обеспечивающей себя продукцией сельского хозяйства до 1978 г., но внутренние условия затем ухудшились, наркотики становились средством выживания для многих в стране, но также очень выгодным бизнесом производителей, контрабандистов и криминальных кругов в нашем регионе и за его пределами».*

Увеличение производства опия и высокие цены на него, по оценкам, обеспечивают оборот наркотиков в **Афганистане** на сумму 1,2 миллиарда долларов США в год, что составляет 19 % афганского ВВП. Одновременно доходы от незаконного культивирования опийного мака представляют главный источник дополнительного дохода для афганских крестьян (приблизительно 3,3 миллиона афганцев прямо зависят от наркоэкономики). Однако 95,2% выгоды от наркотрафика извлекается в странах-потребителях, что составляет 25 миллиардов американских долларов.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Абдулах А. Выступление на международной конференции «Пути наркотиков от Центральной Азии в Европу». Париж, 22 мая 2003 г.

<sup>13</sup> Summary data from International conference «Drug Routs from Central Asia to Europe», Paris, 2003.

В 2003 году нелегальное культивирование имело место в 28 провинциях Афганистана из 32 (для сравнения: в 1999 г. – только 18 провинций были вовлечены в незаконное культивирование). В 2003 г. средний доход от выращивания опийного мака составил 12,700 американских долларов с гектара, что намного выше, чем доход от культивирования пшеницы (222 доллара с гектара). Согласно исследованию Управления ООН по наркотикам и преступности, 69% всех опрошенных фермеров в местностях выращивания опийного мака в Афганистане высказали намерение увеличить выращивание опийного мака, 16% собирались оставаться на прежних позициях и только 4% – решили уменьшить посевы опийного мака.<sup>14</sup>

Оптимистические прогнозы на уменьшение посевов опия в Афганистане с началом контртеррористической операции в 2001 г. не оправдались, так же, как и провалились попытки установления системы альтернативного сельского хозяйства.

*«...новое промежуточное афганское правительство инициировало номинальный запрет на культивацию опия. Но Соединенные Штаты не выделили режиму Хамида Карзая достаточной финансовой помощи, чтобы запрет был выполнен. На самом деле, наркотрафик сегодня представляет собой хорошо финансируемую систему в регионе и там нет сегодня серьезных планов, чтобы уменьшить (снизить) его».*<sup>15</sup>

Реальных результатов по снижению производства опия достигли в 2001 г. власти талибов, практиковавшие жестокие меры наказания, в первую очередь телесные, по отношению к провинившимся фермерам. В итоге им удалось существенно уменьшить производство опия (в 16 раз) с 3 тыс. до 185 метрических тонн<sup>16</sup>, а посевы опийного мака были сокращены в 10 раз по сравнению с 2000 г. и составили 8 тыс. га – эти изменения были зафиксированы даже с разведывательных спутников США.<sup>17</sup>

Мотивы запрещения талибами производства мака не совсем понятны. С одной стороны, они объясняют это тем, что Коран запрещает

<sup>14</sup> Отчет международного комитета по контролю над наркотиками (УНП ООН) «Afghanistan. Farmers' Intention Survey 2003/2004». УНП ООН. Февраль 2004. С. 3.

<sup>15</sup> Scott, Peter Dale. Drugs, Oil, and War: the United States in Afghanistan, Colombia, and Indochina. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield, 2003. С. XII.

<sup>16</sup> Там же

<sup>17</sup> Сообщение ЮНОДС Кыргызстан, 2002 г.



употребление всей группы психоактивных веществ. Однако, по мнению помощника по разведке администратора АКН США Стивена Каспила, «Талибы были группой наркодельцов, это совершенно очевидно. Их заявление о запрете производства мака было сделано по двум причинам. Во-первых, для них это был удачный рекламный ход, сделанный в то время, когда они пытались добиться международного признания и легитимности. Во-вторых, резко сократив поставки героина на мировой рынок, они быстро взвинтили цены на этот наркотик и могли выгодно распродавать свои старые запасы. За два дня до 11 сентября, когда были совершены террористические атаки на США, АКН изъяло в Нью-Йорке 53 кг афганского героина». По данным спецслужб, рекордные урожаи мака в Афганистане действительно привели к некоторому «затовариванию рынка» – различные эксперты считают, что наркоторговцы не смогли реализовать до 1/3 рекордного урожая 2000 г. После введения талибами запрета на выращивание опиумного мака, цены на наркотики существенно увеличились – опиум за полгода подорожал в 10 раз. В июле 2000 г. 1 кг героина в Афганистане стоил \$579, через 6 месяцев – уже \$4564. Однако с началом антитеррористической операции в Афганистане цены снизились: 11 сентября 2001 г. 1 кг опия в Кабуле стоил \$746, через 2 месяца – \$400. После того, как Кабул перешел под контроль Северно-Атлантического Альянса, цена опия упала до \$300, а в конце ноября его можно было приобрести всего за \$95.<sup>18</sup>

Согласно информации Международного комитета по контролю над наркотиками, множество лабораторий по производству героина переместилось в северные районы Афганистана – ближе к границам с Центральной Азией, преимущественно – к границам с Таджикистаном. Имеются, по-видимому, многочисленные лаборатории различных размеров на территории от Файзабада до Кундуза (северный Афганистан). Небольшие лаборатории производят от 5 до 10 кг героина в сутки. Использование мини-лабораторий, в целом, рассматривается как стратегия минимизации риска обнаружения.<sup>19</sup>

Определенный интерес представляет собой география **изъятий опиатов** и героина в частности. **Пакистан** остается одним из лиде-

<sup>18</sup> Сообщение ЮНОДС Кыргызстан, 2002 г.

<sup>19</sup> Отчет Международного комитета по контролю над наркотиками (УКНПП ООН) «Illicit Drugs Situation in the Region Neighboring Afghanistan and the Response of ODCCP». Ноябрь 2002. С. 20.

ров по объему изъятий опиатов (включая опий и все его производные). В этой стране в 2003 г. было изъято из незаконного оборота 34,7 тонны, или 31% от общемирового объема опиатов. При этом объем изъятий героина в Пакистане существенно сократился с 6,4 тонн в 2003 г. до 3,5 тонн в 2004 г. Объем изъятий опиатов в **Турции** возрос почти в три раза с 5,7 тонн в 2003 г. до 14,7 – в 2004.<sup>20</sup>

В 2004 г. объем изъятий опия в **Исламской Республике Иран** возрос до 174 тонн, почти в два раза превысив значительный показатель 2003 г. (98 тонн). По объему изъятия опия Иран лидирует, составляя в 2003 г., по данным Международного комитета по контролю над наркотиками, 73% общемирового объема изъятий опия.<sup>21</sup>

В 2002 г. во всем мире было изъято 49 255 кг героина. Самые крупные изъятия зафиксированы в Азиатском регионе – 28374 кг. В Китае – 9290 кг, Пакистане – 5870 кг, Иране – 3977 кг, Таджикистане – 3958 кг. После Азиатского региона наиболее крупные изъятия героина в 2002 году осуществлены в Европе – 15216 кг. В том числе, в Великобритании – 3928 кг, Италии – 2584 кг, Турции – 2557 кг, Нидерландах – 1122 кг. В том же году в Америке Северной и Южной изъято 3051 кг, из которых 2765 кг героина приходится на Соединенные Штаты. В Африке изъято всего 283 кг героина.<sup>22</sup>

### **Потребление опиатов путем инъекций**

Опиаты принимают разными способами – курят, вдыхают, принимают внутрь и вводят путем инъекций. Часто там, где наркотиков много и они дешевы, их начинают употреблять путем курения или вдыхания (опиума, героина). Однако по мере повышения дозы наркотика его требуется все больше для получения эйфорического эффекта, поэтому его начинают вводить путем инъекций. Следует отметить, что некоторые другие наркотики также употребляют путем инъекций (например, эфедрон). Кроме того, зная об инъекционном пути потребления, наркопотребители экспериментируют и с другими наркотиками, пытаясь применить более экономичный инъекционный путь введения.

<sup>20</sup> Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 г., ООН, Нью-Йорк, 2006, с. 95, §556.

<sup>21</sup> Там же, §557.

<sup>22</sup> World Drug Report 2004. Volume 2. Statistics. UNODC. С. 270, 333.

Согласно оценочным данным, полученным из 130 стран, около 13 миллионов человек употребляют наркотики путем инъекций. Инъекционный способ потребления наркотиков сопровождается распространением опасных инфекционных заболеваний: ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С. Так, в некоторых странах Западной Европы (Испания, Италия), в странах Центральной, Восточной Европы и почти во всех странах Азии распространение ВИЧ-инфекции связано именно с опасными практиками инъекционного потребления наркотиков.

В Восточной Европе и Центральной Азии, по оценкам ООН, в 2007 г. проживало около 3,2 миллиона потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); в Южной и Юго-Восточной Азии – 3,3 миллиона, в Восточной Азии и Тихоокеанском регионе – 2,3 миллиона, в Западной Европе и Северной Америке соответственно – 1,2 и 1,4 миллиона ПИН. Данные оценки позволяют констатировать, что жертвами, например, героиновой экспансии становятся в первую очередь страны, производящие наркотики, а также находящиеся на пути их транзита – т. е. это бедные развивающиеся страны.

### **5.2.2. Незаконное производство, оборот и изъятие кокаина**

В 2007 году после шестилетнего снижения и стабилизации культивирования листа коки произошло его увеличение на 16% и составило 181 600 тонн. Это связано с ростом производства в Колумбии на 27%, но в Боливии и Перу также произошло увеличение культивирования коки, хотя и не в таких масштабах. При этом Колумбия охватывает 55% от глобального производства листа коки, увеличив площади посевов до 99 000 га в 2007 г. Однако площади культивирования остаются ниже, чем в 90-х годах XX столетия, и на 18% ниже пика культивирования в 2000 году (221 300 га).<sup>23</sup> В связи с увеличением площадей культивирования, производство кокаина оставалось стабильно высоким в течение последних 4 лет и составило 994 мт в 2007 г., из которых 600 тонн (60,4%) производится в Колумбии.

В Перу, Боливии и Колумбии кокаин является единственным источником дохода четырех миллионов человек. Регионы, где выращивается кока, как, например, долины рек Апуримак и Уальяга в центральном Перу, регион в Чапаре в Боливии или значительная

<sup>23</sup> World Drug Report. 2008. p. 9.

часть департамента Антиокия на юге Колумбии, по сути, являются экстерриториальным пространством. На восточных склонах перуанских Анд, в долине реки Апуримак не менее 30 тысяч семей, так называемых «кокалерос», обрабатывают более 30 тысяч гектаров кокаиновых плантаций.

Несмотря на наблюдаемую в течение предшествующих 6 лет позитивную тенденцию снижения площадей культивирования коки, количество изъятого кокаина огромно и уступает по своим объемам только каннабису. Так, в 2002 г. во всем мире было изъято 363 тонны кокаина (основы и соли), 566 тонн листьев коки. Самые крупные изъятия осуществлены в Колумбии – 118 тонн и США – почти 102 тонны, вообще на долю Северной и Южной Америки приходится основная доля всех изъятий кокаина – 316 тонн. Многотонные изъятия кокаина имели место по всему пути наркотрафика – в Южной Америке (Венесуэла – 17 тонн, Перу – 14 тонн, Мексика – 12 тонн). Крупнейшим потребителем кокаина после США являются страны Западной Европы, где в 2002 г. изъято 46 тонн основы и солей коки (Испания – 17,6 тонны, Нидерланды – почти 8 тонн, Италия – 4 тонны, Франция – 3,6 тонны, Бельгия – 3,5 тонны, Германия – 2,1 тонны). На этом фоне весьма «скромными» выглядят показатели работы правоохранительных органов России – ими изъято всего 58 кг кокаина. Во всей Африке изъято около 500 кг кокаина, в Азиатском регионе – 232 кг; 96 кг кокаина было изъято в Израиле, 57 кг – в Сирии, 17 кг – в Японии, 17 кг – на Мальдивских островах и 14 кг – в Таиланде).

### **5.2.3. Незаконное производство и оборот продуктов каннабиса**

Производство каннабиса повышалось с начала 90-х годов XX столетия и достигло своего пика в 2004 г. После чего в течение двух лет наблюдается снижение с 45 000 мт в 2004 до 42 000 в 2005 и 41 400 в 2006. Следует отметить, что каннабис был единственным наркотиком, по культивированию и производству которого в последние два года наблюдалось снижение. Однако его производство в 2006 г. почти в 2 раза превышает количество каннабиса в 1992 г., когда было произведено 21 700 мт.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> World Drug Report. 2008. с. 4, 12.

Северная Америка является крупнейшим в мире рынком каннабиса, на долю которого приходится две трети изъятий марихуаны. В свою очередь, в Западной Европе наблюдается крупнейший в мире рынок сбыта гашиша, общемировой объем производства которого составляет 7,4 тыс. тонн. Примерно 3 тыс. тонн гашиша производится в Марокко. Среди стран-производителей в Европе в отчетах ООН отмечают Албанию и Нидерланды. Как уже ранее указывалось, оборот продуктов каннабиса имеет наиболее широкие масштабы и практически затрагивает все страны.

Объемы изъятий каннабиса превосходят объемы изъятий других видов наркотиков. Так, в 2002 г. в мире было изъято в общей сложности около 5800 тонн продуктов каннабиса: из них – 4700 тонн марихуаны, более 1000 тонн гашиша и более 1000 тонн масла каннабиса, что в совокупности превышает объемы изъятия кокаина в 15 раз, героина – в 100 раз. (Объемы изъятия в 2005 г. составили 5200 мт). Мировой калейдоскоп изъятий гашиша по итогам 2002 г. выглядит следующим образом: 733 тонны изъято в Европе, 262 тонны – в Азии, 74 тонны – в Африке (из которых 66 тонн в Марокко). Столь огромный объем изъятия гашиша в Европе объясняется рекордным изъятием гашиша в Испании – 564 тонны. Следует отметить, что Испания и в предыдущие годы изымала из незаконного оборота не меньшие объемы гашиша: 474 тонны в 2000 г., 514 тонн в 2001 г.<sup>25</sup> Кроме Испании, крупные изъятия осуществлены в Великобритании – 59 тонн, Нидерландах – 42, в Португалии – 7, Российской Федерации – 1,4. В Азии в том же году наблюдалась следующая ситуация по изъятиям гашиша: Индия - 93 тонны, Пакистан – 85, Иран – 64, Афганистан – 50, Ливан – 28, Шри-Ланка – 20 тонн. При этом в странах Центральной Азии и Кавказа было в совокупности изъято около 23 тонн марихуаны, что почти в семьдесят раз меньше, чем в Мексике. Так, Казахстан в 2002 г. сообщил об изъятии 192 кг гашиша, при том, что в этой стране сосредоточены огромные площади дикорастущей конопли. Самые крупные партии каннабиса были изъяты в 2002 г. в Америке: в Мексике – 1633 тонны, затем следуют США – 1110 тонн, Колумбия – 76 тонн. При этом в Мексике и США было изъято самое крупное количество каннабиса, что в совокупности составляло 58% от общего изъятия данного нарко-

<sup>25</sup> World Drug Report 2004. Volume 2. Statistics. UNODC. С. 315.

тика в мире в 2002 г и превышало объем изъятий в Европе в 3,7 раза, в Азии – в 10,5 раз, в Африке – в 37 раз, в странах Центральной Азии и Кавказа – в 119 раз.

#### **5.2.4. Незаконное производство и оборот стимуляторов амфетаминного ряда (САР)<sup>26</sup>**

Наиболее угрожающей тенденцией последнего десятилетия в общемировой наркоситуации стало расширение масштабов производства и потребления САР. При этом, если в период с 2005 до 2006 г. несколько уменьшилось производство метамфетамина (со 113 мт в 2005 до 103 мт в 2006) и экстази (с 278 мт до 267 мт), то это компенсировалось увеличением производства общей группы амфетаминов с 88 до 126 мт. Начиная с 2000 г. производство САР сохранялось на уровне 450-500 мт. В 2007 г. общее производство САР составило 494 мт. Основными производителями метамфетамина являются страны Восточной и Юго-Восточной Азии и Северная Америка (США и Мексика). Амфетамин чаще производят в некоторых странах Европы (Нидерланды, Бельгия, Польша, государства Балтии, Германия и Великобритания). Экстази производят преимущественно в Северной Америке, Западной Европе и Океании, а также частично в Восточной и Юго-Восточной Азии. Это связано с доступностью прекурсоров, а также высоким спросом на данные наркотики.

По оценкам ЮНОДС, 24,5 миллиона человек (0,6% взрослого населения) потребляли амфетамин и 9 млн. (0,2%) – экстази. Количество потребителей экстази и амфетамина превышает число потребителей героина и кокаина вместе взятые. Около 55% потребителей амфетаминов (14 млн.) проживают в Азии. Большинство из них потребляет метамфетамин, который произведен в Восточной и Юго-Восточной Азии. Общее число потребителей амфетамина в Северной Америке составляет 3,7 млн. человек (15% от числа потребителей) и в Европе – 2,7 млн человек, или 10%.

Начиная с 1990-х годов происходило увеличение выявления лабораторий, производивших САР. Если в начале 90-х годов доля

<sup>26</sup> World Drug Report. 2008. p. 4, 14.

таких лабораторий не превышала 20 процентов, то в 2002 г. из ликвидированных правоохранительными органами 11900 лабораторий 80 процентов производили стимуляторы. В 2004 г. было ликвидировано рекордное количество лабораторий – 18 639, а уже в 2006 г. только 8 245. Однако столь значительное сокращение лабораторий никак не повлияло на сокращение объема производимых САР, поскольку оно существенно возросло в крупных «суперлабораториях».

Более 60 процентов мировых изъятий САР приходилось на метамфетамин и около 20 процентов – на «экстази». В 2002 г. в мире была изъята 21 тонна амфетаминов (не включая «экстази»). Из них 13,8 тонны приходится на Юго-Восточную Азию. Так, 8,6 тонны этих стимуляторов изъято в Таиланде, 3,1 – в Китае. В Европе изъято за тот же год 4,6 тонны стимуляторов (в Великобритании – 1,7, в Бельгии - 0,5 тонны; десятками килограммов стимуляторы изымались почти во всех странах Европы). Амфетаминовые стимуляторы изымались в больших количествах в Северной Америке: в США – 1,1 тонны и 0,4 – в Мексике. Всего около 2 кг амфетаминов изъято в Африке.

Ставший популярным среди молодежи стимулятор «экстази» (MDA, MDEA, MDMA), изымался, в основном, в Европе (в Бельгии – 1564 кг, Нидерландах – 849 кг) и в Австралии (772 кг). Общее количество изъятых в мире «экстази» около 3,5 тонн. Следует отметить и изъятия другой разновидности САР – метаквалона, которого конфисковано 10,6 тонны, при этом крупные изъятия отмечались всего в двух странах – Индии (7458 кг) и Китае (почти 3 тонны). Огромное количество – 3,8 тонны галлюциногенов (не включающих ЛСД) изъято в том же году: наибольшее количество в Нидерландах (849 кг) и Австралии (727 кг). Если в начале 1990-х годов наблюдалось резкое повышение спроса на «экстази» на нелегальных рынках Европы и Северной Америки, то в настоящее время положение стабилизировалось и даже произошло некоторое снижение спроса. Вместе с тем, популярность и распространение этого психоактивного вещества резко возросли в развивающихся странах.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> World Drug Report 2004. Volume2: Statistics. p. 11.

### 5.2.5. Взаимодействие спроса и предложения наркотиков

до настоящего времени вызывают споры между медицинскими работниками и сотрудниками правоохранительных органов. Признавая зависимость от наркотических средств в качестве хронического длительно текущего и неизлечимого заболевания, врачи отстаивают мнение о необходимости лечения и реабилитации наркозависимых на основе осознанного согласия и желания данного лица. Сотрудники правоохранительных органов рассматривают наркопотребителей и наркозависимых как преступников, применяя к ним меры пресечения, предусмотренные законодательством Кыргызской Республики. Последнее обосновывается мнением, что наркопотребление определяет спрос и тем самым поддерживает наркотрафик и соответствующее предложение. Однако последнее утверждение также спорно и разъясняется в Концепции противодействия распространению наркомании в Кыргызской Республике.

«Представление о том, что в случае отсутствия спроса на наркотики не было бы и их предложения, не отражает всей сложности взаимосвязи и взаимозависимости между спросом и предложением. Во многих случаях именно предложение порождает или поддерживает спрос.

Преступные организации, занимающиеся производством наркотиков, представляют собой крупные деловые предприятия и многие из аспектов их деятельности являются зеркальным отражением соответствующей практики легального бизнеса. Частью их деловой стратегии является создание спроса на свой продукт. Это достигается через увеличение предложения, снижение цены на продукцию, что делает ее более доступной».

Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445. II раздел.

Таким образом, как следует из вышеприведенной цитаты, спрос поддерживается, прежде всего, наркобизнесом в интересах извлечения доходов от продажи наркотиков.



Сокращение предложения наркотиков иногда приводит к повышению цен, сокращению спроса на наркотики и повышению мотивации к лечению наркомании. Однако, по мнению экспертов, снижение предложения не всегда приводит к снижению спроса на наркотики. Так, в Таиланде, где удалось добиться сокращения производства опиума, резко возросла популярность стимуляторов амфетаминового ряда,<sup>28</sup> а сокращение посевов препаратов каннабиса и их поставок из Марокко привело к повышению его культивирования в Западной Европе.

*Хотя сокращение предложения любого запрещенного наркотика – чрезвычайно важная цель для обеспечения общего и долгосрочного сокращения масштабов злоупотребления наркотиками, необходимо также осуществлять соответствующие программы профилактики, просвещения и лечения.<sup>29</sup>*

### 5.3. Наркоситуация в Центральной Азии

#### 5.3.1. Ситуация по распространению наркотиков в ЦАР

*«Но с любой перспективы, новости не хороши. Во всем мире имеется 13,2 миллиона потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), и около одной трети из них проживает в странах СНГ. ВИЧ проникает в общую популяцию, и эпидемия не дает признаков замедления»<sup>30</sup>*

После распада Советского Союза (1991 г.) появились новые суверенные государства. Центральная Азия (ЦА) объединяла 4 таких страны: Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан. Казахстан только в 2008 г. начал обсуждать вопрос об отнесении его к странам Центральной Азии, но все годы независимости он функционально входил и сотрудничал со странами ЦА, поэтому далее по тексту, при упоминании Центральной Азии, имеется в виду и Казахстан

<sup>28</sup> Доклад международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 г., ООН, Нью-Йорк, 2006, с. 9, § 36-37.

<sup>29</sup> Там же, § 39.

<sup>30</sup> Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Комитета Коспонсорских организаций (Committee of Cosponsoring Organizations – ССО), Москва, 2005.

тоже. После разрушения «Железного занавеса» перед странами Центральной Азии открылись границы для торговли и сотрудничества, однако, и для наркотрафика тоже. Эти страны оказались перед необходимостью обеспечения собственной безопасности перед нарастающей угрозой наркоэкспансии. Но, как следует из ранее изложенного материала, не только развивающиеся, но и богатые страны Западной Европы и Северной Америки не в состоянии в полной мере противостоять наркобизнесу. Таким образом, новые государства ЦА превратились в страны транзита наркотиков и, соответственно, часть наркотиков, оседая в местах продвижения, приводит к серьезным проблемам, связанным с наркопотреблением, распространением ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

Проблема наркотиков (особенно инъекционных) для Центрально-азиатского региона является сравнительно новой – она появилась в начале 90-х годов прошлого века после приобретения независимости. Однако наркопотребление в странах Центральной Азии было распространено и ранее. Значительные площади дикорастущей конопли обуславливали курение каннабиса. Кроме того, препараты опия (например, конар – представляющий отвар маковой соломки и содержащий все алкалоиды опия) в виде традиционного напитка широко использовался для ежедневного потребления для лечения упадка сил, кашля, болей и других болезненных состояний, а также в качестве напитка во время праздников. Существовала традиция уходящим гостям в качестве подарка давать небольшое количество сухого конара, что свидетельствовало о благосостоянии хозяев.

Опий выращивали в регионе с давних времен. Известно о посевах опийного мака в Кыргызстане в 19 веке. Легальное производство опия для медицинских целей при строгой госмонополии на этот наркотик существовало в СССР с 1928 по 1974 годы. 98 колхозов Иссык-кульской области производили 80% опия в Советском Союзе и 16% мировой опийной продукции. В конце 19 века в Чимкенте (Казахстан) был открыт фармацевтический завод, производивший лекарственные препараты на основе опия-сырца. В регионе имелись также небольшие площади незаконного культивирования опийного мака. Однако распространенность наркомании в Советское время была низкой и определялась, прежде всего, употреблением каннабиса.

Сильная антинаркотиковая пропаганда, проводимая в Советское время, а также жесткий контроль государства за движением наркотиков делал их потребление крайне непопулярным и опасным. Обычно наркотики употреблялись в среде преступников или маргинальных групп населения. Информация о торговле наркотиками и о числе наркозависимых была засекречена и считалась государственной тайной. Ситуация изменилась после войны в Афганистане (1979-1989), когда многие воевавшие там советские военнослужащие пристрастились к опиатам и даже установили связи с афганскими наркопроизводителями – что положило начало наркоторговле.

В 1998-1999 гг. было проведено картирование мест незаконного выращивания наркосодержащих культур в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане в рамках проекта Комиссии ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). Было установлено, что площадь дикорастущей конопли в Казахстане покрывает более 400,000 га (329,628 га были обнаружены в 1998 г. плюс 72,049 га идентифицированы в 1999 г. в районах, не охваченных обзором 1998 года). В 1998-1999 гг. в районах, подвергшихся обследованию, урожай конопли оценивался в 3,900 метрических тонн. Климатические условия во всех пяти Центральноазиатских странах благоприятны для произрастания опийного мака и конопли, которые нелегально культивируются на небольших площадях в деревнях или отдаленных горных регионах. Площадь посева опийного мака составила 3,6 га в 1999 г. (86% в Таджикистане) и 10 га в 1998 г. (93% в Таджикистане). Это относительно небольшие участки по сравнению с площадями незаконного культивирования опийного мака в Афганистане. Были обнаружены обширные заросли эфедры, которая может быть использована для изготовления эфедрина (в регионе эфедра используется для приготовления эфедрона), главного прекурсора для производства метамfetамина или меткатинона. Около 88,200 га эфедры были обнаружены в Казахстане, 46,400 га – в Кыргызстане и 3,500 га – в Таджикистане.<sup>31</sup>

За последнее десятилетие ситуация в ЦА продолжала катастрофически ухудшаться. Страны региона превратились не только

---

<sup>31</sup> Отчет Управления ООН по наркотикам и преступности «Illicit Drugs Situation in the Regions Neighboring Afghanistan and the response of ODCCP». October 2002. P. 3

в транзитные территории для мирового наркотрафика, но стали активными потребителями опиатов – главным образом, героина. По оценочным данным, около трети транзитных наркотиков оседает в Центральной Азии. Так же, как это ранее случилось в Иране и Пакистане<sup>32</sup>, страны Центральной Азии столкнулись с беспрецедентным ростом наркоманий. Наиболее сложная обстановка наблюдается в приграничных с Афганистаном странах, в которых основным потребляемым наркотиком является героин. К 2002 году зарегистрирован 18-ти кратный прирост числа наркозависимых, что составило 0,84% населения ЦАР.

В связи с изменением структуры поступаемых в страны наркотиков, изменились и практики потребления наркотических средств. Если ранее наркотики потребляли в основном путем курения гашиша, то, начиная с 90-х годов XX столетия, преобладает инъекционный способ потребления опия и героина. Это, в свою очередь, обуславливает распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С. Многие наркопотребители сочетают применение различных наркотиков. По данным официальных источников, в 2002 г. в Казахстане опий употребляли 66,5% наркозависимых лиц, каннабис – 23,3%; в Кыргызстане – опий потребляли – 41,5%, героин – 21,8%, каннабис – 25,3 %; в Таджикистане – 75,4% – потребляли героин, опий – 14,2%; в Узбекистане героин потребляли – 58,9 % наркозависимых лиц, опий – 19,5 %. По данным ВОЗ, заболеваемость наркоманией в республиках ЦА в 2002 г. составила из расчета на 100000 населения: в Казахстане – 70,6; в Кыргызстане – 16,5; в Таджикистане – 8,6; в Узбекистане – 12. Соответственно, на начало 2003 г. на учете состояло наркозависимых лиц: в Казахстане – 49736; в Кыргызстане – 5600; в Таджикистане – 8813 и в Узбекистане – 21360.<sup>33</sup> ***Около трети мирового потребления наркотиков путем инъекций приходится на страны СНГ***<sup>34</sup>. Наркотрафик сопровождается ростом

<sup>32</sup> Согласно данным УНП ООН на 2003 г. в Иране около 1.2 миллиона наркозависимых лиц и 0.5 миллиона в Пакистане.

<sup>33</sup> Отчет Управления ООН по наркотикам и преступности «Illicit Drugs Situation in the Regions Neighboring Afghanistan and the response of ODCCP». October 2002. P. 3.

<sup>34</sup> Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Комитета Коспонсорских организаций (Committee of Cosponsoring Organizations - CCO), Москва, 2005.

общеуголовной и наркопреступности, а также способствует росту заболеваний различными видами наркоманий среди населения.

Согласно отчетам ЮНОДС, регион Центральной Азии является одним из неблагополучных в мире в связи с резким увеличением контрабанды наркотиков из Афганистана и, соответственно, быстрым ростом героиновой наркомании на протяжении последних десяти лет. Прозрачные границы, потенциально высокая коррупция в правоохранительных органах, активный коммерческий товарооборот, наличие общего языка общения, культурной близости, разветвленных диаспор – выходцев из стран ЦА – способствовали созданию благоприятной среды для возникновения и развития Северного маршрута доставки героина в страны Европы. Афганские и таджикские наркокланы организовали собственные каналы для транспортировки наркотиков из Афганистана.

На формирование и развитие наркоситуации в Центральной Азии в 90-х годах прошлого – начале нового столетия оказали влияние следующие факторы:

- устойчивый рост производства наркотиков в Афганистане и увеличение объемов их контрабанды;
- усиление спроса на наркотики в странах СНГ и Европы;
- возникновение нового, т. н. «северного» пути транзита наркотиков через страны бывшего СССР, увеличивающегося в масштабах вследствие усиления Ираном контроля на границе с Афганистаном;
- рост социально-экономических трудностей, приведших к широкому вовлечению в наркобизнес представителей социально неустроенных уязвимых слоев населения;
- ослабление государственной системы профилактики и лечения наркомании, отсутствие медико-социальных и реабилитационных центров;
- изменение характера употребления наркотических веществ в сторону увеличения инъекционного введения наркотика, что явилось фактором распространения ВИЧ-инфекции, гепатита, туберкулеза и других сопутствующих заболеваний;
- появление новых синтетических наркотиков (в частности, «экстази» и других), а также рост числа их потребителей;

- наличие собственной сырьевой базы наркотиков в виде зарослей дикорастущей конопли и эфедры а также сохраняющаяся в отдельных местностях практика незаконного культивирования опийного мака.

### 5.3.2. Трафик наркотиков

*«Опиум, возможно, был одним из множества товаров, перевозимых по Великому Шелковому Пути. Развитие производства и международная торговля опиумом в Азии относится к 18 веку и особенно к 19 веку, когда Европейские колониальные империи разделили между собой большую часть Азиатского континента. Вместе с тем, опиумная торговля не использовала маршруты через Центральную Азию, не считая Китайского Туркестана, так как Нижняя Центральная Азия была неожиданно закрыта, после того как Россия взяла верх над Хивинским Каганатом в 1873 г. В наши дни наркотрафик опиатов вновь использует Центральную Азию как транспортный коридор, и наблюдается феномен повторения истории.»*

Summary data from International conference «Drug Routs from Central Asia to Europe», Paris, 2003.

Особенности географии и территории стран Центральной Азии делают их весьма привлекательными для наркоторговли. Эти государства расположены между крупнейшими мировыми производителями опия и самыми прибыльными рынками Западной Европы. Они граничат или находятся вблизи стран так называемого «Золотого полумесяца» (Афганистан, Пакистан, Иран), а через Китай имеют доступ к странам «Золотого треугольника» (Мьянма, Лаос и Таиланд), являющимися одними из мировых лидеров производства опиатов.

Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан имеют общие границы с Афганистаном (1206, 744 и 137 км соответственно), самым на сегодня крупным производителем опия в регионе и во всем мире. Туркменистан имеет общую границу в 992 км с Ираном. Плохо охраняемые рубежи Туркменистана превращают его в своеобразный транзитный коридор между Афганистаном и Ираном в ситуации, когда последний жестко контролирует свою афганскую границу (линия МАЖИНО).

Кроме того, Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан имеют общие границы с Китаем (1533, 858, 414 км соответственно), который представляет рынок сбыта наркотиков. Одновременно Китай является поставщиком легального там эфедрина, запрещенного в большинстве стран мира, а также может быть страной транзита и/или производства препаратов амфетаминового ряда. Территории стран ЦА также служат транзитными звеньями торговли продукцией героиновых лабораторий Афганистана, Пакистана и Таджикистана.

Активизация использования северного маршрута была вызвана определенным разрушением традиционных наркомаршрутов, следовавших через территорию Пакистана и Ирана, а также стремительным ростом спроса на героин в Центральной Азии и России.

В 1999 г. в докладе Комиссии ООН по наркотикам и преступностью на международном семинаре «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии» было отмечено: *«Мы получили неопровержимые доказательства о существовании не только воздушных, автомобильных и железнодорожных «московских» маршрутов контрабанды, маршрутов через Баку в Турцию и 7 наземных маршрутов из Таджикистана, но и о прямых путях авиaperевозок афганских наркотиков через Пакистан, затем через Узбекистан, Кыргызстан и Казахстан и далее по направлению к Франкфурту и Нью-Йорку. В связи с этим, о фактах «покилограммной» конфискации наркотических веществ, вызывающих обычно большое освещение, необходимо серьезно задуматься. В то время как конфискация незначительного количества наркотического вещества вызывает столь бурную реакцию, десятки тонн наркотиков в героиновом эквиваленте проходят через регион. К сожалению, ситуация с незаконным оборотом наркотиков ухудшается быстрее, чем мы принимаем меры по ее улучшению»<sup>35</sup>.*

Если десять лет назад основной поток наркотиков проходил по автотрассе Хорог-Ош, то в настоящее время преимущественное распространение получил конно-пеший способ транспортировки наркотиков практически по всему периметру кыргызско-таджикской границы в направлении областных центров – Баткена и Оша, что наглядно подтверждается увеличением задержаний наркокурьеров

<sup>35</sup> Лисович Б. Выступление на международном семинаре «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии». Бишкек, 1999.

и количеством изымаемых наркотиков. К 2008 году определились шесть основных направлений поступления наркотиков в Кыргызстан, из которых наибольшую тревогу вызывает Баткенское направление. Самые крупные задержания героина в Кыргызстане были зафиксированы именно в Баткенской области.

Наркотрафик проходит через Кыргызстан 4 основными путями (рис. 5.1)<sup>36</sup>:

1. Кызыл-Артское направление расположено на трассе Хорог-Ош с прилегающими зонами Мургабского района Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан.
2. Алтын-Мазарское направление берет начало от афгано-таджикской границы от Рушанского плоскогорья и через ущелья Заалайского хребта достигает Чоналайской долины Ошской области Кыргызской Республики.
3. Баткенское направление включает горные тропы, используемые для перехода из Джергетальского и Гармского районов Республики Таджикистан в Баткенскую область Кыргызской Республики.
4. Худжантское (ранее Ленинабадское) направление из г. Худжант (Республика Таджикистан) через Баткенскую область КР, через территорию Республики Узбекистан и далее в город Ош. Оно охватывает все шоссейные дороги, начиная от Ляйлякского района и прилегающих пограничных зон Республики Узбекистан, каждое из которых подразделяется на многочисленные контрабандные каналы и пути через труднодоступные высокогорные перевалы.

Расположение Баткенской области на границе с Таджикистаном и Узбекистаном, наличие нескольких узбекских анклавов удобно для наркоконтрабандистов. В 1999-2000 г. эта территория явилась местом так называемых «баткенских вторжений» международных экстремистов Исламского движения Узбекистана. Действия международных террористов и наркосообществ были направлены на дестабилизацию ситуации в регионе, где сходятся приграничные территории Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана.

<sup>36</sup> Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года, УП №445., ч.1.



Рис. 5.1. Пути трафика наркотиков из Таджикистана через Кыргызстан в страны СНГ и Европу.



Из Узбекистана транзит наркотиков идет на территорию России, на Кавказ через Западный Казахстан. Практически вся огромная территория Казахстана используется наркоконтрабандистами как зона транзита. Данные по туркменским маршрутам пока отсутствуют. Существует версия, что после усиления контроля на ирано-афганской границе, наркотики, транспортировавшиеся через территорию Ирана, хлынули транзитом через Туркменистан. Выход этой страны к Каспийскому морю делает транспортировку более быстрой и дешевой, что, несомненно, характеризует Туркменистан как одну из самых удобных транзитных зон. Однако международное сотрудничество в борьбе с незаконным оборотом наркотиков начато только в последние годы после смены Президента Туркменистана, в этой связи, исследования в этой стране не проводились и сведения о наркопотреблении и наркотрафике весьма ограничены.

### 5.3.3. Наркопреступность

Анализируя структуру и динамику наркопреступности, необходимо помнить о поправке на латентность, а также о том, что данные о регистрации преступлений отражают, прежде всего, степень актив-

ности правоохранительных органов, но не фактическое состояние явления. Повышение активности относительно высоколатентных преступлений, связанных с наркотиками, незамедлительно ведет к росту количества регистрируемых преступлений и, как правило, к увеличению объемов наркотиков, изымаемых из незаконного оборота.

Латентность масштабов незаконного оборота наркотиков обусловливается как объективными, так и субъективными факторами. Например, имеющимися в наличии силами и средствами противодействия наркоконтрабанде из Афганистана просто нереально эффективно обеспечить осмотр и досмотр сотен грузовых машин, проезжающих по трассе Хорог-Ош и, возможно, перевозящих наркотики. Практически невозможно установить контроль над тысячами горных ущелий, которые соединяют Кыргызстан, Узбекистан и Таджикистан и используются контрабандистами. Тем не менее, статистические показатели незаконного оборота наркотических средств, несмотря на их относительную ненадежность, подтверждают устойчивую тенденцию разрастания масштабов наркотизма. Так, если в 1995 г. героин составлял всего 3% от всех изымавшихся в Центральной Азии опиатов, то его доля возросла до 74% в 2000 г. и превысила 90% в 2001 г. Изъятие героина утроилось с менее одной метрической тонны в 1998 г. до трех метрических тонн в 2001 г. Предварительные подсчеты по Центральной Азии по изъятию героина показывают, что они составили 5 метрических тонн.

В 2003 году в **Казахстане** из незаконного оборота было изъято 17 тонн 300 кг различных видов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (марихуана – 16 тонн 514 кг, гашиш – 164 кг 274 гр., маковая соломка – 262 кг 185 гр., опий -219 кг, героин -123 кг, таблетки – 444 штуки и ампулы психотропных веществ – 20).

Безусловным лидером по объемам изъятий наркотиков опиатной группы является **Таджикистан**. По данным Агентства по контролю наркотиков при Президенте Таджикистана в 2003 г. правоохранительными структурами Таджикистана и российскими пограничниками было изъято из незаконного оборота 9 тонн 603 кг наркотических средств (превышены показатели 1996 года в 2,7 раза; 2002 года - на 43%). Основным контрабандным видом наркотиков стал героин. Количество изъятого героина возросло с 6 кг в 1996 году до 5 тонн 600 кг в 2003 году.

*На долю Таджикистана приходится 82% наркотиков опийной группы, изъятых в странах Центральной Азии. С 1999 года на территории Таджикистана из незаконного оборота изъято свыше 30 тонн наркотиков опийной группы, в том числе более 16 тонн героина, что сэкономило от наркозависимости около 20 миллионов человек и исключило из незаконного оборота миллионы криминальных финансовых средств. Безусловно, вклад Таджикистана в пресечение афганского наркотрафика несоизмеримо выше, в сравнении с другими республиками Центральной Азии.*

Из обзорной справки 2003 г. по итогам борьбы с наркотиками Агентства по контролю наркотиков при Президенте Республики Таджикистан.

В **Кыргызстане** за 2003 г. из незаконного оборота изъято 3.548,8 кг наркотиков всех видов (2002 г. – 2.906,4 кг). Однако основной прирост произошел за счет продуктов каннабиса (гашиш и марихуана), а доля «тяжелых» наркотиков – опия и героина, составила только 4%: опий – 45,6 кг (2002 г. – 109,2 кг); героин – 104,5 кг (2002 г. – 271,2 кг).

В 2003 г. в **Узбекистане** из незаконного оборота было изъято 1080,5 кг наркотических средств. В 2002 г. из 839,6 кг изъятых наркотиков героин составил 256,3 кг (30,5%), опий – 76 кг, гашиш – 44,7 кг, марихуана и кокононар – 462,6 кг (55,1%). В результате принятых мер в целом по республике правоохранительными органами в 2003 году было выявлено 8893 преступления, связанного с незаконным оборотом наркотиков. Судебными органами республики по фактам незаконного оборота наркотиков рассмотрены 5460 уголовных дел в отношении 6845 лиц. За преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, задержано 177 граждан стран СНГ и дальнего зарубежья, в том числе: граждан Таджикистана – 80, Кыргызстана – 31, России – 14, Туркменистана – 20, Казахстана – 15, Афганистана – 7, Грузии – 3, Ирана – 1, Украины – 2, Кореи – 2, Белоруссии – 1, Турции – 1.<sup>37</sup> Наличие крупной химической промышленности способствует незаконному обороту прекурсоров, которые могут быть использованы в производстве героина и других наркотиков. Так, в течение 1995-1998 гг. 77,6 тонны прекурсоров было изъято именно в Узбекистане.

<sup>37</sup> Из обзорной справки по итогам 2003 г. Национального Центра Узбекистана по контролю наркотиков.

Власти **Туркменистана** в прошлом изымали крупные количества опиатов. Так, 4,6 тонны опиума было изъято в 1999 г. В 1996-1998 гг. всего по Центральной Азии было изъято 1096 кг героина, из них 77 % относились к Туркменистану. В течение 1995-2000 годов более 198 тонн прекурсоров было задержано в Туркменистане, большинство которых было представлено укусным ангидридом, используемым в производстве героина. Однако с 2000 г. Туркменистан не предоставляет сведения по изъятию наркотиков.

В структуре зарегистрированной наркопреступности преобладают преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков без цели сбыта. В борьбе с незаконным оборотом наркотиков уголовно-правовые меры применяются, в основном, к лицам, приобретающим и хранящим наркотики для собственного потребления, или к мелким сбытчикам. При таком положении дел снижается эффективность уголовно-правовой борьбы. Между тем, преступные группы, занимающиеся незаконным оборотом наркотиков, как правило, редко попадают в сферу внимания правоохранительных органов, в основном, в силу объективных трудностей их выявления и изобличения.

Следует также отметить, что латентность преступных проявлений неуклонно возрастает на фоне переориентации значительных слоев населения на криминальный тип отношений, ***стирание граней в правосознании граждан между противоправным и правомерным***, выражающемся в росте правового нигилизма, во все более терпимом и безразличном отношении к фактам наркомании, преступных действий с наркотическими средствами.

В странах Центральной Азии росту наркомании, наркотрафика, незаконного оборота наркотиков способствует то, что она накладывается на общую негативную социальную ситуацию: безработица, распространение настроений отчаяния, безнадежности, бесперспективности, стимулирующих поиск забвения (особенно в среде социально-неблагополучных и незащищенных слоев населения). Можно особо выделить ***социально-экономический фактор, способствующий развитию незаконного оборота наркотиков*** в регионе, поскольку во многом от него зависел резкий рост наркопреступности в 1990-х гг. Общеизвестно, что социально-экономичес-

кие факторы оказывают определенное и зачастую преобладающее влияние на поведение отдельных лиц и групп людей, участвующих в незаконном обороте наркотиков.

Можно сказать, что социальные условия в Центральной Азии продвигают наркопреступность, подталкивая определенные слои населения к участию в незаконном обороте наркотиков в целях самовывживания и являясь провоцирующим фактором для распространения наркомании. Показатели уровня жизни в регионе – одни из самых низких в СНГ, за исключением Казахстана, и продолжают ухудшаться. В наркобизнес все чаще втягиваются наименее социально-защищенные слои населения – пенсионеры, женщины и молодежь.

Легкодоступность наркосодержащих растений, относительная высокооплачиваемость наркобизнеса, отсутствие социальных пособий от государства либо постоянная задержка их выплат подталкивают население к участию в незаконном обороте наркотиков. Особенно наглядно это видно на примере Горно-Бадахшанской автономной области Таджикистана, где опиум и героин в 1991-1994 годах стали чуть ли не единственным платежным расчетным средством. Очевидно, что без осуществления широких комплексных мер социально-экономического плана хотя бы по повышению уровня жизни, трудоустройства населения, эффективность борьбы с незаконным оборотом наркотиков незначительна.

#### **5.3.4. Связь наркопреступности и общей преступности**

Вывод о том, что наркопреступность имеет тенденцию к увеличению, подтверждается также динамикой удельного веса наркопреступности в структуре общей преступности. Так, например, если в начале 90-х годов в структуре преступности Кыргызстана каждое 23 преступление было связано с наркотиками, то к концу 90-х уже каждое 10 зарегистрированное преступление имело непосредственное отношение к незаконному обороту наркотиков. Т.е. произошло увеличение более чем в 2 раза. Подобные тенденции наблюдаются и в других странах Центральной Азии.

В странах Центральной Азии с начала девяностых годов завершилась стадия стихийного саморазвития организованной преступности, при которой господствуют организованные группы малой

численности (3-4 человека), с узкой специализацией и локально-объектовой зоной преступного влияния, и началась стадия **формирования и функционирования преступных сообществ**. Речь пока не идет о создании крупных наркосиндикатов и картелей, как высшей формы организованной преступности, о чем свидетельствует стихийность рынка и трафика наркотиков, а также сохраняющиеся небольшие объемы изъятия героина в странах-потребителях (Европа и Россия). В Таджикистане и Туркменистане предполагается участие в наркотрафике развитых преступных организаций, о чем также свидетельствуют и крупные изъятия наркотиков. Там же имеются и факты вовлечения в наркотрафик высокопоставленных должностных лиц. Но в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане пока этого не произошло.

По данным ГУВД Москвы, группы афганских и таджикских наркоконтрабандистов обычно состоят из 5-10 человек, реже из 20-25. Однако не стоит переоценивать силу и сплоченность большинства этих (и других) незаконных сообществ. Хотя между их участниками и могут складываться долгосрочные отношения, в большинстве случаев они сводятся к элементарным отношениям покупателя и продавца, в которых не просматривается ни централизованная структура, ни какая-либо другая специфическая черта. Так как из Таджикистана вывозятся относительно малые количества героина, цепочка лиц – участников распространения наркотиков, обычно довольно коротка и не имеет более трех-четырех звеньев, включая конечного потребителя. Импортер одновременно является и оптовым продавцом, который по прибытии в Россию продает героин мелкими партиями. Однако, когда речь идет об организованном наркотрафике на границе Афганистана, здесь налицо все признаки наркосиндикатов, которые характеризуются определенной стратегией, вооруженностью и устойчивостью. ***Доказательство этого – непрекращающиеся вооруженные стычки на границе. Иран за двадцатилетнее противостояние наркотрафику потерял на границе с Афганистаном более 3000 сотрудников спецподразделений, пресекающих нарконтрабанду.***<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Paoli, Leticia. «Преступный оборот наркотиков в России». Русский народный сервер против наркотиков, 14 апреля 2003 г. Database on-line. Available from <<http://www.narcom.ru/ideas/socio/87.html>>. [1 June 2004].

Согласно информации начальника Пограничного управления ФСБ России в Республике Таджикистан генерала А. Баранова, в 2003 г. пограничные наряды «12 раз были обстреляны как из сопредельного Афганистана, так и с Таджикской территории, 25 раз были вынуждены вступать в боевые столкновения с вооруженными нарушителями границы, как правило, с превосходящими силами противника. Соединениям и частям пограничников противостоит настоящая криминальная международная армия специального назначения, имеющая четкую и разветвленную структуру, жесткую субординацию. При организации переправ отмечается тщательная подготовка и согласование действий одновременно нескольких групп. Организаторами акций постоянно проводятся мероприятия по дезинформации и отвлечению пограничных сил и средств.

Кроме того, наркодельцы отлично оснащены технически и весьма мобильны. Распространенным стало использование ими специальных средств связи, которые включают маскираторы речи. В 2003 году было изъято у наркокурьеров 14 различных радиостанций. Нарушители также переправляют и средства терроризма. В том же году были обнаружены и изъяты 13 переносных зенитно-ракетных комплексов типа «Стрела» и три пусковые установки к ним, а также реактивные и танковые снаряды, мины, гранаты, выстрелы к гранатометам. Плюс было изъято свыше 100 кг взрывчатых веществ – в 5,3 раза больше, чем в 2002 году».<sup>39</sup>

Таджикские организованные наркогруппировки уже открыто бросают вызов правоохранительным органам как собственной страны, так и соседних государств. Например, в приграничном районе Кыргызстана произошло нападение на сотрудников МВД в целях освобождения задержанного наркокурьера. Так, в мае 2004 г. «сотрудниками Главного управления по борьбе с наркобизнесом МВД КР по южному региону был взят под стражу гражданин сопредельной республики. У него обнаружили и изъяли около трех килограммов порошка белого цвета, предположительно героина. Однако несколько неизвестных лиц, прибывших с таджикской стороны, воспрепятствовали действиям милиционеров. Вооруженные тремя автоматами и пистолетом Макарова, они произвели выстрелы в воз-

<sup>39</sup> Витебский И. Криминальная армия специального назначения / Независимое военное обозрение, 19 марта 2004 г.

дух и под угрозой применения силы забрали с собой соотечественника, как предполагают, подельника».<sup>40</sup>

Получили распространение сдача в залог имущества и даже семей наркокурьеров, зависимых от наркобаронов. Данные примеры подтверждают тенденцию укрепления организованной преступности в сфере наркобизнеса в местностях, не контролируемых надлежащим образом властями. Слабостью государственной власти непременно пользуется организованная преступность. Наркотранзит становится источником политической нестабильности и терроризма. Наглядным подтверждением этого могут служить произошедшие в 1999-2000 гг. драматические события, связанные с вторжением на территорию Кыргызстана вооруженных бандформирований международных исламских экстремистов, имевших многолетний опыт боевых действий в Афганистане и Таджикистане.<sup>41</sup>

Наркобизнес приносит огромные прибыли, и соблазн получить хотя бы их часть создает благоприятные предпосылки для **развития коррупции** в правоохранительных органах. Коррупция, как форма социальной патологии, связанная с фактами покровительства, соучастия с наркодельцами, в значительной степени увеличивает латентность незаконного оборота наркотиков. В содержание наркочоррупции входит не только банальный подкуп представителей власти (госслужащих), но любые деяния, связанные с оказанием поддержки и развития наркобизнеса. Так, например, в сети «розничной» торговли героином сотрудники правоохранительных органов осуществляют «прикрытие» торговли на улицах и в притонах за соответствующее вознаграждение. Работники следственных органов и судьи, вовлеченные в наркочоррупцию, занимаются «развалом» и переквалификацией уголовных дел.

Наркочоррупция распространяется особенно быстро, когда она имеет место среди руководства специализированной структуры, призванной бороться с наркотрафиком. Так, в начале января 2004 г. с 30 кг героина был арестован высокопоставленный сотрудник Агентства по борьбе с наркобизнесом полковник З., занимавший пост на-

<sup>40</sup> Хамидов О. Наркокурьера увели за кордон / Вечерний Бишкек, 19 мая 2004 г.

<sup>41</sup> Князев А.М. К истории и современному состоянию производства наркотиков в Афганистане и их распространения в Афганистане. – Бишкек, 2003.



чальника управления этого ведомства по Заравшанской долине. Еще 6 кг опия нашли около его дома. Осведомленные источники в Душанбе утверждают, что задержание и арест наркобарона в погонах связаны с тем, что между силовыми структурами Таджикистана также идет своя война за бизнес на «белой смерти».<sup>42</sup>

Широкую огласку за рубежом получил беспрецедентный в Центральной Азии случай участия в наркобизнесе таджикских дипломатов и руководства Министерства обороны. «Посол Таджикистана в Казахстане был дважды задержан за транспортировку наркотиков, включавших 62 кг героина; торговый представитель Таджикистана в Казахстане был пойман с 24 кг героина. 9 августа 2002 года бывший заместитель министра обороны Таджикистана был осужден за использование военного вертолета для контрабанды наркотиков».<sup>43</sup> Спустя два года, директор Агентства по контролю наркотиков при Президенте Таджикистана генерал Г. Мирзоев был арестован по подозрению в совершении нескольких тяжких преступлений.

По оценке американских экспертов, в Узбекистане «коррупция процветает, и обычной практикой чиновников правоохранительных органов является «подбрасывание» наркотиков подозреваемым». В том же докладе отмечено, что «Казахстан продолжает предпринимать шаги по борьбе с наркоманией на своей территории, но коррупция в органах государственной власти осложняет усилия по улучшению мер борьбы с наркобизнесом».<sup>44</sup> Существует множество публикаций об огромной коррупции, связанной с наркотрафиком в Туркменистане.<sup>45</sup>

«В Исламской Республике Афганистан вооруженные формирования Переходного правительства и иностранные подразделения контроль над ситуацией в стране осуществляют лишь номинально.

<sup>42</sup> Война наркобаронов / Россия. 12 апреля 2004 г.

<sup>43</sup> McDermott, Roger, 2002. Border Security in Tajikistan: Countering the Narcotics Trade. London: Defense Academy of the United Kingdom.

<sup>44</sup> Из доклада Госдепартамента США о международной стратегии по контролю за наркотиками. URL: <http://usinfo.state.gov/rusски>

<sup>45</sup> Лебедев Г. Туркменский транзит. / Новая газета, 4 ноября 2002 г.; А.Кулиев. О наркомании и наркоторговле в Туркменистане / Эркин Туркменистан, 24 апреля 2002 г.; Р. Назаров. Ниязовский наркосиндикат. URL: [http://www.gundogar.org/?topic\\_id=33&id=828](http://www.gundogar.org/?topic_id=33&id=828)

И на текущий момент там практически сформирована вооруженная оппозиция, которая оказывает сопротивление правительственным и международным силам, особенно в южных и юго-восточных провинциях страны. Эти силы стремятся создать опорные базы, позволяющие обеспечить развертывание масштабных партизанских действий и в северных приграничных провинциях Кундуз, Тахор и Бадахшан. Отсюда – непрекращающиеся попытки незаконной переброски наркотиков через границу. Можно предположить, что торговля опиум, героином является основой финансовой подпитки оппозиционных сил».<sup>46</sup>

Наркобизнес гораздо прибыльнее, чем другие виды криминального бизнеса, в том числе даже, нелегальной торговли оружием, а потому давно стал одним из основополагающих направлений в деятельности организованной преступности в Центральной Азии. Организованная преступность, представляющая высокую общественную опасность, выражается в постоянном и относительно массовом воспроизводстве и функционировании устойчивых преступных сообществ. Она контролирует и осуществляет контрабанду и распространение (сбыт) наркотических средств, в том числе, нелегальные поставки наркотиков в Россию, страны Запада, а также проводит «отмывание» денег, получаемых от наркобизнеса. Однако правоохранительные органы Центральной Азии пока не могут противопоставить ей адекватные меры.

Наркоторговцы заинтересованы в углублении региональной дестабилизации для осуществления своих планов, а громадные прибыли, получаемые от наркотиков, идут на поддержку сил, оказывающих разрушительное воздействие на государство региона, а также за его пределами. Наркоденьги нередко питают различного рода радикальные и террористические организации. В данной ситуации действующие системы безопасности в регионе, например, Организация договора коллективной безопасности, Шанхайская организация сотрудничества, позволят предупредить и дать адекватный ответ угрозам, которые затрагивают не только страны ЦА, но также Россию, Китай, Иран и Афганистан.

---

<sup>46</sup> Витебский И. Криминальная армия специального назначения / Независимое военное обозрение, 19 марта 2004 г.

## **5.4. Деятельность правоохранительных органов Кыргызской Республики по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в 2007 г.<sup>47</sup>**

### **5.4.1. Задачи органов внутренних дел Кыргызской Республики по борьбе с наркобизнесом<sup>48</sup>**

*Принимая во внимание складывающуюся наркоситуацию в республике, организованный и международный характер наркопреступности, органы внутренних дел республики ведут работу по реализации государственной политики в сфере противодействия незаконному обороту наркотических средств, принимая неотложные меры в борьбе с распространением наркобизнеса.*

Обязательным атрибутом афганской наркоэспансии является создание организованных преступных сообществ, имеющих межрегиональную и международную направленность. Реально пресечь деятельность наркодельцов возможно только, если выявить всю преступную “наркоцепочку”, начиная от поставщика, наркокурьера и заканчивая сетью распространителей в конечном пункте.

Перед отделами внутренних дел (ОВД) в борьбе с наркобизнесом стоит задача создания необходимых условий для проведения оперативных мероприятий, направленных на пресечение деятельности организованных преступных наркогруппировок, выявление лидеров и авторитетов преступного наркобизнеса, лиц, занимающихся незаконными операциями с наркотиками, а также изобличение и задержание всей «преступной цепочки».

С учетом складывающейся криминогенной и оперативной обстановки в сфере наркобизнеса, основными задачами управления по борьбе с наркобизнесом (УБН) и его структурных подразделений на местах являются:

- Выявление и пресечение преступной деятельности лиц, занимающихся контрабандой и транзитом «тяжелых наркотиков», имеющих межрегиональные и межгосударственные преступные связи.

<sup>47</sup> Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008, с. 6-13.

<sup>48</sup> Там же.

- Выявление и разоблачение организованных преступных групп (ОПГ), занимающихся сбытом и распространением наркотиков, содeржателей наркопритонов, организовав активную оперативную их разработку.
- Проведение оперативно-розыскных мероприятий по перекрытию каналов транспортировки, мест сбыта наркотиков, с применением методов «проверочной закупки» и «контролируемой поставки» наркотиков.
- Выявление и разоблачение лидеров и членов ОПГ, причастных к наркобизнесу, заказным убийствам (в том числе находящихся в розыске), с изъятием у них наркотических средств, огнестрельного оружия, боеприпасов и других запрещенных предметов.
- Выявление и установление фактов отмыwania и легализации денег, полученных от наркоторговли, а также по установлению и разоблачению лиц, оказывающих финансовую или иную помощь ОПГ.
- Выявление фактов сращивания сотрудников правоохранительных органов с наркодельцами.

Для адекватного реагирования на проявления наркоэкспансии необходимо ответное проявление профессионализма со стороны сотрудников правоохранительных органов, проявляющегося в четком и грамотном раскрытии и расследовании преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

#### **5.4.2. Краткий обзор деятельности МВД Кыргызской Республики по борьбе с наркобизнесом<sup>49</sup>**

Проводимая работа в этом направлении в течение последних пяти лет способствовала активизации борьбы с наркопреступностью и позволила ОВД улучшить показатели как по общему количеству наркопреступлений, так и по количеству наркопреступлений по приоритетным направлениям. Так, за период с 2003-2007 годы ОВД республики раскрыто 12692 наркопреступления, при этом доля приоритетных наркопреступлений возросла с 22,4% в 2005 г. до 34,3% в 2007 г.

<sup>49</sup> Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008, с. 6-13.

В целом за 2007 год органами внутренних дел республики выявлено 1764 наркопреступления, против 2178 в 2006 г. Снижение общей раскрываемости наркопреступлений на 414 фактов (19%) объясняется переориентацией работы ОВД с «валового» показателя наркопреступности на усиление борьбы с наиболее тяжкими и опасными преступлениями в сфере наркобизнеса, такими как сбыт, контрабанда, изъятие крупных партий «тяжелых» наркотиков (табл. 5.3). Имеет место также «совершенствование» преступной деятельности и повышение конспиративности со стороны преступных наркогруппировок.

Таблица 5.3. Число отдельных наркопреступлений по приоритетным направлениям, выявленных в 2007 г. в процентах к 2006 г.

№№ пп	Наименование наркопреступлений	Количество в 2007 г.	Количество в 2006 г.	Динамика, в %%
2.	Контрабанда наркотиков	77	85	-9,4
3.	Сбыт наркотиков	384	322	+16,1
4.	Притоносодержание	81	66	+18,5
5.	Склонение к потреблению несовершеннолетних	46	50	-8
6.	Вовлечение несовершеннолетних в употребление наркотиков	9	15	-40
	<b>Всего:</b>	<b>597</b>	<b>538</b>	<b>+11</b>

Органами внутренних дел республики за 2007 год из незаконного оборота (включая совместные разработки и международные контролируемые поставки) изъято 5070,4 кг наркотических средств всех видов, против 3 717,8 кг (+1352,6 кг или+26,6 %) в 2006 г. В том числе:

- опий – 153,5 кг против 183,9 кг в 2006 г. (-30,4 кг)
- героин – 277,5 кг против 135,5 кг в 2006 г. (+142 кг)
- гашиш – 329,8 кг против 55,2 кг в 2006 г. (+274,6 кг)
- марихуана – 3265,4 кг против 1764,0 кг в 2006 г. (+1 501,4)

Однако, по-прежнему, основная часть задержаний с наиболее опасными наркотиками (опий и героин) приходится на незаконные наркотические средства в небольших размерах (до 1 грамма).

***Так, из 1589 фактов, выявленных в 2007 году, 976 или 61,4% приходится на задержания до 10 граммов наркотиков всех видов, в том числе:***

***– из 738 задержаний с героином, число случаев с количеством наркотика до 1 грамма составляло 67,6% (499 случаев), против 77% (494) в 2006 г.***

***– из 34 задержаний с опиумом до 1 грамма было 20,5% (7 случаев), против 31,1% (14) в 2006 г.***

### ***Основные характеристики наркопреступлений***

Удельный вес наркопреступлений от общего количества преступлений, зарегистрированных в Кыргызской Республике превышает 7,2%, то есть практически каждое 13-е умышленное преступление в стране связано с наркотиками.

Основными субъектами наркопреступлений в Кыргызстане являются жители республики, при этом кыргызами совершено 42,2% (534) наркопреступлений, русскими –33,2% (421), узбеками – 13,5% (171). К контрабанде наркотиков все шире вовлекаются представители различных слоев и групп населения, особенно молодежь до 30 лет, удельный вес которых составляет 25,5% (323 чел.), и лица, не имеющие постоянного источника доходов. Так, из числа задержанных за наркопреступления, не работали и не учились 95,3% (1207), из которых лица в возрасте от 35 до 49 лет составляли 58,5% (741 чел.). Очевидна тенденция феминизации наркобизнеса – среди общего количества задержанных с наркотиками растет количество и удельный вес женщин, приобщенных к занятиям наркобизнесом. Из числа лиц, привлеченных в 2007 году к уголовной ответственности за преступления, связанные с наркотиками, 7,3% (93) составили женщины. За незаконный оборот задержано 23 иностранных граждан, из которых 20 составляют жители СНГ.

## ***Противодействие афганской наркоэкспансии***

Складывающаяся наркоситуация, как в Кыргызской Республике, так и в Центральноазиатском регионе, определяется, главным образом, продолжающимся развитием наркоиндустрии в Афганистане. С ростом производства афганских наркотиков увеличивается транзитный поток «тяжелых» наркотиков, проходящих через территорию страны.

С каждым годом увеличиваются объемы изъятий «тяжелых» наркотиков. Так, в 2007 году ОВД республики более чем в два раза увеличили изъятие из незаконного оборота опия и героина (402 килограмма, против 149 килограмм) по сравнению с 2003 годом.

### ***Примеры задержаний крупных партий наркотиков афганского происхождения:***

*26 сентября 2007 года в с. Озгур Ошской области задержана а/м ДЭУ-Нексия О3370М под управлением Сабирова Т., в багажнике которой обнаружено и изъято 109 кг опия.*

*25 октября 2007 года в с. Байтик задержана а/м Мазда-626 В8869L под управлением Замирова Н. 1982 г.р., уроженца ГБАО РТ, в салоне которой обнаружено 155,2 кг наркотических средств: героина – 17,9 кг, опия – 46,4 кг и афганского «чарса» – 90,9 кг.*

## ***Незаконный оборот каннабиоидов***

Несмотря на продолжающуюся реструктуризацию наркорынка афганских наркотиков в сторону увеличения доли героина и опия, значительную часть на «кыргызском наркорынке» занимают растительные наркотики группы каннабиоидов, основные объемы которых изымаются на территории Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областей. Из общего объема изъятых наркотических средств сотрудниками ОВД республики доля наркотиков этой группы составляет 86% (4т. 313 кг).

Мониторинг наркоситуации в республике свидетельствует об обострении в 2007 году ситуации, связанной с незаконным посевом и выращиванием наркосодержащих культур. Так, в последнее время наметилась тенденция существенного увеличения масштабов выращивания и объемов посевных плантаций культивированной индийской конопли в Таласской области, особенно в Бакайатинском

и Карабурунском районах. Только в 2007 году в Таласской области выявлено и ликвидировано несколько крупных очагов распространения индийской конопли, которая выращивалась конспиративно на уровне промысла по заказу казахских наркодельцов в гористой труднодоступной местности или на частных земельных наделах среди других сельскохозяйственных культур, таких как фасоль и кукуруза. Плантации посевов конопли хорошо охранялись местными жителями, вооруженными огнестрельным оружием.

*19 июля 2007 года на окраине с. Наматбек Бакайатинского района Таласской области на арендуемом участке размером 1,2 га, принадлежащем гр-ну Молдогараву Э., была обнаружена плантация индийской конопли, содержащая 24 760 кустов, общим весом 2,5 тонны.*

*6 августа 2007 года в с. Жонкоргон Бакайатинского района Таласской области на поле общей площадью 1,80 га, принадлежащем гр-ке Досматовой Н.А., 1958 года рождения, обнаружен посев индийской конопли в количестве 5508 кустов, общим весом около 1 тонны. При осмотре этого участка, обнаружен шалаш, в котором находились жители с. Коксай Карабурунского района Исмаилов К., 1986 г.р., и Жамалбеков Р.А., 1987 г.р., у которых изъято нарезное оружие марки ТОЗ-16 №13773 калибра 5,6 мм с 16 патронами, принадлежащее гр-ну Исмаилову К.Ж.*

### ***Оперативно-розыскная деятельность***

Особое внимание ОВД, непосредственно сотрудниками подразделений по борьбе с наркобизнесом, уделяется организации и эффективному осуществлению оперативно-розыскной деятельности, направленной на пресечение каналов поступления наркотиков, выявление фактов сбыта, контрабанды, транзита наркотических средств, совершаемых организованными преступными наркогруппировками, изъятию из незаконного оборота крупных партий «тяжелых» наркотиков, а также проведению операций по методам «контролируемая поставка» и «проверочная закупка» наркотиков.

В 2007 году были успешно осуществлены 11 контролируемых поставок наркотиков, в результате из незаконного оборота изъято 199,7 кг наркотиков, из них героина 41,0 кг, опия 61 кг, гашиша 97,7 кг.



Совместно с партнерами из России (2) и Республики Казахстан (4) проведено 6 «внешних» контролируемых поставок. В результате из преступного оборота изъято 35,41 кг наркотиков, из них героина 16,0 кг, опия 12,6 кг, гашиша 6,8 кг. Осуществлены 5 «внутренних» контролируемых поставок на территории Кыргызской Республики. В результате из преступного оборота изъято 164,3 кг наркотиков, из них героина – 25 кг, опия – 48,4 кг, гашиша – 90,9 кг.

В результате таких мероприятий были задержаны наркокурьеры, выявлены и пресечены устойчивые каналы нелегальной поставки наркотиков в города Российской Федерации и Республику Казахстан.

### **5.4.3. Результаты деятельности Агентства КР по контролю наркотиков (АКН) по противодействию незаконному обороту наркотиков<sup>50</sup>**

В 2007 году АКН было выявлено 132 преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, что на 22 наркопреступления, или на 14,2%, меньше, чем за аналогичный период 2006 года (154). В том числе:

- сбыт наркотиков (ст. 247) – 89, на 37 фактов, или на 29,3% меньше (126);
- без цели сбыта (ст. 246) – 23, на 4 факта, или на 21,0% больше (19);
- контрабанда наркотиков (ст. 204) – 14, на 5 фактов, или на 83,3% больше (9);
- притоносодержание (ст. 252) – 2 (0);
- незаконный оборот ядовитых веществ (ст. 254) – 2 (0);
- незаконный посев и выращивание (ст. 250) – 2 (0).

По возбужденным уголовным делам задержано 126 человек (мужчин – 115, женщин – 11), в том числе 7 граждан другого государства (РТ-5, РУз-1, РК-1).

В 2007 года АКН пресечена деятельность 11 наркогрупп (22 человека), у которых изъято 82 кг 441 г наркотических средств всех видов, в том числе 5 кг 612 г героина, 57 кг 650 г опия, 15 кг 307 г

<sup>50</sup> Статистический обзор по итогам 2007 года предоставлен Штабом Агентства Кыргызской Республики по контролю наркотиков. Цит. по книге: Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008, с. 6-13.

гашиша и 3 кг 872 г других наркотических средств. Ликвидировано 2 точки сбыта наркотиков (т.н. «ямы»).

За 2007 год возбуждено 120 уголовных дел, на 35, или на 22,5%, меньше по сравнению с 2006 г. (155). При этом, выявлено 22 дополнительных преступления и по ним возбуждены уголовные дела. Всего по АКН КР с начала 2007 года находилось в производстве 157 уголовных дел, из которых 137 направлены в суд.

### ***Общее изъятие наркотических средств (по республике и в ходе совместных разработок и международных «контролируемых поставок»)***

Из незаконного оборота (включая 2 совместные разработки и 5 международных «контролируемых поставок») Агентством с начала 2007 года изъято 1191 кг 659 г наркотических средств всех видов, что на 70 кг 426 г, или на 6,2%, больше, чем за аналогичный период 2006 года (1121 кг 233 г). В том числе, на территории Кыргызской Республики изъято 1118 кг 251 г наркотических средств, что на 187 кг 723 гр, или на 20,1%, больше, чем за аналогичный период 2006 года (930кг 528г.). Это составило 16,2% от всех изъятий наркотических средств в КР. В том числе изъято: героина – 209 кг 287 г, что на 83 кг 416 г, или на 63,0%, больше по сравнению с 2006 г. (125кг 871гр); опия – 129,64 кг; гашиша – 104,33 кг; марихуаны – 737,91 кг; других наркотических средств – 10,5 кг.

### ***Международные и совместные разработки за 2007 год***

АКН с начала 2007 года реализованы 2 международные разработки (в 2006 г. – 6 разработок: 5 – с ФСКН РФ, 1 – с криминальной полицией Литвы):

- совместная с компетентными органами Республики Казахстан разработка в отношении транснациональной наркогруппировки. В результате 17.01.2007 г. в городе Алматы задержаны 1 гражданин Кыргызстана и 2 граждан Таджикистана, у которых изъято 14 кг 600 г героина, сокрытого в специально оборудованных тайниках автомашины «Мерседес-230».
- совместная с РУФСН по Красноярскому краю разработка, в результате которой в г. Красноярске (РФ) были задержаны 2 члена организованной международной преступной группы. У них изъято 2 кг 145 г героина.

Проведены 3 международных «контролируемые поставки» наркотиков с ФСКН России (по маршруту КР – г. Екатеринбург РФ), 1 – с Департаментом КНБ РК (из РТ транзитом через территорию КР в г. Семипалатинск РК), 1 – с УБН Ю-ВДВДТ МВД РК (2006 – 5 «контролируемые поставки»). В результате с марта по май 2007 г. было изъято 56,66 героина, задержаны 5 граждан Республики Таджикистан, по одному гражданину Чеченской Республики (РФ) и Кыргызской Республики.

## **5.5. Прогноз наркоситуации в Центральной Азии**

Масштабность проблем борьбы с наркотизмом, динамизм обстановки, многообразие процессов и явлений, связанных с воспроизводством этого явления, предопределяют необходимость опережающего анализа развития ситуации. Без этого нельзя достичь точности и своевременности в определении целей и задач политики борьбы с наркотизмом, их соотношений и приоритетов. Метод «проб и ошибок» здесь обходится очень дорого. Поэтому прогнозирование является базой планирования (программирования) и управления в сфере антинаркотической политики, как и правового регулирования этой борьбы. Оно позволяет своевременно найти и реализовать оптимальные решения, а не запаздывать и импровизировать.

Анализ наркоситуации, складывавшейся в Центральной Азии на протяжении 1992-2007 гг., подтверждает вывод о нарастающей наркоэкспансии, создающей все большую угрозу стабильному и безопасному развитию Центральноазиатского региона. Следует еще раз подчеркнуть, что статистические данные, относящиеся к наркотрафику и мерам борьбы с ним, ненадежны, т. к. эта сфера обладает повышенной латентностью, оценка масштабов наркомании и наркотрафика обычно основываются на приблизительных выводах. Вместе с тем, очевидно, что факторы, связанные с продолжающимся ростом наркотизма, продолжают оказывать негативное влияние на развитие стран региона, создавая постоянные угрозы действующим системам безопасности.

Прогнозируя развитие наркоситуации на ближайшее будущее, можно с достаточной уверенностью утверждать, что она во многом будет зависеть от эффективности взаимодействия разных структур

(прежде всего правоохранительных органов, Министерства здравоохранения, Министерства образования, гражданского сектора), а также комплексного подхода к решению данного вопроса. Тем не менее, можно ожидать дальнейшего развития наркотрафика и его последствий:

- транзит наркотиков «афганского» происхождения через Центральную Азию не сократится, а будет стабильно высоким с тенденцией увеличения в предстоящие 10-15 лет. Это обусловлено наличием ряда взаимосвязанных факторов: огромного количества готового сырья – опия в Афганистане; продолжающегося роста производства героина; высокой прибыльностью наркоторговли; наличием организованных преступных групп; высоким спросом на наркотики, а также возможным расширением проникновения международных экстремистов на территории Таджикистана, Кыргызстана и Узбекистана и создания героиновых лабораторий уже на этих территориях. Способствующим фактором является обстановка нестабильности в Афганистане – даже, если потоки опия и героина афганского производства по какой-либо причине сократятся или прекратятся вообще, то их производство может расшириться на территории стран Центральной Азии, которая имеет подходящие климато-географические условия, а также опыт участия в наркобизнесе. Если вдруг мода на потребление наркотиков опиоидной группы уменьшится, потоки наркотиков не прекратятся, а деятельность преступных группировок будет переориентирована на поставки препаратов амфетаминового ряда, и страны ЦАР все также останутся на пути наркотрафика из Азии в СНГ и Европу;

*«Даже если производство опиума в Афганистане прекратится завтра, и огромные плантации вдруг засохнут, поток героина в Европу приостановится только на короткое время. Цены возрастут, стимулируя производство в других государствах, главным образом в Центральной Азии, где уже существуют хорошо отлаженные сети по культивированию, производству и транспортировке наркотиков».<sup>51</sup>*

<sup>51</sup> Cornel, Svante. The Nexus of Narcotics, Conflicts, and Radical Islamism in Central Asia. Caspian Brief N. 24, June 2002.

*«...Даже если запрет на выращивание опийного мака будет эффективным, нелегальное выращивание опиума возрастет на соседней территории – в Таджикистане или Кыргызстане.»<sup>52</sup>*

- как следствие этого сохранится тенденция увеличения спроса на наркотики в странах Европы и Центральной Азии;
- соответственно будет наблюдаться дальнейший рост наркопреступности в Центральной Азии, сопровождаемый ее профессионализацией. Она будет и далее развивать свои связи с терроризмом, религиозным экстремизмом, торговлей оружием и людьми;
- будет продолжаться увеличение числа официально зарегистрированных наркозависимых в регионе, поскольку будет расширен доступ к программам лечения и реабилитации, соответственно, возрастет число обратившихся лиц, а также увеличится продолжительность жизни наркопотребителей в связи с развитием программ снижения вреда. В то же время, оценочные данные будут уточняться и если и будут претерпевать изменения, то только в сторону увеличения. Возможно, что использование инъекционного пути введения наркотиков будет оставаться на том же уровне либо снижаться за счет расширения использования наркотиков амфетаминового ряда особенно среди молодежи;
- вместе с увеличением масштаба наркотрафика коррупция, связанная с наркотиками, будет дальше проникать в правоохранительные органы и другие государственные структуры стран региона. Одним из факторов, способствующих этому, выступает сложное социально-экономическое положение населения этих стран и особенно в Таджикистане, а также огромные финансовые средства, получаемые наркобизнесом.

Таковы в целом наиболее очевидные неблагоприятные прогнозы развития наркоситуации вследствие продолжающегося увеличения производства наркотиков в Афганистане, сочетания с другими видами организованной преступности, включающих религиозный экстремизм, международный терроризм. Вместе с тем, при объединении

<sup>52</sup> Scott, Peter Dale. *Drugs, Oil, and War: the United States in Afghanistan, Colombia, and Indochina*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield, 2003. С. XII.

усилий всех заинтересованных в борьбе с наркобизнесом сторон, возможны также и позитивные прогнозы, заключающиеся:

- в усилении правовых аспектов по отношению к жертвам наркобизнеса – наркопотребителям и их ближайшему окружению;
- эффективное развитие программ снижения вреда позволит решить многие вопросы, связанные с улучшением состояния здоровья и социальной поддержки больных наркоманией;
- реализация таких программ приведет к стабилизации распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов, а также предупредит передачу этих заболеваний в общую популяцию;
- интенсивные информационные программы позволят сделать первые шаги в преодолении правового нигилизма и воспитать нетерпимость к наркобизнесу среди населения страны;
- выход из экономического кризиса, создание рабочих мест, улучшение поддержки семей позволит вывести из наркобизнеса наиболее незащищенные группы населения, прежде всего, в сельской местности;
- повышение окладов денежного содержания сотрудников правоохранительных органов, решение социальных вопросов с одной стороны; а также ужесточение контроля за деятельностью сотрудников службой собственной безопасности МВД, жесткая система учета изъятых наркотических средств и борьба с отмыванием добытых преступным путем денег, приведут к сокращению коррупции среди государственных служащих, в том числе и среди сотрудников правоохранительных органов.

## Список рекомендуемой литературы:

1. Afghanistan and the response of ODCCP». October 2002.
2. <http://www.narcom.ru/ideas/socio/87.html>.
3. Summary data from International conference «Drug Routs from Central Asia to Europe», Paris, 2003.
4. World Drug Report 2004. Volume 2. Statistics. UNODC.
5. World Drug Report. 2008.
6. Адилов А.Н. Правовые средства борьбы с наркотизмом. Учебное пособие. – Б.: Академия МВД КР, 2001.
7. Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Комитета Коспонсорских организаций (Committee of Cosponsoring Organizations - CCO), Москва, 2005.
8. Доклад международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 г., ООН, Нью-Йорк, 2006.
9. Зазулин Г.В., Фролова Н.А. Актуальные вопросы антинаркотической политики: отечественный и зарубежный опыт. – Санкт-Петербург, 2003.
10. Зеличенко А.Л. Афганская наркоэкспансия 1990 –х гг. и проблема национальной безопасности Кыргызстана. – Бишкек 2003.
11. Князев А.И. К истории и современному состоянию производства наркотиков в Афганистане и их распространения в Афганистане. – Бишкек, 2003.
12. Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Резолюция 3.
13. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года, УП №445.
14. Обзор международного комитета по контролю над наркотиками «World Drug Report 2004. Volume2: Statistics».
15. Осмоналиев К.М. Уголовно-правовые меры предупреждения незаконного оборота наркотиков, применяемые в деятельности органов внутренних дел. Лекция. – М.: Академия МВД КР, 1998.

16. Отчет Международного комитета по контролю над наркотиками (ЮНОДК) «Illicit Drugs Situation in the Region Neighboring Afghanistan and the Response of ODCCP», 2006.
17. Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008.
18. Саякова М.К., Осмоналиев К.М. Предупреждение наркотизма несовершеннолетних. – Бишкек, 2002.
19. Сборник материалов международного коллоквиума «Опиумная война в Центральной Азии». Бишкек, 2000.
20. Сборник материалов международного семинара «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии». Бишкек 1999.



## Тема 6. Медицинские и социальные проблемы ВИЧ-инфекции, ИППП

**Цель:** Информирование курсантов по вопросам ВИЧ-инфекции для формирования понимания проблемы и развития навыков профилактики ВИЧ-инфекции в процессе профессиональной деятельности.

### Задачи:

1. Дать общее понятие о ВИЧ-инфекции;
2. Обосновать ее значимость и влияние на социально-экономическое развитие;
3. Сформировать понимание актуальности предпринимаемых мер по профилактике ВИЧ-инфекции;
4. Обучить навыкам профилактики ВИЧ-инфекции.

**Методы:** общая дискуссия, мини-лекции, презентации, отработка навыков безопасного поведения.

**Время:** 3 часа 20 мин.

**Ключевые понятия:** терминология, связанная с ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД, ЛЖВ, эпидемия, пандемия, профилактика, ключевое население, социально-экономическое воздействие эпидемии, распространенность ВИЧ-инфекции, пути передачи ВИЧ-инфекции; проявления ВИЧ-инфекции, консультирование и тестирование на ВИЧ; профилактика ВИЧ-инфекции; постконтактная профилактика; профилактика ВИЧ на рабочем месте; ИППП.

**Оснащение:** мультимедийный проектор (если имеется), доска, флипчарт, маркеры, мел, карты, плакаты, таблицы, рисунки, средства защиты.

### План данного раздела курса:

1.	ВИЧ-инфекция как социально-экономическая проблема (терминология, общая характеристика проблемы; ее влияние на социальное и экономическое развитие)	25 мин.
	Дискуссия	5 мин.
	Минилекция	15 мин.
	Ответы на вопросы	5 мин.

2.	Ситуация по распространению ВИЧ-инфекции в мире и Кыргызской Республике Презентация Ответы на вопросы	25 мин. 20 мин. 5 мин.
3.	Медицинские аспекты ВИЧ-инфекции (пути передачи, проявления, выявление, лечение) Дискуссия Минилекция Ответы на вопросы	25 мин. 5 мин. 15 мин. 5 мин.
4.	Профилактика ВИЧ-инфекции Семинарское занятие	45 мин.
5.	ИППП (основные понятия, ситуация по ИППП в Кыргызской Республике, воздействие основных ИППП на организм человека) Дискуссия Минилекция Ответы на вопросы Практическое занятие (профилактика ИППП)	25 мин. 5 мин. 15 мин. 5 мин. 20 мин.
6.	Защита личного состава правоохранительных органов от заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитами и другими инфекциями, передающимися через кровь на рабочем месте Практическое занятие	25 мин

### ***Рекомендации преподавателю:***

*Общая информация о ВИЧ-инфекции, тенденциях ее распространения в мире и Кыргызской Республики, особенностях проявления, затрудняющих борьбу с ней, а также понимания риска личного заражения и способов защиты позволит курсантам сформировать правильное понимание этой проблемы, основанное на фактах, а не на домыслах и мифах. Обоснование социальных и экономических аспектов эпидемии ВИЧ-инфекции поможет осознать адекватность действий Правительства по преодолению ВИЧ-инфекции, включая вопросы профилактики ВИЧ среди ключевого населения, основанные на стратегии снижения вреда. Все это может явиться сильным мотивирующим фактором для действий в области профилактики ВИЧ-инфекции и по работе с ключевым населением в будущей профессиональной*

деятельности в соответствии с политикой Кыргызской Республики, а также принять меры по формированию более безопасного поведения и защиты от заражения ВИЧ на службе и в личной жизни.

Начало любого сообщения о ВИЧ-инфекции следует начинать с терминологии. Если группа небольшая – не более 30 человек – можно провести короткий опрос для того, чтобы оценить уровень понимания основной терминологии и ситуации в области ВИЧ-инфекции в мире и Кыргызской Республике. Вопросы могут быть: Что такое ВИЧ; Что такое СПИД; Кого мы называем ЛЖВ; Что курсанты знают о ситуации в мире и Кыргызской Республике; Что они знают о ситуации в регионе, из которого они прибыли на учебу или жили; Почему этой проблеме уделяется столько внимания? и др.). Терминология дает возможность установить единые правила обозначения ключевых понятий и говорить с курсантами на понятном им языке. Адекватное владение терминологией является актуальным для исключения стигматизирующих терминов, а также для обозначения понятий, с которыми аудитория ранее не встречалась.

Информирование о ситуации в мире и в регионе должно сопровождаться комментариями педагога о закономерности развития каждой эпидемии, включая эпидемию ВИЧ-инфекции. Вместе с тем, ситуация не должна внушать пессимизма, поскольку в мире имеются примеры преодоления эпидемии.

Вопросы социально-экономического воздействия эпидемии могут обсуждаться методом мозгового штурма или дискуссии. При этом, преподаватель инициирует дискуссию по вопросам воздействия эпидемии на личность, семью, общину, государство. Курсанты предлагают свое видение, которое записывается на флипчарте (или на доске). Если группа небольшая (до 30 чел), то ее можно разделить на 4 малых группы, которые разрабатывают один из перечисленных видов воздействия. Затем группы докладывают результаты своей работы, другие участники дополняют, а преподаватель обобщает результаты этой групповой дискуссии.

Учитывая, что большинство молодых людей слышали о проблеме ВИЧ-инфекции, для укрепления и уточнения их знаний следует постоянно вовлекать их в процесс обсуждения темы.

При раскрытии основной тематики лекции следует использовать наглядные пособия. Лучшие всего, если имеются технические

возможности для проведения мультимедийной презентации и/или для показа фильмов. В случае, если такая возможность отсутствует, то следует подготовить рисунки или плакаты, показывающие как стадии ВИЧ-инфекции, так и механизм размножения ВИЧ в клетках человека. Далее важно подчеркнуть, что вирус находится во всех жидкостях человека, однако, заразиться ВИЧ можно только тремя путями: половым, через кровь при переливании крови, использовании загрязненного медицинского оборудования (также как при введении наркотиков путем инъекций); а также от зараженной матери ребенку. Здесь же следует отметить, как ВИЧ не передается. Остановившись на факторах, которые затрудняют борьбу с ВИЧ-инфекцией, следует подчеркнуть, что предотвратить ВИЧ-инфекцию можно, но социальные проблемы, сопровождающие это заболевание, отрицание и предрассудки мешают справиться с эпидемией. Учитывая отсутствие типичных клинических проявлений болезни, следует особо отметить стадии болезни, более подробно осветив период «окна», а также длительный бессимптомный период, когда 9 из 10 инфицированных ВИЧ лиц не знают о своем статусе, но могут передать ВИЧ-инфекцию другим лицам при половом контакте, при донорстве крови или совместном использовании медицинских инструментов, а также от инфицированной матери ребенку. Установление диагноза ВИЧ-инфекции – это сложный и ответственный процесс. Кроме того, сам по себе диагноз производит сильное эмоциональное воздействие на пациента. В этой связи, следует подробно остановиться на алгоритме тестирования на ВИЧ, когда в случае выявления положительного результата, анализ повторяют. В случае выявления повторного позитивного результата, диагноз подтверждают другим более совершенным тестом. В стране имеются правила медицинского освидетельствования на ВИЧ, утвержденные постановлением Правительства Кыргызской Республики. Они предусматривают перечень лиц, которые подлежат тестированию на ВИЧ. Следует отметить, что обследование должно всегда проводиться добровольно<sup>1</sup> при информированном согласии и с проведением пред- и послетестового консультирования. Только

<sup>1</sup> Только в исключительных случаях, специально предусмотренных законодательством, тестирование может проводиться в принудительном порядке по решению суда, органов дознания или следствия. «Закон ОВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» ст. 1.

*отдельным лицам в строго оговоренных случаях по решению суда либо органов дознания и следствия может быть назначено принудительное освидетельствование на ВИЧ. При этом, факт выполнения тестирования и его результаты составляют предмет служебной тайны, разглашение которой влечет административную и уголовную ответственность. Часто население и даже официальные лица предлагают провести обследование всего населения на ВИЧ. Однако курсантам следует объяснить, что, во-первых, это нарушает права человека; во-вторых, это очень дорого; в-третьих, с учетом периода окна и некоторых других факторов – это нецелесообразно.*

*Следует отметить, что весь мир работает над разработкой вакцины и лекарства против СПИДа, но эта задача пока не решена. В настоящее время существует более 20 разных препаратов против ВИЧ-инфекции, однако, они не излечивают, а только приостанавливают течение болезни. При этом лекарства нужно принимать постоянно. Сегодня, благодаря усилиям мирового сообщества, цены на лекарства существенно снизились, но лечение все равно очень дорого и составляет от 700 до 6 000 долларов в год на одного больного.*

*В вопросах профилактики следует обсудить с курсантами, что они знают и думают о профилактике, исходя из путей передачи ВИЧ. Далее следует остановиться только на профилактике медицинской: обеспечения безопасности донорской крови и медицинских процедур, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, а также личной и постконтактной профилактике. При этом отметить, что вопросы снижения вреда будут обсуждаться в одной из следующих тем.*

*Сообщение об ИППП носит больше информационный характер. Для курсантов важно осознать социальные корни роста ИППП, и их связи с опасными формами сексуального поведения. ИППП передаются не потому, что люди продают/покупают секс, а потому, что они не пользуются презервативами. Высокая распространенность ИППП в стране повышает риск заражения ВИЧ, равно как и вероятность заражения ИППП при незащищенном половом контакте. Будущим сотрудникам правоохранительных органов важно знать об угрозах, связанных с заражением ИППП. Понимание значимости правильного лечения должно способствовать формированию убеждения недопустимости с правовой точки зрения, а также экономической и медицинской нецелесообразности разного*

*рода принудительных мер медицинского характера, связанных с диагностикой и лечением ИППП. К данной теме важно иметь также таблицы, слайды, фотографии различных видов ИППП. Особого внимания в данном разделе заслуживает информация о вирусном гепатите В.*

*Вопросы профилактики полового пути передачи ВИЧ /ИППП важны для овладения навыками личной защиты, а также пропаганды и продвижения этих знаний и навыков в ходе профессиональной деятельности как при работе с подчиненными, так и в ходе профессиональной деятельности, связанной с группами населения с поведением высокого риска. В этой связи важным разделом обучения будет усвоение правил личной безопасности при выполнении профессиональных обязанностей.*

## **Ресурсный материал**

### **6.1. ВИЧ-инфекция как социально-экономическая проблема**

#### **6.1.1. Основные понятия**

**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека.

**ВИЧ – инфекция** – это хроническое инфекционное заболевание. Оно вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В основе болезни лежит поражение иммунной системы. Иммунитет обеспечивает защиту организма от микробов, вызывающих болезни, а также и от измененных собственных клеток организма, что предотвращает рак, аллергические состояния.

**Ключевое население** – это группы населения, имеющие высокий риск заражения ВИЧ, а также являющиеся приоритетными для осуществления профилактических программ.

**ЛЖВ** – люди, живущие с ВИЧ, как на стадии отсутствия проявлений болезни, так и на стадии глубоко поражения иммунной системы.

**ЛПВ** – лица, пострадавшие от ВИЧ-инфекции – лица, которые потерпели моральный и имущественный вред в связи с заражением ВИЧ их родственников и близких лиц.

**СПИД** – это конечная стадия ВИЧ-инфекции, которая сопровождается тяжелыми инфекционными заболеваниями, опухолями и другими проявлениями болезни, обусловленными глубоким поражением иммунной системы человека вирусом иммунодефицита человека.

### **6.1.2. Социально-экономическое воздействие эпидемии ВИЧ-инфекции**

*«...Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа, достигшая ужасающих масштабов и оказывающая опустошительное воздействие, представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию и одну из самых серьезных угроз жизни и достоинству человека, а также эффективному осуществлению прав человека, которая подрывает социально-экономическое развитие по всему миру и затрагивает все слои общества – нацию, общину, семью и каждого отдельного человека»*

(Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, Нью-Йорк, 2001. ст. 2).

ВИЧ-инфекция, непосредственно связанная со здоровьем человека, фактически представляет собой серьезную проблему развития, оказывая воздействие на экономическую, социальную и политическую сферы деятельности наиболее пострадавших стран. История эпидемии предоставляет нам свидетельства тяжелого воздействия эпидемии, приводя к смерти молодых людей, демографическому кризису, экономическому упадку, потере квалифицированных кадров, голоду, политической нестабильности и значительным затратам на здравоохранение. Эпидемия не щадит ни молодых ни старых, ни бедных ни богатых; она не знает границ, расовых и религиозных отличий. Социальное положение, сфера деятельности или высокая должность не защищают от заражения ВИЧ. При этом женщины наиболее уязвимы к ВИЧ в силу анатомических особенностей женского организма и социальных причин (неравенства, насилия, сексуальной эксплуатации). Рост случаев заражения женщин приводит к внутриутробной передаче ВИЧ новорожденному ребенку, сиротству и усиливает социальное неравенство женщин.

Бедность, отрицание проблемы, предрассудки, гендерное неравенство, отсутствие знаний, навыков безопасного поведения и средств защиты способствуют быстрому распространению ВИЧ-инфекции.

***Воздействие эпидемии на человека:***

- Болезнь, потеря трудоспособности, снижение заработка в связи с болезнью;
- Ограничения в сфере деятельности для отдельных медицинских специальностей, утвержденных Правительством Кыргызской Республики. Однако ВИЧ-инфекция может привести к потере работы для сотрудников правоохранительных органов, хотя законом это запрещено;
- Изменение планов (поездка за рубеж, вступление в брак, рождение детей, потеря семьи, друзей);
- Ограничение в сфере сексуальных отношений;
- Возможность стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ.

***Воздействие эпидемии на семью:***

- Болезнь, смерть близкого человека;
- Снижение доходов семьи в связи с потерей трудоспособности и увеличение расходов в связи с затратами на лечение;
- Потеря трудоспособности членов семьи в результате необходимости ухода за больным;
- Риск заражения при половом контакте; риск рождения инфицированного ребенка;
- Изменение планов (поездка за рубеж, вступление в брак, рождение детей);
- Ограничение в сфере сексуальных отношений;
- Возможность стигмы и дискриминации в связи с принадлежностью к семье ЛЖВ;
- Ухудшение положения детей в семье в связи со стигмой, снижением дохода семьи, необходимостью ухода за больным членом семьи, необходимостью заработка – работа, отсутствие доступа к образованию; сиротство.

***Воздействие эпидемии на общину:***

- Страх заражения;
- Потеря членов сообщества;



- Повышение затрат на социальную сферу, поддержку больных, их семей и сирот;
- Снижение экономического роста.

***Воздействие эпидемии на государство:***

- Увеличение количества социально незащищенных людей вследствие их заражения или болезни, а также вследствие потери кормильца (смерть или потеря трудоспособности);
- Демографические изменения (рост смертности, снижение рождаемости);
- Снижение производства, экономический кризис;
- Перераспределение экономических ресурсов общества – увеличение затрат на здравоохранение и социальную сферу;
- Потеря квалифицированных специалистов (учителей, врачей);
- Голод;
- Сиротство;
- Политический кризис.

### **6.1.3. Ситуация по распространению ВИЧ-инфекции в мире и Центральной Азии**

*«Пандемию СПИДа необходимо признать как одну из наиболее серьезных угроз нашему будущему прогрессу и стабильности – наравне с такими чрезвычайными угрозами, как ядерное оружие или глобальное изменение климата. И, следовательно, такая пандемия требует ответных мер столь же исключительных... Эта пандемия является исключительной, поскольку не видно ее стабилизации, исключительной ввиду серьезности и длительности ее воздействия, а также исключительной ввиду особых проблем, которые она представляет с точки зрения осуществления эффективных общественных действий».*

Д-р Питер Пиот, Исполнительный директор Объединенной Программы ООН по СПИДу, 8 февраля 2005 года.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), впервые зарегистрированный в 1981 году, остается самой разрушительной эпидемией в истории человечества. За период чуть более четверти века ВИЧ-инфекция распространилась по всем странам и континентам, что свидетельствует о ее пандемии. По оценкам Всемирной

Организации Здравоохранения и объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу, общее число людей, живущих ВИЧ, в мире достигло в 2007 г. 33,2 миллиона человек<sup>2</sup>:

- Половину из числа ЛЖВ составляли женщины. По оценкам, 15,4 миллиона женщин жили с ВИЧ в 2007 г., что на 1,6 миллиона больше по сравнению с 2001 г., когда это число составляло 13,8. В Африке к югу от Сахары женщины составляли 61% от числа взрослых, инфицированных ВИЧ.
- В 2007 году 2,5 миллиона человек вновь заразились ВИЧ-инфекцией, в том числе, 420 000 детей до 15 лет.
- Наиболее заметный рост ВИЧ-инфекции произошел в **Восточной Европе** и **Центральной Азии**, где в 2007 году число людей, живущих с ВИЧ, составило 1,6 млн. человек по сравнению с 630 000 человек в 2001 г., что представляет собой рост на 150%. В 2007 г. было зарегистрировано 150 000 новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых и детей, а 55 000 человек умерли от СПИДа.
- С 80-х годов XX столетия от СПИДа умерло около 30 млн. человек (2,1 млн. в 2007 г., в том числе, 330 тысяч детей до 15 лет).<sup>3</sup> Это больше, чем в результате двух самых опустошительных войн XX столетия и больше, чем от всех эпидемий чумы.
- Предполагается, что большинство людей, живущих с ВИЧ, находятся в возрасте от 15 до 24 лет (40% новых случаев ВИЧ-инфекции в 2006 г.) и большинство из них не знает об этом. При этом в Африке к югу от Сахары 76% молодежи этого возраста – девушки и женщины. В большинстве других регионов доля женщин и девушек, живущих с ВИЧ, постоянно увеличивается.<sup>4</sup>
- Число детей, живущих с ВИЧ, в мире возросло с 1,5 миллиона в 2001 до 2,5 миллионов в 2007. Число смертей от СПИДа среди детей возросло с 330 000 в 2001 г. до 360 000 в 2005 г., однако в последние два года имеет тенденцию к снижению, составив в 2007 г., по оценкам, 330 000 человек. Почти 90% всех ВИЧ-позитивных детей живут в Африке к югу от Сахары.

<sup>2</sup> Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2007. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, 2007, с. 1-9.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2004. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2004, с. 5.

Распространение ВИЧ-инфекции представляет наибольшую угрозу жизни, прогрессу и безопасности в странах Африки к югу от Сахары. В этом регионе СПИД становится причиной социально-экономического кризиса, который угрожает политической стабильности. В настоящее время от СПИДа в Африке погибло в десять раз больше людей, чем в результате войн. В декабре 1999 года Генеральный Секретарь ООН Кофи Аннан констатировал, что битву со СПИДом в Африке мировое сообщество проиграло. На этом континенте проживает немногим более одной десятой мирового населения и, в то же время, почти 62,5% всех людей, живущих с ВИЧ (24,7 миллиона человек), почти девять десятых (2 млн.) ВИЧ-инфицированных детей моложе 15 лет, 12 из 15 миллионов сирот находятся в Африке к югу от Сахары.

Все большее распространение принимает распространение ВИЧ в Азии. С учетом того, что Азия составляет 60% мирового населения, последствия этой эпидемии могут быть огромны. По оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС, в Азии число лиц, живущих с ВИЧ, составляет 4,9 млн. человек, включая 440 000, инфицированных в 2007 г. Всего в странах Азии в 2007 году от болезней, обусловленных СПИДом, умерли примерно 300 000 человек. Наиболее высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции наблюдались в Индонезии и Вьетнаме. ВИЧ-инфекция продолжает распространяться среди различных групп населения с поведением высокого риска в Китае (среди секс-работников, наркопотребителей, МСМ). В Индии количество ЛЖВ, по оценкам экспертов ВОЗ/ЮНЭЙДС, составляет 2,5 миллиона человек. В то же время в Камбодже, Мьянме и Таиланде показатели распространенности ВИЧ снижаются.<sup>5</sup>

За последние шесть лет эпицентр эпидемии сместился в страны Восточной Европы и Центральной Азии, где наблюдались самые высокие в мире темпы прироста числа новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2007 году число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, по оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС, достигло 1,6 миллиона человек – за последние десять лет это число увеличилось почти в двадцать раз. Почти 90% впервые диагностированных случаев ВИЧ в этом регионе произошли в 2006 году в двух странах – Российской Фе-

---

<sup>5</sup> Доклад о Глобальной эпидемии СПИД. 2007. с. 22.

дерации (66%) и Украине (21%). Также растет число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ и в других странах – в Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане. Почти две трети (62%) от общего числа новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии в 2006 г., произошло вследствие потребления инъекционных наркотиков, а более одной трети (37%) – в результате незащищенного полового акта между гетеросексуальными партнерами. За последние четыре года число людей, умерших от СПИДа, увеличилось более чем в 1,5 раза и составило, по оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС, 55 000 взрослых и детей. Это более чем в 3 раза выше, чем в США и почти в 24 раза выше, чем в Западной Европе (17-18 тыс. в США и 2252 случая в Европе). Растет число пострадавших женщин, причем, многие из них заражаются ВИЧ от партнеров-мужчин, которые были инфицированы в результате употребления инъекционных наркотиков.

В **Российской Федерации** в 2006 г. было официально зарегистрировано 39 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, а общее число случаев составило около 370 000. Основным путем передачи ВИЧ остается потребление наркотиков путем инъекций (66%). Около 44% новых случаев в 2006 году были зарегистрированы среди женщин. Около 1% беременных женщин были заражены ВИЧ в гг. Санкт-Петербурге, Оренбурге и некоторых других регионах РФ.<sup>6</sup> В предисловии к исследованию, проведенному рабочей группой «США – Россия» в 2003 году, сказано: «Статистика угрожающая, прогноз мрачен. Негативные последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа для населения, экономики и национальной безопасности обеих стран огромны. Тем не менее, есть надежда...».

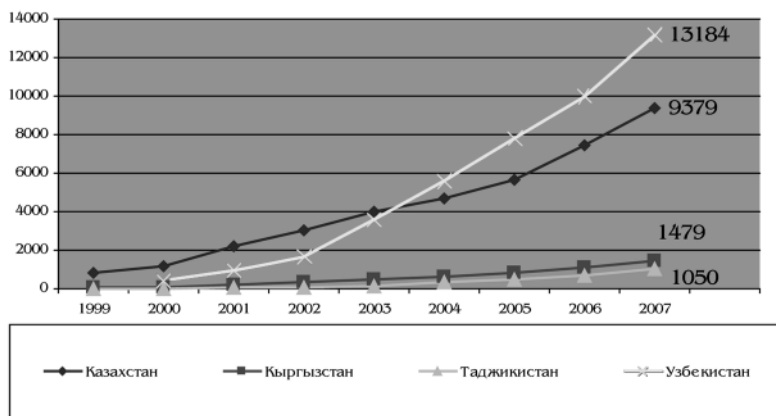
***Чем шире распространяется эпидемия СПИДа, тем больше женщин заражается ВИЧ-инфекцией.***

По мнению экспертов Объединенной программы ООН по ВИЧ и СПИДУ, показатель распространенности ВИЧ-инфекции в странах **Центральной Азии** остается низким, однако, общее количество зарегистрированных инфекций продолжает увеличиваться

<sup>6</sup> Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2007. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2007, с. 27.

ся быстрыми темпами (рис.6.1). При этом реальное число людей, живущих с ВИЧ, существенно превышает данные официальной статистики.

Рис. 6.1. Кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции в ЦАР за 1999-2007 гг.



**В Узбекистане** наблюдается одна из наиболее молодых и эпидемий в мире и самая крупная эпидемия в Центральной Азии<sup>7</sup>. «Употребление инъекционных наркотиков является ведущей силой развития эпидемии, эпицентр которой находится в столице страны Ташкенте и примыкающих районах. Развитию эпидемии способствуют употребление инъекционных наркотиков и коммерческий секс, которые перекрывают друг друга».<sup>8</sup>

Опасные формы потребления наркотиков определяют развитие эпидемии в Центральной Азии. Так, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют 50-75% от числа официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. При этом распространенность ВИЧ среди наркопотребителей также велика и определяет стадию эпидемии в этих странах. Так, в **Казахстане** распространенность ВИЧ среди ПИН в целом по стране составила

<sup>7</sup> Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2004. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2004, с. 55.

<sup>8</sup> Там же, с. 54.

3%, тогда как в г. **Темиртау** – 17%. Исследование, проведенное в Ташкенте в 2003-2004 гг., показало, что почти каждый третий (30%) потребитель инъекционных наркотиков получил положительные результаты тестирования на ВИЧ. В **Таджикистане** распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в городах Душанбе и Худжанд возросла с 16% в 2005 до 24% в 2006 гг., а среди секс-работников с 0,7% до 3,7%.

ВИЧ-инфекция, концентрируясь на начальных стадиях эпидемии среди групп населения с поведением высокого риска, быстро переходит в общую популяцию, приводя к заражению женщин и детей. Так, в 2006 г. в Южно-Казахстанской области Казахстана (г. **Шимкент**) была отмечена вспышка ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях, в результате которой были инфицированы более 130 детей.<sup>9</sup> Увеличивается количество женщин, живущих с ВИЧ, во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии, а также число детей, рожденных у ВИЧ-позитивных матерей. Тем не менее, в этих странах еще сохраняется возможность для преодоления эпидемии<sup>10</sup>.

Как видно из рисунка 6.1, самое большое число случаев с момента начала эпидемии по 1 января 2008 г. зарегистрировано в Узбекистане (13 184 человека), затем идет Казахстан – 9 379. Тем не менее, по расчетам на долю населения<sup>11</sup> лидирует Казахстан, Затем идет Узбекистан, а остальные страны (Кыргызстан, Таджикистан) отстают по распространенности ВИЧ-инфекции от Казахстана на 2-3 года.

---

<sup>9</sup> Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2007. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2007, с. 29.

<sup>10</sup> Там же, с. 54.

<sup>11</sup> В медицине и статистике заболеваемость обычно рассчитывается на 100 000 населения, поскольку население в каждой стране различно (например, 1000 случаев в Кыргызстане с населением 5,2 млн. чел и Узбекистане с населением в 5 раз больше (27 млн.) оказывают различное воздействие на ситуацию).

#### **6.1.4. Ситуация по распространению ВИЧ-инфекции и ИППП в Кыргызской Республике**

Ситуация с распространением ВИЧ-инфекции в Кыргызстане отражает тревожные тенденции продолжающегося распространения ВИЧ-инфекции в мире. При этом больше всего страдают молодые люди.

Первый случай ВИЧ-инфекции в Кыргызстане был зарегистрирован в 1987 году у гражданина одной из африканских стран, проходившего обучение в школе военных летчиков в Бишкеке. С 1987 по 1991 годы среди иностранных студентов этой школы в общей сложности было зарегистрировано 15 ВИЧ-положительных иностранных граждан. С 1995 года началось выявление случаев ВИЧ-инфекции среди граждан СНГ, приезжающих в Кыргызстан для лечения наркомании в частной медицинской клинике доктора Назаралиева. До 1996 года Кыргызстан являлся единственной страной, учитываемой Европейским Региональным Бюро Всемирной Организации Здравоохранения, как не имеющей случаев ВИЧ-инфекции среди своих граждан. Первый ВИЧ-инфицированный соотечественник зарегистрирован в 1996 году в Бишкеке. С 1998 года началась регистрация случаев в регионах страны. До 1 февраля 2001 года в Кыргызской Республике было выявлено всего 14 случаев среди соотечественников, из них четыре случая в областях.

Начиная с 2001 года, в Кыргызстане наблюдается быстрое распространение ВИЧ-инфекции. За последние 7 лет общее число официально зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, в стране увеличилось в 27,7 раза. Среди соотечественников этот показатель вырос в 80,2 раза, а в наиболее пострадавшей Ошской области и городе Оше - в 343 раза по сравнению с предшествующим периодом эпидемии (1987-2000 гг.). Так, за последние годы в стране ежегодно регистрировалось 130-170 случаев ВИЧ-инфекции (рис. 6.2). При этом, в 2007 году было выявлено на 67,6% случаев ВИЧ-инфекции больше, чем в 2006 г., что составило 27,7% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызстане за весь период эпидемии (с 1987 г.). Несмотря на относительно невысокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции в целом по стране (по состоянию на

1 января 2008 года в Кыргызстане зарегистрировано 1479 случаев ВИЧ-инфекции), в Кыргызской Республике наблюдается уже вторая - концентрированная стадия эпидемии. Вместе с тем, официальная регистрация не отражает реальной ситуации по ВИЧ-инфекции, которая, по оценке Министерства здравоохранения, превышает 4500 человек, а к 2012 году может увеличиться до 9600 человек. Эпидемия распространяется преимущественно среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, которые составляют 76% от общего числа зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)<sup>12</sup>. Более половины всех случаев зарегистрированы среди молодых людей в возрасте до 30 лет.<sup>13</sup>

Рис. 6.2. Количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике за период с 1987 по 2007 год.



Несмотря на прилагаемые усилия, темпы распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызстане остаются стабильно высокими. Страна находится на второй – концентрированной стадии, когда ВИЧ-инфекция распространяется, главным образом, среди людей с поведением высокого риска. Так, распространенность ВИЧ-инфекции среди пот-

<sup>12</sup> Данные Республиканского объединения «СПИД» 01.10.07.

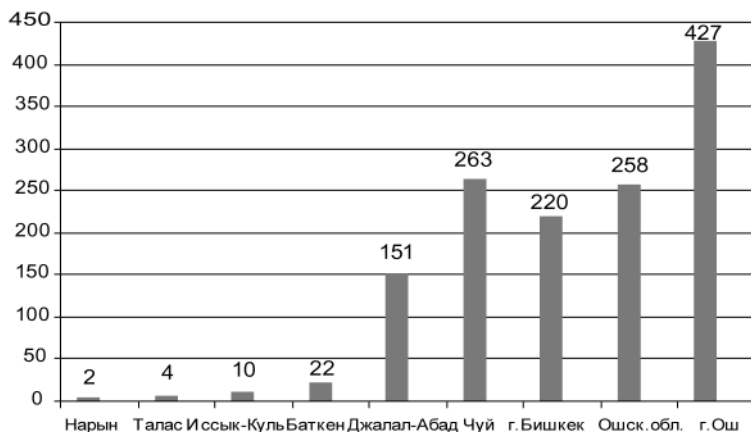
<sup>13</sup> Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы, стр. 10.



ребителей инъекционных наркотиков (ПИН) по итогам обследования 5 регионов страны в 2007 г. составила в г. Оше 12,9%, г. Жалалабате 14%, и 7,7% в целом по стране<sup>14</sup>.

ВИЧ-инфекция зарегистрирована во всех областях страны (рис. 6.3) и распространяется преимущественно среди мужчин (рис. 6.4, 6.5). Однако наблюдается увеличение числа ВИЧ позитивных женщин и детей, что свидетельствует о переходе эпидемии из среды ПИН в общую популяцию. Так, если доля женщин от общего количества всех выявленных ЛЖВ составляла в 2001 г. – 8%, то в 2007 г. – 22%. При этом, почти третья часть (31%) людей, живущих с ВИЧ, выявленных в 2005 и 27,8% в 2007 годах представлена женщинами (рис. 6.4, 6.5)<sup>15</sup>. Количество женщин, живущих с ВИЧ, за последние 7 лет выросло в 100 раз, и на 1.01.2008 года зарегистрировано 300 женщин среди граждан Кыргызской Республики. Выявлена 71 беременная женщина, живущая с ВИЧ. 13 детям, рожденным у ВИЧ позитивных матерей, установлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Рис. 6.3. Количество ЛЖВ, зарегистрированных в Кыргызской Республике, в разрезе областей на 01.01.2008 г.



<sup>14</sup> Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Кыргызстане. Бишкек. 2008 г.

<sup>15</sup> Данные Республиканского объединения «СПИД»

Рис. 6.4. Соотношение женщин и мужчин из числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Кыргызской Республики за 1996-2007 гг. по годам

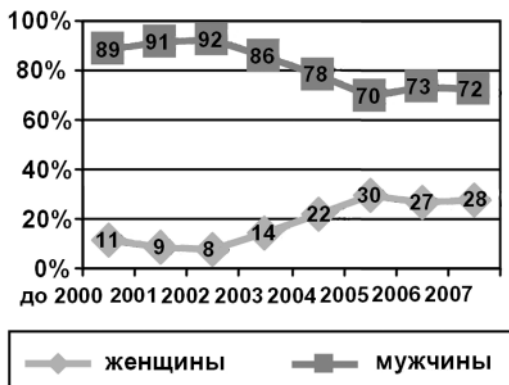
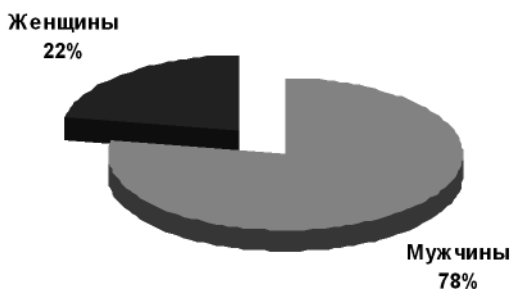
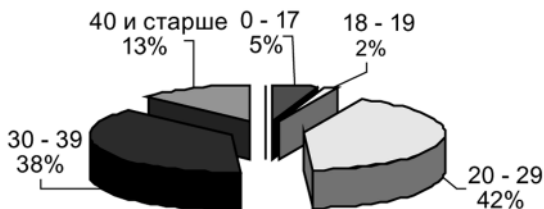


Рис. 6.5. Соотношение официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин в Кыргызской Республике за период с 1996 по 2007 год.



ВИЧ-инфекция распространяется преимущественно среди лиц наиболее продуктивного возраста. 60 случаев (5,4%) ВИЧ-инфекции зарегистрировано среди детей до 18 лет, в том числе, 51 (4,1%) – у детей раннего возраста (до 5 лет). Подавляющее большинство (87,3%) выявленных лиц находится в возрасте до 40 лет, в том числе 41,9% в возрасте 20–29 лет, 38% – 30–40 лет (рис. 6.6). Из общего числа выявленных ЛЖВ 108 установлен диагноз СПИД; 193 человека умерло (из них 20 женщин), том числе, 88 по причине СПИДа (9 женщин).

Рис. 6.6. Распределение зарегистрированных лиц, живущих с ВИЧ, по возрастам на 1.01.2008 г.



Основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается инъекционный, который составляет 74% (рис. 6.7), однако в последние годы увеличивается половой путь передачи инфекции (22%), а также – от инфицированной матери к ребенку (1%). В 2007 году были выявлены случаи внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции (ВБИ), число случаев которого составило 3% от зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за весь период эпидемии и 9,3% от числа зарегистрированных в 2007 году. При этом инъекционный путь распространения ВИЧ-инфекции по причине употребления наркотиков уменьшился до 61,4% (рис. 6.7, 6.8).

Рис. 6.7. Пути передачи ВИЧ-инфекции за весь период эпидемии с 1987 по 2007 гг.

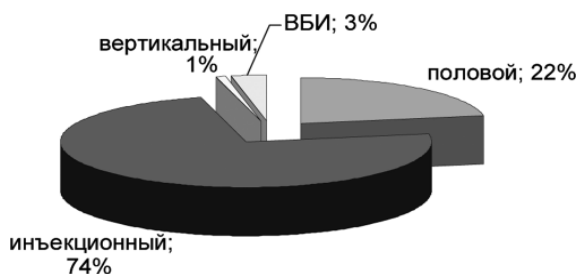
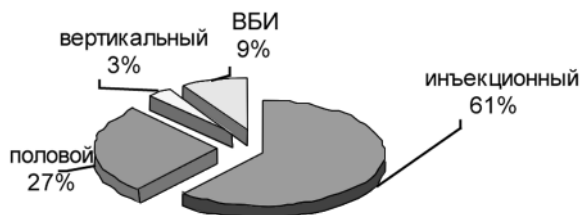


Рис. 6.8. Пути передачи ВИЧ-инфекции в 2007 г.



### Можно ли что-то сделать для преодоления эпидемии?

Распространение ВИЧ-инфекции задерживается там, где систематически развиваются профилактические программы, направленные на формирование безопасного поведения людей. Успехи преодоления эпидемии наблюдаются не только в развитых странах Западной Европы и США, но и в развивающихся странах.

- В Уганде позднее начало половой жизни, более частое использование презервативов и меньшее количество половых партнеров привели к снижению на 40% распространенности ВИЧ среди беременных женщин.
- Ежегодные опросы молодых мужчин в Таиланде показали, что безопасное поведение имеет место чаще, а количество новых случаев заражения ВИЧ снижается. По сообщениям молодых мужчин, в период между с 1991 по 1995 годами посещение ими секс-работников снизилось в два раза, а количество тех, кто использовал презервативы во время последнего визита к секс-работнице, возросло от 60% до 95%. В то же время распространение ВИЧ среди молодых мужчин этой страны снизилось с 8% в 1992 году до 3% в 1997 году.
- В Сенегале усилия, направленные на профилактику ВИЧ и болезней, передаваемых половым путем, снизили уровень ВИЧ-инфекции на 2% среди взрослого населения.
- В Северной Танзании в местах, где существуют профилактические программы, распространение ВИЧ среди молодых женщин уменьшилось на 60% за шесть лет.

## 6.1.5. Общая информация о ВИЧ-инфекции и СПИДе

**ВИЧ-инфекция** – это хроническое и пока неизлечимое инфекционное заболевание. В основе болезни лежит поражение иммунной системы, которая защищает организм от инфекций и предупреждает нарушения в самом организме, сопровождающиеся развитием опухолей. Лишенный иммунитета организм становится беззащитным даже перед такими инфекционными агентами, которые никогда не вызывают заболеваний у здоровых людей. Несмотря на значительные усилия ученых во всем мире, до настоящего времени не разработано лекарство, которое способно убить вирус. Тем не менее, противовирусное лечение (АРТ)<sup>16</sup> дает хороший результат, который может затормозить развитие заболевания и продлить жизнь инфицированному человеку. Врачи могут также проводить профилактику оппортунистических инфекций, которые развиваются в организме с ослабленной иммунной системой и приводят к смерти больного. В условиях Кыргызстана основной оппортунистической инфекцией является туберкулез. Высокая изменчивость вируса иммунодефицита человека не позволяет разработать вакцину для профилактики этого заболевания. Поэтому только знание и последующий выбор более безопасного поведения позволяют предупредить заражение вирусом иммунодефицита человека. В этой связи велика роль информационно-образовательных программ, которые могут дать полную информацию о ВИЧ-инфекции и путях ее профилактики, а также научить молодых людей навыкам безопасного поведения.

### 6.1.5.1. Особенности ВИЧ-инфекции, затрудняющие борьбу с ней

ВИЧ-инфекция имеет **длительный скрытый период**, который может продолжаться 10 лет и более. Человек, не подозревая о своем ВИЧ статусе, может передать вирус своим партнерам.

ВИЧ-инфекция сегодня – это **хроническое, пожизненное заболевание**. Еще ни один человек не излечился от ВИЧ.

В мире разработаны и используются десятки **лекарственных препаратов** для лечения ВИЧ-инфекции. Однако ни одно из них **не убивает вирус**, а только замедляет его развитие.

<sup>16</sup> АРТ – антитретровирусная терапия – назначение специальных препаратов, воздействующих на ВИЧ.

В настоящее время ведутся **разработки вакцины** для предупреждения ВИЧ-инфекции. Однако из-за высокой изменчивости вируса, потребуются десятилетия для разработки и применения такой вакцины на практике.

### **6.1.5.2. Происхождение вируса иммунодефицита человека**

До настоящего времени нет единого мнения о происхождении вируса иммунодефицита человека. Вирусы, подобные ВИЧ, встречаются в природе и вызывают заболевания у животных. Известен вирус иммунодефицита мартышкообразных (зеленых мартышек, макак и резусов), вирус саркомы кошек и другие. Существует несколько теорий происхождения вируса.

Одна из версий возникновения ВИЧ-инфекции – это изменение вируса обезьян в результате возникновения парникового эффекта, загрязнения окружающей среды, воздействия радиации. Предполагают, что один из охотников при разделывании тушки зеленой мартышки заразился ВИЧ. Он заразил свою жену, затем имел коммерческие половые контакты, в результате которых произошло заражение ВИЧ секс-работниц. Кроме того, он был донором и неоднократно сдавал кровь, в результате чего было заражено большое количество людей.

По другой версии, вирус был разработан в одной из секретных лабораторий в качестве бактериологического оружия и был первоначально апробирован на заключенных, большинство из которых вступало в гомосексуальные половые контакты. Против этой версии свидетельствуют сведения о высоком родстве данного вируса с аналогичными вирусами, встречающимися в природе, наличие нескольких типов вируса (ВИЧ –1, ВИЧ–2), а также нахождение специфических антител в сыворотках, хранящихся в банке крови с 1959 года. Кроме того, ВИЧ не годится для использования в качестве бактериологического оружия из-за продолжительного скрытого периода (до 10 лет) от внедрения вируса до развития болезни, в течение которого зараженные люди остаются трудоспособными.

По другой теории, которой также придерживается американский исследователь, открывший вирус иммунодефицита человека, Роберт Гало, этот вирус появился еще в конце XIX века и явился причиной массовой гибели населения. Однако некоторые изолированные по-

пуляции населения Африки приспособились к этому вирусу, среди которых он существовал в скрытой форме. В середине XX века под воздействием изменений внешней среды вирус активизировался. Начавшаяся сексуальная революция, а также закупка дешевой донорской крови в странах Африки привели к повсеместному его распространению.

### **6.1.5.3. Пути передачи инфекции**

ВИЧ содержится во всех органах и тканях зараженного человека, а также во всех жидкостях и выделениях человека, однако, наибольшая его концентрация отмечается в крови, сперме, выделениях женских половых органов и грудном молоке, а слюна, слезы, моча содержат небольшое количество вируса, которое не может привести к заражению.

#### **ВИЧ передается только 3 путями:**

- **через кровь (при использовании загрязненных инструментов, переливании инфицированной крови и её препаратов, пересадке донорских органов);**
- **при половом контакте с человеком, живущим с ВИЧ;**
- **от инфицированной матери ребенку.**

**Заражение ВИЧ через кровь** может произойти при переливании зараженной крови, ее компонентов и препаратов, а также через загрязненные медицинские и другие инструменты, которыми нарушается целостность кожи (предметы для проведения маникюра, иглы для прокалывания ушей, режущие инструменты для проведения обрезания, лезвия бритв, иглы при иглоукалывании и др.). Необходимо подчеркнуть, что не обязательно, чтобы на перечисленных предметах была видна кровь. Это могут быть небольшие количества, невидимые невооруженным глазом. При этом следует отметить, что заражение происходит тогда, когда кровь инфицированного человека попадает (вводится) в организм другого человека.

Важное значение в передаче ВИЧ таким путем имеет переливание крови: когда кровь человека, живущего с ВИЧ, вводится в кровоток другого человека. Может произойти заражение при использовании одного и того же шприца для проведения инъекций. Особую роль в

плане распространения ВИЧ-инфекции играет совместное употребление наркотиков одним шприцем либо использование общей посуды для приготовления наркотика. В этом случае может произойти одномоментное заражение сразу нескольких человек, которые пользуются этим шприцем (посудой). Поскольку употребление наркотиков осуществляется ежедневно и члены группы могут меняться, этот путь передачи ВИЧ имеет характер снежного кома с увеличением числа новых случаев ВИЧ-инфекции в геометрической прогрессии: 1:5:25 и т.д. В этой связи наблюдаются очень быстрые темпы роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции в странах, где ВИЧ преимущественно распространяется при употреблении наркотиков. Такая ситуация характерна для всех стран бывшего СССР, включая Кыргызстан, а также для некоторых стран Центральной, Восточной Европы и Азии.

**Половой путь передачи инфекции.** Вирус передается от мужчины к женщине и от женщины к мужчине при любых видах половых контактах (гетеро, гомо, бисексуальных). Увеличивает риск заражения наличие воспалительных и венерических заболеваний у половых партнеров. Особый риск представляют множественные половые контакты с разными людьми, поскольку в таком случае риск встретить ВИЧ-положительного партнера увеличивается. Особый риск представляют незащищенные (без использования презерватива) гомосексуальные половые контакты среди мужчин и насильственные половые контакты. Риск передачи вируса при гомосексуальных половых контактах значительно выше, чем при гетеросексуальном контакте. Это связано с большей степенью травматизма. В силу анатомических и физиологических особенностей женского организма – женщины более восприимчивы к заражению ВИЧ.

**От инфицированной матери ребенку** ВИЧ может передаваться во время беременности и родов и при кормлении грудью. Риск рождения ребенка с ВИЧ зависит от стадии болезни у матери, наличия воспалительных заболеваний, течения беременности и своевременного проведения антиретровирусного лечения.



### **ВИЧ не передается:**

- при бытовых контактах,
- при поцелуе,
- кашле,
- чихании,
- при рукопожатии,
- пользовании туалетом,
- баней,
- бассейном,
- в общественном транспорте,
- через постельные принадлежности,
- посуду,
- через книги и канцелярские принадлежности,
- через укусы насекомых,
- через домашних животных.

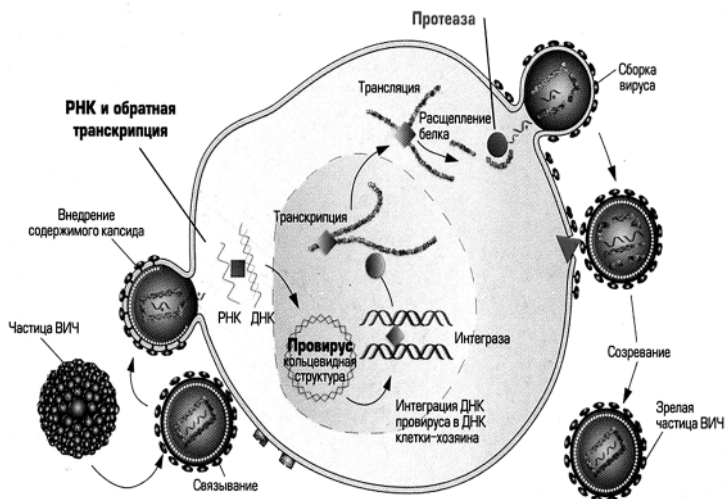
#### **6.1.5.4. Механизм размножения ВИЧ**

Вирус иммунодефицита человека поражает, главным образом, клетки иммунной системы. ВИЧ медленно разрушает Т-лимфоциты помощники (Т-хелперы – CD4 клетки) в течение многих лет инфицирования. При этом, вирус попадает в клетку человека (Т-лимфоцит), и при помощи своих ферментов (ревертазы, обратной транскриптазы, интегразы) встраивается в генетический аппарат клетки. В результате пораженная клетка начинает сама производить вирусы со скоростью 1 миллион вирусов в день. Таким образом, она теряет свои функции и со временем погибает. Новые вирусы выходят из клетки и поражают новые Т-лимфоциты. Как только уменьшается количество CD4 клеток, возбудители инфекционных заболеваний легко проникают в организм, размножаются и вызывают развитие так называемых оппортунистических инфекций (рис. 6.9)<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Оппортунистические, т.е. использующие случай.

Рис. 6.9. Механизм размножения ВИЧ



Состояние иммунной системы инфицированного ВИЧ человека косвенно определяется подсчетом СД4 клеток. Их количество в крови составляет в норме от 500 до 1500 клеток в 1 миллилитре. Вирусная нагрузка – это количество вирусных частиц в 1 мл крови. Когда у человека, живущего с ВИЧ, выявляется одно или несколько оппортунистических инфекций и уровень СД4 клеток снижается ниже 200 в 1 миллилитре крови, то говорят о наступлении стадии СПИДа.

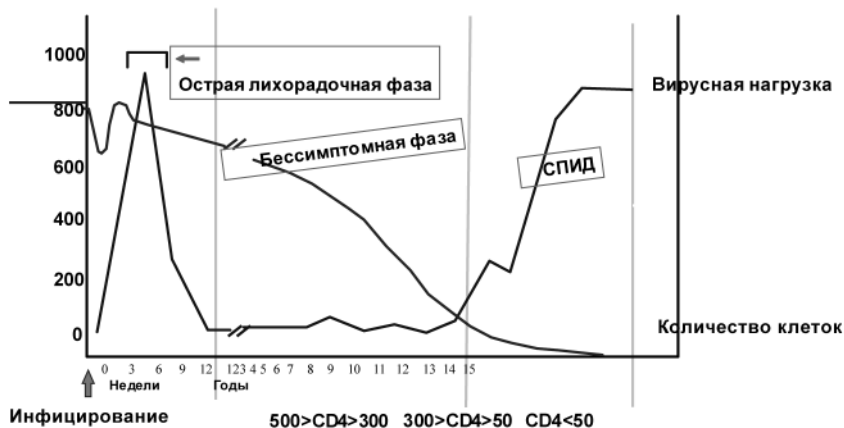
#### 6.1.5.5. Проявления болезни

Особенностью ВИЧ-инфекции является длительный скрытый период, когда только лабораторными методами можно определить, что человек заражен ВИЧ. По внешнему виду невозможно определить наличие у человека ВИЧ-инфекции. ЛЖВ может выглядеть и чувствовать себя хорошо, но в тоже время передавать ВИЧ другим.

Проявления ВИЧ-инфекции весьма разнообразны, однако, наблюдается определенная периодичность в развитии заболевания (рис. 6.10). Многие люди с ВИЧ не могут определить точное время своего заражения, особенно когда возможности для инфицирования возникли многократно. Человек не ощущает, что произошло заражение, и

даже обычное лабораторное исследование не может установить факт наличия вируса в организме. Это «**период окна**», который наступает от момента попадания вируса в организм до появления антител<sup>18</sup> в крови. Этот период продолжается от 2–3 недель до 1 года (до 3 месяцев у 96% инфицированных ВИЧ появляются антитела). После этого может развиваться состояние, напоминающее грипп или ангину, т.е. повышается температура тела, увеличиваются лимфатические узлы, ощущается головная боль, слабость, недомогание, может появиться сыпь на теле. Это **острая лихорадочная фаза** ВИЧ-инфекции. Она является первой внешней реакцией организма на внедрение вируса иммунодефицита человека. Эта фаза может продолжаться до 1-2 месяцев, после чего, в организме появляются антитела и диагноз ВИЧ-инфекции можно установить обычными лабораторными тестами. Признаки лихорадочной фазы проходят, и человек чувствует себя и выглядит здоровым. Это наиболее продолжительная **бессимптомная фаза** (т.е. не имеющая внешних проявлений). Она продолжается до 10-15 лет.

Рис. 6.10. Стадии развития ВИЧ-инфекции.



<sup>18</sup> Антитела – это белковые образования в крови, которые появляются в ответ на внедрение чужеродного агента. В данном случае, на внедрение ВИЧ. Антитела строго специфичны, т.е. к каждому внешнему агенту вырабатываются собственные антитела, поэтому они позволяют определить наличие того или иного вируса. Обычно они играют защитную роль, т.е. позволяют уничтожить микроорганизмы, но в случае с ВИЧ-инфекцией, они не имеют защитного действия, а лишь свидетельствуют о наличии ВИЧ в организме.

Несмотря на вполне хорошее самочувствие, болезнь незаметно и неуклонно прогрессирует, вирус размножается, его количество увеличивается, а число лимфоцитов, соответственно, снижается. Когда количество лимфоцитов снижается наполовину, они не могут обеспечить защиту организма. В этот период вновь увеличиваются лимфатические узлы, больной худеет, присоединяются инфекционные заболевания, которые редко встречаются у неинфицированных людей, развиваются злокачественные опухоли, например, саркома Капоши – рак кожи, лимфома мозга и др. Заболевание протекает с периодами улучшения, но следующее обострение болезни протекает тяжелее предыдущего, состояние постепенно ухудшается и начинается собственно **СПИД или конечная стадия ВИЧ-инфекции** (рис. 6.10). Пациент, несмотря на неплохой аппетит, теряет в весе, наступает кахексия – полное истощение, наблюдаются тяжелые, непрекращающиеся поносы, присоединяются различные заболевания, которые могут поражать все органы и системы, в некоторых случаях развивается СПИД-деменция – слабоумие.

#### **Развитие инфекции:**

- Практически невозможно определить, когда произошло заражение, за исключением случаев, когда был единичный сексуальный контакт либо совместное употребление наркотики с ЛЖВ.
- Через 3–6 месяцев специальные медицинские тесты смогут определить, заражен человек ВИЧ или нет. Сам человек при этом выглядит здоровым и чувствует себя хорошо. Медицинские тесты в это время определяют, есть ли в крови человека антитела на ВИЧ – белки, которые вырабатываются организмом в ответ на внедрение вируса. Период между внедрением вируса и появлением антител называется *периодом окна*.
- Между появлением в крови антител и появлением первых признаков СПИДа (сопутствующих заболеваний) может пройти несколько лет. У людей, которые не употребляют наркотики, следят за своим здоровьем, настроены положительно, этот период может продолжаться более десяти лет. У людей, которые употребляют наркотики и ведут неправильный образ жизни, от появления в крови антител до появления первых признаков заболевания проходит немного времени – от одного до трех лет.

### **6.1.5.6. Диагностика ВИЧ-инфекции**

По оценкам специалистов, 9 из 10 зараженных ВИЧ не знают об этом. Никто не может наверняка знать, когда и каким образом произошло заражение. Несмотря на отсутствие антител к ВИЧ (период окна) и проявлений болезни, человек может передавать инфекцию с момента попадания вируса в организм. Диагноз ВИЧ-инфекции ставится только на основании лабораторного теста крови на наличие антител к ВИЧ. В условиях широкого распространения ВИЧ-инфекции для каждого человека важным является знание своего ВИЧ-статуса. Тестирование позволяет своевременно выявить наличие ВИЧ в организме и предупредить его передачу. Более того, изменение поведения, своевременная профилактика побочных (оппортунистических инфекций) и начало лечения ВИЧ-инфекции позволяют увеличить продолжительность и улучшить качество жизни ЛЖВ.

#### **Консультирование и тестирование на ВИЧ**

**Тестирование** – это обследование крови на наличие ВИЧ-инфекции. Оно всегда должно проводиться добровольно на основе осознанного информированного согласия. В редких случаях, предусмотренных законом, тестирование проводится принудительно (помимо воли обследуемого лица), но оно осуществляется только по решению суда, на основании постановления следователя или прокурора<sup>19</sup>. На всех этапах тестирования на ВИЧ (кроме принудительного), человек может отказаться от дальнейшего его прохождения и получения результатов. Однако, независимо от вида тестирования, факт его прохождения и результат представляют собой конфиденциальную информацию и должны сохраняться в тайне. Разглашение информации о ВИЧ-статусе человека, полученной в процессе профессиональной деятельности или при иных обстоятельствах, влечет за собой уголовную ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Тестирование на ВИЧ сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием. В процессе консультирования обследуемому лицу поясняется процедура прохождения тестирования, последствия получения положительного результата, дается информация о

---

<sup>19</sup> Закон Кыргызской Республике «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» (2005), ст. 7.

ВИЧ-инфекции, обсуждаются возможные риски и пути предупреждения заражения ВИЧ, а также обеспечивается моральная и психологическая поддержка в случае получения положительного результата тестирования (т.е. если будет установлен факт инфицирования ВИЧ).

Тестирование и консультирование на ВИЧ в большинстве случаев проводится бесплатно. Его можно пройти в любом медицинском учреждении. Кроме того, можно пройти тестирование анонимно, т.е. на условиях, когда личные данные (фамилия, имя, отчество, год рождения, паспортные данные, место жительства) не указываются. В таком случае обследуемому на ВИЧ лицу присваивается персональный номер. Анонимное тестирование на ВИЧ всегда проводится бесплатно.

**Дети до 16 лет** проходят освидетельствование на ВИЧ на основе их информированного согласия с согласия их родителей или законных представителей, которые могут присутствовать при проведении такого тестирования.

### **Результаты тестирования на ВИЧ**

При обычном тестировании на ВИЧ в крови выявляют антитела – которые представляют собой специальные белки, вырабатываемые в организме в ответ на внедрение вируса иммунодефицита человека. На это требуется определенное время, поэтому сразу после заражения антител еще нет и результат теста будет отрицательным (период окна).

**Отрицательный результат** свидетельствует о том, что в крови данного человека нет антител к ВИЧ. Такой результат получают в том случае, (1) если человек не заражен ВИЧ; (2) если человек заражен ВИЧ, но находится в периоде окна. Для исключения факта заражения (в особенности если опасная ситуация имела место) необходимо повторное освидетельствование на ВИЧ через 3 и 6 месяцев. Иногда отрицательный результат тестирования на ВИЧ может наблюдаться у лиц на последней стадии ВИЧ-инфекции, в случае полного угнетения иммунной системы. В таких случаях проводят другие исследования, основанные на выявлении антигена (т.е. белков вируса).

**Положительный результат тестирования на ВИЧ** свидетельствует о том, что в организме обследованного человека

присутствуют антитела к ВИЧ. Это означает, что у человека ВИЧ-инфекция либо на стадии бессимптомного носительства, либо на стадии СПИД.

**Процесс установления диагноза ВИЧ-инфекции** налагает большую ответственность на врача. В этой связи проводится несколько повторных исследований для того, чтобы риск ошибки при проведении тестирования на ВИЧ был полностью исключен. Если у больного выявляется положительный результат на ВИЧ в обычном тесте<sup>20</sup>, то его просят повторно сдать кровь, для того, чтобы убедиться, что данная проба принадлежит именно ему. Затем делают повторное исследование на тест-системах другого типа, для того, чтобы исключить возможные неспецифические эффекты, связанные с особенностями данного диагностического набора. Если из трех повторных исследований в ИФА<sup>21</sup> два дают положительный результат, то проводят подтверждающий тест в иммунном блотиге (ИБ), который указывает на наличие антител к определенным белкам вируса. Только выявление антител к ВИЧ в ИБ позволяет говорить о наличии ВИЧ-инфекции. После установления диагноза, эта информация сообщается пациенту. При этом проводится послетестовое консультирование, в процессе которого сообщается информация о выявлении антител к ВИЧ, объясняются права и обязанности человека, живущего с ВИЧ, оказывается психологическая поддержка, при согласии клиента проводится беседа с близкими родственниками с целью оказания ему помощи и поддержки. Если такого согласия не поступает, информация никому и никогда не сообщается.

### **Для чего нужно проходить тестирование на ВИЧ**

Тестирование на ВИЧ имеет большое значение для того, чтобы предотвратить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции при половом контакте либо другими путями. Важно также знать, что человек, который практиковал опасное поведение и думает о том, что он мог бы заразиться ВИЧ, получит информацию, психологическую поддержку и обучение навыкам безопасного поведения и изменения поведения. Для людей, живущих с ВИЧ, важно знать свой статус, чтобы принять комплексные меры по планированию семьи либо по

<sup>20</sup> Обычным тестом для проведения массовых исследований крови на ВИЧ является иммуноферментный анализ (ИФА).

<sup>21</sup> ИФА – иммуно-ферментный анализ.

предупреждению передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку, включающих профилактическое лечение антиретровирусными препаратами. В настоящее время существуют и доступны в Кыргызской Республике эффективные методы лечения ВИЧ и профилактики оппортунистических инфекций, что позволит продлить жизнь и улучшить ее качество для ЛЖВ. Знание своего ВИЧ-статуса позволит также человеку в случае необходимости включиться в программы по поддержке ЛЖВ, профилактические программы для ключевого населения, получить медицинскую, социальную и юридическую помощь, предусмотренную законодательством Кыргызской Республики.

#### **6.1.5.7. Лечение ВИЧ-инфекции**

- Во всем мире проводится значительная работа по созданию эффективных лекарств для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Врачи уже могут приостанавливать процесс размножения вируса, но до настоящего времени нет средств, излечивающих заболевание. Лечение дорого и тяжело для пациента. Проблемой является низкая приверженность к лечению, когда лекарства принимаются нерегулярно либо больной отказывается от лечения. Однако правильное лечение может значительно продлить человеку жизнь;
- В настоящее время бесплатное лечение ВИЧ-инфекции доступно всем нуждающимся. Доступно также и профилактическое лечение ВИЧ-позитивных беременных женщин для профилактики передачи ВИЧ новорожденному ребенку.
- На стадии СПИДа люди могут получать лечение по поводу сопутствующих заболеваний (туберкулеза, воспаления легких и других).

#### **6.1.5.8. Профилактика ВИЧ-инфекции**

ВИЧ передается только тремя определенными путями.

Каждый человек может защитить себя от ВИЧ:

- воздерживаясь от половых контактов;
- имея одного верного и неинфицированного полового партнера;
- постоянно используя презерватив при каждом половом контакте;



- используя только стерильный медицинский инструментарий;
- отказываясь даже от однократных проб наркотиков.

Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку: лечение антитретовирусными препаратами беременной женщины, живущей с ВИЧ, определенная тактика ведения родов, назначение специального лечения ребенку непосредственно после родов, а также отказ от грудного вскармливания таких детей позволяют существенно снизить риск передачи ВИЧ (от 30 до 1%).

ВИЧ очень нестоек во внешней среде и быстро погибает от воздействия высокой температуры, спирта и других химических веществ. В настоящее время предпринимаются необходимые меры для обеспечения безопасности медицинских манипуляций – вся донорская кровь обследуется на ВИЧ, осуществляется контроль за правильной стерилизацией и использованием медицинских инструментов, беременные женщины, живущие с ВИЧ, получают профилактическое лечение для предупреждения передачи вируса ребенку.

Наиболее трудным и долговременным является формирование безопасного поведения для защиты при сексуальных контактах и при употреблении наркотиков является собственно предметом программ снижения вреда (см. раздел «Снижение вреда»).

Министерству внутренних дел Кыргызской Республики принадлежит особая роль в предупреждении ВИЧ-инфекции. Структуры и подразделения системы МВД реализуют комплексные мероприятия, предусмотренные государственной политикой в области ВИЧ-инфекции и наркопотребления. Они обеспечивают профилактику ВИЧ-инфекции при проведении медицинских процедур в специализированных клиниках системы МВД; несут ответственность за защиту личного состава и гражданского персонала на рабочем месте при выполнении профессиональной деятельности; проводят обучение и формирование навыков безопасного поведения среди личного состава, курсантов учебных заведений системы МВД; содействуют выполнению задач по развитию программ снижения вреда в Главных управлениях и структурных подразделениях системы МВД; принимают меры по обеспечению личного состава средствами защиты от заражения ВИЧ.

Важным современным методом предупреждения заражения ВИЧ является постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. Она показана в случае опасного сексуального контакта, употребления наркотика или аварийной ситуации при проведении медицинских процедур, когда медицинский работник подвергся воздействию заведомо опасного в отношении ВИЧ-инфекции биологического материала на кожу, слизистые оболочки или в кровь в случае разбрызгивания материала или укола, пореза загрязненным инструментом (игла, скальпель). Такая же ситуация может случиться с сотрудниками правоохранительных органов при обыске, задержании преступника и др. В таком случае в срок до 72 часов от произошедшего инцидента следует начать прием антиретровирусных препаратов по назначению и под наблюдением врача. Такой человек в течение года будет находиться под диспансерным наблюдением центра СПИД и проходить тестирование на ВИЧ через 2 недели, в 3, 6 и 12 мес. после опасного события. После этого он, при отрицательном тесте на ВИЧ, снимается с учета.

**Учитывая пути передачи ВИЧ-инфекции, сотруднику ОВД необходимо выполнять следующие правила, которые позволят защитить себя, свою семью и близких от ВИЧ-инфекции:<sup>22</sup>**

- не проводить медицинские процедуры вне лечебных учреждений;
- не доверять проведение ритуальных обрядов (обрезание, прокалывание ушей, нанесение татуировок) случайным людям;
- посещая парикмахерские, маникюрные, косметологические кабинеты, требовать от мастера выполнения всех правил обеззараживания инструментов.

В целях профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции:

- не вступать в случайные половые связи;
- всегда использовать презерватив;
- после случайных половых контактов посетить кабинет анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию и кабинет профилактики венерических заболеваний.

---

<sup>22</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417, с. 48.

## 6.2. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)

### 6.2.1. Основные понятия:

**ИППП** – инфекции, передающиеся половым путем.

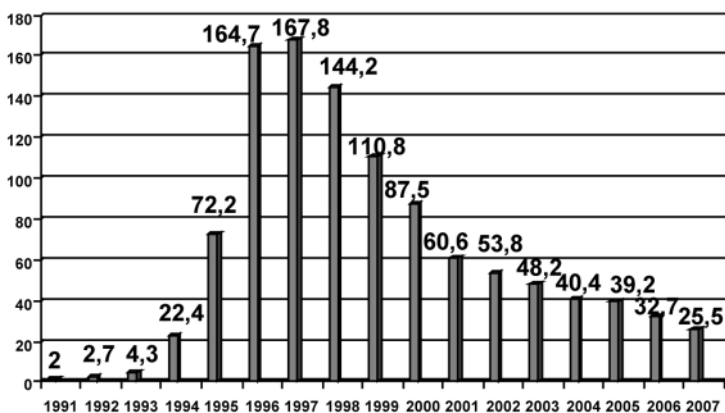
**Инфекционное заболевание** – заболевания, вызываемые микроорганизмами – бактериями, простейшими или вирусами.

**Пути передачи** – способ, при котором инфекционный агент попадает в организм человека. Основными путями передачи являются: **воздушно-капельный** (инфекция попадает при вдыхании зараженного воздуха при гриппе, туберкулезе, кори, коклюше, ветряной оспе и др.); **водный путь** – им часто передается брюшной тиф, холера. **Алиментарный (пищевой)** - инфекция передается через грязные руки, невымытые овощи, продукты питания, грязные игрушки (гепатит А, дизентерия, сальмонеллез, др. кишечные инфекции). Может произойти также заражение через плохо обработанные пищевые продукты (мясо, молоко, рыбу; при бруцеллезе, туберкулезе, лихорадке ку, гельминтозах). **Половой путь** – когда заражение происходит при половом контакте (раньше такие болезни называли венерическими по имени богини любви Венеры, в настоящее время – ИППП). **Путь передачи через кровь** – когда инфекция передается через загрязненный медицинский или иной инструментарий (например, для татуажа, для прокалывания ушей, маникюра, бритья, обрезания и др.), а также при переливании донорской крови и ее продуктов, при пересадке органов и тканей и при контакте с кровью при оказании помощи, проведении специальных исследований, инъекций и др. Таким путем передается ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, сифилис. **Через кровососущих насекомых** (сыпной, возвратный тиф, клещевой энцефалит, малярия, желтая лихорадка и др.). **Вертикальный путь** – передача инфекции от зараженной матери – ребенку – ВИЧ-инфекция, сифилис. **Бытовой путь передачи** – передача инфекции при бытовых контактах через предметы обихода – одежду, средства гигиены, книги, посуду, при общении, через домашних животных, при пользовании ванной, баней, туалетом и т.д.

## 6.2.2. Ситуация по распространению инфекций, передающихся половым путем (ИППП) в Кыргызской Республике

Распространению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике предшествовала эпидемия сифилиса, который является индикатором тенденций распространения всей группы инфекций, передающихся половым путем. В период с 1990 по 1997 заболеваемость сифилисом выросла в целом по стране в 77 раз, а по городу Бишкеку в 140 раз.<sup>23</sup> И хотя в настоящее время имеет место устойчивое снижение заболеваемости сифилисом, его уровень в 13 раз превышает показатели 1991 г. (рис. 6.11)<sup>24</sup>.

Рис. 6.11. Заболеваемость сифилисом в КР на 100 000 населения за 1991-2007 гг.



*Ежегодно в мире более 250 миллионов человек заболевают гонореей, около 50 млн. – сифилисом, 180 млн. – трихомониазом, 90 млн. – урогенитальным хламидиозом.*

За последние 10 лет (1998-2007 годы) в Кыргызстане зарегистрировано 230194 случая ИППП<sup>25</sup>, включающих такие заболевания, как сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз и гарднерелез). По офи-

<sup>23</sup> Государственная программа Кыргызской Республики по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путями, на 2001-2005 годы. Бишкек, 2002, с. 21.

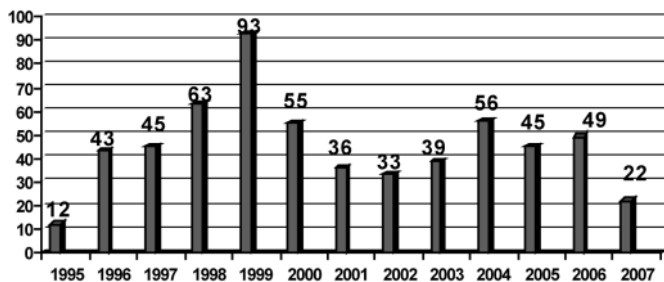
<sup>24</sup> Данные Нацстаткома КР.

<sup>25</sup> Там же

циальным данным за период с 1998 по 2007 гг., 31 490 человек заболели сифилисом<sup>26</sup>. По мнению специалистов, официальной статистике известно не более 60% истинного количества случаев данного заболевания. Это подтверждается продолжающейся регистрацией случаев врожденного сифилиса, а также ростом числа поздних (нейросифилис) и скрытых форм сифилиса<sup>27</sup> (рис. 6.12). Кроме того, по данным специальных выборочных исследований в городах Бишкек и Ош, у 32,5% секс-работников, а также у 1,9 процента беременных женщин выявлен сифилис<sup>28</sup>.

Начиная с 1995 года, в республике ежегодно регистрируется врожденный сифилис, наибольшее количество которого выявлено в 1999 году – 93 случая (рис. 6.12). Всего за период с 1995 по 2007 гг. зарегистрирован 591 случай врожденного сифилиса. Большинство беременных женщин, больных сифилисом, не наблюдались у врача либо встали на диспансерный учет в поздних сроках беременности.

Рис. 6.12. Случаи врожденного сифилиса в КР за 1995-2007 гг



Рост ИППП является следствием социально-экономического кризиса переходного периода Кыргызской Республики. Бедность населения привела к ранним половым связям и сексуальной эксплуатации женщин.<sup>29</sup> Гендерные стереотипы на бытовом уровне увеличили

<sup>26</sup> Нацстатком

<sup>27</sup> Государственная программа Кыргызской Республики по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путями, на 2001-2005 годы. Бишкек, 2002, с. 21-23.

<sup>28</sup> Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Кыргызстане. Бишкек. 2008 г.

<sup>29</sup> Государственная программа Кыргызской Республики по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путями, на 2001-2005 годы. Бишкек, 2002, с. 15.

риск заражения ИППП женщин с низким поведенческим риском от своих супругов. Ограничение доступа к бесплатной медицинской помощи, бытующие до 1998 года жесткие подходы к наблюдению больных ИППП привели к отказу от обращения в государственные учреждения по поводу лечения ИППП, несмотря на изменение политики в этой области. В связи с безработицей и высокой миграцией из сельских районов в города, часть беременных женщин утратила возможности наблюдения, а также и мотивацию обращения к врачам по поводу беременности. Сохраняется малая настороженность возможности заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП, что связано с недостаточной информированностью населения. В свою очередь наличие ИППП у пациентов существенно увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекции и свидетельствует о большой группе лиц, которые потенциально могут быть заражены ВИЧ.

### **6.2.3. Общие сведения об ИППП**

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), включают большую группу инфекционных заболеваний разной инфекционной природы и с разными проявлениями, но объединяемых преимущественным путем передачи. Известно более 20 ИППП. Многие из них имеют сходные проявления и даже врач не всегда может определить, каким микроорганизмом вызвано то или иное заболевание, без проведения специальных исследований. Вместе с тем, природа заболевания очень важна, поскольку определяет лечение болезни. В настоящее время даже в медицинских учреждениях стараются отойти от определения природы заболевания и объединяют их в группы по основному проявлению болезни: (1) язвы на половых органах; (2) необычные выделения из половых органов у женщин и просто выделения из половых органов у мужчин (которых в норме быть не должно); (3) боли внизу живота; (4 – только для мужчин) отек мошонки. Следует помнить, что при любом таком проявлении следует немедленно обратиться к врачу и никогда не заниматься самолечением, поскольку только врач при специальном исследовании может определить природу болезни и правильно назначить лечение.

Опасность ИППП для здоровья человека в настоящее время недооценивается. Значительное их распространение в последние годы привело к тому, что многие уже болели теми или иными ИППП либо

слышали о болезни других. Тем не менее, следует знать об особенностях ИППП, способствующих их распространению.

- ИППП не вырабатывают иммунитета. Т.е. болеть ИППП каждый человек будет столько раз, сколько будет заражаться ими.
- Большинство из ИППП не излечивается самостоятельно. Возбудитель инфекции как бы «дремлет» в организме, ожидая любого его ослабления, чтобы себя проявить.
- Многие ИППП не дают ярких проявлений, и человек не обращает на них внимания (например, гонорея у женщин; трихомониаз у мужчин). Более того, когда у одного из партнеров болезнь проявляется, второй не признает, что он (а) мог быть источником инфекции, имея половые связи на стороне; (б) либо отказывается от лечения, мотивируя, что он (она) не болен.
- При сифилисе наблюдается много проявлений, но они безболезненны и сами по себе проходят, не привлекая внимания либо не вызывая потребности немедленно обратиться к врачу. Тем не менее, болезнь прогрессирует, развиваясь по стадиям (первичный, вторичный, третичный). Если не лечить сифилис, то через несколько лет наступает третичный сифилис, который сопровождается слабоумием, изменением костей (проваливается нос, изменяется форма голеней), человек не может ходить (спинная сухотка) и др.
- Если один из партнеров заражается ИППП, то другой в обязательном порядке тоже заразится ИППП, за исключением случаев, когда партнеры всегда и правильно используют презерватив.
- ИППП приводят к бесплодию либо оказывают серьезное воздействие на потомство. Например, врожденный сифилис может привести к уродствам, болезни или смерти плода. Гонорея может привести к слепоте или воспалению половых органов новорожденного при прохождении через половые пути.
- ИППП усиливают риск заражения ВИЧ-инфекцией. Во-первых, Ваш партнер, от которого Вы заразились ИППП, мог быть также инфицирован ВИЧ. Во-вторых, воспалительный процесс или язвы на половых органах облегчают ВИЧ прохождение через слизистую оболочку в организм человека.

- При опасных сексуальных контактах (секс без презерватива со случайными или множественными партнерами; продажа и покупка сексуальных услуг) можно заразиться ВИЧ или гепатитом В, что может нести смертельную опасность для человека.
- Следует помнить, что некоторые ИППП могут передаваться также и бытовым путем при нарушении правил гигиены (например, при пользовании одной мочалкой, полотенцем или бритвенными принадлежностями и др.). Это подвергает риску заражения ваших близких и детей.
- Чем позднее начинается лечение ИППП, тем продолжительнее будет лечение и труднее добиться необходимого результата.
- Самолечение вредно и опасно. Во-первых, что назначить, в какой дозе и с какой продолжительностью определяет только врач. Лекарство и доза, которые были назначены вашему другу, могут не действовать на Ваше заболевание (поскольку проявления многих болезней сходные, а лечение различно). **Лекарства бесполезны** если они даются не по назначению и не влияют на микроорганизм, который вызывает эту инфекцию. Когда один из партнеров заражается ИППП, он заражает своих партнеров – в этой связи лечение ИППП нужно проводить совместно с партнером. Лечение одного из партнеров не приведет к результату – он (она) будут повторно заражаться от своего зараженного и не получившего лечение партнера. **Лекарства вредны**, поскольку практически каждое лекарство имеет побочные эффекты (по сути, являясь ядом); оно может привести к развитию устойчивости микроорганизма к лекарствам и тогда будет очень трудно (или невозможно) вылечить болезнь, что потребует в последствии много времени и денег; неправильно назначенное лекарство может изменить проявления болезни (уменьшит яркие типичные проявления), после чего поставить правильный диагноз будет очень трудно. Если Вы будете нарушать режим приема (например, если врач назначает 4 раза в день, а вы принимаете 2 раза или вообще забываете принять либо употребляете алкоголь), то в таком случае также развивается устойчивость микроорганизмов к данному лекарству, и оно не будет действовать.
- Чем выше распространенность ИППП среди населения страны, тем выше риск заразиться.



- Случайные половые связи, частая смена половых партнеров, использование услуг секс-работников (мужчин и женщин) существенно повышают риск заразиться ИППП. Во-первых, увеличивается риск встретить инфицированного ИППП партнера. Во-вторых, среди некоторых групп населения с поведением высокого риска распространенность ИППП заведомо выше. Например, при специальных исследованиях, периодически проводимых в Бишкеке в 2004-2007 гг., было установлено, что более трети секс-работниц были инфицированы сифилисом и значительно большее их число имело те ли иные проявления ИППП и редко обращалось за медицинской помощи по этому поводу.

В данной вставке дана для сведения краткая информация о наиболее распространенных ИППП, включая сифилис и гонорею. Этот материал может быть использован для самостоятельной подготовки курсантов, а также для факультативных занятий либо для занятий с курсантами первого курса по обучению основам безопасной жизнедеятельности. Раздел дан по материалам книги «Здоровый образ жизни» (Б.М.Шапиро, Л.Н.Башмакова, Г.У.Курманова, Бишкек, 2001 г.).

### **Сифилис**

*Сто лет назад сифилис считался спутником развратного образа жизни и наказанием свыше за него. Четыреста лет назад сифилитиков изгоняли из общин и поселяли вместе с прокаженными, причем, прокаженные возмущались таким соседством.*

**Возбудитель сифилиса** – бледная трепонема, или спирохета (спиралевидная бактерия).

**Сифилис передается:** половым путем, бытовым, от матери к ребенку, через кровь

**Инкубационный (скрытый) период** у сифилиса составляет примерно три недели (от 12 дней – до 3 месяцев).

#### **Проявления болезни**

Первым признаком заболевания является появление небольшой плотной язвочки (твердого шанкра) на месте внедрения возбудителя (на половом члене, на губе, во рту, на половых органах женщины). Шанкр не болит и не чешется. Он может также быть расположен в незаметных местах, например, во рту, на шейке

матки у женщины. Спустя некоторое время он проходит даже без лечения. Эта первая стадия сифилиса. Если на этой стадии сифилис не лечить, болезнь развивается.

Вторая стадия наступает через 2-3 месяца. Она сопровождается появлением пятен и сыпи на коже туловища, на руках, ногах, вокруг шеи («ожерелье Венеры»). На этой стадии сифилис наиболее заразен. Сыпь также не болит и не чешется и проходит сама. Если не начать лечения, то болезнь прогрессирует.

Третья стадия наступает через несколько лет. Человек частично теряет способность управлять своими движениями, причем, со временем ему становится все хуже (это называется прогрессирующий паралич). Развиваются также серьезные психические нарушения, и поэтому больного помещают в психиатрическую лечебницу. Разрушаются кости и хрящи, проваливается нос, может наступить слепота, страдают все внутренние органы - сердце, печень, сосуды, мозг. В настоящее время, когда сифилис лечится, третья стадия встречается редко.

### **Диагностика**

Лабораторные анализы могут подтвердить наличие сифилиса не ранее, чем через две недели после заражения. На обследование берут кровь из пальца (микрореакция) или из вены. В крови определяют не сам возбудитель, а наличие антител (специальных белков).

### **Лечение**

Лечение сифилиса может назначить только врач. Оно зависит от стадии заболевания. На первой и ранней второй стадии лечение краткосрочное и проводится в амбулаторных условиях. Кроме того, можно проходить лечение по поводу сифилиса конфиденциально или анонимно (когда больной не сообщает своего имени, адреса, места работы). Важно серьезно относиться к проводимому лечению и последующему наблюдению. На время лечения следует отказаться от половых контактов и употребления алкоголя. Непременным условием лечения должно быть обследование и лечение полового партнера. По окончании лечения больной сифилисом находится под наблюдением врачей до 3 лет, в течение которого периодически обследуется на сифилис. Полное выздоровление на-

*ступает, когда больной проходит полный курс лечения, аккуратно выполняет все предписания врача и снимается с учета.*

### **Гонорея**

*Гонорея – гнойное инфекционное воспаление мочеполовых путей. Это – вторая по значимости (после сифилиса) болезнь из числа ИППП.*

*Возбудитель гонореи - бактерия гонококк.*

*Гонорея передается половым путем, но иногда происходит заражение бытовым путем, при пользовании бельем больного, мочалкой, полотенцем или в общей постели (особенно при нарушении правил гигиены) Таким путем от родителей могут заразиться дети.*

### **Случай из жизни**

*У школьницы из патриархальной религиозной семьи при обследовании была выявлена гонорея. Родители обвинили дочь в непристойном поведении. Она плакала и клялась, что невинна. Но ей не верили. Дело чуть не дошло до суицида. Однако позднее ее брат признался, что он заразился гонореей и пользовался полотенцем сестры при проведении гигиенических процедур.*

### **Проявления**

*Через три-четыре дня после заражения у мужчин появляется жжение и резь при мочеиспускании, появляются гнойные выделения из мочеиспускательного канала. У женщин после заражения болезнь может ничем себя не проявлять, однако постепенно прогрессирует, приводя к гнойному воспалению внутренних половых органов и к бесплодию.*

*Диагноз ставят по результатам исследования выделений из половых органов.*

*Лечение назначает только врач. В том случае, если лечение проводится некачественно, больной нарушает предписания, употребляет алкоголь, либо если он(она) совсем не обращается к врачу, занимается самолечением, гонорея не вылечивается и становится хронической, хотя видимые симптомы (жжение, выделения) могут на время исчезнуть.*

***Ни сифилис, ни гонорея, ни другие болезни, передающиеся половым путем, без лечения не проходят!***

***Уменьшаются лишь проявления болезни, а человек думает, что наступило выздоровление. Однако микроорганизм либо продолжает свое разрушительное действие, либо находится в скрытом неактивном состоянии. Как только организм ослаб под воздействием любого фактора: переохлаждения, переутомления, стресса или другой болезни – находящаяся в организме дремлющая инфекция активизируется тоже. Особенно ярко это проявляется при СПИДе.***

***Последствия несвоевременного либо неправильного лечения гонореи:***

- ***Бесплодие;***
- ***Гнойное поражение внутренних половых органов, что иногда приводит к удалению пораженных органов у женщин и вызывает половое бессилие (импотенцию) у мужчин;***
- ***Остроконечные кондиломы – появление наростов (по типу бородавок) на половых органах;***
- ***Сужение мочеиспускательного канала, что затрудняет мочеиспускание (у мужчин);***
- ***При тяжелых гнойных поражениях половых органов (чаще у женщин) могут возникнуть осложнения в виде поражения суставов и сердца;***
- ***У новорожденных гонококк, попадая на слизистую оболочку глаз, вызывает ее гнойное воспаление, что может привести к слепоте. Описаны также гонорейное воспаления глаз у взрослых, которые наступали в результате нарушения правил гигиены.***

***Другие болезни, передающиеся половым путем***

- ***Хламидиоз – болезнь, которую вызывают бактерии хламидии, живущие внутри клеток человека; это заболевание очень трудно выявлять (поскольку внешних признаков оно почти не имеет) и лечить (поскольку хламидии защищены от любых лекарств самими клетками, в которых они поселяются). Главное последствие развития болезни – бесплодие.***

- **Трихомоноз** – болезнь, которую вызывает жгутиковая простейшая трихомонада. Трихомоноз встречается очень часто; его основные признаки – неприятные ощущения (зуд) в районе половых органов и обильные выделения из влагалища у женщин. У мужчин какие-либо признаки болезни могут вообще отсутствовать.
- **Педикулез** – заражение лобковой вошью - крохотным насекомым, живущим и размножающимся в волосах на лобке (а иногда и в подмышечных впадинах и даже на ресницах). Лобковая вошь встречается в Кыргызстане очень часто, особенно в сельской местности.
- **Цитомегаловирусная, герпетическая инфекции**, которые вызываются вирусам и другие.

Половым путем могут передаваться также болезни, которые не относятся к ИППП. Это, прежде всего, **вирусный гепатит В (ВГВ)**, который передается преимущественно через кровь. Именно половой путь передачи гепатита В делает его одним из наиболее распространенных заболеваний в Кыргызской Республике. Вирусный гепатит В - это тяжелая болезнь. Он имеет длительный инкубационный (скрытый) период до 6-12 месяцев. Поэтому больному иногда трудно определить, когда и при каких обстоятельствах наступило заражение. Раньше заражение ВГВ было связано с переливанием крови и с проведением медицинских процедур. В настоящее время распространение ВГВ связано также с потреблением наркотиков путем инъекций. Так, по данным специального исследования, более половины потребителей инъекционных наркотиков инфицированы ВГВ. Это заболевание является как бы индикатором возможного распространения ВИЧ-инфекции, поскольку имеет те же самые пути передачи и распространяется среди тех же групп населения.

#### **Проявления болезни**

ВГВ протекает тяжело. Основными признаками этого заболевания являются слабость, недомогание, затем моча становится темной, а кал обесцвечивается, а кожа больного окрашивается в желтый (шафрановый) цвет. Поэтому раньше эту болезнь

называли желтухой. Все эти проявления связаны с поражением печени, которая в состоянии воспаления не может нормально работать. Печень увеличивается и уплотняется. Если не предпринять необходимых медицинских мер вмешательства, могут наступить необратимые изменения – цирроз или рак печени и смерть больного. ВГВ требует длительного лечения и строгого (иногда пожизненного) соблюдения режима как физических нагрузок, так и особого питания. Иногда ВГВ протекает атипично и не сопровождается желтухой. Это затрудняет своевременное выявление и лечение болезни.

**Диагностика** заболевания основана на выявлении антител к вирусу гепатита В. Чаще всего, кровь на исследование берут из вены, но могут проводить и экспресс тесты, для которых кровь берут из пальца. Тем не мене, если нужно подтвердить диагноз, то нужно будет проводить повторно углубленное исследование крови.

#### **Наблюдение и лечение ВГВ**

Лечение чаще проводят в больнице, но иногда при легком течении болезни и надлежащих условиях больной может лечиться дома. Основой лечения является покой, соблюдение щадящей диеты, а также проведение детоксикации. В настоящее время имеются средства для специфического лечения ВГВ, однако они чрезвычайно дороги. Имеется также вакцина для предупреждения заражения ВГВ. Сотрудники правоохранительных органов должны быть группой населения, которые должны получать прививки против ВГВ для защиты от заражения при исполнении служебных обязанностей.

### **6.3. Профилактика полового пути передачи ВИЧ-инфекции и ИППП**

Половой путь заражения связан, прежде всего, с поведением человека, а также с существующими в обществе мифами и предубеждениями против использования презерватива. В основу профилактики полового пути передачи любого заболевания положены два взаимосвязанных компонента:

- Личная профилактика;
- Действия государства по профилактике.

**Личная профилактика** полового пути передачи основана на стратегии АВС: воздержание; верность одному неинфицированному партнеру; использование презерватива.

**Воздержание** – это самый надежный, дешевый и эффективный способ профилактики ИППП. Он широко поддерживается общественностью и всеми мировыми религиями. Однако он еще мало выполнен. В эпоху переживаемой в Кыргызстане сексуальной революции, данный метод еще недостаточно используется. Специалисты профилактических программ пытаются достичь, по крайней мере, отсрочки начала половой жизни, либо воздержания до вступления в брак. Его использованию препятствуют мифы о том, что воздержание вредно для здоровья; утрата моральных ценностей, связанная также и с социально-экономическими трудностями переходного периода в стране; наличие большого потока доступной для молодежи информации о сексуальных отношениях в средствах массовой информации при отсутствии грамотных программ по сексуальному просвещению; экспериментирование с сексом в подростковом возрасте и др.

**Верность одному неинфицированному партнеру** истекает из первого принципа – воздержание (воздержание до брака). Этот принцип срабатывает только в том случае, если оба партнера его придерживаются. Принцип не срабатывает, если один из партнеров имеет половые связи с другими лицами, употребляет наркотики путем инъекций либо вступает в половые контакты с МСМ. В Кыргызстане многие женщины, которые заразились ВИЧ от своих мужей, имели только одного единственного полового партнера (ради справедливости, следует отметить, что их мужья нередко сохраняли им верность тоже). Однако употребление наркотиков путем инъекций привело к заражению мужей, которые передали ее своим женам, а в последствии, через жен и своим новорожденным детям.

Вероятнее всего, на следующем этапе совместные усилия врачей, педагогов и религиозных лидеров будут способствовать изменению мировоззрения молодежи, повышению ценности воздержания и института девственности до вступления в брак. Тем не менее, всегда будут лица, практикующие ранние и случайные половые связи вне брака, а также те, кто употребляет наркотики путем инъекций либо вступает в сексуальные отношения с МСМ. Кроме того, один

из партнеров может быть инфицирован ВИЧ при рождении или при проведении медицинских процедур. В этой связи используется третий принцип – это **использование презерватива**.

*В конце 1990-х годов появились вопросы относительно эффективности презервативов как средства профилактики ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. Экспертная группа, состоящая из представителей американских Национальных институтов здравоохранения (US National Institutes of Health - NIH) и Центров по контролю за заболеваемостью и профилактике (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), при участии ВОЗ, подробно проанализировала результаты всех проведенных исследований. Группа пришла к выводу, что:*

- *постоянное использование мужских презервативов из латекса существенно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин и гонореи среди мужчин;*
- *в ходе лабораторных исследований было установлено, что мужские презервативы из латекса непроницаемы для возбудителей инфекций, содержащихся в генитальных выделениях;*
- *мужские презервативы, возможно, менее эффективны для защиты от ИППП, передающихся через кожные контакты, поскольку презерватив может не закрывать инфицированные участки.*

Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007, с.14.

Презерватив все еще остается мало приемлемым в общественном сознании и часто ассоциируется с чем-то постыдным и непристойным. При этом следует подчеркнуть, что это изделие медицинского назначения является единственным средством защиты от заражения ВИЧ и другими ИППП половым путем. Для эффективной профилактики ВИЧ важно правильное использование презерватива (см. в конце этой главы). Для повышения социальной приемлемости этих изделий они выпускаются высокого качества из многослойного, но очень тонкого латекса, разных цветов, со смазкой, эстетически оформленные. Существуют мужские и женские презервативы, но наибольшее распространение име-



ет мужской презерватив. Имеются также особо прочные презервативы для анальных половых контактов, либо ароматизированные презервативы для орального секса, предназначенные для МСМ. Использование дополнительно смазки (лубрикант) позволяет повысить эффективность использования презерватива. В настоящее время ученые работают над созданием химических средств (биомицидов), воздействующих непосредственно на вирус, которые, как предполагается, будут использоваться совместно с презервативом или без него в качестве самостоятельного барьерного средства для защиты от ВИЧ и ИППП.

Если же перечисленные выше способы профилактики заражения ВИЧ не были использованы и появились признаки любого ИППП (и даже если они не появились, а человек осознал, что он был в ситуации потенциально несущей риск заражения) – следует пройти тестирование на ВИЧ и обследование на другие ИППП. Чем раньше выявлено заболевание и проведено лечение, тем быстрее наступит выздоровление.

*Важно помнить о необходимости информирования полового партнера о ВИЧ-статусе либо о заражении ИППП для того, чтобы принять меры по его (ее) защите от заражения, проведения обследования и лечения. Каждый человек должен самостоятельно принять решение о продолжении сексуальных отношений в случае инфицирования ВИЧ его полового партнера. При этом, в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, ЛЖВ несут уголовную ответственность за поставление в опасность заражения либо заражение ВИЧ другого человека. Службы поддержки по просьбе ЛЖВ могут помочь в вопросах информирования партнера.*

Действия государства по профилактике полового пути передачи основаны на философии снижения вреда и включают широкий комплекс мероприятий, которые условно можно разделить на следующие позиции:

- Формирование государственной политики, основанной на правах человека, а также общественной поддерживающей среды для поддержки этой политики;
- Предоставление информации о путях передачи инфекций, передающихся половым путем и о том, как можно избежать заражения;

- Предоставление доступных медицинских услуг для населения по лечению ИППП. Под доступностью услуг понимается не только стоимость этих услуг, которая также должна быть приемлема для тех, кто не может заплатить; но также и морально-психологическая доступность, включающая отсутствие принуждения, конфиденциальность, уважительное отношение к пациенту; удобный режим работы медицинских организаций. Доступность по отношению к уязвимому населению предполагает также назначение лечения в день обращения и, по возможности, короткие курсы лечения;
- Предоставление презервативов и смазок для наиболее уязвимых групп населения для поддержки формирования более безопасного поведения;
- Обучение равными;
- Решение медицинских, социальных, экономических и психологических проблем групп населения с поведением высокого риска;
- Правовая и социальная защита.

Предоставленный выше перечень мер направлен не только на профилактику полового пути передачи, но и на формирование более безопасного поведения в целом. Соответственно, объем применения данных мер будет различен для разных групп населения. Например, курсанты Академии МВД нуждаются, прежде всего, в предоставлении исчерпывающей информации и некоторые из них в средствах защиты. Если же мы говорим о социально незащищенных группах населения с поведением высокого риска, то большинство из них нуждается в полном комплексе перечисленных действий государства.

Важно понять, что меры, профилактики, предпринимаемые для защиты уязвимого населения, направлены на предупреждение передачи ВИЧ и ИППП среди населения в целом.

- Во-первых, группы населения с поведением высокого риска являются гражданами государства с вытекающими правами и обязанностями, следовательно, государство должно заботиться о них.
- Во-вторых, представители данных групп чаще практикуют опасное поведение, поэтому имеют более высокий риск заражения. В этой связи меры предупреждения передачи ВИЧ/ИППП

среди данных групп населения будут способствовать сдерживанию распространения эпидемии в стране в целом.

- В-третьих, эти группы не находятся вне общества – они связаны с обществом напрямую и через так называемых «проводников». В качестве последних рассматриваются клиенты секс-работниц; супруги (друзья, подруги) наркопотребителей, жены МСМ. Через этих лиц инфекция переходит из закрытых групп наркопотребителей, МСМ, секс-работниц в общую популяцию. Такое явление довольно часто встречается при передаче ВИЧ-инфекции, когда муж-наркопотребитель заражает свою жену ВИЧ, а она передает ВИЧ-инфекцию новорожденному ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью. Кроме того, представители ключевого населения обращаются в медицинские учреждения или являются донорами крови. При недобросовестном исполнении медицинскими работниками своих обязанностей, ВИЧ-инфекция может быть передана любому человеку при проведении медицинских процедур.

**Презерватив** относится к барьерным методам контрацепции, который применяется с давних времен. Его действие основано на создании препятствия для проникновения сперматозоидов в половые пути женщины, а также микроорганизмов. В этой связи, презерватив предохраняет от болезней, передающихся половым путем.

В 1597 году Геркулес Саксонский, вспомнив, что Фаллопий изобрел кондом из льняной ткани, предположил, что его можно было бы улучшить, если несколько раз обмакнуть в химический раствор, а затем высушить в тени. Хотя все воздают должное Фаллопию за то, что он одним из первых упоминает в своих трудах кондом, или презерватив, но при этом подчеркивают, что подобное устройство было изобретено в разное время в разных уголках земли. Вполне возможно, что чехлы для пенисов различных типов применялись в Древнем Риме. В древние времена чехлы для пенисов использовались равно как для украшения, так и для контрацепции. Высказывались предположения, что применение презервативов в Древнем Египте восходит к 19-ой династии фараонов (1350-1200 гг. до н. э.).

Мужские презервативы из кожи животных применялись еще в древнем мире, но широкое распространение презервативы получили, главным образом, в первой половине XX века. Несколько позже появились резиновые презервативы, совершенствование надежности которых продолжается и в новом столетии. В конце XX века были созданы женские презервативы, которые пока не столь популярны, как мужские.

***Презервативы, обладая контрацептивным эффектом (к сожжению, не стопроцентным), имеют важное значение для предупреждения ВИЧ-инфекции. Он представляет собой тоненький мешочек, сделанный из латексной резины, имеющий удлиненный конец. Презервативы находятся в индивидуальной упаковке, как правило, в скрученном виде.***

Тем, кто использует мужской презерватив, необходимо помнить несколько правил:

- презервативы следует покупать высокого качества, проверяя дату выпуска и срок годности. Нельзя использовать презерватив, с просроченным сроком хранения, а также если его упаковка повреждена или изменена структура латекса – например, когда он становится липким или расползается в руках при разворачивании. Нельзя использовать презерватив, если он хранился на солнце или вблизи других источников тепла: печь, отопительная батарея, калорифер, равно как и хранить его в карманах одежды, непосредственно соприкасающимся с телом (напр. в заднем кармане джинсов, где он также подвергается воздействию тепла).
- надевают презерватив непосредственно перед половым актом, тогда, когда половой член находится в состоянии эрекции. Следует полностью исключить контакт полового члена со слизистыми оболочками партнера без презерватива;
- не следует оставлять воздух в спермоприемнике (для этого его зажимают двумя пальцами перед тем, как надеть презерватив);
- презерватив не натягивают, а аккуратно раскручивают по телу полового члена;
- снимать презерватив следует сразу после полового акта;
- каждый презерватив используется однократно;

- в качестве смазки для презерватива используют специальные средства на водной основе. Нельзя смазывать презерватив вазелином, жирными кремами и маслами, а также брать его жирными пальцами, поскольку жир растворяет резину и может привести к разрушению целостности презерватива.

#### **6.4. Профилактика ВИЧ-инфекции среди сотрудников ОВД КР**

(Согласно Инструкции для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп», утвержденной приказом МВД КР от 25.04.2008 г. № 417)

Каждый сотрудник ОВД должен знать о возможном риске заражения ВИЧ-инфекцией при контакте с любым зараженным биологическим материалом при выполнении служебных обязанностей и предпринимать меры личной безопасности.

Сотрудникам ОВД следует соблюдать осторожность при задержаниях, проведении обысков, изъятии вещественных доказательств, а также в случаях оказании первой доврачебной помощи. Изъятые шприцы и колюще-режущие предметы следует помещать в емкость, исключающую возможность ранения о них. При этом следует рассматривать каждого задержанного как потенциально ВИЧ-инфицированного.

В случае контакта биологического материала с поврежденными либо неповрежденными кожными покровами необходимо выполнить ряд процедур, которые позволят предупредить заражение ВИЧ-инфекцией:

- при повреждении кожи (порез, укол и др.) – промыть поврежденное место водой с мылом; из раны выдавить кровь; кожу обработать 70% спиртом, затем йодом, наложить чистую повязку или заклеить лейкопластырем;
- при попадании крови на лицо, руки, на тело – следует тщательно промыть загрязненное место водой с мылом (или несколько раз протереть салфеткой, смоченной водой с мылом, меняя салфетки). Можно после этого протереть загрязненное место салфеткой (ватой), смоченной 70% спиртом.

- глаза следует промыть бледно-розовым раствором марганцовокислого калия и закапать 30% раствором альбуцида;
- при попадании крови в нос – закапать 1% раствор протаргола (высморгаться несколько раз);
- при попадании крови в рот – ротовую полость прополоскать 70% спиртом;
- при попадании крови в ухо – закапать 3 % спиртовой раствор борной кислоты (несколько раз).

О произошедшем несчастном случае пострадавший сотрудник должен доложить своему непосредственному начальнику и заполнить «Акт о несчастном случае на службе». Затем пострадавший сотрудник с указанным актом должен обратиться в лечебное учреждение МВД, где за ним будет установлено наблюдение в течение года и при необходимости будет проведено профилактическое лечение.

Все подразделения ОВД, а также служебный и личный транспорт всех подразделений ОВД, оснащаются аптечками на случай аварийной ситуации, включающими необходимые медицинские средства для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией личного состава и задержанных.

Начальники подразделений ОВД обязаны ознакомить каждого вновь принимаемого сотрудника с правилами защиты в случае контакта с потенциально опасным биологическим материалом, определяемыми Инструкцией.

В случае инцидента при выполнении служебных обязанностей, представляющего реальную угрозу заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники ОВД подлежат диспансерному наблюдению и профилактическому лечению антиретровирусными препаратами. Заражение сотрудника ОВД ВИЧ-инфекцией, при исполнении им служебных обязанностей, является профессиональным заболеванием. В случае заражения сотрудников ОВД ВИЧ-инфекцией, при исполнении ими служебных обязанностей, им обеспечивается социальная защита в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, психо-социальное консультирование и поддержка.

## Список рекомендуемой литературы

1. Башмакова Л. и др. СПИД в Кыргызстане. Пять лет противостояния. Бишкек, 2004.
2. ВИЧ/СПИД и образование. Информационный сборник для руководителей и специалистов органов управления образованием и образовательных организаций Кыргызской Республики. Бишкек, 2006.
3. ВИЧ/СПИД и права человека, Международные руководящие принципы, ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998 г.
4. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Особенности подходов, методов и процедур оценивания обучения на основе жизненных навыков.
5. Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы.
6. [www.aids.gov.kg](http://www.aids.gov.kg).
7. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 г. на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН.
8. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС, 2006.
9. Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003.
10. Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» (2005 г.)
11. Коллекция ЮНЕЙДС «Лучшая практика». Просвещение по методу «равный-равному» и ВИЧ/СПИД, 2007 г.
12. Комплексный информационный сборник для тренингов по профилактике ИППП, ВИЧ/СПИДа и наркомании на основе принципа «Равный-Равному». ЮНЕСКО, г. Ташкент 2006 г.
13. Профилактика ВИЧ-инфекции. Пособие для преподавателей педагогических специальностей высших учебных заведений Кыргызской Республики. Бишкек, 2007.
14. Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2007. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2007.
15. Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2008. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2008.

16. Рекомендации ЮНЕСКО по лексике и содержанию материалов на тему ВИЧ и СПИД. 2006 г.
17. Шапиро Б.М, Башмакова Л.Н., Курманова Здоровый образ жизни. Пособие для учителя. ЮСАИД, Алматы 2003.
18. Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передаваемых половым путем. Новосибирск 2001 г.



## **Тема 7. Психоактивные вещества. Медицинские аспекты наркопотребления**

**Цель:** Ознакомление с основами формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ)

**Задачи:**

1. дать понятие о психоактивных веществах и наиболее распространенных наркотиках в Кыргызстане;
2. ознакомить с мотивами употребления и формированием зависимости от ПАВ;
3. содействовать овладению и закреплению жизненных навыков преодоления проблем, ведущих к потреблению ПАВ.

**Методы:** мини-лекция, мозговой штурм, семинарские занятия, общая дискуссия.

**Время:** 4 часа 45 мин.

**Ключевые понятия:** психоактивные вещества, наркомания, токсикомания, эйфория, абстинентный синдром, наркопотребитель; наркозависимый; лечение наркомании; социальная поддержка; доступность программ.

**План данного раздела курса:**

1.	Цели и задачи курса, основное содержание программы обучения, формы контроля и оценки знаний, практическая значимость результатов обучения. Обоснование необходимости включения данного курса в учебный процесс	20 минут
2.	Наркомания – как социально-экономическая проблема (терминология, общая характеристика психоактивных препаратов, их классификация; влияние наркопотребления на социальное и экономическое развитие) Дискуссия Минилекция Ответы на вопросы	25 мин.  5 мин. 15 мин. 5 мин.

3.	Ситуация по распространению наркоманий в мире и Кыргызской Республике Презентация Ответы на вопросы	25 мин. 20 мин. 5 мин.
4.	Медицинские аспекты наркозависимости (физическая, психологическая зависимость, формы употребления, проявления эйфории и абстиненции, влияние наркопотребления на здоровье наркозависимого, риски для здоровья, связанные с потреблением наркотиков, выявление, лечение, оказание помощи при передозировке наркотика) Дискуссия Минилекция Ответы на вопросы Семинарское занятие	90 мин. 5 мин. 35 мин. 5 мин. 45 мин.
5.	Профилактика наркозависимости Семинарское занятие	45 мин

*В разделе дается характеристика разных видов психоактивных веществ, кратко описывается их воздействие на организм. Знания проявлений эйфории и абстиненции важно для будущих сотрудников правоохранительных органов для распознавания этих состояний. Следует отразить особенности лечения наркозависимости как сложного длительного процесса, использующего разные и многоплановые подходы медикаментозного и психологического воздействия, а также необходимость поддерживающих мероприятий. В ходе занятий можно провести дискуссию по правильным и мнимым взглядам на наркопотребление и на наркозависимых лиц. Итогом этого занятия должно быть ознакомление курсантов с основными видами наркотических веществ, с медицинскими и социальными проблемами наркопотребления, эффективности разных подходов к вопросам лечения наркоманий, освоение навыков оказания помощи при передозировке наркотика.*

## Ресурсный материал

### 7.1. Основные понятия

**Токсикомания** – это состояние болезненного пристрастия, возникающее при употреблении токсикоманических веществ, способных вызывать эйфорию, но не отнесенных юридически к наркотикам. Следует сказать, что многие токсикоманические вещества не менее опасны для человека, чем наркотики.

**Прекурсоры** – вещества и их соли, классифицированные в международных конвенциях как химические материалы, используемые для изготовления наркотических средств и психотропных веществ, а также химические вещества и их соли, используемые с этой же целью и подлежащие контролю в Кыргызской Республике.

**Эйфория** – субъективно воспринимаемое состояние, переживание (в данном случае при наркотическом опьянении) радости без явного повода, легкости и раскрепощенности.

**Абстинентный синдром** – общее расстройство функций организма, характеризующееся тягостными физическими недомоганиями (общая слабость, озноб, боли, рвота, поносы, слюно- и потоотделение), отклонениями в психике и поведении (нарушение сна, появления галлюцинаций, бредовых состояний, судорог).

### 7.2. Общие сведения о психоактивных веществах (ПАВ)

Психоактивные вещества способны вызывать изменения психической деятельности человека и вызвать зависимость. К этой группе относится значительное число природных и химических веществ, используемых в быту, в производстве и медицине. Особой группой таких веществ являются алкоголь и табак, употребление которых не запрещается и которые специально производятся в промышленных условиях и продаются населению.

В настоящее время выделяют три группы психоактивных веществ:

1. алкоголь;
2. токсические или токсикоманические вещества;
3. наркотические вещества.

Принципиального различия по воздействию на психику между второй и третьей группой нет, а отнесение к той или иной группе зависит лишь от включения данного вещества в список наркотических средств. Так, до 70-х годов XX столетия эфедрин не расценивался как токсическое вещество, но в связи с интенсивным его использованием в качестве наркотического средства, он в установленном порядке был отнесен к наркотикам.<sup>1</sup>

Психоактивные вещества способны изменять чувства, настроение и/или мышление. По их воздействию на центральную нервную систему они условно делятся на три основные группы<sup>2</sup>:

- Депрессанты;
- Стимуляторы;
- Галлюциногены.

Ряд таких веществ обладает несколькими эффектами: например, экстази оказывает и стимулирующий и галлюциногенный эффект. Однако поскольку стимулирующий эффект преобладает – он отнесен к группе стимуляторов.

**Депрессанты** – замедляют активность, угнетают (подавляют) мышление. Они снимают психическое напряжение, ослабляют неуверенность в себе, замедляют реакцию, нарушают координацию движений. Человек успокаивается, впадает в расслабленное состояние. Депрессанты приглушают мысли, чувства и способность ощущать боль. К депрессантам относят все наркотики опиоидной группы, а также лекарственные средства – снотворные, успокоительные (транквилизаторы), противосудорожные препараты<sup>3</sup>. Эффекты от злоупотребления этими лекарствами зависят от дозировки и колеблются от легких нарушений умственной деятельности и координации движений до комы, вызванной передозировкой этих препаратов.

**Стимуляторы** вызывают подъем настроения. Человек чувствует себя полным энергии, повышается настроение, внимание и активность. Он уверен в себе, разговорчив и решителен, не чувствует ус-

<sup>1</sup> В.Ли, К.Ли Профилактика химических аддикций. Бишкек, 2000, с. 21-22.

<sup>2</sup> По материалам пособия «За будущее детей» Альянса «Новая наркополитика». Цит. По Информационному бюллетеню по профилактике наркомании. «Рука помощи», Бишкек, АКН, №2, 2004, с. 16-17.

<sup>3</sup> В данной главе речь идет об эффектах при немедицинском употреблении опиатов и лекарственных средств.

талости. К наркотикам этой группы относятся кокаин, крэк, эфедрон, амфетамины.

**Галлюциногены** способны вызывать галлюцинации. При их употреблении изменяется настроение, восприятие и мир выглядит совершенно иначе. Наиболее распространенные галлюциногены – это ЛСД, псилоцибиновые грибы, «пи-си-пи», кетамин, холинолитики (дурман, мандрагора, паркопан, циклодол). К этой же группе препаратов относят препараты конопли: марихуану, гашиш и др.

Описать действие каждого из таких препаратов сложно, поскольку галлюцинации каждого человека уникальны и зависят от жизненного опыта, обстановки и окружения в период потребления. Потребление галлюциногенов не вызывает психической зависимости. Чаще всего эти препараты (за исключением конопли) используют подростки и молодежь в возрасте до 25 лет. Галлюциногены употребляются эпизодически и систематическое потребление не наблюдается.

Препараты конопли не вызывают галлюцинаций, хотя и относятся к галлюциногенам. Они изменяют восприятие человека, делая его более ярким и насыщенным. Препараты конопли употребляют систематически по несколько раз в день. Несмотря на то, что физическая зависимость не наступает, отказаться от этого наркотика бывает очень сложно.

### **7.3. Характеристика некоторых ПАВ, не относящихся к наркотикам**

**Алкоголь** относится к психоактивным веществам. Он получается из перебродивших солодовых растворов и составляет опьяняющий элемент в вине, пиве и других спиртных напитках<sup>4</sup>. Действующим началом является этиловый спирт. Алкоголь действует преимущественно на центральную нервную систему, вызывая характерное алкогольное возбуждение. Даже при легкой степени опьянения снижается способность к активному торможению, вследствие чего утрачивается чувство такта, дистанции, самоконтроля, что часто приводит к совершению опрометчивых поступков, к случайным сексуальным связям. Нередко лица, находившиеся в алкогольном опьянении, не могут вспомнить события, происходившие с ним в этот период.

<sup>4</sup> Алкоголь содержится также и в кумысе.

Алкоголь при частом употреблении вызывает болезненную зависимость (алкоголизм). В результате поражаются многие органы, прежде всего, печень. Алкоголизм сопровождается социальной деградацией, приводит к утрате семейных связей и нередко к правонарушениям. Алкоголь легален (не запрещен), его производство и продажа контролируются государством и часто составляет государственную монополию, принося хороший доход. Он не относится к наркотическим препаратам.

### **Токсические (токсикоманические) вещества**

К ним относятся:

- Ингаляционные вещества: растворители, лаки, клеи, содержащие ароматические углеводороды (бензол, толуол), бензин, а также фосфорорганические яды (хлорофос, дихлофос);
- Медицинские препараты с седативным или снотворным действием (седуксен, реланиум, реладорм, тезапем, фенобарбитал);
- Медицинские препараты с галлюциногенным эффектом (циклодол, паркопан, тремблекс, кетамин, калипсол);
- некоторые растения (белена), грибы, содержащие псилоцибин (бледная поганка) или мускарин (мухомор).

**Токсикомания** – это болезненное влечение к токсическим веществам (ядам). Она чаще наблюдается у детей и подростков, особенно с задержкой умственного и интеллектуального развития, педагогически запущенных, а также имеющих психологические проблемы. В свою очередь употребление ингаляционных токсикоманических веществ приводит к снижению интеллекта и изменениям личности, проявляющихся в виде взрывчатости и агрессивности. Употребление ядов, лекарств и грибов может привести к передозировке, острому отравлению и даже смерти.

**Ингалянты и растворители** – это химические вещества, которые вдыхают. Они не являются наркотиками и имеются в свободной продаже. Они дешевы и доступны. Поэтому ими широко злоупотребляют представители бедных слоев общества, особенно так называемые «дети улицы».

Ингалянты выглядят весьма обычно. Это клей, растворитель

для красок, бензин, сжиженный газ для зажигалок, пятновыводители и т. д. Обычно они продаются в тубиках или бутылках.

Ингалянты, как правило, помещают на дно чашки или другой емкости и подносят к носу или рту. Другой способ употребления: тряпку смачивают химическим веществом кладут в пакет, пакет подносится к лицу и вдыхаются пары.

Употребление ингалянтов вызывает кратковременную эйфорию, изменяют состояние сознания, хотя редко приносят приятные переживания, которые испытывает наркопотребитель. Употребление этих веществ – скорее простейший способ отключиться от забот внешнего мира, утратив с ним какую-либо связь – «отрубиться». Они могут вызывать у человека непродолжительное онемение конечностей, головокружение, дезориентацию во времени и пространстве и сонливость. Они могут также быть причиной головных болей, тошноты, обмороков, учащенного сердцебиения, нарушения координации движений и галлюцинаций. При длительном употреблении возможно нарушение функций легких, почек и печени. Употребление ингалянтов может привести к удушью, судорогам и коме.

## 7.4. Группа наркотических веществ

**Наркотики**<sup>5</sup> – это вещества, влияющие на мозг и соответственно изменяющие сознание. В Кыргызстане к наркотическим веществам отнесены:

- Алкалоиды опия (морфин, кодеин), синтетические опиоиды (героин, норфин, метадон, промедол);
- Некоторые психостимулирующие вещества (кокаин и его производные, фенамин, первитин, эфедрон и другие амфетамины);
- Галлюциногены или психоделические средства: гашиш (анаша, марихуана), ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), псилобицин, фенциклидин;
- Психостимуляторы с галлюциногенным компонентом действия (MDMA), известный больше по жаргонному названию «экстази».

<sup>5</sup> По материалам пособия «За будущее детей» Альянса «Новая наркополитика». Цит. По Информационному бюллетеню по профилактике наркомании. «Рука помощи», Бишкек, АКН, №2, 2004, с. 16-17.

## 7.5. Характеристика основных наркотических препаратов

### 7.5.1. Производные каннабиса (каннабионды):

Марихуана производится из высушенных цветущих, плодоносящих верхушек и листьев растения конопли (каннабис). Ее цвет может варьировать от серовато-зеленого - до зеленовато-коричневого. Она может выглядеть как сушеная трава или крупнолистный чай.

Гашиш – это высушенная, спрессованная смола, выделенная из цветущих верхушек растения. Он продается блоками от светло-коричневого до почти черного цвета. Гашиш оказывает более сильное воздействие, чем марихуана.

Иногда из каннабиса извлекают сок или смолу. Это гашишное масло или масло каннабиса, которое является наиболее сильнодействующей разновидностью этого наркотика. Иногда его называют медовое масло или красное масло. Оно представляет собой густую жидкость почти черного цвета, которая продается в маленьких бутылочках.

Марихуану обычно курят, скручивая вручную сигареты, а также добавляют в пищу. Гашиш, как правило, курят с помощью курительных трубочек или добавляют в пищу. Масло каннабиса, смешанное с табаком, обычно курят, смазывают им сигареты, а иногда употребляют с пищей.

Употребление каннабиондов вызывает различные ощущения в зависимости от размера дозы, а также от возраста, пола и веса человека. Некоторые люди испытывают счастье и чувствуют, что им все по плечу. Иногда они становятся излишне болтливыми и смеются чаще, чем обычно. Препараты конопли могут вызывать состояния сильного голода и жажды, приводят к учащению пульса и покраснению глаз. На более поздней стадии человек может чувствовать сонливость и успокоение. Дым от каннабиса содержит на 50 процентов больше смолы, чем дым от сигареты с высоким содержанием смол, поэтому регулярное его употребление увеличивает риск рака легких и хронического бронхита. Регулярное употребление каннабиондов формирует у человека психическую зависимость, физическая зави-



симось наступает через 10-12 лет после регулярного употребления этого наркотика. При употреблении каннабиса у человека, как правило, учащается сердцебиение, а также оно влияет на координацию движений. Это особенно важно при вождении автомобиля, работе с техникой и т. д.

**Сленговые названия** Зелень, травка, дурь, кайф, пыль, ручник, драп, шала, солома, анаша, наш, план.

### 7.5.2. Опиоиды

**Опиаты** – это группа психоактивных веществ, получаемых из мака, включающая в себя опиум, морфин, кодеин и некоторые другие вещества. Данный термин используется также применительно к такому полусинтетическому наркотику, как героин, который вырабатывается из соединений, выделяемых из мака.

Термин «**опиоиды**» относится к опиатам и другим полусинтетическим и синтетическим соединениям со сходными свойствами. Это вызывающие зависимость вещества, которые реализуют свои эффекты, активируя опиоидные рецепторы в головном мозге. Опиоиды обычно вводят путем инъекций, через рот или путем вдыхания паров, образующихся при нагревании. Регулярное их употребление может привести к опиоидной зависимости.

**Опиоидная зависимость** – сложное состояние, часто требующее длительного лечения и ухода. Она связана с высоким риском инфицирования ВИЧ в случае инъекционного ведения опиоидов с использованием зараженного инструментария.

#### **Опий (Opium):**

Опий и опиаты традиционно получают из особого вида мака – *снотворного*, или *опийного*. Опий (опиум сырец) – это специально собранный и высушенный млечный сок опийного мака. Он представляет собой пластическую массу темно-бурого или коричневого цвета. Наркотические вещества, которые получают из мака, были широко распространены в Европе и Азии. Они использовались в качестве лекарств и как наркотические средства, употребляемые путем курения кальяна. Еще в середине прошлого столетия опий традиционно использовался населением Кыргызстана в качестве лекарственного

средства при многих болезнях – при болях в животе, головной боли, от кашля. Опий в малых дозах давали беспокойным младенцам. В странах Центральной Азии (особенно в Узбекистане и Таджикистане) готовили коknар – отвар маковой соломки, который использовался в качестве традиционного ритуального средства, подаваемого на свадьбах, похоронах, а также применялся в малых дозах пожилыми людьми с целью повышения тонуса и работоспособности.

Из опия после специальной обработки получают более чистые наркотики: *героин*, *морфин*, а также лекарственные препараты – *кодеин*, *папаверин* и другие. Морфин и кодеин – это активные компоненты опиума. Основным действием морфия является сильный обезболивающий эффект. Он действует на головной мозг, делая невозможной передачу сигналов, направляющихся к центрам боли, и в то же время возбуждает нервные пути, ведущие к центрам удовольствия. В традиционной медицине опий – сильное снотворное средство.

Опийная наркомания - наиболее опасная, приводящая к крайне тяжелым последствиям как для самого наркопотребителя, так и для общества. Опийная наркомания чаще всего предполагает инъекции (уколы) как способ введения наркотика, что увеличивает опасность заражения ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С.

### **Героин:**

Героин – это результат химической переработки опия – его еще называют синтетическим наркотиком. Наркогенность, т.е. способность вызывать наркоманию и влиять на ее дальнейшее течение у героина выше, чем у опия в 10-15 раз. Он обычно бывает в кристаллической или порошкообразной форме, как правило, белого или розового/бежевого цвета, но также может быть темно-серого или коричневого цвета.

Героин вводится путем инъекций, его нюхают, курят или вдыхают через рот.

Героин, употребляемый путем инъекций, вызывает исключительно сильное состояние наркотического опьянения, или кайф, который обычно продолжается от 4 до 6 часов. Действие героина вызывает ощущение счастья, он успокаивает боль, его употребление ведет к быстрому формированию физической и психической зависимости.

Героин оказывает затормаживающее действие на весь организм человека и его умственную деятельность. Он является сильнодействующим обезболивающим средством. Его действие усиливается при употреблении вместе с другими наркотиками или лекарственными средствами. При передозировке появляются тошнота и рвота, бессонница, проблемы с концентрацией внимания, потеря душевного равновесия и аппетита. Передозировка может привести к смерти.

Одно из наиболее опасных последствий употребления героина путем инъекций – большой риск заражения ВИЧ и вирусными гепатитами. Лица, употребляющие героин путем инъекций, часто пользуются одними и теми же иглами, а также не используют средства защиты при сексуальных контактах, что способствует передаче ВИЧ, вирусных гепатитов и других инфекций

**Сленговые названия:** Хаммер, белый, бежевый, белая леди, порошок, герыч, три девятки, три семерки и др.

### **7.5.3. Кокаин:**

Кокаин изготавливают из листьев коки зеленовато-желтого цвета, которые бывают различного размера и выглядят по-разному. Кокаин нередко называют “шампанским среди наркотиков” из-за его высокой стоимости. У потребителя кокаина возникает ощущение приятной легкости и полета. Сердце бьется учащенно, человек испытывает внезапные подъемы и спады настроения.

Кокаин обычно бывает в виде порошка белого цвета, а “крэк” представляет собой белые кристаллы. Кокаин, как правило, вдыхают через нос. Его также можно вводить путем инъекций или курить. “Крэк”, который курят, значительно сильнее кокаина по воздействию.

Употребление даже небольшой дозы кокаина вызывает повышение температуры тела, учащение сердцебиения и дыхания, человек ощущает чрезмерную самоуверенность, прилив сил и энергии. При курении “крэка” все эти ощущения значительно усиливаются. Передозировка кокаина может вызывать конвульсии, судороги, инсульт, кровоизлияние в мозг или сердечную недостаточность. Длительное употребление кокаина/ “крэка” формирует сильную психическую зависимость и приводит к таким проблемам со здоровьем,

как разрушение тканей в полости носа, затрудненное дыхание, потеря веса и др.

**Сленговые названия:** “крэк”, “хлопья”, “кокс”, “снег”.

#### **7.5.4. Амфетамины:**

Амфетамины обладают психостимулирующим действием, вызывают повышенную активность мозговой деятельности и прилив энергии. К этой группе веществ относятся амфетамин, фенатин, центедрин, первитин. В молодежной среде название амфетаминов – экстази. Одним из представителей амфетаминов, оказывающих сильное возбуждающее действие, является “лед”, который очень схож с “крэком”.

Амфетамины представляют собой порошок белого или светло-коричневого цвета, а также могут быть в форме таблеток. “Лед” обычно производится в виде бесцветных кристаллов или бесцветной жидкости, которую вводят путем инъекций. Амфетамины глотают, нюхают, вводят путем инъекций или курят.

“Экстази”, как правило, изготавливается в форме небольших цветных таблеток. Они могут быть окрашены в самые различные цвета. На некоторых таблетках “экстази” имеются также рисунки, например, изображения голубей, кроликов или бутылок шампанского, а также надписи на английском языке (например, «любовь», «храбрость», «свой парень» и др.). Воздействие этого наркотика не зависит от цвета или “бренда” таблетки. Таблетки “экстази” обычно глотают.

“Экстази” – наркотик, который поднимает тонус, повышая физический и эмоциональный потенциал человека. Он чаще всего употребляется в форме таблеток на вечеринках.

Употребление амфетаминов может вызывать учащение сердцебиения и дыхания, повышение кровяного давления, повышение температуры тела, потоотделение. Признаками употребления амфетаминов являются также гипертрофированная самоуверенность и повышенная возбудимость, суетливость, отсутствие аппетита, бессонница и болтливость, а также чувство тревоги, раздражительность и паническое состояние. Потребитель “экстази” может почув-

ствовать прилив счастья, тепла, любви и энергии. Он ощущает эмоциональную близость с другими людьми, может говорить и делать необычные для себя вещи.

Некоторые последствия употребления “экстази” – это состояние апатии, подавленности, усталости, возникающие после прекращения действия наркотика, тошнота и рвота, повышение кровяного давления и учащение сердцебиения, возможно даже наступление смерти в результате перегрева организма и потери воды. Продолжительное употребление “экстази” может привести к нарушению функций мозга и печени. Частое употребление амфетаминов может сформировать сильную психическую зависимость. Большие дозы могут привести к смерти.

**Сленговые названия:** экстази, “спид”, “лед”, МДМ, МДМА, “ева”.

## **7.6. Формирование зависимости от психоактивных веществ, ее стадии и развитие заболевания**

*Наркотическая зависимость — это сложное состояние, оказывающее глубокое воздействие на здоровье потребителей наркотиков, а также на благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно если речь идет об инъекционных наркотиках.<sup>6</sup>*

### **7.6.1. Формирование зависимости<sup>7</sup>**

Первые пробы наркотиков чаще начинаются в молодом или даже юношеском возрасте. Формирование зависимости проходит несколько последовательных стадий и очень индивидуально. Чем сильнее наркотик, тем быстрее наступает зависимость от него, особенно это касается наркотиков опиоидной группы. Например, при употреблении препаратов опия описаны случаи, когда зависимость наступала через 4-5 дней. При этом практически отсутствовал интервал между

<sup>6</sup> ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006, с.5-8.

<sup>7</sup> Профилактика ВИЧ-инфекции. Пособие для преподавателей педагогических специальностей высших учебных заведений Кыргызской Республики, с. 78-79.

психической и физической зависимостью.<sup>8</sup> Отказ от употребления наркотиков возможен на всех стадиях, но чаще происходит на этапе первых проб. Однако чем сильнее формируется зависимость, тем труднее отказаться от употребления ПАВ.

1. Первые пробы. Они возможны «во дворе» или даже в учебном заведении из любопытства, стремления «стать как все», при определенном стечении обстоятельств.
2. Групповая зависимость. Она формируется по механизму условного рефлекса: прием вещества в обычных для этого условиях или в определенной знакомой компании. Вне указанных рамок желания к употреблению психоактивных средств нет.
3. Психическая зависимость. Появление потребности принимать психоактивное вещество, чтобы вновь и вновь испытывать приятные ощущения.
4. Патологическое (неодолимое) влечение к наркотику. Состояние, проявляющееся неудержимым побуждением к немедленному – во что бы ни стало – введению в организм психоактивного вещества. Может выступать как крайнее проявление зависимости.
5. Физическая зависимость. Включение химических соединений, входящих в состав наркотика в обмен веществ организма. В случае резкого прекращения приема препаратов могут наступить расстройства, определяемые как абстинентный синдром, причиняющий выраженные страдания, в том числе физические расстройства, эмоции тоски, тревоги, злобности и агрессии на окружающих и самоагрессии, вплоть до попыток самоубийства (суицидальные попытки).
6. Повышение толерантности (чувствительности) к наркотику. Состояние организма, когда отмечается все менее выраженная ожидаемая реакция организма на определенную дозу вводимого препарата. Происходит привыкание к наркотику и в результате необходимая доза возрастает в 10-100 раз по сравнению с первоначальной. Соответственно увеличивается токсическое, разрушительное действие препарата на организм.

---

<sup>8</sup> В.Ли, К.Ли. Профилактика химических аддикций. Бишкек, 2000, с.36.

## 7.6.2. Развитие болезней зависимости<sup>9</sup>

Наркомания или токсикомания – тяжелые по течению и своим последствиям заболевания. Длительность отдельных стадий развития болезни различны и зависят от возраста, вида наркомании, темпа нарастания дозировок, общего состояния организма и ряда других причин.

1 стадия: в зависимости от вида наркотика или токсиканта достаточно быстро, в течение 1-2 месяцев или после 1-2-х кратного введения препаратов в организм, развивается психическая зависимость. Диагностическим критерием наличия индивидуальной зависимости служат случаи употребления препаратов в одиночестве. Это признак сформировавшегося болезненного влечения к наркотику или токсиканту.

2 стадия: имеет место психическая и формируется физическая зависимость, готовность организма к абстинентному синдрому. Начинается утрата эйфорического компонента действия психоактивного вещества. Проявляется токсическое действие наркотика, которое зачастую отличается злокачественностью течения и тяжестью осложнений (прежде всего – со стороны центральной нервной системы).

3 стадия: конечная - максимальная физическая зависимость от наркотика, наступление тяжелых, необратимых изменений в организме в целом и в психике, вплоть до инвалидизации и гибели. Введение психоактивного вещества производится уже не с целью достижения эйфории, а с целью избежать развития абстиненции.

Самым грозным осложнением употребления наркотиков и токсических средств является **передозировка**. В этом случае может наступить смерть от остановки дыхания, сердца или перекрытия рвотными массами дыхательных путей. Важно вовремя оказать первую помощь и вызвать «Скорую медицинскую помощь». По инструкции, сотрудники правоохранительных органов должны уметь распознавать признаки передозировки и владеть навыками оказания первой доврачебной помощи<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Профилактика ВИЧ-инфекции. Пособие для преподавателей педагогических специальностей высших учебных заведений Кыргызской Республики, с. 78-79.

<sup>10</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г., № 417.

## 7.7. Оказание первой помощи при передозировке наркотиков:

1. Вызвать «Скорую медицинскую помощь».
2. Повернуть на бок.
3. Очистить дыхательные пути от слизи и рвотных масс.
4. Следить за характером дыхания до прибытия врачей.
5. При частоте дыхательных движений меньше 8-10 в минуту – искусственное дыхание «изо рта в рот».

### Оказание доврачебной помощи при передозировке наркотиков<sup>11</sup>

*Передозировка наркотиков возникает в ответ на введение большой дозы наркотического средства. Усилить действие наркотика может предварительный прием снотворного, различных лекарственных препаратов, алкоголя, наличие каких-либо заболеваний. Признаками передозировки являются: потеря сознания, резкая бледность, неглубокое и редкое дыхание, плохо прощупывающийся пульс, отсутствие реакции на внешние раздражители, рвота, судороги. Все это может привести к смертельному исходу. Нередко наркопотребители умирают от нехватки воздуха, в результате западания языка. Чем больше человек пытается вдохнуть, тем больше западает язык и делает невозможным проникновение воздуха через дыхательные пути. При этом цвет лица меняется на глазах - из обычного переходит в бледный, затем землисто-серый, а потом становится темно-синим. Губы становятся темно-синими, появляется хрип. Наступает глубокий наркотический сон, который может перейти в сопор или коматозное состояние, что проявляется отсутствием реакции на раздражители, снижением температуры тела.*

При появлении таких состояний необходимо проведение неотложных мероприятий и вызов бригады скорой медицинской помощи.

<sup>11</sup> Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г., № 417.



Пострадавшему придается горизонтальное положение с приподнятыми ногами, его нужно согреть (теплая одежда, одеяло, грелка и т.д.), открыть рот и вытащить язык. Нередко выполнить это бывает трудно, так как обычно в таких случаях мышцы лица становятся твердыми и стянутыми, из-за судорог. В этом случае надо двумя руками взять его голову, большими пальцами упереться в скулы, а указательным и всеми остальными пальцами нажать на нижнюю челюсть. После того, как Вы достали язык, можно делать искусственное дыхание.

Пострадавшего укладывают на горизонтальную, жесткую поверхность. Расстегивают воротник, пояс и другую стесняющую одежду. Поворачивают голову в сторону и с помощью носового платка или салфетки очищают ротовую полость от содержимого (слизь, рвотные массы, и т.д.). Затем голову разгибают (для этого одну руку подкладывают под шею, другую на лоб и максимально запрокидывают его голову назад).

Оказывающий помощь делает глубокий вдох, плотно прижимает свои губы (через платок или марлю) вокруг открытого рта пострадавшего и зажав пальцами его нос, производит глубокий выдох, то есть вдвухает воздух в легкие пострадавшего, если при этом грудная клетка расширяется, значит вдох произведен правильно. Затем его рот освобождается и происходит пассивный выдох. Средняя частота дыхательных движений должна составлять 10-12 раз в минуту.

Зачастую искусственное дыхание проводят в сочетании с непрямым массажем сердца. Лицо, оказывающее помощь, ладонями, положенными одна на другую в области нижней трети грудины строго по средней линии, при выпрямленных в локтевых суставах руках, производит сильное и ритмичное надавливание, из расчета 60-70 надавливаний в минуту. При оказании помощи одним человеком надо чередовать 2-3 вдвухания воздуха в легкие пострадавшего с 15 надавливаниями на грудину. Если помощь оказывают двое, то один из них производит искусственное дыхание, а второй – наружный массаж сердца. В этом случае на 1 вдвухание воздуха проводят 4-5 надавливаний на грудину. В тот момент, когда производится

вдувание воздуха в легкие пострадавшего, надавливание на грудину не производят.

Необходимо помнить, что искусственное дыхание и непрямой массаж сердца проводятся настойчиво и длительно до тех пор, пока не восстановится дыхание и сердечная деятельность, признаками которых являются изменение цвета кожных покровов, прощупывание пульса на крупных артериях, появление самостоятельных дыхательных движений.

При судорожных припадках необходимо предохранять голову от ушибов. Для этого надо удерживать голову, подложить под нее что-либо мягкое. Для предупреждения прикуса языка, между зубами пострадавшего вставляют ложку, обернутую марлей, либо прокладывают полотенце (любую ткань).

Пострадавшего надо постараться привести в сознание. Для этого, если есть нашатырный спирт, смочить тампон и поднести его к носу пострадавшего, затем натереть этим тампоном виски. Если нашатырного спирта нет, то надо любыми другими путями привести его в сознание (пощечинами, холодной водой). После того, как пострадавший придет в себя, надо постоянно держать его в напряжении, не давать засыпать.

***Быстро и правильно оказанная доврачебная помощь сохранит пострадавшему жизнь.***

## **7.8. Классификация видов профилактики наркоманий**

Всемирной организацией здравоохранения принята классификация профилактики наркоманий, предусматривающая первичную, вторичную и третичную ее формы.

**Первичная профилактика** — это работа с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определенное количество лиц из группы риска.

В этот контингент могут входить молодые люди, которые уже пробовали наркотики или имеют друзей, употребляющих наркотики; лица, имеющие генетическую предрасположенность к психичес-

ким заболеваниям или находящиеся в неблагоприятных семейных или социальных условиях и т.д.

Первичная профилактика — это система действий, направленная на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения с одновременным изменением дезадаптивных, уже сформированных, нарушенных форм поведения.

**Вторичная профилактика** направлена на популяцию людей, у которых поведение риска уже сформировано. К этой группе относятся лица, употребляющие наркотики, но без сформированной физической зависимости.

Вторичная профилактика — это система действий, направленная на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий.

**Третичная профилактика** — это профилактика рецидивов.

Она направлена на группу лиц, имеющих зависимость от наркотиков или других психоактивных веществ и желающих прекратить их употребление.

Третичная профилактика — это система действий, направленная на уменьшение риска возобновления употребления наркотиков и активизацию личностных ресурсов, способствующих адаптации к условиям среды и формированию социально-эффективных стратегий поведения.

### **Цели профилактики**

Общими целями первичной, вторичной и третичной профилактики являются: помощь в осознании форм собственного поведения; развитие личностных ресурсов и стратегий с целью адаптации к требованиям среды или изменения дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Цели первичной профилактики — снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества среди населения, уменьшение числа лиц, входящих в группу повышенного риска.

Цели вторичной профилактики — снижение заболеваемости наркоманией.

Цели третичной профилактики — уменьшение тяжести негативных медико-социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами у населения, в особенности у молодежи.

## **Задачи профилактической деятельности**

1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие. Формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями злоупотребления психоактивными веществами.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью или радостями, ощутить поддержку «значимого другого». Она есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы.

3. Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения. Человек, эффективно использующий поведенческие стратегии, имеющий социально-поддерживающее окружение, успешно использующий копинг-ресурсы, оказывается более защищенным перед лицом стрессовых факторов. В этом случае уменьшается вероятность употребления им наркотиков.

4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей в организованных и неорганизованных группах населения. Информирование человека о действии и последствиях злоупотребления психоактивными веществами в сочетании с развитием стратегий и навыков адаптивных форм поведения помогают сформировать у него образ жизни, способствующий здоровью.

5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения. Подобная работа проводится с группой риска и членами их семей. Для того чтобы эти люди захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них желание, мотивацию на из-

менение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные программы.

6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Это – работа с лицами, употребляющими наркотики. Прежде чем стать «выздоровливающим наркозависимым», человек проходит длинный, тернистый путь от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических защит, осмысления деструктивности своего поведения до желания изменения дезадаптивных форм поведения на более адаптивные. Он должен понять, что употребление наркотиков мешает ему нормально жить, разрушает и уничтожает его. Для этого необходимо осознать свои реальные чувства, преодолеть те психологические защиты, которые личность выстраивает для ухода от решения проблем, осознать свои поведенческие проявления и захотеть изменить их на более адекватные формы поведения.

7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых. Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если у него нет естественных социально-поддерживающих сетей, необходимо искусственно создать структуры, которые могут оказывать поддержку. Следует расширять обучение сверстников и взрослых, формировать у них навыки социально-поддерживающего и стресс-преодолевающего поведения.

8. Поощрение стремления потребителей (зависимых) лиц к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления. Это – работа с теми, кто уже употребляет наркотики. В данном случае усилия направляются на формирование у человека желания уменьшить и прекратить их употребление.

9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных к контакту подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества. Для решения этой задачи применяются технологии так называемой «уличной» работы (аутрич).

Первичная, вторичная и третичная формы профилактики тесно связаны между собой и разделить их очень сложно.

## Список рекомендуемой литературы:

1. «За будущее детей» Альянса «Новая наркополитика». Информационный бюллетень по профилактике наркомании. «Рука помощи», Бишкек, АКН, №2, 2004.
2. Баран-Фурга Психоактивные вещества, Бишкек, 2000.
3. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006.
4. Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г., № 417.
5. Ли В.А., Ли К.В. Профилактика химических аддикций. Бишкек, 2000.
6. Надеждин А.В., Иванов А.И. Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования, Москва, 1998.
7. Пособие для участников молодежных программ по профилактике злоупотребления наркотиками, ООН, Нью-Йорк, 2002 г.
8. Профилактика ВИЧ-инфекции. Пособие для преподавателей педагогических специальностей высших учебных заведений Кыргызской Республики. Бишкек, 2007.
9. Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования. Пособие для педагогов средних учебных заведений. Бишкек, 2000.
10. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. Москва: Генезис, 2001.
11. Шапиро Б.М, Башмакова Л.Н., Курманова Здоровый образ жизни. Пособие для учителя. ЮСАИД, Алматы 2003.

## Заклучение

Изложенный материал свидетельствует о существенном воздействии наркотизма на здоровье населения, социальное положение граждан, а также на рост преступности. Следует отметить относительную новизну столь чрезвычайных вызовов для Кыргызской Республики, находящейся на переходном этапе своего развития от тоталитаризма к демократическому обществу.

Присоединение Кыргызстана к международным конвенциям по правам человека и к антинаркотиковым конвенциям, налагает серьезные обязательства. В этой связи в стране проводится целенаправленная работа по совершенствованию законодательства, включая вопросы наркополитики. В Кыргызстане потребление наркотиков декриминализировано. В 2007 г. внесены поправки в уголовный и административный кодексы Кыргызской Республики, предусматривающие гуманизацию наказаний для жертв наркобизнеса – наркопотребителей, задержанных с наркотическими препаратами в небольших дозах для личного потребления. Осуществляется гуманизация уголовного наказания, сокращение численности и улучшение условий содержания заключенных.

Медицинскими организациями и учреждениями гражданского общества проводятся программы по удовлетворению потребностей наркопотребителей в услугах по лечению, включающему заместительную терапию метадонем, уходу и поддержке, в том числе, программы обмена шприцев, обеспечение доступа к информации, социальное сопровождение, обучение равными, предоставление убежища. Эти комплексные действия, выполняемые государством в рамках государственной политики, в целом обеспечивают снижение вреда от употребления незаконных наркотиков. По мнению специалистов, несмотря на долгий процесс изменения поведения, они уже привели к ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике, которое, по данным специальных исследований, в течение этих лет сохраняется, примерно на одном уровне.

Важная роль в осуществлении программ снижения вреда и в профилактике ВИЧ-инфекции принадлежит сотрудникам право-

охранительных органов. Одним из основных компонентов этой деятельности является развитие образовательных программ на базе специализированных учебных заведений МВД, в частности Академии Министерства внутренних дел Кыргызской Республики имени генерал-майора милиции Алиева Э.А.

16-19 ноября 2007 года на базе Академии МВД Кыргызской Республики состоялся семинар-тренинг с целью апробации учебной программы по снижению вреда, а также по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании. В тренинге участвовали курсанты старших курсов, преподаватели, врачи, ученые-криминалисты. Публикуем несколько отзывов участников этого тренинга:

*«Я считал, что много знаю про ВИЧ и СПИД, а, оказывается, это совсем не так. Семинар-тренинг по снижению вреда дал мне много полезной информации, о которой я прежде не слышал и не видел. Благодаря этому семинару я узнал о заместительной терапии метадонем, программе по обмену шприцев. Теперь я могу дать наркозависимым полезные советы, и буду помогать им избавиться от недуга. Я – будущий сотрудник ОВД и у меня, к сожалению, резко отрицательное отношение к наркозависимым. За три дня семинара моя точка зрения в отношении наркозависимых кардинально изменилась: им надо помочь избавиться от недуга, одновременно усилить борьбу с наркобизнесом, наркоэкспансией из-за рубежа, наркотрафиком, наркоторговлей...»*

*Бообеков Б.К., курсант 5 курса (51-й взвод)*

*«Уверена, что проведенный тренинг принесет большую пользу не только мне в будущей профессиональной деятельности, но и всем участникам. Я поняла, что наркозависимые – это больные люди, нуждающиеся в моей помощи, они затерялись в тумане непонимания. Проведение такого рода тренингов повысит у будущих сотрудников ОВД ответственность за выполнение служебного долга и ответственность за жизнь других. Инъекционное употребление наркотиков способствует распространению инфекции ВИЧ, заболеванию СПИДом, которые являются не только большой социальной и медицинской проблемой, но и осложняют криминальную обстановку. Поэтому необходимо, чтобы авторы проекта «Снижение вреда»*



*проводили чаще такие обучающие, профилактические мероприятия. Спецкурс «Снижение вреда» должен быть включен в учебную программу Академии МВД КР, его должны изучать наравне с административным, международным правом курсанты-очники, заочники. Владение стратегией, методикой снижения вреда укрепит контакты милиции с НПО, общественностью, подчеркнет гуманизм и демократизм повседневной работы».*

*Курманалиева Даражан, 52-й взвод.*

*«Приняв участие в семинаре-тренинге по снижению вреда, я много узнал нового, полезного, в частности, про заместительную терапию и обмен шприцев для предотвращения инъекционного заражения ВИЧ/СПИДом. Программа положительно влияет на наркозависимых, возвращая их к нормальной жизни, к работе и в семью. Мы побывали в пунктах заместительной терапии метадонем, обмена шприцев, усвоили азы философии «Снижения вреда», получили сертификаты и убедились, что в милицейской практике нам надо решительно разоблачать наркоторговцев и содействовать лечению наркозависимых, их реабилитации».*

*Сартбаев Кадыр, 53-й взвод.*

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

### Глоссарий

**Амфетамины** – т.н. “экстази” (МДМА, ММДА и др.) – большая группа психостимуляторов центральной нервной системы.

**Аантиретровирусная терапия (АРВ)** – лечение, направленное на подавление активности ВИЧ.

**Больной наркоманией/наркозависимый (наркоман – устаревшее или бытовое)** – лицо, которое находится в состоянии физической и/или психической зависимости от какого-либо наркотика и которому в установленном порядке медицинским учреждением поставлен диагноз “наркомания”.

**Ввоз (импорт) и вывоз (экспорт)** – перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров за пределы Кыргызской Республики или ввоз их в Кыргызскую Республику из другого государства.

**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека.

**ВИЧ-инфекция** – заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

**ВИЧ-инфицированные люди** – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека (ЛЖВ).

**Волонтеры** – добровольные сотрудники программ, работающие безвозмездно.

**Гетеросексуальный контакт** – половая связь между мужчинами и женщинами.

**Гомосексуальный контакт** – половая связь между лицами одного и того же пола (мужчины, вступающие в половую связь с мужчинами – МСМ; женщины, вступающие в связь с женщинами – лесбиянки).

**Государственная квота** – максимальное количество наркотических средств и психотропных веществ, устанавливаемое Правительством Кыргызской Республики в соответствии с международными договорами на основании расчета потребности Кыргызской Республики в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которого осуществляется их законный оборот.

**Девиантный** (лат. deviatio) отклонение от принятой в обществе линии поведения.

**Депенализация** – отмена наказания.

**Дискриминация** – ущемление прав и свобод человека по любому признаку, связанному с состоянием здоровья, цветом кожи, гендерными или социальными различиями и др. В данном случае дискриминация рассматривается как ущемление прав человека, связанных с особенностями поведения (потребление наркотиков, особенностями сексуального поведения, например, оказание сексуальных услуг, половые связи с лицами одного пола), а также заражением ВИЧ данного лица либо его близких.

**Добровольное лечение** – лечение от наркомании, осуществляемое с согласия больного или его законного представителя.

**Жаргон/сленг** – (от франц. jargon; англ. slang), социальный диалект; отличается от общенародного языка специфической лексикой. Т.е. – это речь какой-нибудь социальной или иной объединенной общими интересами группы, содержащая много отличных от общего языка, в том числе искусственных, иногда условных слов и выражений (например, воровской жаргон).<sup>1</sup>

**Законный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров** – деятельность имеющих на это разрешение государственных органов, предприятий и учреждений всех форм собственности, связанная с разработкой, производством, изготовлением, переработкой, хранением, перевозкой, пересылкой, отпуском, реализацией, распределением, приобретением, использованием, ввозом на таможенную территорию Кыргызской Республики, вывозом с таможенной территории Кыргызской Республики наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

**Заместительная опиоидная терапия (ЗОТ)/ заместительная терапия** – замещение нелегального наркотика (обычно вводимого путём инъекций) на легальные наркотики (обычно принимаемые внутрь) в условиях медицинского наблюдения для лиц, употребляющих опиаты. Если в качестве препарата заместительной терапии назначается метадон, то говорят о **заместительной метадоновой терапии**.

<sup>1</sup> Ожегов С.И. Словарь русского языка. Москва, 1983 г. с. 169.

**Изготовление наркотических средств, психотропных веществ** – действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства.

**Каннабис / Растение каннабис (конопля)** – любое растение рода “*Cannabis sativa*”. Основными активными веществами являются каннабиноиды: тетрагидроканнабинол (ТГК), каннабинол, каннабидиол и т.п. Препаратами каннабиса являются:

- **марихуана (“травка” и т.п.)** – измельченные верхушки и листья каннабиса/конопли (потребители обрывают и подсушивают верхушки и листья и курят с табаком или без);
- **гашиш (анаша, чарс и др.)** – вещество, получаемое в результате специальной переработки каннабиса/конопли путем отделения пыльцы, смолы, измельчения и просеивания листьев (имеет вид зеленовато-бурой, почти черной массы);
- **гашишное масло** – экстракционный гашиш, получаемый путем экстрагирования (извлечения) каннабиноидов различными растворителями (растительным маслом).

**Культивирование** – посев и выращивание опийного, масличного мака и конопли, других наркотикосодержащих растений, предусмотренных международными конвенциями ООН.

**Медицинское обследование** – обследование лица в стационарных условиях с целью установления диагноза “наркомания”.

**Медицинское освидетельствование** – амбулаторный осмотр лица с целью установления состояния наркотического опьянения.

**Международная квота на наркотические средства и психотропные вещества** – лимит наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, ежегодно утверждаемый Международным комитетом ООН по контролю над наркотиками для стран-участниц Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 года и Конвенции о психотропных веществах 1971 года на основании расчета потребности в них, представляемого правительствами этих стран.

**Метадон** – синтетический наркотический анальгетик опиоидной группы длительного действия (24-36 часов), обладающий способ-

ностью конкурировать с другими опиатами. Основным эффектом метадона является предупреждение синдрома отмены (“ломки”). Наиболее часто используется в программах заместительной терапии опиоидной зависимости.

**Метадоновые программы** – применение заместительной терапии с использованием метадона.

**Морфин, героин** – производные от переработки опийного мака (героин – один из самых опасных наркотиков, т.к. очень быстро вызывает стойкое физическое привыкание и его применение в медицинской практике запрещено).

**Наркозависимость** – это болезненное психическое состояние, вызванное хронической интоксикацией, вследствие злоупотребления наркотическими средствами и характеризующееся психической и физической зависимостью от них.

**Наркозависимый** – лицо, которое находится в состоянии физической или психической зависимости от какого-либо наркотического средства и которому в установленном порядке, уполномоченным медицинским учреждением установлен диагноз и синдром зависимости от наркотических средств или в прежних классификациях болезней – наркомании.

**Наркологические учреждения** – учреждения (отделения или кабинеты), которые в установленном законом порядке оказывают наркологическую помощь.

**Наркомания** – болезненное психическое состояние, вызванное хронической интоксикацией вследствие злоупотребления наркотическими средствами, которые отнесены к таковым конвенциями ООН или Агентством Кыргызской Республики по контролю наркотиков, и характеризующееся психической или физической зависимостью от них.

**Наркопотребитель** – лицо, которое употребляет наркотические средства и находится в состоянии физической или психической зависимости от них.

**Наркотизм** – совокупность критериев медицинского, социального, юридического, исторического и т.п. характера, обусловленная влиянием наркотиков на внутреннюю жизнь государства.

**Наркотические средства** – вещества синтетического или естественного происхождения, их препараты, а также растения, классифицированные в качестве таковых в соответствующих международных конвенциях, а равно иные вещества и растения, в силу их действия или злоупотребления ими включенные в национальные списки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Кыргызской Республике.

**Незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ** – потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

**Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров** – осуществляемые в нарушение законодательства Кыргызской Республики виды деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

**Обмен шприцев** – один из методов профилактики распространения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, а также сифилиса при употреблении наркотиков путем инъекций. Программы обмена шприцев проводятся на основе анонимности и/или конфиденциальности. Они позволяют установить контакт наркопотребителей с медицинскими и социальными работниками, обеспечить проведение обучающих программ, мотивационных тренингов, ставящих своей целью изменение опасного поведения, а также предупреждение передачи ВИЧ другими путями (половым, вертикальным).

**Опиаты** – группа наркотиков естественного или химического происхождения, структурно и по своему действию связанных с активными веществами, извлекаемыми из опиума – продукта переработки опийного мака.

**Опий** – свернувшийся сок опийного мака.

**Опийный мак** – растение вида “*Papaver somniferum L.*”.

**Оппортунистические инфекции** – заболевания, развивающиеся у больных СПИДом на фоне снижения иммунной защиты.

**Особо опасные наркотические средства и психотропные вещества** – вещества и препараты, особо опасные для здоровья человека и внесенные в списки №1 и №2 таблицы 1 международными конвен-

циями ООН, а также решением Агентства Кыргызской Республики по контролю наркотиков.

**Пандемия** – распространение инфекционной болезни во всех странах и на нескольких континентах с массовым поражением населения.

**Перевозка** – перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров из одного места в другое в пределах Кыргызской Республики.

**Переработка наркотических средств, психотропных веществ** – действия, в результате которых происходят рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ, а также получение на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами.

**Постконтактная профилактика (ПКП)** – назначение короткого курса антиретровирусных препаратов с целью предупреждения развития ВИЧ-инфекции в случае контакта с заведомо опасным биологическим материалом (с кровью, семенной жидкостью) результате исполнения служебных обязанностей, при половом контакте, изнасиловании или других обстоятельствах.

**Права человека** – это права и свободы всех людей, включающие гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права.

**Прекурсоры** – вещества и их соли, классифицированные в международных конвенциях как химические материалы, используемые для изготовления наркотических средств и психотропных веществ, а также химические вещества и их соли, используемые с этой же целью и подлежащие контролю в Кыргызской Республике.

**Препарат** – смесь в твердом или жидком состоянии, содержащая один или несколько наркотических средств или психотропных веществ, в отношении которых установлены меры контроля.

**Принудительное лечение** – лечение на основании судебного решения больного наркоманией, который уклоняется от добровольного лечения или продолжает потреблять наркотические средства без назначения врача и нарушает права других лиц.

**Производство наркотических средств, психотропных веществ** – действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений.

**Психотропные вещества** – вещества синтетического или естественного происхождения, а также их препараты, классифицированные в качестве таковых в соответствующих международных конвенциях, а равно иные вещества или любые природные материалы, в силу их действия или злоупотребления ими, включенные в национальные списки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Кыргызской Республике.

**Распределение наркотических средств, психотропных веществ** – действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством Кыргызской Республики, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ.

**Секс-работник (СР)** – лицо женского или мужского пола, оказывающее сексуальные услуги за материальное вознаграждение в любой форме (деньги, вещи, спиртные напитки и др.).

**Скрининг** – процедура установления заболевания: прямая (анализ на ВИЧ) или косвенная (оценка рискованных видов поведения), или с помощью вопросника об уже проведенных анализах, медицинском лечении.

**СПИД-сервисные организации** – любые организации, участвующие в проведении профилактики ВИЧ-инфекции, лечении ЛЖВ, оказании им социальной или юридической поддержки.

**Стигматизация** – присвоение человеку или группе людей унижающих их достоинство свойств, связанных с их личными, поведенческими особенностями, состоянием здоровья, принадлежностью к той или иной группе населения. В аспектах программ снижения вреда и профилактики ВИЧ-инфекции, стигматизация, связана с ВИЧ-статусом либо принадлежностью к группе населения с поведением высокого риска. Она является важным фактором, препятствующим установлению контакта с людьми, затронутыми эпидемией, и соответственно, ограничивает эффективность развития профилактических программ.



**Таблицы классификации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров** – соответственно пронумерованные их перечни, утверждаемые Агентством Кыргызской Республики по контролю наркотиков на основе международных конвенций. Любые изменения и дополнения в эти таблицы производятся по решению Агентства и публикуются в официальном издании.

**Толерантность (терпимость)** – умение терпеливо, без вражды относиться к чужому мнению, характеру, поведению, образу мысли, стилю жизни, особенностям человека (цвет кожи, сексуальная ориентация, национальность, социальный статус и т.д.), а также состоянию здоровья (заражение ВИЧ, ИППП, болезни зависимости) и др.

**Уклонение от медицинского освидетельствования, медицинского обследования или лечения** – умышленное невыполнение распоряжения сотрудника Агентства Кыргызской Республики по контролю наркотиков или работника органов внутренних дел относительно медицинского освидетельствования, а равно невыполнение назначений и рекомендаций врача лицом, злоупотребляющим наркотическими средствами или психотропными веществами.

**Уязвимая группа, уязвимая группа населения** – группа людей, поведение которых связано с опасностью заражения ВИЧ-инфекцией.

**Фрустрация** – психологическое состояние, возникающее в ситуации разочарования, неосуществления значимой цели. Проявляется в гнетущем напряжении, неуверенности, беспокойстве.

**Экспансия** – Расширение, распространение чего-нибудь за какие-либо первоначальные пределы.

**Эпидемия** – распространения инфекционной болезни, значительно превышающие обычный уровень заболеваемости в данной местности.

**ЮНОДК** – Комиссия ООН по наркотикам и преступности.

**ЮНЭЙДС (UNAIDS)** – Объединенная программы ООН по СПИДу, которая объединяет девять организаций ООН.

**Перечень нормативных актов Кыргызской Республики по вопросам прав человека, наркопотребления и ВИЧ-инфекции**

*1) Международные документы в области прав человека*

1. Всеобщая декларация прав человека;
2. Устав ООН;
3. Пакт о гражданских и политических правах (включая Факультативный протокол к нему);
4. Пакт об экономических, социальных и культурных правах;
5. Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного и унижительного обращения и наказания;
6. Конвенция о правах ребенка;
7. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин;
8. Конвенция об уничтожении всех форм расовой дискриминации;
9. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее, в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года;
10. Конвенция о психотропных веществах 1971 года;
11. Конвенция Организации Объединенных наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;
12. Политическая декларация по проблеме наркотиков и меры по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков, принятые в 1998 году на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН;
13. Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики. Принята резолюцией S-20/3 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 года;
14. Декларация тысячелетия, принятая на саммите тысячелетия в сентябре 2000 года;

15. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 27 июня 2001 года;
16. Центрально-Азиатская декларация по профилактике ВИЧ/СПИДа, Алматы, 2001 года;
17. Пекинская платформа действий;
18. Парижская Декларация «Женщины, дети и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); Соглашение о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции в редакции 9 октября 2000 года №616;
19. Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии; 24 февраля 2004 г;
20. Меморандум о взаимопонимании в вопросах борьбы с ВИЧ/СПИДом в ЦА и ряд двухсторонних межправительственных соглашений от 28 июня 2004 года, город Алматы;
21. Международные руководящие принципы по поощрению и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом, принятые на второй Международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, организованной Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС. Нью-Йорк и Женева. 1998 год;
22. Меморандум о взаимопонимании по сотрудничеству в области контроля за наркотиками, заключенный между Азербайджанской Республикой, Республикой Казахстан, Кыргызской Республикой, Российской Федерацией, Республикой Таджикистан, Республикой Туркменистан, Республикой Узбекистан, Организацией Ага Хана по развитию и Международной программой Организации Объединенных Наций по контролю за наркотиками от 4 мая 1996 года;
23. Соглашение о сотрудничестве государств-участников СНГ в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров от 5 апреля 1996 года;
24. Мастер-план по контролю за оборотом наркотиков и организованной преступностью, составленный при поддержке Организации Объединенных Наций на период до конца 2005 года;
25. Иные международные правовые акты, участником которых является Кыргызская Республика.

## **2) Конституция Кыргызской Республики, кодексы и законы Кыргызской Республики**

1. Конституция Кыргызской Республики. Изложена в законе Кыргызской Республики «О новой редакции Конституции Кыргызской Республики» от 23 октября 2007 г.
2. Уголовный, Уголовно-процессуальный, Таможенный кодексы и Кодекс об административной ответственности Кыргызской Республики;
3. Закон Кыргызской Республики “Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике” от 9 января 2005 года № 6;
4. Закон Кыргызской Республики “О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах” от 22 мая 1998 года № 66;
5. Закон Кыргызской Республики “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” от 17 июня 1999 года №60;
6. Закон Кыргызской Республики “О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике” от 13 августа 2005 года №149.
7. Закон Кыргызской Республики “Об органе Кыргызской Республики по контролю наркотиков” от 28 марта 2004 года № 53;
8. Концепция национальной безопасности Кыргызской Республики, утвержденная Указом Президента Кыргызской Республики от 13 июля 2001 года №221;
9. Документы Совета безопасности Кыргызской Республики 1996, 1999 и 2001 гг.;
10. Постановление Правительства “О специализированных бригадах по уничтожению дикорастущей конопли” от 22 февраля 1996 года №72;
11. Постановление Правительства “Об утверждении Положения о порядке изъятия, хранения и уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров” от 25 сентября 1997 года №555;
12. Постановление Правительства “О правилах осуществления государственного контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Кыргызской Республики” от 22 июня 2004 года № 466;

13. План мероприятий по противодействию наркотизму в Кыргызской Республике на 2004 год, утвержденный постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 апреля 2004 года №246;
14. Государственная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем в Кыргызской Республике на 2001-2005 гг. Бишкек, 2002.
15. Совместный приказ Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел Генеральной прокуратуры и Министерства юстиции Кыргызской Республики. О порядке выявления и постановки на учет лиц, незаконно потребляющих наркотические средства или психотропные вещества.
16. Другие ведомственные и межведомственные приказы, инструкции, положения.

## **Выдержки из Уголовного кодекса Кыргызской Республики**

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

**Статья 96. Применение мер медицинского характера к лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, туберкулезом, венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией**

(1) В случае совершения преступления лицом, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, туберкулезом, венерическими заболеваниями, а также ВИЧ-инфекцией, суд при наличии медицинского заключения наряду с наказанием может назначить такому лицу меры медицинского характера.

(2) Указанные лица, осужденные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежат лечению в медицинских учреждениях. В случае осуждения таких лиц к лишению свободы они подлежат лечению по месту отбывания наказания, а после их освобождения в случае необходимости продолжения лечения – в медицинских учреждениях.

### **Статья 117. Заражение ВИЧ-инфекцией**

(1) Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией –

наказывается исправительными работами на срок до одного года либо ограничением свободы на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до одного года.

(2) Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, –

наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет.

(3) Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо несовершеннолетнего, –

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

(4) Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей –

наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать

определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Примечание. Лицо, совершившее деяние, предусмотренное частями первой или второй настоящей статьи, освобождается от уголовной ответственности в случае, если другое лицо, поставленное в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения.

### **Статья 118. Заражение венерической болезнью**

(1) Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, –

наказывается штрафом в размере от пятидесяти до ста расчетных показателей либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

(2) Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, совершенное лицом, ранее судимым за заражение венерической болезнью, а равно заражение двух или более лиц либо несовершеннолетнего –

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

### **Статья 129. Изнасилование**

(1) Изнасилование, то есть половое сношение с применением физического насилия, угрозы его применения к потерпевшей или ее близким, а равно с использованием беспомощного состояния потерпевшей, –

наказывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет.

(2) Изнасилование:

1) совершенное лицом, ранее судимым за преступления, предусмотренные статьями настоящей главы;

2) совершенное группой лиц;

3) группой лиц по предварительному сговору;

4) соединенное с угрозой убийством или причинения тяжкого вреда здоровью, а также совершенное с особой жестокостью по отношению к потерпевшей или к другим лицам;

5) повлекшее заражение потерпевшей венерическим заболеванием;

6) несовершеннолетней –

наказывается лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет.

(3) Изнасилование:

- 1) повлекшее по неосторожности причинение смерти потерпевшей, заражение ее ВИЧ-инфекцией или иные тяжкие последствия;
- 2) совершенное организованной группой;
- 3) малолетней –

наказывается лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет.

(4) Изнасилование малолетней, повлекшее особо тяжкие последствия, –

наказывается лишением свободы на срок от двадцати до двадцати пяти лет или пожизненным лишением свободы.

Примечание. В случаях, когда виновный обоснованно полагал несовершеннолетнюю потерпевшую совершеннолетней, уголовная ответственность наступает по части первой настоящей статьи, если в действиях отсутствуют признаки, предусмотренные пунктами 1-5 части второй этой статьи.

В случаях, когда виновный обоснованно полагал малолетнюю потерпевшую несовершеннолетней, уголовная ответственность наступает по пункту 6 части второй настоящей статьи, если в действиях отсутствуют признаки, предусмотренные пунктами 1 и 2 части третьей этой статьи.

Под иными тяжкими последствиями, предусмотренными в пункте 1 части третьей настоящей статьи, следует понимать: самоубийство или покушение на самоубийство потерпевшей (совершеннолетней или несовершеннолетней), ее психическое расстройство, причинение виновным любого вида тяжелого вреда здоровью потерпевшей (прерывание беременности, возникновение внематочной беременности в результате изнасилования), в том числе и опасного для жизни в момент нанесения.

Под особо тяжкими последствиями, предусмотренными частью четвертой настоящей статьи, следует понимать: самоубийство или покушение на самоубийство малолетней потерпевшей, ее психическое расстройство, причинение виновным любого вида тяжелого вреда здоровью малолетней потерпевшей (возникновение внематочной беременности, потеря способности к деторождению, утрата возможности половой жизни в результате изнасилования), в том числе и опасного для жизни в момент нанесения, причинения по неосторожности смерти малолетней потерпевшей, заражения ее ВИЧ-инфекцией.

Малолетней считается девочка, не достигшая четырнадцати лет.

См. комментарий к статье 129 настоящего Кодекса.



### **Статья 130. Насильственные действия сексуального характера**

(1) Мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей) –

наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

(2) Те же деяния:

1) совершенные лицом, ранее совершившим насильственные действия сексуального характера, предусмотренные статьями настоящей главы;

2) совершенные группой лиц;

3) группой лиц по предварительному сговору;

4) соединенные с угрозой убийством или причинения тяжкого вреда здоровью, а также совершенные с особой жестокостью по отношению к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам;

5) повлекшие заражение потерпевшего (потерпевшей) венерическим заболеванием;

6) совершенные в отношении заведомо несовершеннолетнего (несовершеннолетней), –

наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет.

(3) Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, если они:

1) повлекли по неосторожности смерть потерпевшего (потерпевшей);

2) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшего (потерпевшей), заражение его (ее) ВИЧ-инфекцией или иные тяжкие последствия;

3) совершены в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста;

4) совершены организованной группой, –  
наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет.

### **Статья 157. Вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий**

(1) Вовлечение несовершеннолетнего лица в пьянство, употребление наркотических средств или других одурманивающих веществ без назначения врача, проституцию, бродяжничество или

попрошайничество, совершение сексуальных действий, а равно в действия, связанные с изготовлением материалов или предметов порнографического характера, совершенные лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, –

наказываются привлечением к общественным работам на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов либо штрафом от ста до трехсот месячных расчетных показателей, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

(2) Те же деяния, совершенные с применением физического насилия или угрозы его применения, –

наказываются штрафом от трехсот до пятисот расчетных показателей либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до пяти лет.

### **Статья 246. Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ без цели сбыта**

(1) Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ в небольших размерах без цели сбыта, совершенные в течение года после применения мер административного взыскания за те же действия, –

наказываются привлечением к общественным работам от ста до двухсот сорока часов или штрафом в размере до пятидесяти расчетных показателей либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.

(2) Те же деяния, совершенные лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с наркотиками, –

наказываются штрафом в размере до ста расчетных показателей или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от одного года до трех лет.

(3) Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ без цели сбыта, если их предметом явились наркотические средства в крупных размерах, –

наказываются штрафом от двухсот до пятисот расчетных показателей или лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

(4) Те же деяния, если их предметом явились наркотические средства в особо крупных размерах, –

наказываются штрафом в размере от трех тысяч до десяти тысяч расчетных показателей или лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества.

Примечание. Перечень наркотических средств и психотропных веществ, а их размеры, имеющие значение для квалификации деяний по настоящей статье, а также по другим статьям настоящего Кодекса, утверждаются Правительством Кыргызской Республики по представлению уполномоченного органа по контролю наркотиков в порядке, установленном Законом Кыргызской Республики “Об органе Кыргызской Республики по контролю наркотиков”.

Лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьей, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их аналоги и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

Не может признаваться добровольной сдачей наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов при задержании лица, а также при производстве следственных действий по их обнаружению и изъятию.

### **Статья 247. Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта, а равно незаконные производство или сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо прекурсоров**

(1) Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта, а равно незаконные производство или сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо прекурсоров –

наказываются лишением свободы на срок от четырех до восьми лет.

(2) Те же деяния, совершенные:

- 1) группой лиц по предварительному сговору;
- 2) в крупном размере;
- 3) лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, в отношении заведомо несовершеннолетнего;
- 4) лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с наркотическими средствами, –

наказываются лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет с конфискацией имущества.

(3) Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные:

- 1) организованной группой;
  - 2) лицом с использованием своего служебного положения;
  - 3) в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста;
  - 4) в особо крупном размере, –
- наказываются лишением свободы на срок от двенадцати до двадцати лет с конфискацией имущества.

### **Статья 248. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ**

(1) Незаконное завладение наркотическими средствами или психотропными веществами, совершенное путем хищения или вымогательства, –

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой.

(2) То же деяние, если оно совершено:

- 1) неоднократно или лицом, ранее судимым за хищение или вымогательство;
- 2) группой лиц по предварительному сговору;
- 3) лицом, которому наркотические вещества или психотропные вещества были вверены в связи с его служебным положением или под охрану, –

наказывается лишением свободы на срок от шести до десяти лет с конфискацией имущества.

(3) Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, если оно совершено организованной группой либо в крупном размере, –

наказывается лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет с конфискацией имущества.

(4) Деяния, предусмотренные частями первой, второй и третьей настоящей статьи, совершенные преступным сообществом либо в особо крупном размере, –

наказываются лишением свободы на срок от двенадцати до двадцати лет с конфискацией имущества.

## **Статья 249. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ**

(1) Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ –

наказывается исправительными работами на срок до двух лет либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.

(2) То же деяние, если оно совершено:

1) группой лиц по предварительному сговору;

2) в отношении несовершеннолетнего либо двух или более лиц;

3) с применением физического насилия или угрозы его применения, –

наказывается исправительными работами на срок до трех лет или ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет.

(3) Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, если они совершены организованной группой или по неосторожности повлекли смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, –

наказываются лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет.

## **Статья 250. Посев и выращивание наркотикосодержащих культур**

(1) Посев или выращивание запрещенных к возделыванию наркотикосодержащих культур в небольших размерах, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания за те же действия, –

наказываются штрафом в размере от ста до трехсот расчетных показателей либо исправительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы от двух до пяти лет с конфискацией имущества или без таковой.

(2) Те же деяния, совершенные в крупных размерах или группой лиц по предварительному сговору, или лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с наркотическими средствами, –

наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет с конфискацией имущества.

Примечание. Размеры запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, для целей настоящей статьи утверждаются Правительством Кыргызской Республики.

**Статья 251. Нарушение установленных правил производства и законного оборота наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров**

(1) Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров либо инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, повлекшее их утрату, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил, –

наказывается штрафом в размере от ста до двухсот расчетных показателей либо лишением свободы на срок до двух лет.

(2) То же деяние, совершенное из корыстных побуждений либо лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с наркотическими средствами, либо повлекшее по неосторожности причинение вреда здоровью человека или иные тяжкие последствия, –

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

**Статья 252. Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ**

(1) Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ или предоставление помещения для тех же целей –

наказываются исправительными работами на срок до двух лет либо ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до трех лет с конфискацией имущества или без таковой.

(2) Те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору, –

наказываются ограничением свободы на срок от трех до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет.

**Статья 253. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ**

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, –

наказывается штрафом в размере до одной тысячи расчетных показателей либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо без такового.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

### **Статья 260. Вовлечение в занятие проституцией**

(1) Вовлечение в занятие проституцией путем применения физического насилия или угрозы его применения, шантажа, уничтожения имущества или обмана –

наказывается штрафом в размере от пятисот до одной тысячи расчетных показателей либо ограничением свободы на срок от одного до трех лет, либо лишением свободы от одного года до трех лет.

(2) То же деяние, совершенное организованной группой, -

наказывается штрафом в размере от одной тысячи до десяти тысяч расчетных показателей либо ограничением свободы на срок от трех до пяти лет, либо лишением свободы от трех до пяти лет.

### **Статья 261. Организация или содержание притонов для занятия проституцией**

(1) Деяния, направленные на организацию занятия проституцией другими лицами, а равно содержание притонов для занятия проституцией или систематическое предоставление помещений для занятия проституцией –

наказываются штрафом в размере от пятисот до одной тысячи расчетных показателей либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до трех лет с конфискацией имущества.

(2) Те же деяния, совершенные:

1) лицом с использованием своего служебного положения;

2) с применением насилия или угрозой его применения, -

наказываются штрафом в размере от двух тысяч до пяти тысяч расчетных показателей или исправительными работами на срок до двух лет либо ограничением свободы на срок от трех до пяти лет, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет с конфискацией имущества.

(3) Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, совершенные с использованием для занятия проституцией лиц, заведомо не достигших четырнадцатилетнего возраста, –

наказываются лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества.

## **Выдержки из Уголовно-процессуального кодекса Кыргызской Республики**

(в редакции Закона КР от 25.06.2007 г. № 93)

### **Статья 4. Задачи уголовно-процессуального закона**

(1) Задачами уголовного процесса являются быстрое и полное раскрытие преступлений, изобличение и привлечение к уголовной ответственности лиц, их совершивших, справедливое судебное разбирательство и правильное применение уголовного закона.

(2) Установленный законом порядок производства по уголовным делам должен обеспечивать защиту от необоснованного обвинения и осуждения, от незаконного ограничения прав и свобод человека и гражданина, в случае незаконного обвинения или осуждения невиновного - незамедлительную и полную его реабилитацию, а также способствовать укреплению законности и правопорядка, предупреждению преступлений, формированию уважительного отношения к праву.

### **Статья 10. Уважение прав, свобод и достоинства личности**

(1) Уважение прав, свобод и достоинства личности обязательно для всех органов и лиц, участвующих в уголовном судопроизводстве.

(2) Недопустимо применение угроз, насилия и иных незаконных мер при проведении допросов, а также иных следственных и судебных действий.

(3) Содержание лица, в отношении которого в качестве меры пресечения избрано заключение под стражу, а также лица, задержанного по подозрению в совершении преступления, должно осуществляться в условиях, исключающих угрозу его жизни и здоровью.

### **Статья 11. Неприкосновенность личности**

(1) Никто не может быть заключен под стражу иначе как на основании и в порядке, предусмотренных настоящим Кодексом.

(2) Суд, прокурор, следователь обязаны немедленно освободить незаконно задержанного или лишеного свободы либо незаконно помещенного в медицинское учреждение или содержащегося под стражей свыше срока, предусмотренного законом или судебным



приговором.

(3) Никто из участвующих в деле лиц не может подвергаться насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению.

## **Статья 12. Охрана прав и свобод граждан при производстве по уголовным делам**

(1) Суд, судья, прокурор, следователь обязаны обеспечить охрану прав и свобод граждан, участвующих в уголовном процессе, создавать условия для их осуществления, принимать своевременные меры к удовлетворению законных требований участников процесса.

(2) Никто не обязан свидетельствовать против себя самого, своего (ей) супруга(и) и близких родственников, круг которых определяется настоящим Кодексом.

(3) Вред, причиненный гражданину в результате нарушения его прав и свобод при производстве по уголовному делу, подлежит возмещению по основаниям и в порядке, установленных законом.

(4) При наличии достаточных данных о том, что потерпевшему, свидетелю или другим участвующим в деле лицам, а также членам их семей или близким родственникам угрожают насилием, уничтожением или повреждением имущества либо иными опасными противоправными действиями, суд, прокурор, следователь, орган дознания обязаны в пределах своей компетенции принять предусмотренные законом меры к охране жизни, здоровья, чести, достоинства и имущества этих лиц.

(5) Никто не может быть осужден лишь на основе его собственного признания в совершении преступления.

(В редакции Закона КР от 8 августа 2004 года N 111)

## **Статья 13. Неприкосновенность жилища, охрана личной жизни, тайны переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений**

(1) Осмотр жилища производится только с согласия проживающих в нем лиц или на основании судебного решения, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 169-1 настоящего Кодекса.

(2) Обыск и выемка в жилище могут производиться на основании судебного решения, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 169-1 настоящего Кодекса.

(3) Ограничение права гражданина на тайну переписки, телефонных и иных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений допускается только на основании судебного решения.

(4) Наложение ареста на почтовые и телеграфные отправления и их выемка в учреждениях связи, контроль и запись телефонных и иных переговоров могут производиться только на основании судебного решения, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 169-1 настоящего Кодекса.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

#### **Статья 14. Неприкосновенность собственности**

(1) Никто не может быть лишен имущества иначе как на условиях, предусмотренных настоящим Кодексом.

(2) Изъятие принадлежащего собственнику имущества возможно при условии, если оно является вещественным доказательством по делу, а также в случаях и порядке, предусмотренных настоящим Кодексом.

#### **Статья 15. Презумпция невиновности**

(1) Обвиняемый считается невиновным пока его виновность в совершении преступления не будет установлена вступившим в законную силу приговором суда.

(2) Обвиняемый не обязан доказывать свою невиновность.

(3) Все сомнения в доказанности обвинения, которые не могут быть устранены в рамках надлежащей правовой процедуры в соответствии с настоящим Кодексом, толкуются в пользу обвиняемого. В его пользу должны разрешаться также неустранимые сомнения, возникшие при применении закона.

#### **Статья 16. Равенство граждан перед законом и судом**

(1) Правосудие осуществляется на началах равенства граждан перед законом и судом независимо от социального происхождения, имущественного и должностного положения, расовой и национальной принадлежности, пола, образования, языка, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, места жительства и других обстоятельств.

(2) Условия уголовного судопроизводства в отношении лиц, обладающих иммунитетом от уголовного преследования, определяются Конституцией Кыргызской Республики, настоящим Кодексом, за-

конами и международными договорами, ратифицированными Кыргызской Республикой.

#### **Статья 40. Права и обязанности подозреваемого**

(1) Подозреваемый имеет право:

- 1) знать, в чем он подозревается;
- 2) получить копии постановления о возбуждении против него уголовного дела, протокола задержания;
- 3) получить письменное разъяснение его прав;
- 4) иметь защитника с момента первого допроса, а при задержании – с момента фактического доставления его в орган дознания;
- 5) давать показания или отказаться от дачи показания;
- 6) давать показания на родном языке или языке, которым владеет;
- 7) пользоваться услугами переводчика;
- 8) представлять доказательства;
- 9) заявлять ходатайства и отводы;
- 10) знакомиться с протоколами следственных действий, проведенных с его участием, и подавать замечания, которые вносятся в протокол;
- 11) участвовать с разрешения следователя в следственных действиях, проводимых по его ходатайству или ходатайству защитника либо законного представителя;
- 12) приносить жалобы на действия работника органов дознания, действия и решения следователя, прокурора.

(2) Подозреваемый обязан:

- 1) являться по вызову органа, ведущего расследование дела;
  - 2) подчиняться распоряжениям следователя, прокурора.
- (3) Подозреваемый может подвергаться по требованию органа, ведущего расследование дела:
- 1) досмотру, а также личному обыску;
  - 2) врачебному осмотру, дактилоскопированию, запечатлению, изъятию образцов биологического происхождения (крови, выделений человеческого организма);
  - 3) освидетельствованию;
  - 4) экспертизе.

(4) Подозреваемый имеет также другие права и несет другие обязанности, предусмотренные настоящим Кодексом.

(5) При каждом доставлении подозреваемого в изолятор временного содержания, а также при поступлении жалобы от него самого, его защитника, родственников о применении к нему физического насилия со стороны работников органов дознания и следствия он подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию с составлением соответствующего документа. Обязанность проведения медицинского освидетельствования возлагается на администрацию изолятора временного содержания.

**Статья 42. Права и обязанности обвиняемого, подсудимого, осужденного (оправданного)**

(1) Обвиняемый имеет право:

1) получить копии постановлений о привлечении его в качестве обвиняемого, назначении экспертиз;

2) давать показания по предъявленному ему обвинению или отказаться от дачи показаний;

3) представлять доказательства;

4) заявлять ходатайства и отводы;

5) давать показания на своем родном языке или языке, которым владеет;

6) пользоваться услугами переводчика, а также защитника, в том числе при рассмотрении судом ходатайства следователя об избрании меры пресечения в виде заключения под стражу;

7) участвовать в следственных действиях, проводимых по его ходатайству и ходатайству его защитника;

8) знакомиться с заключением эксперта;

9) беспрепятственно общаться со своим защитником наедине и без ограничения количества и продолжительности бесед;

10) знакомиться по окончании следствия со всеми материалами дела и выписывать из него необходимые сведения;

11) приносить жалобы на действия работника органа дознания, действия и решения следователя, прокурора.

(2) Подсудимый имеет право участвовать в судебном разбирательстве дела, пользоваться всеми правами стороны, на последнее слово, обжаловать действия и решения суда.

Подсудимый не может быть лишен права на рассмотрение его уголовного дела в том суде и тем судьей, к подсудности которых оно отнесено настоящим Кодексом.

(3) Обвиняемый обязан:

1) являться по вызову органа, ведущего расследование;  
2) будучи взятым под стражу, подвергаться личному обыску;  
3) подвергаться врачебному осмотру, дактилоскопированию, запечатлению, освидетельствованию, экспертизе, изъятию образцов биологического происхождения (крови, выделений человеческого организма);

4) подчиняться распоряжениям следователя, прокурора.

(4) Подсудимый обязан:

1) являться в суд по вызову;  
2) подчиняться распоряжениям председательствующего в суде;  
3) не покидать зал судебного заседания без разрешения председательствующего;

4) соблюдать порядок в заседании суда.

(5) Обвиняемый, подсудимый имеют также другие права и несут другие обязанности, предусмотренные настоящим Кодексом.

(6) В порядке, предусмотренном настоящим Кодексом, права несовершеннолетнего или недееспособного обвиняемого, подсудимого осуществляет его законный представитель.

(7) При каждом доставлении обвиняемого в изолятор временного содержания или следственный изолятор, а также при поступлении жалобы от него самого, его защитника, родственников о применении к нему физического насилия со стороны работников органов дознания и следствия он подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию с составлением соответствующего документа. Обязанность проведения медицинского освидетельствования возлагается на администрацию изолятора временного содержания или следственного изолятора.

(8) Осужденный или оправданный имеет право:

1) знакомиться с протоколом судебного заседания и подавать на него замечания;

2) получить копии решений суда и обжаловать их;

3) знать о принесенных по делу жалобах и представлениях и подавать на них возражения;

4) участвовать в судебном рассмотрении жалоб и представлений.

(В редакции Законов КР от 24 марта 2004 года N 47, 25 июня 2007 года N 91)

## **Статья 46. Обязательность участия защитника**

Участие защитника в производстве по уголовному делу обязательно в случаях, если:

1) такое желание выразил подозреваемый, обвиняемый или подсудимый;

2) подозреваемому, обвиняемому или подсудимому трудно самостоятельно осуществлять принадлежащее ему право на защиту вследствие существенного нарушения функций речи, слуха, зрения, продолжительной тяжелой болезни, а также слабоумия, явной умственной неразвитости, других физических или психических недостатков;

3) подозреваемый, обвиняемый или подсудимый не владеет или недостаточно владеет языком уголовного судопроизводства;

4) подозреваемый, обвиняемый или подсудимый не достиг совершеннолетия;

5) лицо подозревается или обвиняется в совершении особо тяжкого преступления;

6) подозреваемый, обвиняемый или подсудимый является военнослужащим срочной службы;

7) между интересами подозреваемых, обвиняемых или подсудимых имеются противоречия и если хотя бы один из них имеет защитника;

8) в производстве по уголовному делу участвует представитель потерпевшего (частного обвинителя) или гражданского истца.

Участие защитника обязательно при рассмотрении судом ходатайства следователя об избрании в отношении обвиняемого меры пресечения в виде заключения под стражу. Это требование распространяется и на процедуру продления сроков содержания обвиняемого под стражей.

(В редакции Законов КР от 24 марта 2004 года N 47, 8 августа 2004 года N 111, 25 июня 2007 года N 91)

**Выдержки из Кодекса об  
административной ответственности**

(в редакции Закона КР от 09.11.2007 г. № 162)

**Статья 91-1. Умышленное уклонение иностранных граждан и лиц без гражданства от прохождения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ**

Умышленное уклонение иностранных граждан и лиц без гражданства от прохождения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ –

влечет административное выдворение из пределов Кыргызской Республики, предусмотренное статьей 39 настоящего Кодекса.

(В редакции Закона КР от 9 марта 2007 года N 33)

**Статья 91-2. Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ без цели сбыта в небольших размерах**

Незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ в небольших размерах без цели сбыта –

влекут наложение административного штрафа от пяти до двадцати расчетных показателей либо административный арест на срок до пяти суток с конфискацией наркотических средств или психотропных веществ.

Те же действия, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания за те же действия, –

влекут административный арест на срок от пяти до пятнадцати суток с конфискацией наркотических средств или психотропных веществ.

Примечание. Перечень наркотических средств и психотропных веществ, а также размеры, имеющие значение для квалификации деяний по настоящей статье, а также по другим статьям настоящего Кодекса, утверждаются Правительством Кыргызской Республики по представлению уполномоченного органа по контролю наркотиков в порядке, установленном Законом Кыргызской Республики “Об органе Кыргызской Республики по контролю наркотиков”.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

**Статья 91-3. Нарушение установленных правил производства и законного оборота наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров**

Нарушение установленных правил производства и законного оборота наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров –

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц от пятидесяти до ста расчетных показателей, на юридических лиц – от ста до тысячи расчетных показателей.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

**Статья 191. Непринятие мер по уничтожению дикорастущих наркотикосодержащих растений, посев или выращивание запрещенных к возделыванию наркотикосодержащих культур в больших размерах**

Непринятие мер по уничтожению дикорастущих наркотикосодержащих растений лицами, в ведении которых находятся земельные участки, либо посев или выращивание запрещенных к возделыванию наркотикосодержащих культур в небольших размерах –

влекут наложение административного штрафа на граждан – до одного, на должностных лиц – от двух до пяти расчетных показателей.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

**Статья 366. Употребление наркотических средств или психотропных веществ, распитие спиртных напитков или появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство**

Употребление наркотических средств либо психотропных веществ, а равно распитие спиртных напитков на улицах, стадионах, в скверах, во всех видах общественного транспорта и в других общественных местах или появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство, общественную нравственность, –

влекут наложение административного штрафа до одного расчетного показателя.

Те же действия, предусмотренные частью первой настоящей статьи, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания, –



влекут наложение административного штрафа от одного до двух расчетных показателей.

Действия, предусмотренные частью первой настоящей статьи, совершенные лицом, которое дважды в течение года подвергалось административному взысканию за употребление наркотических средств либо психотропных веществ, а равно за распитие спиртных напитков в общественных местах или появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, –

влекут наложение административного штрафа от двух до трех расчетных показателей.

Появление в общественных местах в состоянии опьянения несовершеннолетних, а равно употребление ими наркотических средств либо психотропных веществ или распитие ими спиртных напитков –

влекут наложение административного штрафа на родителей или лиц, их заменяющих, от одного до двух расчетных показателей.

(В редакции Закона КР от 25 июня 2007 года N 91)

### **Статья 367. Вовлечение несовершеннолетнего в антисоциальное поведение**

Вовлечение несовершеннолетнего в попрошайничество, употребление спиртных напитков, веществ или средств, не являющихся наркотическими или психотропными, но влияющих на интеллектуально-волевою деятельность, –

влечет наложение административного штрафа от одного до двух расчетных показателей.

## Приложение 6

Утверждены  
Постановлением Правительства  
Кыргызской Республики  
от 09.11.2007 г. № 543

### РАЗМЕРЫ наркотических средств, психотропных веществ и наркотикосодержащих растений, незаконный оборот которых влечет административную или уголовную ответственность

№ п/п	Наименование наркотического средства, психотропного вещества или растения	Размеры в граммах		
		Небольшой (до, включительно)	Крупный (свыше и до, включительно)	Особо крупный (свыше)

#### 1. Наркотические средства

##### 1.1. Каннабис, продукты каннабиса

1	<b>Солома каннабиса:</b>			
	невysушенная	400	400-12000	12000
	высушенная	80	80-2400	2400
2	<b>Марихуана:</b>			
	невysушенная	100	100-3000	3000
	высушенная	20	20-600	600
3	<b>Смола каннабиса (гашиш)</b>	3	3-90	90
4	<b>Масло каннабиса (гашишное масло)</b>	2	2-60	60

## 1.2. Опиаты

5	<b>Маковая солома:</b>			
	невысушенная	250	250-7500	7500
	высушенная	50	50-1500	1500
6	<b>Концентрат из маковой соломы</b>	15	15-450	450
7	<b>Декстрометорфан (деморфан)</b>	4	4-120	120
8	<b>Экстракт маковой соломы (экстракционный опий)</b> (в пересчете на сухой остаток)	3	3-90	90
9	<b>Опий, препараты опия</b>	3	3-90	90
10	<b>Настойки опия</b> (в том числе настойка опийно-бензойная) (в пересчете на сухой остаток)	3	3-90	90
11	<b>Экстракт опия сухой</b>	3	3-90	90
12	<b>Ацелированный опий</b> (в пересчете на сухой остаток)	2	2-60	60
13	<b>Героин, препараты героина</b>	1	1-30	30
14	<b>Препараты морфина</b>	1	1-30	30
15	<b>Морфин медицинский</b>	0,1	0,1-3	3
16	<b>Метадон</b>	0,1	0,1-3	3
17	<b>Оmnopон</b>	0,1	0,1-3	3
18	<b>Этилморфин</b>	0,1	0,1-3	3
19	<b>Ацетилкодеин</b>	0,1	0,1-3	3
20	<b>Кодеин медицинский</b>	0,2	0,2-6	6
21	<b>Тримеперидин (промедол)</b>	0,2	0,2-6	6
22	<b>Морфилонг</b>	0,05	0,05-1,5	1,5

## 1.3. Другие наркотические средства

23	<b>Пиритрамид (дипидолор)</b>	0,225	0,225-6,75	6,75
24	<b>Декстпропoxифен</b>	0,12	0,12-3,6	3,6
25	<b>Кокаин (основание и соли)</b>	0,03	0,03-0,9	0,9
26	<b>Фентанил</b>	0,001	0,001-0,03	0,03

## 2. Психотропные вещества

27	<b>Мепробамат</b>	<b>3</b>	<b>3-90</b>	<b>90</b>
28	<b>Препараты, содержащие амфетамин (фенамин и др.) (в пересчете на сухой остаток)</b>	<b>3</b>	<b>3-90</b>	<b>90</b>
29	<b>Кустарно приготовленные препараты из псевдоэфедрина, эфедрина или препаратов содержащих псевдоэфедрин и эфедрин или травы эфедры, содержащие меткатинон (эфедрон) (в пересчете на сухой остаток)</b>	<b>3</b>	<b>3-90</b>	<b>90</b>
30	<b>Меткатинон (эфедрон) (в пересчете на сухой остаток)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5-45</b>	<b>45</b>
31	<b>Метамфетамин (первитин)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5-45</b>	<b>45</b>
32	<b>Амфетамин (фенамин)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5-45</b>	<b>45</b>
33	<b>Барбитал</b>	<b>1</b>	<b>1-30</b>	<b>30</b>
34	<b>Глютетемид (ноксирон)</b>	<b>1</b>	<b>1-30</b>	<b>30</b>
35	<b>Бупренорфин</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8-24</b>	<b>24</b>
36	<b>Этаминал натрия</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6-18</b>	<b>18</b>
37	<b>Амобарбитал</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6-18</b>	<b>18</b>
38	<b>Фенобарбитал</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5-15</b>	<b>15</b>
39	<b>Фентермин</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5-15</b>	<b>15</b>
40	<b>Циклобарбитал</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4-12</b>	<b>12</b>
41	<b>Тетрагидроканнабинол (все изомеры)</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2-6</b>	<b>6</b>
42	<b>Галазепам</b>	<b>0,16</b>	<b>0,16-4,8</b>	<b>4,8</b>
43	<b>Бензфетамин</b>	<b>0,15</b>	<b>0,15-4,5</b>	<b>4,5</b>
44	<b>Мезокарб</b>	<b>0,15</b>	<b>0,15-4,5</b>	<b>4,5</b>
45	<b>Тетразепам</b>	<b>0,15</b>	<b>0,15-4,5</b>	<b>4,5</b>
46	<b>Оксазепам</b>	<b>0,12</b>	<b>0,12-3,6</b>	<b>3,6</b>
47	<b>Фепранон (амфепранон)</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1-3</b>	<b>3</b>
48	<b>Ципепрол</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1-3</b>	<b>3</b>
49	<b>Диазепам</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1-3</b>	<b>3</b>
50	<b>Клобазам</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08-2,4</b>	<b>2,4</b>

51	<b>Медазепам</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07-2,1</b>	<b>2,1</b>
52	<b>Темазепам</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06-1,8</b>	<b>1,8</b>
53	<b>Катинон</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05-1,5</b>	<b>1,5</b>
54	<b>Хлордiazепоксид</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05-1,5</b>	<b>1,5</b>
55	<b>Фенметразин</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05-1,5</b>	<b>1,5</b>
56	<b>Бромазепам</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04-1,2</b>	<b>1,2</b>
57	<b>Нитразепам</b>	<b>0,03</b>	<b>0,03-0,9</b>	<b>0,9</b>
58	<b>Мидазолам</b>	<b>0,02</b>	<b>0,02-0,6</b>	<b>0,6</b>
59	<b>Лоразепам</b>	<b>0,02</b>	<b>0,02-0,6</b>	<b>0,6</b>
60	<b>Золпидем</b>	<b>0,02</b>	<b>0,02-0,6</b>	<b>0,6</b>
61	<b>Клоназепам</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01-0,3</b>	<b>0,3</b>
62	<b>Флунитразепам</b>	<b>0,006</b>	<b>0,006-0,18</b>	<b>0,18</b>
63	<b>Эстазолам</b>	<b>0,006</b>	<b>0,006-0,18</b>	<b>0,18</b>
64	<b>Аминорекс</b>	<b>0,005</b>	<b>0,005-0,15</b>	<b>0,15</b>
65	<b>4-Метиламинорекс</b>	<b>0,005</b>	<b>0,005-0,15</b>	<b>0,15</b>
66	<b>Альпразолам</b>	<b>0,003</b>	<b>0,003-0,09</b>	<b>0,09</b>
67	<b>Триазолам</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001-0,03</b>	<b>0,03</b>
68	<b>Бротизолам</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0005-0,015</b>	<b>0,015</b>

### 3. Растения (количество)

1	<b>Растения дикорастущей конопли, за которыми установлен уход с целью обеспечения их произрастания</b>	<b>50</b>	<b>50-100</b>	<b>100</b>
2	<b>Канабис (конопля)</b>	<b>15</b>	<b>15-30</b>	<b>30</b>
3	<b>Эфедра хвощевая</b>	<b>15</b>	<b>15-30</b>	<b>30</b>
4	<b>Опийный мак</b>	<b>10</b>	<b>10-20</b>	<b>20</b>
5	<b>Грибы</b> содержащие наркотические средства или психотропные вещества (плодовые тела)	<b>10</b>	<b>10-30</b>	<b>30</b>
6	<b>Кактусы,</b> содержащие наркотические средства или психотропные вещества	<b>1</b>	<b>1-10</b>	<b>10</b>
7	<b>Кокаиновый куст</b>		<b>1</b>	<b>1</b>

## **МЕЖДУНАРОДНЫЕ РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПО ПООЩРЕНИЮ И ЗАЩИТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С ВИЧ/СПИДОМ**

Приняты второй международной консультацией по ВИЧ/СПИДу и правам человека, организованной совместно Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и Объединенной Программой ООН по ВИЧ/СПИДу, Женева, 23-25 сентября 1996 года.

### **Руководящий принцип 4: Уголовное законодательство и исправительные системы**

Государствам следует пересмотреть и реформировать их уголовное законодательство и исправительные системы, с тем чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека, не использовались недобросовестно в контексте ВИЧ/СПИДа и не были направлены против уязвимых групп населения.

а. В уголовном законодательстве и/или законодательстве в области общественного здравоохранения следует не предусматривать специальные составы преступления для случаев умышленной и намеренной передачи ВИЧ, а использовать в этих исключительных случаях состав общеуголовных преступлений. Это должно обеспечить четкое и законное определение таких элементов, как предвидимость, преднамеренность, причинность и согласие, для обоснования обвинительного приговора и/или более суровых мер наказания.

б. Уголовное законодательство, запрещающее половые акты (в том числе прелюбодеяние, содомию, блуд и сводничество) между согласными на них взрослыми лицами в рамках частной жизни, следует пересмотреть с целью отмены. В любом случае не следует допускать, чтобы оно препятствовало предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа.

с. Что касается работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, то вначале следует пересмотреть уголовное законодательство с целью его декриминализации, а затем посредством введения мер правового регули-

рования обеспечить соблюдение правил гигиены и безопасности в целях защиты работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг. Уголовное законодательство не должно препятствовать тому, чтобы лица, работающие в сфере сексуальных услуг и их клиенты пользовались услугами по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа. Уголовное законодательство должно обеспечивать работающим в этой сфере детям и взрослым, которые оказались втянутыми в нее в результате их продажи или применения других форм принуждения, защиту от принудительного вовлечения в индустрию секса и освобождение от ответственности за участие в такой деятельности; напротив, оно должно обеспечивать их уход из сферы сексуальных услуг и предоставление им медицинской и социально-психологической помощи, в том числе связанной с ВИЧ.

d. Уголовное законодательство не должно препятствовать государствам использовать меры, уменьшающие риск передачи ВИЧ среди шприцевых наркоманов и обеспечивающие уход и лечение таких лиц с ВИЧ-инфекцией. При пересмотре уголовного законодательства необходимо учитывать следующие аспекты:

- разрешение или легализация и поощрение программ по обмену игл и шприцев;
- отмена законов, объявляющих противозаконными хранение, распространение и раздачу игл и шприцев.

#### **Руководящий принцип 5: Антидискриминационные и охранительные законы**

Государствам следует принять или усилить антидискриминационные и другие охранительные законы, которые защищали бы от дискриминации в государственном и частном секторах уязвимые группы, лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, и инвалидов; обеспечивали бы неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований на человеке; делали бы акцент на воспитании и примирении и предусматривали бы быстрое и эффективное применение административных и гражданско-правовых средств защиты.

е. Законы, основанные на традициях и обычаях, которые влияют на положение различных групп общества и отношение к ним должно быть пересмотрено в свете антидискриминационного законодательства. При необходимости их следует изменить под углом поощрения и защиты прав человека, предусмотрев средства правовой защиты на случай недобросовестного использования таких законов и организовав информационно-просветительские кампании и кампании по мобилизации общественности в целях изменения этих законов и связанных с ними отношений.

ф. Следует принять антидискриминационные и защитительные законы, имея в виду уменьшить нарушения прав человека применительно к мужчинам, вступающим в половые отношения с мужчинами, в том числе в связи с ВИЧ/СПИДом, чтобы, в частности, сократить их подверженность риску инфицирования ВИЧ и воздействию ВИЧ/СПИДа. В рамках этих мер следует предусмотреть наказания за диффамацию в отношении лиц, поддерживающих половые отношения с лицами того же пола, и признать в законном порядке однополые браки и/или связи, приняв соответствующие положения для урегулирования таких вопросов, как имущественные отношения, развод и наследование. Возраст добровольного вступления в половые и брачные отношения должен быть соразмерным для гетеросексуальных и гомосексуальных связей. Следует пересмотреть законы и применяемую полицией практику притеснения мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, чтобы обеспечить адекватную правовую защиту в таких ситуациях.

г. Следует отменить законы и нормативные акты, устанавливающие ограничения на деятельность движений или ассоциаций уязвимых групп в контексте ВИЧ/СПИДа, приняв соответствующие меры на уровне законодательства (его декриминализация) и правоприменительной практики.

h. Законодательство об общественном здравоохранении, уголовное и антидискриминационное законодательство должно запрещать обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфицированности для конкретно определенных групп, в том числе уязвимых групп.



**Список литературы по теме**

1. Адилов А.Н. Правовые средства борьбы с наркотизмом. Учебное пособие. – Б.: Академия МВД КР, 2001.
2. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Рамм А.Н. «Методические рекомендации по мониторингу наркологической ситуации в Республике Казахстан. Павлодар, 2004 г.
3. Антонио Мария Коста Исполнительный директор Управления ООН по наркотикам и преступности «Потребители инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД в тюрьмах. Встреча Комитета Коспонсорских организаций (Committee of Cosponsoring Organizations - CCO), Москва, 2005.
4. Аскерова К. На облака я смотрю уже по-другому... Об уроках Совместной расширенной программы учреждений ООН по ВИЧ/СПИДу и Правительства КР глазами ее участников (2002-2005). Бишкек, 2005 г.
5. Бакиев К.С. Кыргызстан: в будущее без наркотиков Выступление на научно-практической конференции. Май 2005 г.
6. Баррис С. Консультирование по юридическим аспектам предупреждения БППП и СПИДа в Кыргызской Республике: отчет и рекомендации. UNDP. – 1998.
7. Башмакова Л., Курманова Г., Кашкарев А. «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния», Бишкек, 2003.
8. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. Павлодар, 2005 г.
9. Важная информация для сотрудников правоохранительных органов о снижении вреда от употребления наркотиков инъекционным путем и о том как избежать заражения инфекциями, передающимися через кровь. AFEW.

10. Василенко И.В., Катков А.Л. Программы снижения вреда в наркологической практике (клинический, социальный и организационно-экономический аспекты). Павлодар, 2005.
11. ВИЧ в тюрьмах. Практическое пособие для пенитенциарных систем Новых Независимых Государств. ВОЗ, 2001 г.
12. ВИЧ/СПИД и образование. Информационный сборник для руководителей и специалистов органов управления образованием и образовательных организаций Кыргызской Республики. Бишкек, 2006.
13. ВИЧ/СПИД и права человека, Международные руководящие принципы, ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998 г.
14. ВИЧ/СПИД и права человека. Молодые люди в действии. ЮНЕСКО/ЮНЭЙДС, Женева, 2001 г.
15. ВИЧ/СПИД Польша: взгляд кыргызстанцев. Бишкек, 2005 г.
16. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Евро ВОЗ, 2006.
17. Вне общества. Снижение вреда и предупреждение ВИЧ-инфекции. AFEW, 2007 г.
18. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Особенности подходов, методов и процедур оценивания обучения на основе жизненных навыков.
19. Вульф Даниель Снижение вреда в Кыргызстане: Спасая жизни. Бишкек, 2005 г.
20. Годиньо Д., Новатны Т., и др. ВИЧ/СПИД и туберкулез в Центральной Азии. Всемирный банк, 2003.
21. Годовой отчет Всероссийской сети снижения вреда за 2005 г. ВССВ, 2006 г.
22. Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы.

23. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путём лечения наркотической зависимости. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС, 2004 г.
24. Данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике за 2004-2007 гг.
25. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 г. на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН.
26. Деятельность по снижению зависимости от психоактивных веществ. ВОЗ.
27. Доклад международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 г., ООН, Нью-Йорк, 2006.
28. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС, 2006.
29. Дублинская декларация «О партнерстве и сотрудничестве в Европе и Центральной Азии», 2003.
30. Живи модно, живи безопасно. AFEW, Алматы.
31. Жизнь продолжается, даже если... AFEW, Алматы, 2008.
32. За будущее детей. Альянс «Новая наркополитика». Информационный бюллетень по профилактике наркомании. «Рука помощи», Бишкек, АКН, №2, 2004.
33. Зазулин Г.В., Фролова Н.А. Актуальные вопросы антинаркотической политики: отечественный и зарубежный опыт. – Санкт-Петербург, 2003.
34. Защити себя сам. Брошюра для мужчин, находящихся в местах лишения свободы. AFEW, Алматы.
35. Защити себя сама. Брошюра для женщин, находящихся в местах лишения свободы. AFEW, Алматы.
36. Защищая будущее. Обращение к потребностям и надеждам уличной молодежи в бывшем СССР. ИОО. 2005 г.

37. Зеличенко А.Л. «Ястребы, голуби, совы». Сборник «Heroin formula 1». Бишкек, 2007, с. 91-99.
38. Зеличенко А.Л. «Внедрение программ «Снижения вреда» в исправительных колониях ГУИН МЮ КР», Программа КАР-ХАП, 2005-2006 гг.
39. Зеличенко А.Л. Афганская наркоэкспансия 1990–х гг. и проблема национальной безопасности Кыргызстана. – Бишкек 2003.
40. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. Сборник тематических исследований. Центральная Восточная Европа и государства Центральной Азии. ЮНЭЙДС, ЮНОДССП, Нью-Йорк, 2001 г.
41. Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 25.04.2008 г. № 417.
42. Инструкция для сотрудников ОВД КР по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Утверждена приказом МВД от 20.08.2003 г., № 389.
43. Ислам против наркотиков. ДУМК/ПРООН, 2003 г.
44. Керими Н., Региональный координатор ЮНОДК «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Региональный семинар Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.
45. Князев А.И. К истории и современному состоянию производства наркотиков в Афганистане и их распространения в Афганистане. – Бишкек, 2003.
46. Коллекция ЮНЕЙДС «Лучшая практика». Просвещение по методу «равный-равному» и ВИЧ/СПИД, 2007 г.
47. Комплексный информационный сборник для тренингов по профилактике ИППП, ВИЧ/СПИДа и наркомании на основе принципа «Равный-Равному». ЮНЕСКО, г. Ташкент 2006 г.

48. Консультирование лиц, впавших в зависимость от химических препаратов и заболевших СПИДом. Журнал лечения зависимости от химических препаратов. Том 4, № 2, 1991 г. (Journal of Chemical Dependency Treatment, Volume 4, Number 2, 1991/ The Haworth Press, Inc.).
49. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года УП №445.
50. Концепция реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года. Одобрена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 декабря 2002 года № 833.
51. Ли В.А., Ли К.В. Профилактика химических аддикций. Бишкек, 2000.
52. Малиновска-Семпрух К., Хувер Д., Александрова А. Непреднамеренные Последствия: Антинаркотическая политика способствует развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в России и Украине. ИОО, 2003 г.
53. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.
54. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.
55. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.
56. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: лечение наркотической зависимости. Женева. ЮНОДК, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007.

57. Метадон. Пособие для всех, кто применяет метадон в своей практике. ISDD? Молодежная хартия для XXI века, свободного от наркотиков. Международная кампания.
58. Монитор. Журнал регионального представительства ЮНОДК в России и Белоруссии. Вебсайт: [www.unodc.org/russia/](http://www.unodc.org/russia/)
59. Надеждин А.В., Иванов А.И. Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования, Москва, 1998.
60. Назаралиев Ж.Б. Избавь и прости. – Москва, С.-Петербург: Медицинская пресса, 2001.
61. Наркомания в Средней Азии. Отчеты национальных экспертов за 1991-1997 гг. ВОЗ, 1999 г.
62. Обзор международного комитета по контролю над наркотиками «World Drug Report 2004. Volume2: Statistics».
63. Осмоналиев К. Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008.
64. Осмоналиев К.М. Уголовно-правовые меры предупреждения незаконного оборота наркотиков, применяемые в деятельности органов внутренних дел. Лекция. – М.: Академия МВД КР, 1998.
65. Отчет Международного комитета по контролю над наркотиками (УКНПП ООН) «Illicit Drugs Situation in the Region Neighboring Afghanistan and the Response of ODCCP», 2006.
66. Отчет о реализации целей развития Декларации тысячелетия. ООН в Кыргызской Республике. ООН, Бишкек, 2003 г.
67. Покровский В. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Москва, 2002.
68. Пособие для участников молодежных программ по профилактике злоупотребления наркотиками, ООН, Нью-Йорк, 2002 г.
69. Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИД и первичная медицинская помощь в странах Центральной и Восточной Европы и бывшем Советском Союзе. Результаты регио-

нального опроса. Издание Сети Проектов Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы. 2002 г.

70. Правовые основы организации борьбы с наркотизмом. Сборник нормативных актов (извлечений). Издание третье. АКН, Бишкек, 2005 г.
71. Правовые основы организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Бишкек, 2008.
72. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Вопросы уголовного права. 2006 г.
73. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Лечение наркотической зависимости. 2006 г.
74. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций. 2006 г.
75. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Учреждения контролируемого употребления наркотиков. 2006.
76. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Тюрьмы. 2006 г.
77. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Аутрич работа и предоставление информации. 2006 г.
78. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Вопросы стигматизации и дискриминации. 2006 г.
79. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Программы отпуска героина по медицинскому рецепту. 2006 г.

80. Приказы и нормативные правовые акты по оказанию наркологической помощи. МЗ КР, Бишкек, 2004 г.
81. Программа снижения вреда от употребления наркотиков. Информационный дайджест. AFEW, 2006.
82. Профилактика ВИЧ-инфекции. Пособие для преподавателей педагогических специальностей высших учебных заведений Кыргызской Республики. Бишкек, 2007.
83. Профилактика наркомании, ВИЧ/СПИДа и деятельность некоммерческих неправительственных организаций стран Центральной Азии. ЮНОДК, Ташкент, 2005 г. Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования. Пособие для педагогов средних учебных заведений. Бишкек, 2000.
84. Пять лет Уголовному кодексу Кыргызской Республики: проблемы дальнейшей либерализации уголовной политики государства. Бишкек, 2003.
85. Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2006. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2006.
86. Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2007. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2007.
87. Развитие эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2008. ЮНЭЙДС/ВОЗ, Женева, Швейцария, 2008.
88. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в КР за 2007 г. Материалы конференции. Бишкек, 16-17 июня 2008 г.
89. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. AFEW, Алматы, 2007.
90. Рекомендации ЮНЕСКО по лексике и содержанию материалов на тему ВИЧ и СПИД. 2006 г.
91. Решение проблемы ВИЧ/СПИД. ЮНОДК.



92. Рука помощи. Информационный бюллетень по профилактике наркомании и ВИЧ/СПИДа Агентства Кыргызской Республики по контролю наркотиков. 2004-2005 гг.
93. Саякова М.К., Осмоналиев К.М. Предупреждение наркотизма несовершеннолетних. – Бишкек, 2002.
94. Сборник материалов международного коллоквиума «Опиумная война в Центральной Азии». Бишкек, 2000.
95. Сборник материалов международного семинара «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии». Бишкек 1999.
96. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. Москва: Генезис, 2001.
97. Снижение вреда в России. Бюллетень Всероссийской сети снижения вреда. AFEW; Проект «Глобус». 2005-2006 гг.
98. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ, Женева, 2004 г.
99. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. ООН, Управление по наркотикам и преступности, 2003 г.
100. СПИД-сервисные неправительственные организации Кыргызстана. Бишкек. 2004.
101. СПИД-сервисные неправительственные организации Центральной Азии. Бишкек. 2005.
102. Субата Э., Пхакадзе Г. Оценка пилотного проекта по заместительной терапии метадонотом в Кыргызской Республике. Бишкек, 2006 г.
103. Тарасова Н.В. Наркомания. Опыт борьбы в США. Москва, Юрнига, 2004.

104. Токубаев Р.Б. Доступность зависимости от наркотической зависимости в Кыргызской Республике. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.
105. Токубаев Р.Б. Опыт внедрения ОЗТ в Кыргызстане. Сообщение на региональном семинаре «Правовые и организационные вопросы внедрения опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане». Бишкек, Кыргызстан, 1-5 сентября 2008 г.
106. Тюрьмы и ВИЧ/СПИД. Журнал Ментальное здоровье и ВИЧ/СПИД. Бишкек, 2008 г., № 2.
107. Употребление наркотиков и ВИЧ/СПИД. Заявление ЮНЭЙДС, сделанное на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотическим средствам. ЮНЭЙДС, 9 июня 1998 г.
108. Учет лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. ЮНОДК, ЮНЭЙДС, Нью-Йорк, 2004 г.
109. Факты в пользу программ снижения вреда. INHRDP OSI, 2005.
110. Что такое наркотики. Бишкек, 2002-2006.
111. Шапиро Б.М., Башмакова Л.Н., Курманова З. Здоровый образ жизни. Пособие для учителя. ЮСАИД, Алматы 2003.
112. Экспресс-оценка положения злоупотребления наркотиками в городе Бишкек. АКН, Бишкек, 2004 г.
113. Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передаваемых половым путем. Новосибирск 2001 г.
114. Harm Reduction News. Информационный бюллетень Международной Программы Снижения вреда Института «Открытое общество». 2003-2008.

### **Вебсайты:**

<http://www.narcom.ru/ideas/socio/87.html>.

[www.afew.org](http://www.afew.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

[www.unodc.org](http://www.unodc.org)

[www.ceehrn.org](http://www.ceehrn.org)

[www.aids.ru](http://www.aids.ru)

[www.poz.ru](http://www.poz.ru)

[www.hcv.ru](http://www.hcv.ru)

[www.theglobalfund.kg](http://www.theglobalfund.kg)

[www.soros.org/harm-reduction](http://www.soros.org/harm-reduction)

[www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://www.aidslaw.ca/modellaw-ru)

[www.partner-net.kg](http://www.partner-net.kg)

### **Материалы конференций:**

Актуальные вопросы профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан и Центральной Азии. Г. Павлодар, Казахстан, 29-30 сентября 2005 г.

Кыргызстан: в будущее без наркотиков. Республиканская конференция 7 июня 2005 г.

Развитие эффективной политики в области ВИЧ/СПИДа и наркотиков. Душанбе, Таджикистан, 22 ноября, 2004 г.

Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков в Кыргызской Республике. Г. Ош, 29-30 мая, 2003 г.

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ТЕОРИИ  
И ПРАКТИКИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА**

*Учебно-методическое пособие*

Компьютерный набор в НИиРИО Академии МВД КР  
имени генерал-майора милиции Алиева Э. А.

Технический редактор *Корогочев З. Л.*

Компьютерная верстка,  
дизайн обложки *Елфимова Е.*  
Подписано в печать 13.02.2009 г.  
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$ . Объем 20,75 л.  
Заказ № 55 Тираж 500 экз.

ОсОО Издательский дом «Салам»  
г. Бишкек, ул. Гоголя, 120  
Тел.: (+996 312) 62-79-10  
Тел./факс: (+996 312) 62-09-90  
E-mail: id\_salam@mail.ru