

Коробицина Т.В.,

доктор медицинских наук
Сибирский федеральный университет,
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Государственная система медицинской и социальной реабилитации больных наркоманией в Красноярском крае

Существенные усилия, направленные на упорядочение и придание комплексного характера медицинским, социальным, психологическим, педагогическим и трудовым мероприятиям, направленным на восстановление здоровья, полноценную реинтеграцию в общество наркологических больных, создание системы побуждения их к прохождению лечения и реабилитации, были предприняты в 2010-х гг. Были заложены основы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ; на государственном уровне и в регионах, по сути, произошел пересмотр социальной политики и отношения к наркологическим больным. Так, в сентябре 2013 г. при краевом наркологическом диспансере № 1 в Красноярске был открыт первый государственный наркологический реабилитационный центр на 25 мест. В качестве пилотного проекта в апреле 2015 г. в Тинском психоневрологическом интернате (Красноярский край, Нижнеингашский район) появилось отделение социальной реабилитации больных наркоманией «Возрождение».

Федеральные законы от 25 ноября 2013 г. № 313-ФЗ и № 317-ФЗ внесли существенные изменения в Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и ряд других законодательных актов Российской Федерации в части, касающейся прохождения больными наркоманией реабилитации, в том числе разграничили их медицинскую и социальную реабилитацию, в связи с чем произошел отказ от ранее широко применявшегося термина «медико-социальная реабилитация». Однако собственно определения понятий (как и отсылок к имеющимся) медицинской и социальной реабилитации не было дано. В настоящее время можно ориентироваться на определение понятия медицинской реабилитации, изложенное в ст. 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 28 декабря 2024 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и социальной реабилитации в соответствии со ст. 26 Федерального закона от 23 июня 2016 г. № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации» и уточнением в пп. «ж» п. 4 Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года.

Необходимо отметить, что медицинская реабилитация, помимо предупреждения и снижения степени возможной инвалидности, улучшения качества жизни, сохранения работоспособности пациента, предусматривает его социальную интеграцию в общество, а социальная реабилитация – только полное или частичное восстановление социальных связей и функций, утраченных вследствие потребления наркотиков. В этой связи стоит обратиться к пп. «з» п. 4 Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, определяющему ресоциализацию как комплекс мероприятий (услуг), направленных на восстановление у наркопотребителей утраченных социально полезных связей, на укрепление позитивных моделей поведения и ценностных установок, а также на содействие таким лицам в получении правовой и социальной помощи, помощи в трудоустройстве. Однако в Федеральном законе от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и иных нормативных документах, регламентирующих оказание помощи больным наркоманией, термин не используется, о ресоциализации забыли. Внушает оптимизм то, что в Порядке прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации (утвержден приказами Минздрава РФ № 208Н, Минтруда РФ № 432Н от 3 мая 2023 г.) перечень мероприятий, предлагаемых к реализации в рамках оказания социальных услуг, выходя за рамки собственно социальной реабилитации, охватывает ресоциализацию.

Таким образом, можно согласиться, что нормативно-правовая база функционирования государственной системы медицинской и социальной реабилитации сформирована, и в Красноярском крае к 2025 году в соответствии с «Дорожной картой» по организации социальной реабилитации граждан, больных наркоманией, на 2023-2024 гг. созданы условия для реализации ее деятельности.

Что мы имеем? В 2023 г. в Красноярском крае были зарегистрированы 4916 человек с диагнозом наркомания (172,8 случая на 100 тыс. человек населения), прирост в сравнении с 2022 г. составил 6,7%¹. В систему медицинской реабилитации больных наркологического профиля включены все государственные учреждения здравоохранения, оказывающие лицензированную помощь по профилю «психиатрия-наркология»: 3 диспансера, районные и городские больницы муниципальных образований края (со второго полугодия 2022 г. организована работа отделения амбулаторной медицинской реабилитации на базе КНД №1 в г. Красноярске). Однако доля включенных в амбулаторные реабилитационные программы составляет всего 3,77-4,37%, успешно

¹ Доклад о наркоситуации в Красноярском крае в 2023 году : утвержден на заседании антинаркотической комиссии Красноярского края 20.03.2024.

ее завершают 50,9-60% больных. Реабилитационный центр, где были развернуты кабинеты арт-терапии, психологической разгрузки, кабинет психотерапевтических методик, тренажерный зал, лечебно-производственные мастерские, имелись оргтехника, спортивные тренажеры, библиотека, до сих пор на реконструкции. Фактически функционируют только 30-35 реабилитационных коек круглосуточного пребывания. В стационарные реабилитационные программы включаются только 2,8-2,97%, успешно завершают программу 71,6-75,6% из них.

Да, существует преимущество этапов медицинской и социальной реабилитации. В краевом бюджете на обеспечение деятельности специализированных центров социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц на период 2022-2024 годы были предусмотрены ассигнования в сумме 8,9 млн рублей (за эти средства проходили социальную реабилитацию в АНО «Ковчег» до 10 человек в год). В декабре 2024 г. на базе КГБУ СО «КЦСОН «Железнодорожный» в г. Красноярске было открыто первое в Красноярском крае отделение социальной реабилитации для больных наркоманией, прошедших медицинскую реабилитацию и признанных нуждающимися в социальном обслуживании. В полустационарной форме социального обслуживания предусмотрено оказание юридической и психологической помощи, содействие в трудоустройстве, обучении новым навыкам и открытии своего дела по социальному контракту (о результатах работы отделения можно будет судить только в 2026 г.). Кроме того, всеми КЦСОН предоставляются социальные услуги гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании в связи наличием внутрисемейного конфликта (около 4000 случаев). В рамках социального проекта КГКУ «Центр занятости населения г. Красноярска» в области содействия занятости лицам, успешно завершившим программу медицинской и социальной реабилитации и находящимся в стадии длительной ремиссии, «Береги себя для жизни!» помощь получили 84 человека. КГБУ СО «Красноярский центр социальной адаптации лиц, освобожденных из мест лишения свободы» тоже реализует пилотный проект по организации социальной реабилитации лиц, прошедших курс лечения от наркомании.

Как итог: число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от одного года до двух лет, на 100 больных среднегодового контингента составляет 13%; число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше двух лет – 11,4%. Если учесть отсутствие эффективного патронажа больных, то эти статистические данные могут не совсем верно отражать реальную, более печальную картину.

Несмотря на проблемы деятельности государственной системы медицинской и социальной реабилитации в регионе, стоит признать, что она не только работает, но имеет определенные перспективы

развития. Вместе с тем делает все более очевидной необходимость не столько бороться с последствиями, сколько предупреждать потребление наркотических средств и психотропных веществ.

Важенина И.В.

Академия управления МВД России (г. Москва)

**Проблемы борьбы с незаконным оборотом наркотиков
в странах Центральной Америки и Карибского бассейна
(на примере Республики Никарагуа)**

Незаконный оборот наркотиков является одним из крупнейших источников преступных доходов и в сочетании с коррупцией, пожалуй, представляет собой самую серьезную проблему для всех стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Латинская Америка стала горячей точкой глобальной преступности. Здесь расположены три крупнейших страны-производителя кокаина в мире – Колумбия, Перу и Боливия, а также основные точки выхода экспорта кокаина в Европу и США.

Многие факторы способствовали реальному и предполагаемому росту общественной незащищенности. Свою роль играют беспрецедентные темпы производства наркотиков и новые прибыльные маршруты наркотрафика в таких странах, как Парагвай и Аргентина. Экономические трудности Латинской Америки, которые особенно обострились во время пандемии, стали одной из основных причин вовлечения жителей в организованную преступность. Кроме того, распространенность коррупции в регионе позволила укорениться множеству незаконных рынков сбыта различных товаров. Эти рынки не ограничиваются незаконным оборотом наркотиков: преступные группировки занимаются контрабандой людей, кражей топлива, незаконными лесозаготовками и добычей полезных ископаемых, а также вымогательством. Некоторые группировки пытаются углубить свое влияние на легальный бизнес и укрепить контроль над сообществами, чтобы привлечь новых клиентов и участников, а также расширить свою географическую базу.

Корн (Corn Islands) – два небольших острова (Большой Корн и Малый Корн), расположенных в Карибском море у восточного побережья Никарагуа. Корн-Исланд относится к автономному региону южного побережья Карибского моря и является муниципальным центром. Муниципалитет Корн-Исланд расположен примерно в 83 км к востоку от города Блуфилдс департамента Лос-Анджелес и примерно в двух часах езды от Панга-Рапида и Ла-Ислиты. На этих территориях, с учетом их географического положения и криминалистических