

Особенности поведения потребителей инъекционных наркотиков, связанные с риском гемоконтактных инфекций

КИРЖАНОВА В.В.

к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения эпидемиологии ФГУ ННЦ наркологии

Рассмотрены сведения о 1803 потребителях инъекционных наркотиков (ПИН), проходивших лечение в наркологических учреждениях. Изучены их социально-демографические характеристики, особенности инъекционного поведения, факторы риска распространения ВИЧ, гепатитов В и С. Даны предложения по профилактике гемоконтактных инфекций среди ПИН.

Объектом данного исследования являлись больные с синдромом зависимости, употреблявшие наркотики инъекционным способом и находившиеся в 2006 г. на лечении в государственных наркологических стационарах Москвы, Ленинградской, Омской, Пермской, Читинской, Свердловской, Волгоградской областей, Приморского края и Республики Удмуртии.

При проведении исследования использовалась карта, ранее примененная для реализации социологического опроса наркоманов в Москве [5]. Эта карта была существенным образом изменена и доработана. Так, вопрос об образовании был разделен на 2 части: уровень образования и учеба в настоящее время. Включены вопросы об употреблении алкоголя, об использовании игл и шприцев другими потребителями. Поскольку исследование проводилось в клинике, были включены вопросы об обследовании на ВИЧ, гепатиты В и С, а также о проводимом лечении, клиническом диагнозе. Эта информация выкопировывалась интервьюерами (сотрудниками стационаров и сотрудниками ННЦ наркологии МЗ РФ) из стационарных историй болезни. Разработана инструкция по заполнению карты.

В результате собраны данные о 1803 ПИН, находившихся на лечении в государственных наркологических стационарах выбранных регионов в 2006 г.

Базы данных о респондентах, сформированные и выверенные в Excel, импортированы в SPSS для проведения дальнейшего анализа и статистической обработки.

Для изучения количественных переменных, таких, как «возраст», «возраст при первой инъекции наркотика», «инъекционный стаж» и т.п., использовались такие статистические характеристики, как среднее, медиана, стандартное отклонение и т.п. Поскольку большинство исследованных переменных имело распределение, отличное от нормального (гауссова), то при сравнении двух групп по количественному признаку (например, возраст) применялся непараметрический тест Колмогорова—Смирнова [1, 6].

Исследование групп по качественному признаку осуществлялось с помощью критерия χ^2 . Для изучения факторов риска количественные переменные приводились к бинарному виду. Последующий анализ таких переменных осуществлялся посредством критерия *отношение шансов* (ОШ) [7]. В совокупности критерий χ^2 и ОШ использовались для выявления факторов риска распространения ВИЧ, гепатитов В и С в рамках одномерного анализа [5, 3].

Основные характеристики ПИН

Анализируемая выборка ПИН с социально-демографической точки зрения может быть охарактеризована следующим образом: это мужчины и женщины в возрасте от 20 до 30 лет, жители крупных городов, имеющие среднее и среднее специальное образование, постоянную или временную работу, проживающие со своими родителями.

Первые пробы наркотика, как правило, начинались с 18 лет и у мужчин, и у женщин. Большинство респондентов (51,4%) первым наркотиком назвали героин, с легких наркотиков — производных конопли — начали употребление лишь 19,9% респондентов. У женщин по сравнению с мужчинами первым наркотиком значимо чаще был героин.

Большинство респондентов (55,5%) когда-либо в жизни проходило лечение в связи с зависимостью от наркотиков. Более чем у половины лечившихся (55,7%) интервал между последней и предыдущей госпитализацией составил менее 1 года.

Для анализа периода, в течение которого потребители инъекционных наркотиков попадали в поле зрения нарколога, рассчитана новая переменная — латентность «инъекционной наркомании», представляющая собой период от начала инъекционного потребления до установления диагноза впервые в жизни. Основные статистические характеристики этой переменной приведены в табл. 1.

В среднем респонденты обращались за помощью через 4,1 года после начала инъекционного потребления наркотика, причем женщины обращались к спе-

Латентность «инъекционной наркомании»

Длительность латентного периода	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Число респондентов	%	Число респондентов	%	Число респондентов	%
До 1 года	98	7,8	38	9,8	136	8,2
1—2 года	369	29,2	123	31,9	492	29,8
3—4 года	283	22,4	102	26,4	385	23,3
5—6 лет	191	15,1	59	15,3	250	15,2
7—9 лет	178	14,1	39	10,1	217	13,2
10 лет и более	145	11,5	25	6,5	170	10,3
Всего респондентов	1264	100,0	386	100,0	1650	100,0
Среднее	4,2		3,6		4,1	
Стандартное отклонение	3,5		2,8		3,3	
Минимум	0		0		0	
Максимум	25		13		25	
Kolmogorov—Smirnov, Z	1,407					
Значимость, p	0,038					

циалистам несколько раньше (3,6 года) по сравнению с мужчинами (через 4,2 года), и эти различия статистически значимы ($p=0,038$).

Лишь небольшому числу респондентов диагноз был установлен в течение первого года с момента первой в жизни инъекции. Среди опрошенных респондентов таких лиц было 136, или 8,2% от числа лиц, для которых был возможен расчет этого показателя. Большинству респондентов (62%) диагноз наркологического заболевания был установлен через 3 года и более после первой в жизни инъекции, среди мужчин таких лиц было 63,1%, среди женщин — 58,3%. Таким образом, позднее установление диагноза (т.е. позднее обращение к специалистам за помощью) было характерно для госпитализированных респондентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство ПИН в течение первых трех лет инъекционного потребления не имело контактов со специалистами, не получало адекватной медицинской, психологической и социальной помощи, не было включено в профилактические программы по предупреждению гемоконтактных инфекций. Следует отметить, что именно первые 3 года после начала инъекций являются значимым периодом для профилактики ВИЧ, гепатитов В и С.

Большинство обращений за специализированной помощью связано с желанием больного и его семьи (83%), в то же время доля направления на лечение социальными службами и правоохранительными органами ничтожна и в сумме составляла 2,1%, что свидетельствует об отсутствии социального давления с целью формирования мотивации на лечение у пси-

хиатра-нарколога. Это обусловлено, во-первых, отсутствием в нашей стране специализированных социальных служб, которые занимались бы вопросами адаптации и ресоциализации ПИН и больных наркоманией; во-вторых, действующее законодательство не предусматривает выведения лиц, зависимых от наркотиков, из системы уголовного правосудия для направления их на лечение и реабилитацию в рамках соответствующих программ.

В течение текущей госпитализации большинство респондентов получали детоксикационную терапию — 72,3%; наряду с этим 34,6% получало долгосрочную медикаментозную терапию; 34,4% — психотерапевтическое лечение; 22,2% — психологическую или социальную помощь. При этом выявлены определенные гендерные различия: женщины с большей степенью вероятности склонны к получению всех видов медицинской и социальной помощи, в то время как у мужчин выше вероятность отказа от лечения.

«Инъекционное» поведение

Для характеристики изучаемой выборки важное значение имеет продолжительность периода (лаг) от первых проб наркотика до первой инъекции, который характеризует продолжительность перехода к инъекционному употреблению наркотика. Переменная исчислялась как разница между возрастом первой инъекции и возрастом первых проб. Этот показатель удалось рассчитать для 1311 респондентов (72,7% от общего числа), для 492 респондентов (27,3%) показатель не был рассчитан из-за пропущенных значений в одной или двух переменных, на основании которых проводился расчет.

Таблица 2

Рискованное инъекционное поведение за последний год

	Распределение	% от числа ответивших
Использование чужих шприцев/игл за последний год		
Да	546	31,3
Нет	1198	68,7
Всего ответивших	1744	100
Использование других общих инъекционных приспособлений за последний год		
Да	426	24,7
Нет	1300	75,3
Всего ответивших	1726	100
Давались ли другим использованные шприцы/иглы за последний год		
Да	785	45,1
Нет	955	54,9
Всего ответивших	1740	100
Передозировки наркотиков за последний год		
Да	433	24,9
Нет	1307	75,1
Всего ответивших	1740	100
Всего респондентов	1803	

Подавляющее большинство респондентов в течение крайне короткого периода — менее 1 года — перешли от первых проб к инъекционному употреблению наркотика, таких лиц оказалось 1301, или 99,2% от общего числа; 10 респондентам (0,8%) для этого потребовалось от 1 до 12 лет.

Средний возраст первой инъекции наркотика составил 19,4 года, для мужчин — 19,6 года, для женщин — 18,8 года. Гендерные различия статистически значимы ($p < 0,001$).

Показатель длительности инъекционного потребления (инъекционный стаж) рассчитывался как разница между возрастом респондента на момент опроса и возрастом первой инъекции. Анализ этой переменной показал, что среди респондентов преобладали лица с большой продолжительностью инъекционного стажа: 60,2% ответивших респондентов употребляли наркотика инъекционным способом более 6 лет. Лица с инъекционным стажем до 1 года составили лишь 1,5%, 1—3 года — 22,6%, 4—5 лет — 15,7%.

Медиана продолжительности инъекционного стажа в целом по выборке составила 7 лет. У мужчин этот показатель был значимо больше (7 лет) по сравнению с женщинами (6 лет) ($p < 0,001$). Такая разница между мужчинами и женщинами может быть обусловлена тем, что мужчины в выборке старше женщин по возрасту.

Значимой характеристикой инъекционного поведения является интенсивность (частота) употребления наркотика. На вопрос о том, как часто употребляется основной наркотик, ответили 1672 респондента, 131 (7,3%) не ответили, 83 (4,6%) не употребляли основной наркотик в течение 30 дней перед госпитализацией. Из числа ответивших — подавляющее большинство (82,3%) употребляло основной наркотик ежедневно, 8,5% — 2—3 раза в неделю и лишь 9,2% (154 респондента) — 1 раз в неделю и реже.

Использование респондентами чужих шприцев или игл является фактором риска распространения гемоконтактных инъекций в среде самих ПИН и в населении [3, 4, 8].

В ходе опроса 31,3% больных, сообщили, что они использовали чужие шприцы/иглы за последний год, две трети больных (68,7%) не использовали. Четверть больных за последний год использовала общие инъекционные приспособления. Как правило, респонденты более откровенно рассказывают о своих знакомых. Поэтому для характеристики инъекционного поведения важны вопросы, связанные с поведенческими установками третьих лиц — знакомых респондентов. Оказалось, что давали использованные иглы/шприцы другим лицам 45,1% ответивших на этот вопрос. Четверть респондентов (24,9%) в течение последнего года перенесла передозировки наркотиков (табл. 2), что также характеризует инъекционное поведение как рискованное.

Использование чужих шприцев/игл за последние 30 дней практиковали 19,1% ответивших, 17,3% респондентов использовали общие инъекционные приспособления. Почти треть респондентов (29,9%) в течение последнего месяца давала свои использованные шприцы/иглы другим лицам.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что модели поведения, распространенные среди обследованных ПИН, связаны с высокой степенью риска развития гемоконтактных инфекций.

Несмотря на то, что все опрошенные больные на момент опроса находились на лечении в наркологическом стационаре, среди них велика доля лиц, которые не были обследованы на антитела к ВИЧ, гепатитам В и С. Доля не прошедших обследование на антитела к ВИЧ составила 23,8% от числа опрошенных больных, на антитела к вирусу гепатита В — 27,5%, на антитела к вирусу гепатита С — 15,9%.

Среди тех, кто прошел такое обследование, 17,8% имели ВИЧ-положительный статус, 26,9% были носителями вируса гепатита В, 80,3% — гепатита С.

Распространенность ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С среди респондентов в разных регионах варьировала (табл. 3). Самый низкий уровень ВИЧ-инфекции отмечался в Омской области (1,3%), самый

Тестирование на наличие антител к ВИЧ, гепатитам В и С

Субъект РФ	% ВИЧ+	% геп С+	% геп В+
Приморский край	4,8	35,6	21,5
Ленинградская область	62,7	87,7	38,3
Москва	19,0	85,9	26,1
Омская область	1,3	93,7	17,9
Пермская область	2,5	85,1	38,4
Республика Удмуртия	24,7	87,5	19,0
Читинская область	35,2	92,9	34,5
Волгоградская область	51,0	88,7	6,3
Свердловская область	13,6	71,4	74,5
Всего	17,8	80,3	26,9

высокий — в Ленинградской области (62,7%). Выше 5%-го барьера, который служит признаком концентрированной эпидемии ВИЧ среди ПИН, уровень ВИЧ-инфекции отмечался в 6 регионах из 9.

Распространенность гепатита С среди опрошенных высока во всех регионах, наименьший показатель отмечался в Приморском крае — 35,6%, в Омской области наблюдался самый высокий уровень — 93,7%. В восьми регионах из девяти распространенность гепатита С превышала 70%.

Распространенность гепатита В ниже, чем гепатита С, но также очень велика. Минимальный показатель имел место в Волгоградской области (6,3%), максимальный — в Свердловской области (74,5%).

Выявление факторов риска распространения ВИЧ-инфекции

Для выявления факторов риска распространения ВИЧ-инфекции были изучены связи между уровнем ВИЧ-инфицирования с каждой в отдельности переменной — предположительным фактором риска. Для этого были использованы четырехпольные перекрестные таблицы, критерий χ^2 и показатель ОШ. В контексте распространенности ВИЧ анализировалось 19 переменных: пол; возраст; инъекционный стаж; возраст первой инъекции; основной наркотик; постоянное проживание с потребителем наркотиков; учеба; основной источник средств существования; частота употребления основного наркотика; использование чужих игл и шприцев в течение последних 30 дней и в течение последнего года (2 переменные); использование инъекционных приспособлений также в течение последних 30 дней и в течение последнего года (2 переменные); давались ли другим лицам использованные иглы/шприцы в течение последних 30 дней и в

течение последнего года (2 переменные); передозировки наркотиков за последний год; лечение в любом наркологическом учреждении; состоит ли на учете в наркологическом учреждении; наблюдался ли у врача-нарколога.

Как отмечалось выше, уровень пораженности ВИЧ-инфекцией среди обследованных респондентов составил 17,8%; среди мужчин — 16,6%, среди женщин — 20,9%, однако статистической значимости эти различия не имели ($p=0,065$).

К факторам, способствующим распространению ВИЧ-инфекции, следует отнести такие особенности инъекционного поведения, как использование чужих игл/шприцев и других общих инъекционных приспособлений (фильтры и общие емкости для приготовления инъекционных растворов), из которых потребители и набирают раствор в свои индивидуальные шприцы. Так, например, те лица, которые использовали чужие шприцы/иглы в течение последнего года имели вероятность ВИЧ-инфицирования в 2,6 раза большую по сравнению с теми, кто такое поведение не практиковал ($p<0,001$). Респонденты, использовавшие другие общие приспособления, рисковали быть инфицированными ВИЧ в 2,6 раза чаще тех, кто избегал таких практик ($p<0,001$). Схожие результаты получены и в отношении использования чужих инъекционных приспособлений за последние 30 дней.

Значимым фактором риска является продолжительность инъекционного потребления. С увеличением инъекционного стажа растет вероятность инфицирования. Результаты данного исследования подтверждают важность этого фактора: респонденты, употреблявшие наркотики инъекционным способом более 4 лет, в 3,4 раза чаще имели вероятность быть ВИЧ-инфицированными по сравнению с теми, у кого инъекционный стаж составлял менее 4 лет ($p<0,001$).

Раннее начало инъекционного потребления способствует заражению ВИЧ: те респонденты, которые начали употреблять наркотики инъекционным способом до 18 лет, имели вероятность быть ВИЧ-инфицированными в 1,6 раза чаще по сравнению с теми лицами, которые начали «колоться» после 18 лет ($p=0,001$).

Еще один фактор риска — частота (интенсивность) инъекций. Те респонденты, которые «колотся» 2 раза в неделю и чаще имеют риск заразиться ВИЧ-инфекцией в 3,3 раза более высокую по сравнению с группой лиц, употребляющих инъекционные наркотики один раз в неделю и реже ($p=0,001$).

В предыдущих исследованиях [4] было установлено, что лица, состоящие на учете у врача-нарколога или уже получавшие наркологическую помощь ранее, поражены ВИЧ чаще, чем те лица, которые к наркологу еще не обращались. Схожие результаты были получены и в данном исследовании. Так, например, ПИН, наблюдавшиеся у врача-нарколога, имели вероятность быть инфицированными ВИЧ в 1,5 раза чаще по сравнению с теми, кто не наблюдался ($p=0,013$). И ранее, и сейчас мы рассматриваем этот фактор как результат позднего обращения больных за помощью, когда они имеют такие тяжелые осложнения «инъекционной наркомании», как ВИЧ-инфекция.

В ряде исследований было установлено, что для заражения гемоконтактными инфекциями имеет значение вид употребляемого наркотика. Установлено, что вероятность заразиться ВИЧ-инфекцией у потребителей героина в 2,2 раза выше по сравнению с потребителями кустарных опиатов ($p<0,001$). Полученные нами результаты координируются с данными о влиянии кустарно изготовленных наркотиков на инфицирование ВИЧ, полученными в Тольятти [8].

Кроме того, учащиеся имеют меньшую вероятность заразиться ВИЧ ($p=0,002$), что, по-видимому, связано с возрастом и соответственно более коротким инъекционным стажем.

Выявление факторов риска распространения гепатита С

Как уже упоминалось, распространенность гепатита С среди госпитализированных больных крайне высока и составляет в общей выборке 80,3% от числа обследованных.

Статистический анализ проводился, как и в предыдущем случае. Наиболее значимым фактором следует считать использование респондентами общих инъекционных приспособлений. Использование чужих игл/шприцев в течение последнего года увеличивает риск развития гепатита С в 3,6 раза ($p<0,001$); использование других общих инъекционных приспособлений увеличивает вероятность развития гепатита С в 2,2 раза ($p=0,001$). Изучение использования

чужих инъекционных приспособлений за последние 30 дней дало аналогичные результаты.

Косвенным отражением рискованного инъекционного поведения можно считать передозировки, перенесенные респондентами за последний год. У лиц, перенесших передозировки, вероятность развития гепатита С была в 2,4 раза выше по сравнению с теми, у кого передозировок не было ($p<0,001$).

Кроме того, косвенным признаком рискованного инъекционного поведения следует считать передачу респондентами собственных игл/шприцев другим потребителям наркотиков. Этот фактор в данном случае также имеет высокий уровень статистической значимости ($p=0,002$).

Пол не является значимым фактором, гепатит С одинаково часто поражает и мужчин, и женщин ($p=0,845$).

Несмотря на то, что более половины (65%) потребителей инъекционных наркотиков заражаются гепатитом С в течение первого года инъекционного потребления, инъекционный стаж является статистически значимым фактором риска и в данном случае. У лиц с инъекционным стажем 4 года и более вероятность заразиться гепатитом С в 3 раза выше, чем у лиц со стажем менее 4 лет ($p<0,001$).

Наряду с этим у респондентов в возрасте 20 лет и старше риск заразиться выше в 1,7 раза по сравнению с респондентами моложе 20 лет ($p=0,046$). Респонденты, начавшие употребление инъекционных наркотиков до 18 лет, имеют вероятность заразиться гепатитом С в 1,8 раза большую по сравнению с теми, кто начал инъекционное потребление наркотиков после 18 лет ($p<0,001$).

Инъекции наркотиков 2 раза в неделю и чаще повышают риск развития гепатита С почти в 10 раз ($p<0,001$).

Употребление героина способствует заражению гепатитом С: вероятность заболеть у лиц, употребляющих героин, выше в 3,1 раза по сравнению с лицами, употребляющими кустарные опиаты ($p<0,001$).

Имеет значение даже такой фактор, как постоянное проживание с потребителем инъекционных наркотиков: такие лица поражаются гепатитом С в 1,7 раза чаще по сравнению с теми, кто не проживает с потребителем наркотиков ($p=0,002$).

Учащиеся имеют вероятность заболеть меньшей, чем те, кто не учится. Этот фактор связан с возрастом и инъекционным стажем ($p=0,031$).

Респонденты, проходившие лечение или наблюдающиеся у врача-нарколога, болеют гепатитом С чаще тех, кто не обращался за лечением ($p<0,001$). Это, как и в случае с ВИЧ-инфекцией, связано с поздним обращением за лечением по поводу зависимости от наркотиков.

Выявление факторов риска распространения гепатита В

Основным фактором риска заражения вирусом гепатита В является рискованное инъекционное поведение респондентов: лица, использовавшие чужие иглы/шприцы в течение последнего года, имели вероятность заразиться в 1,4 раза чаще ($p=0,007$); использовавшие чужие инъекционные приспособления — в 1,7 раза чаще ($p<0,001$); перенесшие передозировки наркотиков — в 1,6 раза чаще ($p=0,001$). Высокая частота инъекций (2 раза в неделю и чаще) увеличивает вероятность заражения гепатитом В в 4 раза ($p<0,001$).

Употребление героина увеличивает вероятность заражения в 1,4 раза ($p=0,028$).

При инъекционном стаже 4 года и более вероятность заражения возрастает в 2,9 раза ($p<0,001$); у лиц в возрасте 20 лет и старше — в 2,8 раза ($p=0,004$).

Основные подходы к профилактике гемоконтактных инфекций среди ПИН

Результаты проведенного исследования дают представление о том, что «инъекционное» поведение ПИН связано с высоким риском развития ВИЧ — инфекции и гепатитов. Основным фактором риска следует считать использование чужих игл/шприцев и других общих инъекционных приспособлений; инъекционный стаж более 4 лет; раннее (до 18 лет) начало инъекционного потребления; высокая частота (интенсивность) инъекций.

ПИН, проходившие лечение от наркозависимости, значимо чаще инфицируются ВИЧ и вирусами гепатитов В и С. Этот факт объясняется тем, что лица, употребляющие инъекционные наркотики, обращаются за лечением поздно, когда перенесли гепатит С или В, или инфицированы ВИЧ. Следовательно, лечение от наркомании для ПИН либо недостаточно доступно, либо нежелательно в связи с правовыми ограничениями, связанными с постановкой на так называемый наркологический учет.

Одним из подходов к предупреждению распространения гемоконтактных инфекций среди ПИН является изменение организационных аспектов наркологической помощи населению. В первую очередь, следует пересмотреть принципы наблюдения больных наркологическими расстройствами в части, касающейся групп наблюдения, сроков наблюдения и профессиональных ограничений для лиц, включенных в реабилитационные программы. Либерализация диспансерного наблюдения позволит увеличить обращаемость больных за наркологической помощью, создаст

условия для раннего выявления больных наркоманией и предпосылки для более эффективного их лечения. Предложения по изменению принципов наблюдения наркологических больных разработаны и представлены в Росздрав в 2006 г. в рамках научно-исследовательской работы [9].

Следующим по значимости подходом является обеспечение доступности наркологической помощи на всех уровнях: федеральном, региональном, городском и муниципальном. В рамках этого предложения целесообразно расширить сеть амбулаторных реабилитационных центров, отделений, кабинетов, в задачи которых входило бы не только лечение больных наркологического профиля, но и обследование с целью диагностики сопутствующих заболеваний (ВИЧ, гепатиты В и С, туберкулез, сифилис и др.) и профилактика этих заболеваний.

Весьма актуальна для России задача разработки программ медицинской, психологической и социальной реабилитации для потребителей наркотиков. Следует разработать юридически показания и организационные формы альтернативного (в системе Минздрава) лечения наркологических больных. Применение мер, альтернативных тюремному заключению, в случаях личного употребления наркотиков получило широкое распространение в юридической практике многих стран. В Стандартных минимальных правилах Организации Объединенных Наций в отношении мер, не связанных с тюремным заключением (Токийские правила), изложены общепринятые принципы и практика применения мер, не связанных с тюремным заключением [2]. Одна из основных целей применения этих мер заключается в том, чтобы обеспечить связь между пенитенциарной системой и системой медицинского наблюдения за правонарушителями, которые злоупотребляют наркотиками, с учетом степени опасности правонарушения и состояния здоровья правонарушителя. В связи с этим необходимо расширять межведомственное сотрудничество между судебными органами, органами здравоохранения и органами социального обеспечения. Разработка и внедрение программ альтернативного лечения позволит снизить риск гемоконтактных инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков.

Результаты данного исследования свидетельствуют о высоком уровне латентности «инъекционной» наркомании: 60% ПИН в течение трех лет и более после первой инъекции находятся вне досягаемости наркологической службы, а обращаются за помощью после возникновения серьезных проблем в области здоровья — развития гепатитов С и В, ВИЧ-инфекции. Учитывая этот фактор, необходимо разрабатывать профи-

лактические программы, направленные на работу среди недоступных контакту ПИН. С этой точки зрения, значимым фактором для снижения заболеваемости гемоконтактными и другими инфекциями, а опосредованно и смертности от этих заболеваний, является привлечение общественных организации для работы с ПИН. Мотивирование их на обращение за лечением, изменение инъекционного и сексуального поведения, тестирование на ВИЧ, другие гемоконтактные, а также венерические заболевания следует считать основными задачами таких организаций.

Кроме того, было бы целесообразно создать специализированную службу социальной помощи лицам, злоупотребляющим ПАВ (закончившим программы реабилитации; потребителям наркотиков, вышедшим из мест лишения свободы; потребителям наркотиков, бездомным и другим лицам из групп риска). В рамках этой службы разработать программы социальной поддержки различных категорий лиц, находящихся в проблемной ситуации, связанной с употреблением наркотиков (экспериментаторы, заключенные и освобожденные из мест лишения свободы потребители наркотиков, больные наркоманией, в том числе с сопутствующими заболеваниями: ВИЧ, гепатитом, туберкулезом и т.д.).

Список литературы

1. Бююль Ахим, Цефель Петер. SPSS: искусство обработки информации. — М. — СПб. — Киев: DiaSoft, 2002 г. — 602 с.
2. Глобальные тенденции и проблемы: Сб. докладов Международного комитета по контролю над наркотиками / Сост. А.В. Федоров. — М.: Астрей-центр, 2007. — 296 с.
3. Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации. Отчет по результатам Российско-британской научно-исследовательской программы. — М.: Радуга. — 188 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. и соавт. Факторы риска распространения ВИЧ и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков // Наркология. — 2005. — №6. — С. 16—20.
5. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. и соавт. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков. — М.: 2005. — 245 с.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 305 с.
7. Флейс Дж. Статистические методы для изучения таблиц долей и пропорций. — М.: Финансы и статистики, 1989. — 317 с.
8. Rhodes T. et al. Explosive spread and high prevalence of HIV among injecting drug users in Togliatti City, Russia: implications for HIV preventions // ACD. — 2002. — Vol. 16, №X. — P. 5—7.
9. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Ванисова Н.Г., Константинова Н.Я. Разработка предложений, направленных на совершенствование системы учета лиц, незаконно употребляющих наркотики, формирование статистических данных о них, а также механизма государственной поддержки граждан, добровольно обратившихся в лечебно-профилактические учреждения для лечения // Отчет о научно-исследовательской работе, 2006. — 15 с.

KIRZHANOVA V.

cand.med.sci., head researcher of Department of epidemiology, National Research Center of Addiction, Moscow

In this search paper you can find information about 1803 IDU, who were treated in narcological hospitals. During this research were studied their social and demographic characteristic (especially injection behavior), factors of risk of spreading HIV and hepatitis B and C. Also you can find advises about prevention actions of HIV and hepatitis B and C among drug users.