



Неугасимая
Надежда



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
ФОНДА
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ



Профилактика социально значимых инфекций на базе реабилитационного центра для зависимых от психоактивных веществ

(пособие для сотрудников
реабилитационных центров)

Москва – 2021

АНО социальной помощи
«Неугасимая Надежда»

Пособие подготовлено с использованием гранта
Президента Российской Федерации на развитие
гражданского общества, предоставленного
Фондом Президентских грантов в рамках
реализации проекта «Профилактика социально
значимых инфекций – фактор повышения
приверженности реабилитации при
зависимости от психоактивных веществ
(школа ответственности – практикум здоровья)»



Профилактика социально значимых инфекций на базе реабилитационного центра для зависимых
от психоактивных веществ / Т. С. Бузина, Н. А. Должанская, Ю. А. Зайцева, С. В. Корень. – М.: 2021. – 120 с.

Знак информационной продукции 18+

© АНО «Неугасимая Надежда», 2021

© Т. С. Бузина, Н. А. Должанская, Ю. А. Зайцева, С. В. Корень
текст, 2021

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Бузина Татьяна Сергеевна – доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии, заместитель декана факультета клинической психологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России по ЦФО (Центральному федеральному округу), старший научный сотрудник отделения профилактики социально значимых инфекций Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Должанская Наталья Александровна – доктор медицинских наук, руководитель отделения профилактики социально значимых инфекций Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Зайцева Юлия Аркадьевна – клинический психолог, руководитель программ реабилитации АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда»

Корень Сергей Владимирович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения профилактики социально значимых инфекций Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России



На обложке рисунок сотрудника АНО «Неугасимая Надежда» Зайцева Д.В. по мотивам произведения Антуана де Сент-Экзюпери «Маленький принц»



ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторский коллектив выражает благодарность за совместный труд в ходе реализации проекта «Профилактика социально значимых инфекций – фактор повышения приверженности реабилитации при зависимости от психоактивных веществ (школа ответственности – практикум здоровья)» (проект реализуется с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом Президентских грантов) руководителям АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда» Александру Юрьевичу и Ольге Борисовне Мордашовым, сотрудникам и добровольцам организации: Екатерине Максимовне Арсковой, Александру Николаевичу Калганову, Эльдару Шамильевичу Трегулову, Сергею Эльмановичу Агаеву, Игорю Геннадьевичу Чичаеву, Максиму Владимировичу Калякину, Виталию Витальевичу Сережкину, Руслану Сергеевичу Завьялову, Константину Святославовичу Котлобай, Денису Владимировичу Зайцеву, Ольге Валерьевне Богословской, Дмитрию Евгеньевичу Шмелеву, Денису Михайловичу Борисову, Анатолию Николаевичу Чиркову, Константину Михайловичу Вагину, Евгению Борисовичу Голомолзину, Юрию Сергеевичу Платонову, Роману Сергеевичу Сачко, Александру Юрьевичу Матовых.

Особая благодарность Данзану Владимировичу Гаряеву – младшему научному сотруднику отделения профилактики социально значимых инфекций Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России за помощь в обработке данных психологических исследований.



РЕЦЕНЗИЯ

на пособие «Профилактика социально значимых инфекций на базе реабилитационного центра для зависимых от психоактивных веществ» для сотрудников реабилитационных центров, выполненное при поддержке Фонда президентских грантов в рамках проекта “Профилактика социально значимых инфекций – фактор повышения приверженности реабилитации при зависимости от психоактивных веществ (школа ответственности – практикум здоровья)”

Рецензируемое пособие выполнено коллективом авторов, состоящим из специалистов, имеющих многолетний опыт научных исследований в области сочетанности зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и социально значимых инфекций (СЗИ), а также специалистов с опытом практической работы с пациентами, зависимыми от алкоголя и наркотиков.

Пособие хорошо структурировано, в нем дается общая характеристика СЗИ, которые встречаются при зависимости от ПАВ, анализируются факторы риска заболевания СЗИ при употреблении ПАВ.

Авторы четко и убедительно обосновывают необходимость включения вопросов профилактики СЗИ на реабилитационном этапе оказания наркологической помощи, и особое место в пособии посвящено методическим подходам к снижению риска распространения парентеральных инфекций при злоупотреблении алкоголем и наркотическими веществами.

Крайне ценным в рецензируемом пособии представляется использование собственных поведенческих исследований авторского коллектива при разработке конкретных профилактических мероприятий и рекомендаций по их реализации.

Выполненная авторским коллективом работа обладает несомненной новизной и ценностью, так как в настоящее время в реабилитационных центрах для зависимых от ПАВ вопросы профилактики СЗИ затрагиваются очень мало, а систематическая работа в этом направлении практически не ведется. В то же время внедрение мероприятий по профилактике социально значимых инфекций на этапе реабилитации для зависимых от ПАВ является одним из важнейших компонентов общей стратегии адаптации пациентов в социуме.

Таким образом, рецензируемое пособие «Профилактика социально значимых инфекций на базе реабилитационного центра для зависимых от психоактивных веществ» может быть рекомендовано в качестве своевременного и полезного практического руководства для специалистов реабилитационных центров, а также всех специалистов, работающих в области профилактики распространения СЗИ и злоупотребления ПАВ.

*Заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии
МГУ им. М. В. Ломоносова,*

*профессор, доктор психологических наук
А. Ш. Тхостов*

АННОТАЦИЯ

В пособии содержится информация о проблеме сочетанности таких социально значимых заболеваний как зависимость от психоактивных веществ и парентеральные и передающиеся половым путем инфекции (ВИЧ, ВГС и др.), а также дается характеристика основных поведенческих рисков распространения этих инфекций (СЗИ) при злоупотреблении психоактивными веществами. Обоснована необходимость внедрения мероприятий по профилактике СЗИ на этапе реабилитации. Рассмотрены особенности профилактической деятельности в условиях реабилитационного центра.

Определен основной комплекс профилактической работы с потребителями психоактивных веществ в ходе реабилитации пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью. Информирование и обучение рассматривается как ведущий компонент профилактики СЗИ в связи с потреблением алкоголя и наркотиков. В качестве обязательных профилактических вмешательств рекомендуются до и послетестовое консультирование, мотивирование потребителей психоактивных веществ на изменение рискованного поведения, профилактика передачи СЗИ внутри реабилитационного центра и поддержка приверженности лечению.

Настоящее пособие предназначено для специалистов, оказывающих реабилитационную помощь зависимым от психоактивных веществ, с особым акцентом на комплексный подход к профилактике СЗИ.

Список сокращений

АРВ (Т) – антиретровирусная терапия

ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия

ВГВ – вирусный гепатит В

ВГС – вирусный гепатит С

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КСР – коммерческие секс-работники

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ЛУН – люди, употребляющие наркотики

МСМ – мужчины, имеющие секс с мужчинами

НПО – неправительственная организация

ПАВ – психоактивные вещества

ПИН – потребители инъекционных наркотиков

СЗИ – социально значимые инфекции

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ТБ – туберкулез

СОДЕРЖАНИЕ

Рецензия	4
Аннотация	6
Список сокращений	7
I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЗИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	13
Введение. Понятие социально значимого заболевания	13
Глава 1. Общие сведения об основных СЗИ, сочетанных с употреблением ПАВ.	17
1.1. ВИЧ-инфекция	17
1.2. Вирусные парентеральные гепатиты	24

1.3. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем и ПАВ	27
1.4. Туберкулез и употребление ПАВ	29
Глава 2. Злоупотребление ПАВ и риски заражения СЗИ	31
2.1. Виды ПАВ и поведенческие риски	31
2.2. Осложнения злоупотребления ПАВ на фоне социально значимых инфекций	35
2.3. Гендерный фактор риска инфицирования социально значимыми инфекциями у потребителей ПАВ	37
Глава 3. Потребители ПАВ как целевая группа программ профилактики социально значимых инфекций	38
3.1. Особенности потребителей ПАВ как целевой группы	38

3.2. Пути распространения социально значимых инфекций в популяции потребителей ПАВ	39
3.3. Роль социальных факторов в контексте профилактики СЗИ у потребителей ПАВ	40
3.4. Особенности сексуального поведения как фактор риска передачи СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков	42
3.5. Психологические особенности потребителей ПАВ на этапе реабилитации	45
Глава 4. Профилактика СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков	59
4.1. Основные концепции и методы профилактики СЗИ среди потребителей ПАВ	60

4.2. Основные подходы к профилактике СЗИ среди потребителей алкоголя и наркотических веществ на базе реабилитационного центра	63
4.3. Принципы организации профилактических мероприятий на базе реабилитационных центров	65
4.4. Социально-психологическая реабилитация – важнейший компонент программ профилактики СЗИ среди потребителей ПАВ	68
4.5. Проведение до и послетестового консультирование как важный инструмент профилактики ВИЧ-инфекции и других СЗИ	79
II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЗИ НА БАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	83

Глава 5. Профилактика СЗИ в условиях терапевтического сообщества	83
5.1. Особенности профилактики СЗИ в условиях реабилитационного центра, работающего по модели терапевтического сообщества	84
5.2. Профилактика передачи СЗИ внутри реабилитационного центра	85
Глава 6. Опыт проведения мероприятий по профилактике СЗИ на базе реабилитационного центра «Неугасимая Надежда»	89
6.1. Факторы риска социально значимых инфекций у потребителей психоактивных веществ, находящихся на этапе реабилитации	89
6.2. Семинар по профилактике социально значимых инфекций у лиц, находящихся на этапе реабилитации	109
Приложения	112
Список литературы	120

I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЗИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение. Понятие социально значимой инфекции.

Термин «социально значимые инфекции» (СЗИ) является частью понятия «социально значимые заболевания», которое впервые появился в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан в 1993 году, и в настоящее время он существует в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (действующая редакция, 2016).

К социально значимым заболеваниям (СЗЗ) отнесены заболевания с различной этиологией (неинфекционные и инфекционные), общим признаком которых является наносимый ими тяжкий вред здоровью и угроза жизни не только отдельному человеку, но и серьезный социальный и экономический ущерб государству в целом, в ряде случаев представляющий угрозу национальной безопасности.

В приказе Росстата от 22.11.2010 № 409 «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения» СЗЗ определены как «заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека». В тоже время социально значимые заболевания обусловлены и влиянием эпидемиологических факторов, уровнем общественного благополучия, общей культурой населения. При этом существенное значение принадлежит фактическому состоянию медицинской науки в целом, организации и качеству медицинского обслуживания населения, включая все виды профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Для конкретизации деятельности по решению медикосоциальных проблем лиц, страдающих СЗЗ, Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 были утверждены Перечень социально значимых заболеваний и Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (табл. 1 и 2).

Из приведенных в таблицах данных следует, что к социально значимым инфекциям относятся: туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП); гепатиты В и С; а также болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Таблица 1

**ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ
(Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715)**

Код заболеваний по МКБ-10*	Наименование заболеваний
1. A15 – A19	Туберкулез
2. A50 – A64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. B16, B18.0, B18.1	Гепатит В
4. B17.1, B18.2	Гепатит С
5. B20 – B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Таблица 2

**ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ
ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ****

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
B20 – B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
B16, B18.0, B18.1	Гепатит В
B17.1, B18.2	Гепатит С
A50 – A64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
A15 – A19	Туберкулез

* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

** см. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (из Постановления Правительства РФ от 01.12.2004 № 715, с сокращениями).

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); гепатиты В и С; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, и туберкулез были одновременно внесены и в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. При рассмотрении отличий данной категории болезней, а именно СЗЗ, от всех прочих заболеваний предлагается использовать три критерия:

- первый критерий: чрезвычайная, повышенная опасность для значительного числа окружающих с точки зрения эпидемиологии распространения заболеваний;
- второй критерий: «социальная заразность», т.е. высокий риск распространения заболеваний неинфекционным путем (подобно тому, как это происходит с наркоманией);
- третий критерий: значительная распространенность заболеваний в социуме, т.е. такие заболевания показывают достоверную статистическую картину смертности, инвалидности, тяжелых последствий для организма.

Наличие СЗЗ требует от государства принятия следующих мер:

- дополнительных социальных гарантий по профилактике и лечению этих заболеваний, особенно в случаях необходимости пожизненного лечения (например, ВИЧ-инфекции);
- предоставления гражданам, страдающим этими заболеваниями, необходимой адекватной медицинской помощи и лечения, соответствующего стандартам современной медицины;
- обеспечения высокого уровня научных исследований по всем направлениям профилактики, диагностики и лечения СЗЗ.

Особого внимания заслуживает сочетание социально значимых заболеваний с другими болезнями, создающее дополнительные сложности в их предупреждении и лечении. Это прежде всего относится к болезням зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), входящих в категорию «Психические расстройства и расстройства поведения», а также к часто сопутствующим им таким социально

значимым инфекциям, как ВИЧ-инфекция, парентеральные вирусные гепатиты В и С, ИППП и туберкулез. Учитывая, что каждое из этих заболеваний в отдельности официально признано «представляющим опасность для окружающих», то становится очевидным, что при их коморбидности такая опасность многократно возрастает. Именно с этим обстоятельством связано привлечение с середины 90-х годов прошлого века внимания специалистов, оказывающих наркологическую помощь, к проблемам социально значимых инфекций, распространение которых совпало со стремительным ростом в России числа потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Таим образом, значительное увеличение количества пациентов с несколькими СЗЗ породило множество медицинских, социальных, правовых и других проблем.

Глава 1. Общие сведения об основных СЗИ, сочетанных с употреблением ПАВ.

1.1. ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция – заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Начало распространения заболевания относится к концу 70-х годов, когда впервые в США были зарегистрированы случаи заболеваний молодых людей с необычной клинической картиной, характеризовавшейся развитием тяжелой пневмоцистной пневмонии, возбудителем которой был микроорганизм – пневмоциста *Pneumocystis carinii*, очень часто обитающий в легких и не являющийся патогенным для лиц с нормальной иммунной системой. Необычность состояла в отсутствии в анамнезе пациентов диагнозов врожденного или вторичного иммунодефицитов и в высоком проценте летальных исходов. Кроме того, у части больных были выявлены случаи саркомы Капоши – редкого злокачественного заболевания кожи, встречавшегося ранее только у людей в возрасте после шестидесяти лет. У всех больных отмечалось выраженное угнетение иммунной системы, сопровождавшееся развитием различных вторичных инфекций – кандидоза, цитомегаловирусной, герпетической инфекций и др.

Вскоре после этого многочисленные случаи с аналогичной клинической картиной стали выявляться среди определенных групп населения: наркоманов, использующих внутривенные наркотики; лиц, получавших терапию с применением донорской крови и ее компонентов; проституток; сексуальных партнеров заболевших лиц; детей, родившихся от больных матерей. Ученые сделали вывод об инфекционной природе заболевания и о возможных путях его передачи: «горизонтальных» – через кровь, через слизистые при сексуальных контактах и «вертикальном» – от матери к плоду.

С середины 1981 года заболевание приняло характер глобальной эпидемии, а в 1982 году оно получило название «Синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД).

В 1983 году во Франции в Институте Пастера группой профессора Люка Монтанье (из лимфатического узла) и в Национальном Институте Рака в США группой профессора Роберта Галло (из лимфоцитов периферической крови) был выявлен возбудитель болезни, названный «Т-лимфотропным вирусом человека III типа». В 1986 году Международный комитет по таксономии вирусов присвоил ему название Human immunodeficiency virus (HIV), в переводе на русский язык – вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

По международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с 1995 года это заболевание получило название «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

ВИЧ-инфекция – антропоноз, единственный источник возбудителя для человека – вирусоноситель и больной СПИДом.

Вирусные частицы – вирионы – присутствуют во всех биологических жидкостях организма, но в различных концентрациях. Наиболее высокое содержание вируса – в крови и семенной жидкости.

Практическая передача вируса осуществляется тремя путями:

- половым;
- парентеральным;
- от матери плоду/новорожденному.

Важно, что ВИЧ-инфекция не передается при обычных бытовых контактах и воздушно-капельным путем, а также через укусы кровососущих насекомых.

Самый высокий риск заражения приходится на прямое попадание в кровь и на передачу вируса от матери к ребенку; между тем вклад каждого из этих факторов в развитие эпидемии не превышает 5–10%. В то же время на менее «эффективный» половой путь передачи (риск при однократном контакте – 0,1–1,0%) приходится три четверти всех случаев ВИЧ-инфицирования людей, что обусловлено природой человеческих отношений – высокой частотой половых контактов, особенно в среде с высокой циркуляцией вируса, например, потребителей инъекционных наркотиков.

Лица, употребляющие ПАВ, являются центральным звеном в механизме распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, так как через них наиболее активно реализуются все три основных пути передачи:

- парентеральный – через общие иглы и шприцы при совместном введении наркотиков;
- половой – через сексуальные контакты с лицами, не употребляющими ПАВ, проституция, промискуитет и др.;
- вертикальный – от зараженной ВИЧ матери, больной наркоманией, – плоду.

Эта категория наркоманов не только часто использует один и тот же шприц и одну и ту же иглу в компании знакомых им лиц, но и употребляет «чужие» шприцы, которые они получают от продавцов с уже готовым наркотическим раствором.

Развитие ВИЧ-инфекции определяется двумя взаимодействующими факторами: основным патогенным свойством ВИЧ – ослаблять иммунную систему инфицированного человека и специфическим иммунным ответом организма, развивающимся в процессе заболевания.

Основными клетками-мишенями для ВИЧ являются Т-лимфоциты-хелперы, несущие на мембране сотни молекул рецептора CD4+.

Размножение вируса в организме приводит к прогрессивному уменьшению числа CD4+ лимфоцитов в крови и приводит к утяжелению клинической картины заболевания.

Патогенез ВИЧ-инфекции на всех ее стадиях и, особенно, на терминальной, определяется прогрессивным уменьшением, а затем и полным исчезновением CD4+ Т-лимфоцитов.

В ответ на внедрение вируса в организм начинается выработка противовирусных антител. Факт появления их в крови называется термином «сероконверсия». Именно этот момент используется для фактической диагностики наличия в организме ВИЧ-инфекции.

От момента инфицирования до появления специфических противовирусных антител происходит, как правило, 6–8 недель. Период между инфицированием и появлением определяемых антител к ВИЧ в сыворотке крови называется периодом “окна”.

С одной стороны иммунная система является мишенью для вируса, с другой – сама вырабатывает специфические антитела к нему. При этом в иммунной системе происходит развитие аутоиммунных процессов, которые усугубляют процесс разрушения клеток и тканей организма.

Клиника ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция характеризуется отсутствием специфической клинической картины, и ее диагноз, как правило, ставится на основании тщательно собранного анамнеза в сочетании с рядом признаков, подтвержденных лабораторной диагностикой.

Стадии протекания заболевания и наличие антител к ВИЧ представлены в таблице.

Наличие антител к ВИЧ в зависимости от стадии заболевания

Стадии ВИЧ-инфекции	Продолжительность	Антитела к ВИЧ в крови	Результат теста на ВИЧ
I. Инкубация	4–6 недель	отсутствуют СИМПТОМ	
II. Первичные проявления		ОКНА	
II. Первичные проявления			
а. острая фаза	1–2 недели	отсутствуют	отрицательный
б. бессимптомная фаза	месяцы и годы	сероконверсия	положительный
III. Вторичные заболевания	месяцы и годы	есть	положительный

Из таблицы видно, что если тест на ВИЧ производится в первые 6–8 недель от момента заражения (стадия I и стадия IIа), высока вероятность получения отрицательного результата у инфицированного пациента, что на какое-то время может ввести в заблуждение и врача и больного.

Весьма опасна в эпидемиологическом отношении и бессимптомная фаза (стадия IIб), когда – на фоне произошедшей сероконверсии и при отсутствии клинических проявлений – пациент, не прошедший обследования на ВИЧ, может быть скрытым источником инфекции долгие месяцы и годы.

Кроме того, и на других стадиях заболевания в ряде случаев противовирусные антитела могут не обнаруживаться.

В этой связи существенное значение, наряду со специфической лабораторной диагностикой, приобретают данные тщательно собранного у пациента анамнеза с особым акцентом на выявление возможных факторов повышенного риска

(гемотрансфузии и другие инструментальные вмешательства, особенности сексуального поведения, инъекционное употребление наркотиков и др.).

Инкубационный период ВИЧ-инфекции может быть длительным и зависит от характера и путей заражения, концентрации вируса и многих других факторов.

После попадания вируса в организм человека происходит его интенсивное размножение в крови и наблюдается нарастание антигенных субстанций. Максимум концентрации антигена в крови выявляется в инкубационный период. У 40–50% инфицированных лиц в это время может развиваться продромальное состояние, сопровождающееся повышением температуры до 38,5–39,5° С и другими мононуклеозоподобными симптомами и сохраняющееся от трех до десяти дней. Такое состояние постепенно проходит, напоминая период восстановления после гриппозной инфекции.

Начиная с 6–8 недели от начала заболевания, происходит увеличение уровня антител в крови, то есть сероконверсия. В это время у больных может развиваться генерализованная лимфаденопатия. Наблюдается умеренный иммунодефицит, который сохраняется на протяжении многих лет. Это период скрытого, латентного течения инфекции, когда в организме человека существует относительное равновесие системы антиген-антитело, поддерживающее условия для «дремлющей» инфекции.

Приблизительно у половины инфицированных первичные проявления ВИЧ-инфекции в период сероконверсии могут быть нерезко выраженными и оставаться незамеченными.

При выраженном синдроме приобретенного иммунодефицита организм больного становится беззащитным перед многочисленными отрицательными факторами как внешней, так и внутренней среды. При этом происходит бурное развитие оппортунистических инфекций внутренних органов, поражается нервная система. На коже и слизистых наблюдается активизация сапрофитирующей бактериальной, кандидозной и вирусной инфекции. Развиваются саркома Капоши и другие опухоли. Могут активизироваться такие инфекции, как туберкулез, сифилис, глубокие микозы и другие.

В зависимости от того, какими именно микроорганизмами обусловлены клинические проявления, у больных могут развиваться пневмонии с характерными специфическими изменениями. У многих заболевших наблюдается пневмоцистная пневмония в сочетании с саркомой Капоши и бактериальными, вирусными, грибковыми и другими вторичными инфекциями.

Наиболее характерными признаками ВИЧ-инфекции являются лимфоаденопатия и лихорадка, сохраняющиеся на протяжении более трех месяцев. При этом могут увеличиваться все или только отдельные группы лимфоузлов. Лихорадка при ВИЧ-инфекции часто сопровождается ознобами и проливными ночными потами, отличается длительностью и высокой устойчивостью к лечению. Практически все антибиотики и сульфамидные препараты оказываются неэффективными и не дают ожидаемого результата.

У части больных увеличиваются печень и селезенка, что является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о быстром прогрессировании процесса. Происходит потеря веса.

Для клинического течения пневмонии на фоне ВИЧ-инфекции характерно отсутствие выраженной симптоматики, и диагноз во многих случаях устанавливается только рентгенологически.

ВИЧ-инфекция нередко характеризуется поражениями желудочно-кишечного тракта, сопровождающимися длительным диарейным синдромом, глубокими обменными нарушениями и др.

Встречаются церебральные формы ВИЧ-инфекции – такие, как менингиты, вызванные дрожжевыми грибами, токсоплазматические абсцессы мозга, острые и подострые энцефалиты, изолированные опухоли мозга (лимфомы). У больных могут выявляться различные сосудистые поражения.

Герпетические высыпания, локализованные и генерализованные, утяжеляют течение болезни. В этот период больные часто обращаются за медицинской помощью и госпитализируются в стационары и отделения различного профиля.

Терминальная стадия ВИЧ-инфекции характеризуется появлением заболеваний, вызываемых условно-патогенной флорой и выраженным утяжелением всех симптомов.

Картина клиники ВИЧ-инфекции чрезвычайно полиморфна и неспецифична, что во многом усложняет ее своевременную диагностику и затрудняет выбор терапевтических подходов.

Особенности выявления антител к ВИЧ

ВИЧ может быть обнаружен во всех биологических жидкостях больного, но наиболее простым и эффективным методом современной диагностики является выявление специфических антител к вирусу в сыворотке крови.

В клинической практике выявление в сыворотке крови специфических противовирусных антител, возникающих в процессе ВИЧ-инфекции, обычно проводится методом иммуноферментного анализа (ИФА).

ИФА используется при скрининге донорской крови и ее препаратов, при эпидемиологических обследованиях населения в соответствии с существующими требованиями и рекомендациями. Правильная постановка диагноза во многом зависит от специфичности и чувствительности тест-, систем.

Учитывая неблагоприятный прогноз при ВИЧ-инфекции, трудно переоценить важность достоверности получаемых результатов и их трактовку.

Получение *отрицательного результата* может свидетельствовать:

- об отсутствии инфицированности;
- о проведении исследования до наступления сероконверсии (в период “окна”) или в другие периоды исчезновения титра антител.

Положительные результаты бывают истинными и ложными.

Ложноположительные результаты могут быть получены при обследовании больных хроническими инфекционными аутоиммунными или онкологическими заболеваниями, неинфицированных беременных женщин, пациентов после гемотрансфузий и больных хроническим алкоголизмом.

Ложноположительные результаты возникают также из-за несоответствия антигена диагностикума выявляемым антителам.

Наиболее ранние сроки обнаружения антител к ВИЧ – 3–4 недели со дня заражения.

У больных с выраженной симптоматикой болезни антитела обнаруживаются в 90–95% случаев, в терминальной стадии – в 50–60%.

После проведения скринингового теста все положительные результаты проверяются в другой иммуноферментной тест-системе, а затем – в более чувствительном тесте – иммуноблоте. Сыворотки, подтвержденные с помощью иммуноблота, можно считать истинно положительными, содержащими антитела к ВИЧ.

В последнее время появились тест-системы для определения антител к ВИЧ в слюне, которые могут найти применение при обследованиях, когда затруднен или невозможен забор крови из вены.

Лечение ВИЧ-инфекции

Значительно усложняет процесс создания эффективных препаратов стремительная скорость мутации ВИЧ в организме (в 1000 раз быстрее любого другого микроорганизма), сопровождающаяся развитием устойчивых к лечению штаммов.

Только комбинированная терапия может ограничить размножение вируса и предотвратить развитие лекарственной устойчивости. Стала стандартом тройная антиретровирусная терапия (комбинация трех лекарственных препаратов, основанная на двух нуклеозидных аналогах и протеазоингибиторах). Благодаря этому за последние годы в лечении ВИЧ-инфекции достигнуты значительные успехи. Создание новых антиретровирусных средств позволило подбирать методы терапии, дающие возможность улучшить качество жизни пациента и удлинить ее продолжительность.

Необходимо отметить, что лечение ВИЧ-инфекции значительно осложняется в случаях, когда она развивается на фоне таких тяжелых патологий, как алкоголизм и наркомания. В этой связи особое значение приобретает психологическая поддержка со стороны окружения больных, родственников и медицинского персонала.

1.2. Вирусные парентеральные гепатиты

Вирусный гепатит В и ВИЧ-инфекция

Гепатиты – это различные по этиологической, эпидемиологической и клинической сущности нозологические формы, протекающие с преимущественным поражением печени. Вирусные гепатиты входят в десятку наиболее распространенных инфекционных болезней человека. По медицинским и социально-экономическим характеристикам наибольшее значение имеют гепатиты, обусловленные вирусами В, С и D (соответственно HBV, HCV, HDV), в отношении которых доказана возможность хронизации инфекции.

Вирусный гепатит В (ВГВ) – тяжёлая инфекция с наибольшей экономической и социальной значимостью в мире. Вирус гепатита В передается через тканевые жидкости, в том числе при инвазивных и медицинских манипуляциях, при половых контактах, при тесном общении в семье и в коллективе, при переливании крови и её препаратов, новорождённым во время родов от матери-носителя HBs-антигена и вируса.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра вирусные гепатиты отнесены к рубрике (B15 – B19) «Некоторые инфекционные и паразитарные

болезни» (Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я., 2007). В Российской Федерации ежегодно возникает около 50 тысяч новых случаев вирусного гепатита В.

Маркеры вирусного гепатита В (ВГВ) выявлены у около двух миллиардов людей в мире, а около 350 миллионов человек страдают хронической инфекцией; ежегодно ВГВ заражается до 50 миллионов человек, а около 600 000 людей ежегодно умирает от острой или хронической формы гепатита В. Инфекционность вируса гепатита В в 50–100 раз выше инфекционности ВИЧ (Вирусный гепатит В. //Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней, 2011).

Хронический вирусный гепатит В (ХГВ) – длительное воспалительное поражение печени, которое может переходить в более тяжелое заболевание – цирроз и первичный рак печени, оставаться без изменений или регрессировать под влиянием лечения либо спонтанно. Основными источниками ВГВ являются больные хроническими формами, носители вируса и больные острым ВГВ (ОГВ). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют «носители» ВГВ (HBsAg, особенно при наличии HBeAg в крови). В передаче ВГВ значительное место занимают немедицинские инвазивные процедуры. Среди таких процедур доминирующее положение занимает парентеральное введение ПАВ. По данным ВОЗ, от 20 до 60% ПИН являются носителями ВГВ. Возможно также заражение при нанесении татуировок, выполнении ритуальных обрядов и других процедур (бритье, маникюр, педикюр, проколы мочки уха, косметические процедуры и др.).

В отличие от ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С, для предупреждения гепатита В существует средство специфической профилактики – безопасная и эффективная вакцина. В 2001 г. ВОЗ поставила перед органами здравоохранения государств всего мира вопрос об управлении распространением этой тяжёлой и инвалидизирующей инфекции путём иммунизации и о включении вакцинации против ВГВ в национальные календари прививок. В связи с этим Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации включает проведение профилактической прививки против вируса гепатита В новорождённому, ребёнку возрастом 3 и 6 месяцев, взрослым 18–35 лет, не привитым ранее, а также лицам из числа групп риска.

Вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекция

В последние годы среди патологий, широко распространенных в мире и ассоциирующихся с ВИЧ-инфекцией, существенную роль стал играть вирусный гепатит С. Частота встречаемости ВГС-инфекции различается в различных странах и колеблется от 0,1 до 12%. Во всем мире хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) страдает от 30 до 150 миллионов человек и ежегодно умирает около 700 тысяч человек. По данным за 2012 г., в Российской Федерации зарегистрировано 2 300 000 человек с ХГС.

Ввиду склонности ВГС к длительному и хроническому течению, в населении существует большой резервуар источников возбудителя инфекции, способствующий поддержанию эпидемического процесса.

Основными источниками ВГС являются люди, страдающие ХГС, а также носители ВГС, хотя не исключается возможность заражения ВГС и от больных острым ГС (ОГС). Число носителей ВГС в России, по последним данным, достигает двух миллионов человек, что представляет реальную эпидемиологическую опасность.

Пути передачи ВГС разнообразны. Классическими и наиболее изученными считаются парентеральные пути передачи через кровь и ее продукты (в частности, факторы свертывания), а также многократное использование одноразовых шприцев. Риск передачи ВГС повышают процедуры гемодиализа, инъекции и повреждения кожи при нанесении татуировок.

Выявленные характеристики распространения ВГС показывают, что в настоящий период одной из основных причин высокой заболеваемости гепатитами является внутривенное введение наркотиков. Показатель риска в группе ПИН составляет 60–90%, тогда как в обычной популяции он не превышает 5%. Распространенность ВГС среди ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих внутривенно различные наркотические средства, может превышать 80%.

Распространенность ВГС среди ПИН часто связана с повторным использованием одних и тех же игл, и шприцев, контаминированных кровью, содержащей вирусы. Контаминация иглы или шприца происходит при групповом использовании инструмента. При введении наркотика в группе наибольшему риску подвергаются начинающие ПИН, обычно вводящие наркотик последними, так как именно лица с большим наркотическим стажем, вводящие препарат первыми, зачастую и являются носителями вирусов. Достаточно широко встречается ко-инфекция вирусом гепатита С (ВГС) с вирусом иммунодефицита человека, главным образом из-за общих путей их передачи. В настоящее время именно ВГС в значительной степени определяет заболеваемость и смертность ВИЧ-инфицированных больных. В результате взаимного влияния ВИЧ-инфекции и ВГС у ко-инфицированных больных могут наблюдаться серьезные клинические последствия. Имеются сведения, согласно которым ВГС представляет собой неблагоприятный фактор для ВИЧ-инфицированных пациентов, т.к. ВГС может ускорять прогрессию ВИЧ-инфекции и приводить к возрастанию риска летального исхода вследствие развития СПИДа. Частота сочетания ВГС с ВИЧ-инфекцией зависит от путей передачи: у 60% потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией был выявлен ВГС, в то время как у гомосексуалистов, с преимущественно половым путем передачи, ВГС был обнаружен менее чем в 5% случаев.

Проведенное сопоставление динамики ВИЧ-инфекции с уровнями заболеваемости парентеральным ВГС выявило заметную активизацию эпидемиологического процесса, связанную с ростом как острых, так и хронических форм ВГС.

Для ВГС также имеют значение непарентеральные пути передачи. Возможна передача вируса при длительных половых контактах с инфицированным. Существует также ряд исследований, по данным которых передача ВГС происходила от матерей, имевших в крови антитела к этому вирусу, к родившимся у них детям.

Особенно часто происходит заражение ВГС половым путем среди потребителей производных амфетамина, кокаина (крэк), эфедрина, являющихся стимулирующими препаратами, которые способствуют возбуждению с его последующей реализацией в многочисленных половых контактах. Серьезную опасность в эпидемиологическом плане представляют работники коммерческого секса (КСР), страдающие наркоманией. Гетеросексуальные контакты с частой сменой половых партнеров ведут к дальнейшему распространению эпидемии среди лиц, не употребляющих наркотики.

Свойственные потребителям ПАВ субкультуральные особенности образа жизни, и прежде всего, склонность к различным формам рискованного наркотического и сексуального поведения, приводят к быстрому распространению среди них вирусных парентеральных гепатитов. Но этот процесс никогда не замыкается в этих закрытых и труднодоступных сообществах. Социальные исследования, проведенные в ряде субъектов Российской Федерации, свидетельствуют о том, что у 80% всех опрошенных больных наркоманией половыми партнерами являются лица, не употребляющие наркотики. О начале прорыва эпидемии в более широкую популяцию свидетельствует наметившаяся в последние годы в России выраженная тенденция к увеличению числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией половым путем.

Риск заражения вирусными гепатитами возрастает с увеличением стажа наркотизации. По данным эпидемиологических обследований групп больных наркоманией с разным стажем употребления ПАВ, антитела к вирусам гепатитов выявлялись у 50–60% лиц со стажем употребления до 3 лет и у 90% обследованных со стажем более 10 лет.

1.3. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем и ПАВ

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), являются еще одним наглядным показателем коморбидности ВИЧ-инфекции с большой

группой социально значимых инфекций. В обширную группу ИППП входит и ВИЧ-инфекция – заболевание, полностью соответствующее основным критериям медленных вирусных инфекций:

- длительный инкубационный период;
- медленно прогрессирующий характер течения патологического процесса;
- разнообразие характера поражений органов и тканей;
- смертельный исход заболевания.

По оценке ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется 330 млн новых случаев заболеваемости ИППП.

Существует эпидемиологическая классификация ИППП в зависимости от влияния на эти инфекции методов охраны общественного здоровья. Согласно этой классификации, выделяют заболевания:

- которые можно искоренить: гепатит В;
- которые можно контролировать: бактериальные ИППП и ВИЧ-инфекция в развитых странах;
- которые можно контролировать частично: сифилис, ВИЧ-инфекция в развивающихся странах;
- распространение которых продолжается: вирусные ИППП (герпесвирусные и папилломавирусные инфекции).

Подобная классификация помогает специалистам и организаторам здравоохранения лучше понять проблемы, вызванные ИППП, для рациональной организации лечебно-профилактических мероприятий.

В отечественной дерматовенерологии используется определение «группы повышенного поведенческого риска», или «уязвимые группы населения по ИППП». Проведенные на клинических базах Тихоокеанского государственного медицинского университета в 2012–2013 гг. исследования позволили выделить среди жителей Приморского края следующие группы повышенного поведенческого риска: работники секс-бизнеса и их клиенты; мужчины гомо- и бисексуальной ориентации; наркоманы; лица, консультирующиеся у врача по поводу ИППП; подростки и молодежь; одинокие мужчины.

Значительная часть случаев ИППП является преимущественно отражением социально-поведенческих отклонений в различных субпопуляциях любого общества.

1.4. Туберкулез и употребление ПАВ

Механизм передачи туберкулеза (ТБ) преимущественно аэрогенный. Среди инфекций, сопутствующих употреблению ПАВ, туберкулез занимает особое место как единственная воздушно-капельная инфекция с хроническим течением, которой в настоящее время принадлежит первенство среди причин смерти от инфекционных заболеваний во всем мире.

Источниками заражения туберкулезом становятся больные в период рецидивов заболевания, которые зависят от многих факторов: интенсивности лечения, вирулентности микобактерий туберкулеза (МБТ) и их лекарственной устойчивости, состояния иммунитета и др..

Микобактериями туберкулеза заражены около 2 миллиардов людей – почти треть всего населения Земли. Во всём мире ежегодно заражаются туберкулёзом 13 миллионов человек, и 3 миллиона умирают от его осложнений. В последние годы в США, ряде стран Европы и Африки отмечается увеличение заболеваемости туберкулезом. Большинство ученых связывают это с нарастающей эпидемией СПИДа, иммунодефицитами другого происхождения, а также с социальными проблемами – алкоголизмом, наркоманией, миграцией больших групп людей.

Больные с ВИЧ-инфекцией при развитии иммунодефицита составляют основную группу риска по заболеванию ТБ. Пациенты, страдающие одновременно ТБ и ВИЧ-инфекцией, более заразны, чем пациенты, не инфицированные ВИЧ. Лица, инфицированные ВИЧ, заболевают туберкулезом в 5–30% случаев. Высокий уровень иммуносупрессии, характерный для ВИЧ-инфекции, способствует развитию ТБ как при первичном инфицировании, так при реактивации латентной ТБ инфекции. В Российской Федерации ВИЧ-инфекция в сочетании с ТБ, по данным статистики, имела место у 15,1% (10,7 тыс. больных) среди впервые взятых на учет в 2014 г. больных ТБ.

Сочетанная инфекция (ВИЧ/ТБ) характеризуется рядом признаков, имеющих важное эпидемиологическое значение. Поскольку эти инфекции относятся к разным группам по механизму передачи (гемоконтактный и аэрогенный), связи между ними носят непрямой характер. Развитие ТБ чаще всего происходит на фоне иммунодефицита, обусловленного активизацией латентной формы ВИЧ-инфекции.

Предотвращение заболеваемости ТБ лиц, инфицированных ВИЧ, а также лечение сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекции представляют собой высокоприоритетную проблему здравоохранения, поскольку эти социально значимые заболевания взаимноотягощают друг друга. ТБ ведет к ускорению прогрессирования ВИЧ-инфекции, так как иммунный ответ на МБТ усиливает репликацию ВИЧ, повышает вирусную нагрузку. При ВИЧ-инфекции возрастает риск рецидивов ТБ как за счет эндогенной реактивации, так и за счет экзогенной реинфекции. При ВИЧ-инфекции чаще встречается генерализованная форма ТБ с внелегочной локализацией процесса, что значительно осложняет диагностику и лечение.

Туберкулез и ВИЧ-инфекция выявлялись одновременно у каждого третьего пациента с ВИЧ. В 71,6% случаев регистрировался генерализованный ТБ, а в 88,8% случаев в легких определялась диссеминация. Полости распада имели место в 40,9% случаев, что связано с изменением тканевых реакций на фоне тяжелого иммунодефицита.

Исследователями замечено, что распространенность лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ при впервые выявленном ТБ у пациентов с ВИЧ-инфекцией существенно выше. В структуре смертности от ВИЧ-инфекции в России ТБ лидирует, он является непосредственной причиной летального исхода более чем у половины больных сочетанной ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.

Глава 2. Злоупотребление ПАВ и риски заражения СЗИ

2.1. Виды ПАВ и поведенческие риски

Употребление любых психоактивных веществ (ПАВ) приводит к изменению состояния психики и к снижению контроля над поведением и обуславливает их взаимосвязь с распространением ИППП, подтвержденную результатами многочисленных исследований. Накоплены обширные данные, подтверждающие, что психоактивные вещества из разных химических групп способны повышать готовность к рискованным формам сексуального поведения.

Употребление ПАВ изменяет состояние сознания и приводит к снижению контроля над сексуальным поведением, вследствие общего расслабления, эйфории и беззаботности при приеме седативных препаратов (алкоголь, опиоиды, снотворные), и склонности к безответственным и опасным действиям на фоне эмоционального подъема и прилива энергии при приеме психостимуляторов (амфетамины, кокаин) (см. Таблицу 1).

Таблица 1.

Возможные поведенческие риски распространения инфекций, передающихся через кровь и половым путем, связанные с употреблением различных психоактивных веществ.

Вид психоактивного вещества	Способ употребления ПАВ	Парентеральный риск	Сексуальный риск половым путем
Алкоголь седативное средство	пероральный инъекции редко	нет	потеря контроля над сексуальным поведением
Амилнитрит летучий ингалянт	ингаляции	нет	продлевает сексуальное удовольствие
Стимуляторы амфетамин эфедрон крэк и др.	пероральный вдыхание через нос курение инъекции в/в	высокий инъекционный риск	эйфория гиперактивность потеря контроля, провокация насилия
Барбитураты седативные средства	пероральный	нет	потеря контроля над сексуальным поведением

Вид психоактивного вещества	Способ употребления ПАВ	Парентеральный риск	Сексуальный риск половым путем
Галлюциногены псилоцибин	пероральный вдыхание через нос курение	нет	аффективные расстройства, нару- шения настроения
Каннабис (каннабионды) марихуана	вдыхание через нос курение ораль- ный (жевание) в/в инъекции	редко	эйфория, беззабот- ное состояние
Кокаин мощный стимулятор часто сочетается с опиоидами	вдыхание через нос курение ингаляционный инъекционный (п/к, в/в)	высокий инъекционный риск	эйфория эмоцио- нальный подъем прилив энергии склонность к, опасным действиям
Опиаты	интраназальный в/в инъекции	высокий инъекционный риск	эйфория, беззабот- ное состояние

Еще одним фактором, способствующим рискованному сексуальному поведению, является снижение критики, нарушения самосознания, настроения и мышления, особенно характерные для действия психодислептиков, например, марихуаны, «спайсов» и ЛСД.

При употреблении некоторых психоактивных веществ возможно выключение сознания с последующей амнезией, наиболее характерной для приема седативных препаратов, таких как алкоголь, гамма-оксимасляная кислота, нитразепам и др. Отсутствие воспоминаний об имевшем место в этот период половом акте лишает человека возможности оценить и возможные риски инфицирования.

Широкое применение психоактивных веществ во время анального секса у гетеро- и гомосексуальных пар объясняется не только их психотропным действием, но и местными эффектами, включая расширение сосудов, снятие спазма гладкой мускулатуры (амилнитрит), местнообезболивающее действие (кокаин). При этом нередко наблюдается анальное введение психоактивных веществ, влияющих на состояние слизистой и местного иммунитета и повышающих риск передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП.

Помимо, влияния на психоэмоциональное состояние, психотропные препараты могут увеличивать продолжительность полового акта, повышая время контакта с инфицированными биологическими жидкостями. Следует также отметить и повышение порога болевой чувствительности при приеме некоторых психотропных препаратов, имеющих значение в нарастании риска повреждения слизистой при интенсивном половом сношении. Совместное употребление наркотических веществ половыми партнерами, нередко сопровождается использованием общего инъекционного инструментария, трубочек для вдыхания наркотиков и иных приспособлений, что также повышает вероятность попадания инфекции в кровяное русло и контакта инфицированных биологических жидкостей со слизистыми полости носа и рта.

Многочисленными исследованиями доказано, что употребление ПАВ, в том числе опиоидов и алкоголя, приводит к изменению состояния психики, к снижению критики и контроля над своим поведением, а также к личностной и социальной деградации. Кроме того, образ жизни потребителей ПАВ провоцирует формы поведения, связанные с риском инфицирования парентеральными гепатитами В и С и ВИЧ-инфекцией.

Основным фактором риска при немедицинском парентеральном введении ПАВ является использование шприца с кровью, содержащей вирусы, особенно при групповом использовании инструмента. В ряде случаев заражение возможно и при применении стерильного или индивидуального инструмента, если человек набирает раствор препарата из общей емкости, которая при этом загрязняется кровью. Такой загрязненный раствор может попадать в криминальную продажу. Иногда инфицирование раствора происходило в процессе кустарного производства, если производитель-наркоман использовал свою кровь в качестве индикатора качества приготавливаемого наркотика. До последнего времени наиболее опасной для парентерального пути распространения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С являлась зависимость от опиоидов, употребляемых преимущественно парентеральным путем.

Изучение поведения пациентов наркологических учреждений позволило установить, что потребители психостимуляторов делали большее количество инъекций в течение дня, чем потребители опиатов, и реже использовали чужие шприцы. При этом различий в поведенческих сексуальных рисках между группами выявлено не было. Исследование ВИЧ-инфицированных пациентов в США показало, что употребление психостимуляторов было связано с увеличением числа половых партнеров, высокой частотой инъекционного введения наркотика и низкой приверженностью антиретровирусной терапии.

Большое прогностическое значение для распространения ВИЧ-инфекции имеют различные социальные формы употребления наркотиков.

Социологическое исследование, проведенное среди зависимых от опиоидов пациентов наркологического стационара, подтвердило данные о широком распространении группового и совместного использования наркотических веществ, особенно среди женщин. Более 40% всех опрошенных не смогли выделить какую-либо одну преобладающую или основную социальную форму употребления наркотиков, а ответили, что «бывает по-разному».

У лиц, находившихся в пенитенциарных учреждениях, заражение ВИЧ в результате употребления наркотиков, происходило в 5,2 раза чаще, чем половым путем.

Эпидемиологическая ситуация усугублялась и тем, что парентеральный путь распространения ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков был тесно связан и с половым путем передачи. Подавляющее большинство случаев ВИЧ-инфекции приходилось на потребителей наркотиков в молодом возрасте, и в последние годы именно среди них происходило увеличение доли гетеросексуального пути передачи. Это подтверждено исследованиями, проведенными в рамках приоритетного национального проекта в 2007–2009 гг. Так, по некоторым данным от 15 до 50% потребителей внутривенных наркотиков женского пола оказались вовлеченными в оказание сексуальных услуг.*

Лица, впервые пробовавшие и эпизодически употребляющие наркотики, обычно не относят себя к группам повышенного риска и бывают психологически не готовы принять необходимые меры по предупреждению парентеральных инфекций. Именно эпизодическое употребление в наибольшей степени свойственно подросткам, для которых характерны поисковый наркотизм и пробы различных ПАВ. У них, как правило, на фоне зависимости от окружения слабо развито чувство опасности, а отсутствие знаний о высоком риске, связанном с наркотизацией, и навыков «безопасного употребления наркотиков» значительно повышает вероятность инфицирования. Все эти обстоятельства, несомненно, необходимо учитывать при планировании и организации мероприятий по первичной профилактике болезней зависимости от ПАВ и СЗИ, особенно в учебных заведениях и других молодежных коллективах.

Существенным фактором распространения СЗИ является употребление алкоголя как средства для облегчения вступления в половые отношения. Для потребителей алкоголя характерны неразборчивость в выборе партнера и не критичность к использованию средств защиты от инфекций. Длительное злоупотребление алкоголем сочетается с частой сменой партнеров (промискуитетом), проституцией, существенно затрудняя возможность

* Доклад о мерах по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008–2010 годах <http://economy.gov.ru/minec/activity/sections/ecoSocSphere/department/doc201001131107>

профилактического вмешательства. У больных хроническим алкоголизмом риск заболеть ВГС и ВИЧ-инфекцией возрастает до 80–90%.

2.2. Осложнения злоупотребления ПАВ на фоне социально значимых инфекций.

Поражение печени при употреблении ПАВ

Поскольку основным фактором распространения ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекции в России является употребление ПАВ, которые чаще всего вводятся парентерально, необходимо, в первую очередь, учитывать возможное влияние на организм наркотиков вводимых инъекционно. Для большинства больных опишной наркоманией типичным является поражение печени. Существенную роль в развитии поражения печени играет также злоупотребление кокаином. А так как в практике употребления наркотиков часто встречалось сочетание «кокаин-алкоголь», то и поражение печени при этом стало носить разносторонний характер.

У потребителей наркотиков, заразившихся ВИЧ, распространенность цирроза печени в первые 15 лет наблюдения составляла 15–25% по сравнению с 2,6–6,5% среди пациентов без ВИЧ-инфекции. Токсическое поражение печени, связанное с употреблением наркотиков и других ПАВ, значительно утяжелялось присоединением вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Хронический гепатит В (ХГВ) у больных с ВИЧ-инфекцией по сравнению с лицами, страдавшими только ХГВ, протекал более агрессивно, значительно быстрее формировался цирроз печени и развивалась гепатоцеллюлярная карцинома. Широкое распространение ВИЧ-инфекции и ВГС с тяжелыми фиброзами печени отмечалось у лиц, употреблявших и наркотики, и алкоголь.

Употребление ПАВ, социально значимые инфекции и иммунная система

Практически все наркотические вещества в той или иной степени подавляюще воздействуют на иммунитет. В результате употребления психоактивных веществ возникает отчетливое иммунодефицитное состояние, касающееся практически всех популяций иммунных клеток: микро- и макрофагов, Т-популяций лимфоцитов, натуральных киллеров. Наибольшее количество исследований в этой области посвящено нарушениям различных звеньев иммунитета у потребителей наркотиков опишной группы. Тяжесть поражения иммунитета у потребителей опиатов зависит от вида наркотика и степени наркотизации. Наиболее глубокие нарушения иммунитета выявлялись у больных, которые использовали внутривенное введение больших доз героина. У них наблюдалось снижение устойчивости к инфекционным заболеваниям. Именно нарушение иммунной системы на фоне приема наркотиков

способствует формированию хронических процессов при ВГС. Хронизация ВГС у ПИН оказалась в 2–3 раза выше, чем у лиц, не употреблявших ПАВ. В последние годы во всём мире возрос интерес к изучению иммунного статуса лиц, употребляющих наркотики, как основной группы риска по заболеванию ВИЧ-инфекцией. При опийной наркомании изменения органов иммунной и эндокринной систем носят фазовый характер и позволяют выделить 3 стадии развития иммуноэндокринных нарушений (вторичного иммунодефицитного синдрома), соответствующих стадиям становления, компенсации и декомпенсации общего адаптационного синдрома как реакции на хронический стресс. Он может быть нарушен при сочетании наркомании с хронической алкогольной интоксикацией. Изменения выражались в состоянии тяжелого иммунодефицита, связанного с глубокими атрофическими и склеротическими изменениями лимфоидных органов и эндокринных желез.

Алкоголь также оказывает негативное влияние на иммунную систему организма, подавляя гуморальный и клеточный иммунитет и снижая резистентность к инфекциям. Кроме того, прием наркотиков и алкоголя способствует развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Употребление наркотиков создает предпосылки и для инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) и вирусными парентеральными инфекциями, которые, проникая в организм человека и одновременно взаимодействуя друг с другом, оказывают токсическое влияние на иммунную систему и печень. В результате парентерального введения наркотиков происходит увеличение количества больных не только вирусными гепатитами В и С, но и туберкулезом. Туберкулез приводит к нарушению клеточного звена иммунитета, усиливая иммунодефицит, вызываемый ВИЧ-инфекцией. Микобактерия туберкулеза – микроорганизм, преимущественно приверженный лимфатической системе, поэтому активный туберкулезный процесс сопровождается снижением иммунитета и, прежде всего, его клеточного звена, усиливая иммунодефицит, вызываемый ВИЧ-инфекцией.

Употребление ПАВ как тяготящий фактор ВИЧ/ТБ/ВГ/ИППП

Частота употребления наркотиков больными туберкулезом, по данным некоторых исследований, достигала 66,7%. Необходимо подчеркнуть, что у потребителей наркотиков существует высокий риск заболеть ТБ и независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции. У лиц, употреблявших наркотики, вероятность заразиться туберкулезом была от двух до шести раз выше, чем у лиц из других групп населения, и туберкулез развивался у них не только как заболевание легких, а как заболевание многих органов и систем, т.е. как полиорганный туберкулез. Частота развития сопутствующих вирусных гепатитов у больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией составила 65% и также была связана

с употреблением пациентами наркотиков. Наряду с употреблением инъекционных наркотиков частой причиной заражения туберкулезом является и алкоголь.

У больных ТБ вирусные гепатиты встречались в 10–25 раз чаще, чем среди всего населения. Микобактерия туберкулеза и вирусы гепатитов имеют различную тропность в организме человека. МБТ поражают легкие, мочеполовую, костную, нервную, лимфатическую и другие системы, а ВГ преимущественно гепатотропны. Сочетание ТБ с ВГВ усугубляет подавление иммунитета и снижает барьерную функцию организма.

Эпидемии наркомании, вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и ТБ следуют друг за другом и обусловлены рядом биологических и медико-социальных факторов.

2.3. Гендерный фактор риска инфицирования социально значимыми инфекциями у потребителей ПАВ.

В связи с тем, что современный этап развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России характеризуется увеличением доли гетеросексуальных контактов, приводящим одновременно к росту числа инфицированных женщин, неизбежно возрастает риск заражения плода от инфицированной матери. В результате наиболее уязвимой группой в отношении рисков вовлечения в эпидемию ВИЧ-инфекции становятся женщины. После того как женщины узнают о своем диагнозе, они нередко продолжают практиковать рискованное поведение, подвергая опасности свое здоровье, а близких – заражению ВИЧ половым и перинатальным путем.

Опыт употребления наркотиков женщинами является дополнительным фактором риска распространения ВИЧ-инфекции в популяции. В свою очередь, употребление наркотиков негативно влияет на приверженность женщин лечению. Женщины в два раза чаще мужчин практикуют незащищенные половые контакты, а потребители ПАВ чаще имеют незащищенные контакты, если их сексуальный партнер ВИЧ-инфицирован.

Изучение гендерного аспекта проблемы показало, что девушки, употреблявшие алкоголь и другие ПАВ, гораздо чаще сталкивались с такими последствиями ранних сексуальных отношений, как воспалительные заболевания половых органов, нежелательная беременность, заражение ИППП и ВИЧ-инфекция.

Необходимы регулярный скрининг актуального рискованного поведения и профилактическое вмешательство по снижению риска передачи инфекции от ВИЧ-инфицированных женщин с учетом их опыта потребления различных ПАВ.

Глава 3. Потребители ПАВ как особая целевая группа программ профилактики социально значимых инфекций

3.1. Особенности потребителей ПАВ как целевой группы

Потребителями алкоголя и наркотиков могут быть представители самых различных социальных и культурных слоев населения. Основной мишенью мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых инфекций среди потребителей наркотиков является подгруппа потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Особенности данной целевой группы является преимущественно инъекционный способ употребления наркотиков, а также связанные с этим периоды измененного состояния сознания, высокий уровень распространенности коморбидной инфекционной соматической патологии, высокая частота встречаемости сопутствующей психической патологии и психосоциальная нестабильность.

Периоды измененного состояния сознания, обусловленные действием наркотика, снижают критическую оценку действительности и повышают вероятность рискованных практик употребления наркотических веществ и более опасных сексуальных контактов.

Психосоциальная нестабильность – или «наркоманический стиль жизни» – в большинстве случаев определяется вынужденной необходимостью в ежедневном добывании наркотика, или «запойным» характером наркотизации (так называемые «марафоны» при злоупотреблении стимуляторами). Нестабильность психоэмоционального состояния зачастую приводит к социальной дезадаптации, вызванной снижением трудоспособности, потерей работы, распадом семьи и т.п.

Высокая распространенность среди ПИН психической и коморбидной инфекционной и соматической патологии существенно осложняет весь процесс оказания наркологической помощи и требует от специалистов большой эрудиции и широкого клинического мышления, а также необходимости учета возможных различных лекарственных взаимодействий. Ко-инфекции ВИЧ

и вирусных гепатитов часто приводят к необходимости терапии хронического гепатита до начала или одновременно с АРВТ. Крайне актуальна для ПИН проблема туберкулеза – оппортунистического заболевания, сопутствующего ВИЧ-инфекции, лечить которое у таких больных должны врачи-фтизиатры.

3.2. Пути распространения социально значимых инфекций в популяции потребителей ПАВ

Наиболее значимым путем передачи ВИЧ-инфекции в популяции потребителей наркотиков является парентеральный путь.

Рискованное наркотическое поведение у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) включает в себя:

- *многократное использование одноразового или нестерильного инструментария;*
- *совместное использование игл и шприцев при парентеральном введении наркотиков;*
- *использование общего раствора при употреблении кустарно изготовленных наркотиков;*
- *приобретение готового раствора в шприце.*

На современном этапе развития эпидемии ВИЧ-инфекции возрастает значение полового пути передачи ВИЧ-инфекции.

Рискованное сексуальное поведение в данной группе обуславливается следующими факторами, связанными с употреблением ПАВ:

- *растормаживание полового влечения под действием;*
- *снижение критики при выборе полового партнера;*
- *пренебрежение средствами предохранения;*
- *вступление в сексуальные контакты с лицами, употребляющими ПАВ;*

- вступление в сексуальные контакты с лицами, не употребляющими ПАВ;
- промискуитет;
- проституция как средство заработка на очередную дозу наркотика.

3.3. Роль социальных факторов в контексте профилактики СЗИ у потребителей ПАВ.

Специфические поведенческие и социальные особенности потребителей инъекционных наркотиков формируют определенное представление и дискриминационное отношение к ним в обществе. Это приводит к тому, что потребители наркотиков всячески стремятся минимизировать любое столкновения с социумом.

Стигма и дискриминация пациентов с ВИЧ-инфекцией и другими СЗИ – В процессе оказания специализированной помощи пациентам с зависимостью от ПАВ и с ВИЧ-инфекцией и другими СЗИ у специалистов, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами, может возникать целый ряд специфических психологических и этических проблем, часто связанных с невозможностью найти общий язык с пациентом; с обеспокоенностью тем, что сведения об этих заболеваниях могут повредить репутации человека; с пессимистичным настроением в отношении эффективности лечения обоих недугов, с частыми рецидивами, как к низкому показателю эффективности профессиональной деятельности и др.. В процессе развития эпидемии ВИЧ-инфекции у врачей возникали страхи и опасения перед новым неизвестным смертельным недугом – «чумой XX века». А для пациентов с зависимостью от ПАВ ВИЧ-инфекция стала причиной «двойной стигматизации» не только в обществе, но даже и среди специалистов. Поэтому большое значение принадлежит созданию условий, при которых больные могли бы обсуждать с врачом-наркологом весь комплекс возникающих у них проблем, не опасаясь быть неправильно понятыми. В этих случаях личность врача и его профессиональная подготовленность являются определяющими. Дискриминация – наиболее распространенный ответ общества на «социальную неприемлемость» людей, употребляющих наркотики. Кроме того, они бывают отвергнуты даже своим ближайшим окружением, включая трудовые коллективы и семью.

Проблемы с законом – как правило, все потребители наркотиков испытывают страх перед законом, так как связанная с употреблением наркотиков криминальная активность преследуется в административном и уголовном порядке. В случае тюремного заключения повышается риск участия в рискованных

практиках употребления наркотиков («один шприц на барак») и заражения туберкулезом и другими инфекциями. Обусловленное условиями изоляции даже краткосрочное задержание (на 1–2 дня), прерывание приема антиретровирусной терапии (АРВТ) резко повышает риск формирования резистентных штаммов ВИЧ у инфицированных ПИН.

Страх и нежелание обращаться за медицинской помощью – обращение потребителей наркотиков в медицинские организации (МО) наркологического профиля определяется многообразными условиями и факторами, среди которых немаловажная роль принадлежит степени сформировавшейся у них зависимости от наркотиков и присущим специфическим особенностям этой патологии.

Низкая обращаемость к медицинским специалистам – связана со спецификой нестабильного и нередко криминализованного образа жизни пациентов и со страхом перед негативным отношением к ним медицинского персонала. Проявлением дискриминации даже в стенах МО могут быть отказ в лечении из-за проблем наркологического характера, оценочные высказывания, порицания и т.п. В результате такие люди оказываются не только оторванными от необходимой информации, но и избегают прибегать к любым видам социальной медицинской помощи, и др. Все это неизбежно приводит снижению их социального статуса, к утяжелению психического и физического состояния, способствует развитию многочисленных осложнений, включая ВИЧ-инфекцию, вирусные парентеральные гепатиты В и С, туберкулез и др.

Для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков значительно сложнее обратиться в государственные медучреждения по причине их двойной стигматизации в обществе. Помочь таким пациентам преодолеть подобные барьеры могут программы социального сопровождения и равные консультанты.

Довольно частой причиной, затрудняющей доступ данной целевой группы к лечению, является отсутствие необходимых документов для получения лечебных услуг: паспорта и медицинского полиса. Особенно это касается потребителей наркотиков, недавно освободившихся из мест лишения свободы, а также не имеющих постоянного места жительства или регистрации по месту жительства. Для получения лечения им необходима помощь социальных работников, чтобы восстановить документы или, при отсутствии регистрации, получить направление на лечение из местного комитета здравоохранения.

Особенности поведения лиц, злоупотребляющих наркотиками, довольно часто являются поведенческим ответом на недружественное отношение со стороны окружающих и могут быть в достаточной мере скомпенсированы в ходе планомерной и последовательной психокоррекционной работы в процессе

консультирования. Деятельность сотрудников реабилитационных центров и других консультантов, построенная на доверительном отношении с пациентами, является необходимым компонентом и залогом успешности проводимых лечебных и профилактических мероприятий для людей с зависимостью от наркотиков.

3.4. Особенности сексуального поведения как фактор риска передачи СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков

Потребители наркотиков и алкоголя неизменно занимают лидирующее положение среди «групп высокого риска» инфицирования ИППП в связи со специфическим влиянием психоактивных веществ на сексуальное поведение. Существенную роль в распространения ИППП играет сексуальность, во многом определяющая уровень безопасности вступления в половые отношения.

Трудности обсуждения проблем секса и венерических заболеваний имеют исторические корни. В социальных системах, которые сложились в большинстве европейских стран к XIX веку, дисциплина, сдержанность, строгое следование моральным нормам культивировались на государственном уровне. Половая жизнь допускалась только в контексте брака. Венерические болезни рассматривались как наказание за нарушение моральных норм, и проблемы, связанные с этими заболеваниями, было не принято обсуждать публично. Сексуальность должна была сдерживаться и дисциплинироваться силой закона и силой стыда, и о ней нельзя было говорить открыто.

В конце 90-х годов прошлого века сложилась парадоксальная ситуация, когда нормы приемлемости в половой жизни расширились, нравственные тормоза ослабли, и новые слои общества вовлекались в рискованное сексуальное поведение, а в семье, школе и на работе стало возможным открытое обсуждение этих вопросов, ранее противоречивших предшествовавшим социальным нормам. В СМИ стали широко использовать яркие сексуальные образы, в особенности в рекламе и в интернете. Общество постоянно возводило на пьедестал сексуальные символы, которыми люди восхищались, поклонялись и стремились им подражать. С другой стороны, сексуальность, прежде всего, как неотъемлемая часть полноценного человеческого бытия, продолжала оставаться исключительно личной и уникально сложной сферой поведения с многочисленными социально-культурными табу и правилами, что затрудняло ее открытое и свободное обсуждение. У большинства людей сопротивление в отношении изучения полового поведения, было обусловлено глубоко сидящими страхами и сомнениями в отношении их личной жизни.

По наблюдениям ряда авторов в этот период у молодежи и подростков, на фоне отсутствия психоэмоциональной готовности к ответственному сексуальному и брачному партнерству, отмечалось раннее начало половой жизни, беспорядочность половых связей, распространение порнографии и коммерческого секса, а также культивировались рискованные сексуальные практики, связанные с употреблением психоактивных веществ. В результате половина всех зарегистрированных в 2016 г. в Российской Федерации случаев ИППП приходилась на молодежное население в возрасте от 15 до 29 лет.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, следует выделить несколько групп повышенного риска нетрадиционных форм сексуального поведения в общей популяции: работники секс-бизнеса и их клиенты; мужчины гомо- и бисексуальной ориентации; лица, консультирующиеся у врача по поводу ИППП; подростки и молодежь; одинокие мужчины, а также наркозависимые. В отечественных исследованиях также отмечался повышенный риск злоупотребления психоактивными веществами в выше перечисленных группах.

Существенную роль в распространения инфекций, передающихся половым путем, играет и сексуальная ориентация, во многом определяющая допустимость тех или иных форм рискованного поведения в половых отношениях.

Наиболее рискованной формой сексуального поведения является анальный половой акт, встречающийся как в гомосексуальных, так и в гетеросексуальных отношениях. Специфическим фактором риска распространения ИППП во время половых контактов, стала «модная» практика применения психоактивных веществ, обозначаемая западными авторами, термином «Химический секс» («Chemsex» или «Sexualised drug use (SDU)»). В последние годы в развитых странах наблюдалось быстрое нарастание проблемы «химического секса». Особое распространение данная рискованная практика получила среди мужчин, имевших секс с мужчинами (МСМ). В западных исследованиях, к наиболее часто упоминаемым в данном контексте, к психоактивным веществам, в настоящее время относят метамфетамин, мефедрон, гамма-оксимасляную кислоту (ГНВ), гамма-бутиролактон (GBL).

По данным Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИДом за 2015 год в России наиболее пораженной ВИЧ группой были потребители наркотиков (от 0,56 до 7,82% обследованных в данной группе в зависимости от региона). При этом еще более высокие показатели пораженности отмечались среди мужчин, вступавших в сексуальные контакты с мужчинами (МСМ), где доля инфицированных составила от 3,2% до 12,25%, в зависимости от региона, что отражает наиболее актуальные пути ВИЧ в популяции. Среди совершеннолетних мужчин, имевших гомосексуальные

контакты, риск заражения ВИЧ был в 22,8 раз выше среднего в популяции, что делало эту группу второй по степени поведенческого риска в передаче ВИЧ-инфекции после потребителей ПАВ.

По данным других исследований, у лиц, практиковавших гомосексуальный секс, в четыре раза чаще отмечалось злоупотребление психоактивными веществами.

В ходе масштабного британского исследования рекреационного употребления психоактивных веществ у 1484 мужчин без ВИЧ инфекции, имевших секс с мужчинами (МСМ), в 23,6% было выявлено злоупотребление тремя и более наркотическими средствами за последние три месяца, в 21,3% случаев имело место употребление химических препаратов во время секса. Было установлено, что в 57,5% случаев мужчины имели эпизоды незащищенного секса на протяжении последних трех месяцев, в 29% случаев отмечался незащищенный секс с двумя и более партнерами, в более трети случаев (31,9%) имел место незащищенный секс с ВИЧ-инфицированным партнером, или с партнером с неустановленным ВИЧ-статусом.

На базе более 26000 опрошенных МСМ в различных регионах России, было установлено, что только 47% тестировались на ВИЧ, 60% не использовали презервативы при сексуальных контактах. Сведения о рискованном поведении мужчин, имевших секс с мужчинами, были получены по данным отечественных некоммерческих организаций. [11].

Свойственные представителям гей-сообщества субкультуральные особенности образа жизни, и, прежде всего, склонность к различным формам рискованного наркотического и сексуального поведения, приводят к быстрому распространению среди них ВИЧ-инфекции и других ИППП. Сочетание гомосексуальности со злоупотреблением ПАВ, делает эту группу наиболее опасной по наркотическим и инфекционным эпидемиологическим рискам. В тоже время существующая стигматизация представителей этой группы, переводит их в разряд «закрытых и труднодоступных сообществ», что существенно затрудняет реализацию профилактических мероприятий.

Учитывая все вышесказанное, становится очевидным, что мужчины, практикующие секс с мужчинами нуждаются в специализированных профилактических программах, которые в России до настоящего времени не получили системного развития. В связи с этим представляется целесообразной адаптация международного опыта и имеющихся профилактических технологий по работе с закрытыми группами потребителей наркотиков и с гетеро- и гомосексуальными парами, злоупотребляющими психоактивными веществами.

3.5 Психологические особенности потребителей ПАВ на этапе реабилитации

Для психологического исследования потребителей ПАВ на этапе реабилитации были выбраны следующие интегральные характеристики личности, связанные с глобальными способами восприятия жизненных событий и преодоления различных сложных жизненных ситуаций, таких как уровень субъективного контроля и жизнестойкость.

1. Уровень субъективного контроля (локус контроля – ЛК) – характеристика личности описывающая принимает ли человек на себя ответственность за происходящие с ним жизненные события или считает их зависимыми от внешних обстоятельств или других людей.

При высоких показателях (интернальном ЛК) люди считают, что большинство важных событий в их жизни есть результат их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом.

При низких показателях (экстернальный ЛК) люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей.

Для процесса реабилитации важно, чтобы показатели ЛК смещались в сторону интернальности.

2. Жизнестойкость – интегральная личностная черта, ответственная за успешность преодоления личностью жизненных трудностей и включающая в себя три компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Вовлеченность – предполагает получение удовольствия от собственной деятельности.

Контроль – предполагает, что человек ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска – убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, как позитивного так и негативного.

Поскольку в процессе совладания с жизненными ситуациями важное значение понимания своих и чужих эмоциональных состояний, то изучалось также такая характеристика как эмоциональный интеллект (ЭИ).

Эмоциональный интеллект (ЭИ) – способность к пониманию своих и чужих эмоций; пониманию причин, их вызвавших, и последующих последствий их проявления, и управлению ими. Под управлением понимается способность контролировать интенсивность эмоций, внешнее их выражение и произвольный вызов эмоций.

Также изучалась степень выраженности аддиктивных установок отражающих сверхценное отношение к употреблению ПАВ и поиск ощущений (ПО) – потребность переживать необычные, связанные с опасностью ощущения. Данная черта обычно свойственна потребителям ПАВ.

Для оценки психологических параметров были применены следующие методики: «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин и соавт., 1984 г.); «Эмоциональный интеллект» (Люсин, 2006); «Аддиктивные установки» (Мак-Маллан и Гейлхар); «Поиск ощущений» (в адапт. В. В. Гульдана и А. М. Корсуна, 1990 г.); «Тест жизнестойкости» (в адапт. Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой). Все испытуемые потребители ПАВ, находящихся на этапе реабилитации в АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средние значения аддиктивных установок

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Аддиктивные установки	104,50±21,52	97,83±22,38	101,37±32,82	-

Интегральный показатель выраженности аддиктивных установок соответствует уровню, характерному для лиц с хронической зависимостью от ПАВ. У всех трех групп по данной методике получились одинаковые результаты. Далее этот показатель будет использован в корреляционном анализе для

оценки значения изучаемых психологических характеристик для выраженности зависимости от ПАВ.

Изучение уровня субъективного контроля

Частотный анализ уровня субъективного контроля (в процентах)

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Общая шкала интернальности				
Экстернальность	54,5%	40%	52,6%	49,5%
Интернальность	34,1%	53,3%	47,4%	43%
Область достижений				
Экстернальность	45,5%	53,3%	52,6%	49,5%
Интернальность	43,2%	40%	47,4%	43%
Область неудач				
Экстернальность	56,8%	46,7%	52,6%	52,7%
Интернальность	31,8%	46,7%	47,4%	39,8%
Семейные отношения				
Экстернальность	47,7%	50%	63,2%	51,6%
Интернальность	40,9%	43,3%	36,8%	40,9%
Производственные отношения				
Экстернальность	47,7%	33,3%	57,9%	45,2%
Интернальность	40,9%	60%	42,1%	47,3%

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Межличностные отношения				
Экстернальность	59,1%	46,7%	52,6%	53,8%
Интернальность	29,5%	46,7%	47,4%	38,7%
Здоровья и болезнь				
Экстернальность	54,5%	43,3%	42,1%	48,4%
Интернальность	34,1%	50%	57,9%	44,1%

Средние значения уровня субъективного контроля

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Общая шкала интернальности	5,08±1,81	5,46±2,08	4,68±1,89	-
Область достижений	6,33±2,00	6,54±1,77	5,68±1,60	-
Область неудач	5,23±1,80	5,57±2,24	4,32±2,26	-
Семейные отношения	5,56±2,02	5,89±2,39	5,05±1,99	-
Производственные отношения	4,36±1,84	4,75±1,86	4,47±1,71	-

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Межличностные отношения	6,05±1,69	6,43±1,91	5,63±2,48	-
Область здоровья и болезни	5,74±1,86	5,82±1,89	5,95±1,78	-

Из данной таблицы видно, что усредненные показатели по группам не превышают среднего значение интернальности (5,5), что свидетельствует о тенденции к экстернальности во всех группах. Таким образом, большинство реабилитантов не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей.

По отдельным параметрам субъективного контроля видно, что больше всего реабилитанты экстернальны в сфере производственных отношений и в области неудач, т.е. они не видят возможности контролировать обстоятельства, возникающие в трудовых отношениях, а также склонны видеть причины своих неудач во внешних обстоятельствах.

Корреляции уровня субъективного контроля с аддиктивными установками потребителей алкоголя

	Аддиктивные установки
Общая шкала интернальности	-,401*
Область неудач	-,351*

Корреляции уровня субъективного контроля с аддиктивными установками потребителей наркотиков

	Аддиктивные установки
Общая шкала интернальности	-,641**
Область достижений	-,527**
Область неудач	-,424*
Производственные отношения	-,485**

Корреляционный анализ показал, что при повышении интернальности уровень сверхценного отношения к ПАВ (аддиктивные установки) снижается. Таким образом, повышение уровня осознания ответственности за различные жизненные события должно быть мишенью психотерапевтической работы с реабилитантами (см. Таблицы).

Изучение жизнестойкости

Анализ частных показателей жизнестойкости (в процентах)

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Уровень достоверности значимых различий (N=93)
Общая шкала интернальности				
Низкий уровень	22,7%	16,7%	36,8%	23,7%
Средний уровень	52,3%	63,3%	57,9%	57%
Высокий уровень	20,5%	20%	5,3%	17,2%
Вовлеченность				
Низкий уровень	27,3%	40%	31,6%	32,3%
Средний уровень	56,8%	43,3%	63,2%	53,8%

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Уровень достоверности значимых различий (N=93)
Контроль				
Низкий уровень	18,2%	13,3%	15,8%	16,1%
Средний уровень	61,4%	70%	73,7%	66,7%
Высокий уровень	15,9%	16,7%	10,5%	15,1%
Принятие риска				
Низкий уровень	15,9%	13,3%	15,8%	15,1%
Средний уровень	56,8%	60%	63,2%	59,1%
Высокий уровень	22,7%	26,7%	21,1%	23,7%

Средние значения жизнестойкости

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Жизнестойкость	77,00±23,73	75,93±20,96	72,63±19,77	-
Вовлеченность	34,71±10,04	33,17±9,58	31,58±9,05	-
Контроль	28,40±10,05	28,57±7,92	27,95±7,57	-
Принятие риска	14,02±5,62	15,20±5,34	13,11±5,89	-

Корреляция жизнестойкости с аддиктивными установками потребителей алкоголя

	Аддиктивные установки
Общая шкала жизнестойкости	-,411**
Вовлеченность	-,463**
Контроль	-,365*

У всех трех групп уровень жизнестойкости на среднем уровне. Статистически значимых различий между группами выявлено не было. Но корреляционный анализ показал, что при высоком уровне стресс-совладающего поведения уменьшается сверщенность эмоционального отношения к алкоголю.

Изучение эмоционального интеллекта

Эмоциональный интеллект в процентах

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Уровень достоверности значимых различий (N=93)
Межличностный эмоциональный интеллект				
Низкий уровень	34,1%	20%	36,8%	30,1%
Средний уровень	52,3%	56,7%	31,6%	49,5%
Высокий уровень	11,4%	23,3%	31,6%	19,4%
Внутриличностный эмоциональный интеллект				
Низкий уровень	20,5%	16,7%	42,1%	23,7%
Средний уровень	59,1%	53,3%	36,8%	52,7%
Высокий уровень	18,2%	30%	21,1%	22,6%

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Уровень достоверности значимых различий (N=93)
Понимание эмоций				
Низкий уровень	36,4%	16,7%	36,8%	30,1%
Средний уровень	45,5%	53,3%	31,6%	45,2%
Высокий уровень	15,9%	30%	31,6%	23,7%
Управление эмоциями				
Низкий уровень	20,5%	13,3%	31,6%	20,4%
Средний уровень	54,5%	70%	47,4%	58,1%
Высокий уровень	22,7%	16,7%	21,1%	20,4%

Средние значения эмоционального интеллекта

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Межличностный эмоциональный интеллект	4,09±2,15	4,97±1,83	4,68±3,00	-
Внутренний эмоциональный интеллект	4,95±1,83	5,17±2,04	4,63±2,31	-

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Понимание эмоций	4,26±2,09	5,03±2,13	4,84±2,91	-
Управление эмоциями	4,93±1,88	5,03±1,92	4,63±2,31	-

Корреляция аддиктивных установок с эмоциональным интеллектом при употреблении наркотиков

	Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ)	Понимание эмоций (ПЭ)
Аддиктивные установки	-,401*	-,517**

Корреляция эмоционального интеллекта с поиском ощущений при употреблении наркотиков

	Общая потребность в стимуляции	Поиск впечатлений и приключений	Поиск нового опыта
Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ)	,476**		,367*
Управление эмоциями (УЭ)		,393*	

У всех трех групп эмоциональный интеллект развит на среднем уровне. Статистически значимых различий выявить не удалось.

Корреляционный анализ выраженности аддиктивных установок с показателями ЭИ показал обратную зависимость между ними. При снижении потребности в ПАВ повышаются показатели ЭИ, т.е. при хорошем понимании

собственных и чужих эмоций снижается сверхценность наркотических веществ для реабилитанта.

Изучение рискованного поведения в виде поиска ощущений

Средние значения поиска ощущений

	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ	Реабилитанты со смешанной зависимостью	Уровень достоверности значимых различий
Общая потребность в стимуляции	7,60±2,68	9,97±3,29	9,21±3,65	Для 1 и 2 группы p=0,008
Поиск впечатлений и приключений	6,95±3,26	8,57±3,13	8,42±2,85	-
Поиск нового опыта	5,45±2,41	7,43±2,39	7,16±2,87	Для 1 и 2 группы p=0,006
Социальная расторможенность	6,31±3,35	6,97±3,09	8,00±4,24	-
Чувствительность к скуке	6,50±3,07	8,10±3,13	7,53±3,92	-
Потребность в интеллектуальной стимуляции	4,17±1,23	4,17±1,26	4,00±1,20	-

Корреляция аддиктивных установок с поиском ощущений при употреблении алкоголя

	Поиск впечатлений и приключений	Социальная расторможенность
Аддиктивные установки	-,428**	,363*

В группе реабилитантов наблюдаются повышенные показатели ПО. У пациентов с наркотической зависимостью, выявляются статистически достоверно более высокие показатели по шкале «Общая потребность в стимуляции» и по шкале «Поиск нового опыта» нежели у группы с алкогольной зависимостью. Что говорит о тенденции к импульсивным действиям, экспрессии и эмоциональности в социальных контактах.

У группы с наркотической зависимостью и у группы со смешанной зависимостью в большей степени выражен «поиск впечатлений и приключений». А у группы с алкогольной зависимостью в большей степени выражена «Потребность в интеллектуальной стимуляции».

Корреляционный анализ показал, что у потребителей алкоголя при выраженной потребности в несдержанном поведении в социальной сфере повышается сверхценное отношения к алкоголю, а при потребности в острых ощущениях за счет физической активности напряженности аддиктивных установок снижается.

Таким образом, одной из мишеней психотерапевтической работы с реабилитантами может быть проработка с ними способов получения острых ощущений в социализированных видах деятельности, альтернативной социальной расторможенности.

В целом исследования показало, что большинство реабилитантов характеризуется экстернальным уровнем субъективного контроля, что означает, что они не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действий других людей.

Уровень жизнестойкости обследованных и развитие способностей к распознаванию эмоциональных состояний и управлению ими соответствует средним показателями. Это означает, что большинство из них способны нормально функционировать в рутинных, обыденных условиях, но в сложных, стрессовых условиях им может не хватать психологических ресурсов для совладания с трудностями. Одновременно они склонны к импульсивным, необдуманном поступкам и действиям для получения острых ощущений.

Корреляционный анализ показал, что уровень аддиктивных установок связан с выраженностью изучаемых психологических черт. Таким образом можно выделить следующие мишени для психологической работы в процессе реабилитации:

- развитие внутренней ответственности за происходящие жизненные ситуации,
- понимание собственной созидательной роли в успешном преодолении жизненных трудностей,
- развитие осознания своих и чужих эмоций и умения управлять ими
- ориентация на получение острых ощущений в социализированных формах деятельности
- умение рисковать осознанно в ситуации достижения жизненных целей, вместо импульсивного поиска острых ощущений.

Связь психологических характеристик с рискованным поведением в отношении СЗИ

Употребление ПАВ как фактор риска СЗИ

Исследование показало (см. предыдущий раздел), что выявленные личностные характеристика потребителей ПАВ, находящихся на этапе реабилитации, указывают на недостаточность психологических ресурсов для совладания с риском употребления ПАВ и требуют психологической коррекции. Соответственно риск употребления ПАВ является также и фактором риска заражения СЗИ.

Рискованное сексуальное поведение в отношении СЗИ

Корреляция поиска ощущений с рискованным сексуальным поведением при употреблении алкоголя

	Рискованное сексуальное поведение
Поиск нового опыта	,409**
Социальная расторможенность	,388*
Чувствительность к скуке	,391*

Корреляция поиска ощущений с рискованным сексуальным поведением при смешанном употреблении ПАВ

	Рискованное сексуальное поведение
Чувствительность к скуке	,461*

Корреляции уровня субъективного контроля с рискованным сексуальным поведением потребителей алкоголя

	Рискованное сексуальное поведение
Область межличностных отношений (УСК)	,461*

Была установлена связь между различными параметрами поиска острых ощущений у потребителей алкоголя и лиц со смешанным употреблением ПАВ с рискованным сексуальным поведением. Для потребителей алкоголя также определена связь сексуального риска в отношении СЗИ с экстернальностью в области межличностных отношений, т.е. перекладыванию ответственности за социальное взаимодействие на других лиц.

Таким образом, работа по психологической коррекции выделенных в исследовании личностных особенностей будет снижать риск заболевания СЗИ среди зависимых от ПАВ, проходящих реабилитацию.

Глава 4. Профилактика СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков.

В настоящее время определены основные подходы к профилактике СЗИ. Первичная профилактика СЗИ заключается в проведении программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения населения для предотвращения инфицирования СЗИ.

Вторичная профилактика включает организацию медицинской помощи пациентам с СЗИ и алкогольной и/или наркотической зависимостью; она направлена на снижение вероятности передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения СЗИ. При этом, основываясь на международном опыте, можно выделить ряд проблем, затрудняющих борьбу с СЗИ

1. Отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения большинства СЗИ на базе реабилитационных центров
2. Оказание лечебно-диагностической, социально-психологической и профилактической помощи специалистами, не имеющими соответствующих знаний по СЗИ
3. Низкий уровень приверженности и готовности к участию в профилактических мероприятиях у потребителей алкоголя и ПАВ.
4. Риски развития лекарственной резистентности и необходимость ее преодоления.
5. Возможность бессимптомного течения некоторых СЗИ, способствующее их распространению и затрудняющее проведение профилактических и лечебных программ.

Своевременное выявление и лечение социально значимых инфекций является важнейшим методом предотвращения распространения и их нежелательных последствий. Достигнуты впечатляющие успехи в терапии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. В настоящее время хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомониаз в большинстве случаев излечимы с помощью имеющихся эффективных схем антибиотиков. Но существует проблема устойчивости ИППП к противомикробным и противовирусным препаратам, требующая не только правильного подбора и адекватных доз препаратов, но и обеспечения приверженности лечению.

В контексте профилактики особые надежды профилактической медицины возлагаются на разработку вакцин. В настоящее время в арсенале врачей имеются эффективные вакцины против гепатита В и вируса папилломы человека (ВПЧ). По оценкам ВОЗ, при помощи вакцинации против ВПЧ в ближайшее десятилетие можно было бы предотвратить более четырех миллионов случаев смерти женщин в странах с низким и средним уровнем дохода, в которых происходит большинство случаев рака шейки матки, при условии обеспечения 70% охвата вакцинацией [5].

Международный опыт преодоления существующих в сфере профилактики и лечения ИППП изложен в “Проектах глобальных стратегий сектора здравоохранения, 2016–2020 гг.”, в которых особо подчеркивается необходимость всестороннего, комплексного пакета основных мер, включая информацию и службы по профилактике ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем. Шестидесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила три глобальных стратегии сектора здравоохранения на период 2016–2020 гг. . Указанные стратегии включают в себя подходы к изменению рискованного поведения, включая:

- всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;
- консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганда использования презервативов;
- меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как подростки, работники секс-индустрии, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица, употребляющие инъекционные наркотики;
- определение целевых групп для профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции основывающиеся на ведущих факторах, повышающих риск заражения, в числе которых специалисты ВОЗ особо выделяют злоупотребление ПАВ и незащищенный анальный секс.

4.1. Основные концепции и методы профилактики парентеральных инфекций среди потребителей ПАВ.

Профилактика парентеральных инфекций в наркологии является неотъемлемой частью профилактики болезней зависимости от ПАВ и полностью совпадает с ее основными принципами – ограничением или сокращением до минимума наиболее пагубных последствий болезни или опасного поведения.

Широкое распространение во многих странах нашла такая форма работы, как консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, которое осуществляется до и после тестирования на ВИЧ.

Консультирование потребителей наркотиков выполняет две основные функции:

- предупреждение заражения и распространения ВИЧ-инфекции;
- оказание психологической поддержки пациентам, имеющим высокий риск инфицирования или уже инфицированным.

Основной целью консультирования является выявление степени риска ВИЧ-инфицирования пациента и разъяснение результатов тестирования, включая объяснение положительного и отрицательного ответов и возможную целесообразность повторного тестирования, если есть предположения, что пациент может находиться в стадии «окна».

Во время консультирования специалисту представляется возможность дать необходимую информацию по профилактике, риску заражения, способах предохранения от инфицирования, а также предложить меры по снижению и предотвращению риска распространения инфекции в случае положительного результата тестирования. С появлением антиретровирусной терапии (АРВТ) этот метод лечения ВИЧ-инфекции стал также рассматриваться как метод третичной профилактики.

Таким образом, на настоящий момент выделяются следующие виды профилактической деятельности среди потребителей ПАВ.

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции и других социально значимых инфекций (СЗИ) у потребителей ПАВ направлена на изменение их рискованного поведения с целью предотвращения возможности инфицирования. Целевыми группами профилактики являются не только сами потребители наркотиков, но и их сексуальные партнеры, а также молодые люди как группа повышенного «наркотического» и сексуального риска. Основные инструменты первичной профилактики – предоставление достоверной информации со стороны медицинского персонала, СМИ, а также в процессе до и после тестового консультирования.

Вторичная профилактика направлена на изменение рискованного поведения потребителей ПАВ. Ее цель – предотвращение передачи СЗИ от уже инфицированных потребителей наркотиков к другим потребителям наркотиков, их сексуальным партнерам и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных

матерей, употребляющих ПАВ. Основные инструменты вторичной профилактики – предоставление достоверной информации от персонала учреждений наркологического профиля, инфекционных отделений; консультирование; лечение наркотической зависимости; обучение более безопасному поведению (формирование навыков); предоставление профилактических средств защиты; профилактический курс антиретровирусной терапии в период беременности для женщин, употребляющих наркотики.

Третичная профилактика направлена на предотвращение у инфицированных потребителей наркотиков повторного инфицирования другими штаммами вируса ВИЧ, а также на предупреждение развития вторичных заболеваний и перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа. Основные инструменты – предоставление достоверной информации; обучение безопасному поведению; обеспечение профилактическими средствами; лечение наркотической зависимости и сопутствующих СЗИ и других заболеваний; своевременное предоставление АРВТ; обеспечение приверженности лечению; профилактика развития резистентности ВИЧ к проводимой АРВТ.

Чрезвычайно важным и ведущим методом профилактики парентеральных инфекций среди потребителей ПАВ является лечение самой зависимости от ПАВ. Эффективное лечение наркотической и алкогольной зависимости позволяет стабилизировать психическое состояние пациентов, снизить общее количество потребляемого ими алкоголя и наркотиков, уменьшить количество инъекций и риск сексуальной передачи, снизить уровень криминальной активности и связанный с этим риск тюремного заключения, а также способствует ресоциализации и повышению качества жизни наркозависимых. Анализ эффективности лечения зависимости от наркотиков как метода профилактики ВИЧ-инфекции, базирующийся более чем на 100 научных исследованиях, показал, что все способы лечения наркотической зависимости в той или иной мере способны снижать риск распространения ВИЧ-инфекции.

Доконтактная первичная профилактика – это способ предотвращения ВИЧ-инфицирования, предназначенный для людей, не инфицированных ВИЧ, но подвергающихся риску ВИЧ-инфицирования, с помощью ежедневного приема одной таблетки (обычно это комбинация из двух антиретровирусных препаратов). Опыт показывает, что при систематическом приеме такая первичная профилактика значительно, вплоть до 92%, снижает риск ВИЧ-инфицирования людей, подвергающихся высокому риску. При несистематическом приеме эффективность доконтактной первичной профилактики гораздо ниже.

4.2. Основные подходы к профилактике СЗИ среди потребителей алкоголя и наркотических веществ на базе реабилитационного центра

Характерной особенностью профилактики ВИЧ-инфекции и СЗИ на базе реабилитационных центров является отсутствие этапа «первичной профилактики», основанного на комплексе мер, ориентированных на все население в целом и направленного на формирование здорового образа жизни, в том числе на профилактику вовлечения в употребление различных ПАВ и связанных с этих рисков.

Для потребителей ПАВ, находящихся на этапе прохождения реабилитации, актуальной является **вторичная профилактика**. Основная цель вторичной профилактики состоит в предупреждении заражения ВИЧ-инфекцией лиц, подвергшихся и (или) подвергающихся риску заражения, а также снижение частоты тяжелых форм течения ВИЧ-инфекции и снижении частоты возможных осложнений. Вторичная профилактика ВИЧ-инфекции преимущественно направлена на изменение возможного рискованного поведения потребителей ПАВ. Ее цель – предотвратить передачу ВИЧ-инфекции от уже инфицированных потребителей ПАВ к другим потребителям алкоголя и наркотиков, их сексуальным партнерам и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, употребляющих ПАВ.

Основные инструменты вторичной профилактики:

- предоставление достоверной информации персоналом реабилитационного центра;
- реабилитация и лечение наркотической зависимости и сопутствующей психической и соматической патологии, консультирование, обучение более безопасному поведению;
- предоставление профилактических средств защиты, профилактический курс антиретровирусной терапии в период беременности женщин-потребителей наркотиков.

Третичная профилактика направлена на предотвращение у потребителей ПАВ, уже инфицированных СЗИ повторного инфицирования другими штаммами вируса, на предупреждение развития вторичных заболеваний и перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа.

Третичная профилактика состоит из комплекса мероприятий, направленных на повышение качества жизни потребителей наркотических веществ, основанных на привлечении выявленных ВИЧ-инфицированных к диспансерному наблюдению и лечению, обеспечении их приверженности лечению, обучении

безопасному поведению, снижении популяционной вирусной нагрузки. Третичную профилактику регламентируют порядки и стандарты оказания медицинской помощи, а также клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи (протоколы лечения).

Основные инструменты третичной профилактики:

- предоставление достоверной информации;
- обучение безопасному поведению;
- обеспечение профилактическими средствами;
- злечение и реабилитация алкогольной и наркотической зависимости, а также сопутствующих заболеваний.

Примерами мероприятий третичной профилактики являются: своевременное предоставление антиретровирусной терапии (АРВТ); стимулирование приверженности лечению; профилактика развития резистентности ВИЧ к лечению.

Специалистам и сотрудникам реабилитационных центров в своей работе чаще приходится встречаться с необходимостью проведения комплекса мер вторичной и третичной профилактики среди лиц, употребляющих ПАВ.

Эффективное внедрение среди ключевых групп населения программ вторичной и третичной профилактики предотвращает распространение ВИЧ-инфекции и других СРВ среди представителей этих групп, и, несомненно, снижает риск заражения ВИЧ у представителей других уязвимых групп населения и у основной популяции в целом.

Целевое информирование потребителей наркотиков по вопросам, связанным с профилактикой и лечением СЗИ

Целевое информирование потребителей ПАВ, инфицированных СЗИ, включает предоставление информации:

- о значении обнаружения СЗИ;
- о необходимости лечения СЗИ и сопутствующих заболеваний;
- о рисках, связанных с отказом от лечения;
- о последствиях прерывания курса терапии;
- об ответственности лиц, живущих с СЗИ, за поставление в опасность или заражение ВИЧ или другим СЗИ другого лица.

4.3. Принципы организации профилактических мероприятий на базе реабилитационных центров.

Употребление наркотиков и, связанные с ним инфекционные осложнения, представляют собой сложную комплексную медикосоциальную проблему, поэтому их эффективная профилактика невозможна без комплексного подхода и участия в этой деятельности различных государственных и общественных институтов.

Принципы организации профилактических мероприятий для потребителей наркотиков:

- Ориентация на существующие потребности целевой группы;
- Комплексность проводимых мероприятий;
- Последовательность и непрерывность проводимой профилактической работы.

Ориентация проводимых профилактических мероприятий на первоочередные реальные потребности конкретного представителя целевой группы.

Индивидуальные трудности и проблемы, возникающие у каждого потребителя наркотиков, могут оказывать существенное влияние на эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Анализ проблем, возникающих у потребителей наркотиков, позволяет наметить индивидуальный план профилактической работы и социально-психологической реабилитации. Особое внимание следует уделять предыдущему опыту изменения рискованного поведения, наличию стимулов к таким изменениям, степени социальной адаптированности, наличию неблагоприятного окружения, поддержке со стороны семьи и др.

Комплексный подход к профилактике подразумевает под собой коммуникацию не только на уровне специалистов, но и между различными организациями и учреждениями. Достижение разумного баланса усилий всех партнеров является одной из важнейших задач построения эффективной модели профилактической работы с закрытыми группами потребителей ПАВ.

Профилактика СЗИ силами сотрудников реабилитационных центров и МО наркологического профиля является частью реализации единой Государственной стратегии на данной территории. В этой связи возникает необходимость координации деятельности трех основных участников, занятых в сфере профилактики ВИЧ-инфекции – центров СПИД, наркологических МО, профильных СО НПО. Предлагаемый в Государственной стратегии подход к организации

профилактических мероприятий подразумевает совместные действия государственных и неправительственных организаций по профилактике лечению и социальной поддержке лиц, инфицированных ВИЧ. Особое внимание уделяется привлечению к работе специалистов из числа СО НКО и выстраиванию эффективного взаимодействия органов государственной власти и СО НКО, включая участие самих представителей затронутого сообщества в разработке профилактических программ и привлечение к работе равных консультантов.

Комплексный подход к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у ПИН призван обеспечивать потребителям наркотиков доступ к различным специализированным медицинским, социальным, правовым, образовательным и прочим услугам. Услуги могут оказываться в государственных учреждениях, некоммерческих и общественных организациях. Наиболее полно комплексный подход реализуется мультидисциплинарными командами, в которых специалисты различного профиля (наркологи, инфекционисты, терапевты, психологи, социальные работники, равные консультанты и др.) могут оценить потребность пациента в лечебно-профилактических мероприятиях и разработать план их предоставления в необходимом объеме. Среди задач, стоящих перед мультидисциплинарными командами, особое внимание следует обратить на формирование у пациентов приверженности лечению зависимости от ПАВ и СЗИ.

Привлечение к деятельности мультидисциплинарных команд представителей уязвимых сообществ, действующих по принципу «равный-равному», существенно повышает результативность комплексного подхода. Представителей этих групп, (участников программ «12 шагов», или групп взаимопомощи, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом – ЛЖВС, активных потребителей наркотиков), прошедших специальное обучение и проводящих информационную работу с ПИН, называют «равными консультантами».

Преимственность программ профилактики также является частью комплексного подхода. Профилактическая работа, начатая во внебольничных условиях в ходе аутрич работы, должна быть продолжена силами наркологических диспансеров, центров СПИДа, сотрудников социальных служб и социально ориентированных неправительственных организаций (СО НПО) и сотрудниками реабилитационных центров. Последовательность и непрерывность проводимых лечебно-профилактических мероприятий является непременным условием эффективности их реализации. Одноразовые акции уже показали свою малую результативность. Профилактика СЗИ, направленная на изменение рискованного поведения конкретного потребителя ПАВ, должна осуществляться по принципу «от простого к сложному» и предоставляться на том уровне и в том объеме, который он готов принять в конкретных условиях.

Не следует ставить планку требований на недостижимую в данный момент высоту. Любые рекомендации должны быть легко реализуемы.

Профилактические мероприятия на разных этапах оказания медицинской помощи потребителям наркотиков. Профилактическая работа с потребителями ПАВ в большинстве случаев представляет собой доврачебную помощь, призванную помочь представителям данной группы риска дойти до этапа оказания полноценной медицинской помощи в специализированных ЛПУ (Центрах СПИДа и наркологических диспансерах). Деятельность персонала наркологических медицинских организаций (подразделений) и реабилитационных центров при работе с потребителями алкоголя и наркотиков должна строиться с учетом того, что любой пациент может быть инфицирован СЗИ, хотя сам факт заражения не всегда удается подтвердить в силу особенностей этого заболевания и существующих возможностей лабораторной диагностики. В связи с тем, что носители ВИЧ-инфекции и других СЗИ не всегда знают о своем носительстве, а лабораторные исследования не всегда выявляют наличие антител к возбудителям этих болезней, основополагающим следует признать принцип универсальности мер профилактики. Это принцип подразумевает рассмотрение каждого больного в качестве потенциального источника этих инфекций и требует соответствующего обращения с ним и его биологическими жидкостями независимо от конкретного диагноза. Несмотря на некоторые организационные различия, существует ряд общих профилактических мероприятий, которые необходимо осуществлять на всех этапах оказания помощи потребителям ПАВ, включая этап социально-психологической реабилитации. К таким мероприятиям относятся:

- информирование о методах защиты и укрепления здоровья;
- проведение до и после тестового консультирования;
- мотивирование на изменение рискованного поведения (уменьшение общего уровня наркотизации, уменьшение количества возможных инъекций);
- предоставление доступа к профилактическим средствам;
- стабилизация психоэмоционального состояния потребителя ПАВ;
- обеспечение доступности медицинской и социальной помощи, включая доступ к АРВТ и обеспечение приверженности проводимому лечению;
- привлечение ближайшего социального окружения;

- систематическое обучение персонала правилам работы в условиях повышенного профессионального риска;
- мотивация на избавление от алкогольной и наркотической зависимости.

4.4. Социально-психологическая реабилитация – важнейший компонент программ профилактики СЗИ среди потребителей ПАВ

4.4.1 Отказ от употребления ПАВ – основная профилактическая задача этапа реабилитации. Общим подходом по уменьшению потенциального уровня передачи СЗИ является снижение распространенности употребления психотропных веществ, по этой причине комплекс мероприятий по лечению и профилактике алкогольной и наркотической зависимости рассматривается и как профилактическое мероприятие по предупреждению распространения СЗИ. Употребление алкоголя и наркотиков, особенно с использованием инъекций, активизирует три основные пути передачи ВИЧ-инфекции – через кровь, половой и «вертикальный» – от матери к плоду, поэтому лечение зависимости выступает в роли одного из ведущих факторов предупреждения распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. Эффективное лечение и реабилитация алкогольной и наркотической зависимости позволяет стабилизировать психическое состояние потребителя ПАВ, снизить общее количество употребляемых наркотиков, уменьшить количество инъекций, снизить уровень криминальной активности и связанный с этим риск тюремного заключения, а также способствует ресоциализации и повышению качества жизни пациентов.

Анализ эффективности лечения наркозависимости для профилактики СЗИ среди потребителей инъекционных наркотиков, проведенный по поручению ВОЗ и базирующийся более чем на 100 научных исследованиях, показал, что все способы лечения наркотической зависимости в той или иной мере способны снижать риск распространения ВИЧ-инфекции. По данным некоторых исследований, общее число потребителей ПАВ с готовностью к лечению не превышает 25%. Поэтому особое значение в профилактической работе с потребителями ПАВ следует уделять их мотивации на отказ от употребления алкоголя и наркотиков и прохождение возможно полного курса наркологического лечения и реабилитации.

4.4.2 Основные принципы профилактической работы с потребителями ПАВ на базе реабилитационного центра. В своей работе с потребителями

наркотиков сотрудник реабилитационного центра должен руководствоваться следующими принципами:

Доверительность – одним из неперенных и необходимых условий успешного консультирования является установление в самом начале беседы доверительных отношений между консультантом и потребителем наркотиков.

В этих отношениях фальши. Консультант должен допускать, что определенные жизненные обстоятельства могли привести человека к приему наркотиков. Даже не одобряя поведение потребителей наркотиков, консультант должен оставаться искренним и избегать осуждения и прямой конфронтации. Понимая и принимая точку зрения своего собеседника, консультант создает основу для дальнейшего успешного сотрудничества.

Конфиденциальность – неперенным условием успешного консультирования является конфиденциальность. Клиент должен быть уверен, что сообщаемые им факты не будут использованы против него и останутся его личным секретом.

Следует различать конфиденциальность и анонимность. Анонимность предполагает, что собеседник консультанта не раскрывает своей личности и может назваться любым именем, поэтому сообщаемые им сведения не могут быть отнесены к нему лично. Конфиденциальность же предполагает ответственность консультанта за неразглашение полученной информации или гарантию того, что она не будет использована ему во вред.

Компетентность – знания консультанта в области ВИЧ-инфекции могут стать основой для построения доверительных отношений с потребителями наркотиков, нередко подвергающихся стигматизации и отторжению со стороны близких и других представителей социума. Консультант должен обладать достаточными знаниями о ВИЧ-инфекции, ее лечении и профилактике, иметь представление о видах рискованного поведения, свойственного потребителям ПАВ, уметь оценивать степень риска пациента в отношении ВИЧ-инфекции и давать конкретные рекомендации по предупреждению заражения. В ряде случаев консультант может не знать всех нюансов рискованного поведения потребителей наркотиков. В таких ситуациях он не должен стесняться выяснять необходимые подробности у своих клиентов.

Безоценочность суждений и психологическая поддержка – выясняя причины и обстоятельства рискованного поведения, нужно конструктивно обсуждать его последствия, но не выносить оценочных суждений в категорической форме. Лица, злоупотребляющие наркотическими средствами, зачастую страдают низкой самооценкой и подвержены депрессивным состояниям. Часто их

внешне вызывающее поведение скрывает неуверенность в себе. Во время консультации важно оказать им психологическую поддержку, показать, что они в состоянии изменить свое поведение. Отношение консультанта к пациенту должно быть безоценочным и конструктивным и не развивать у него чувство вины.

Ориентация на самостоятельное решение – как правило, консультируемый ждет от консультанта готовых советов и точных рекомендаций. Однако прежде, чем давать их, консультант должен быть уверен, что его собеседник действительно решил изменить свое поведение и готов сделать это. Зачастую потребители наркотических средств склонны объяснять свои поступки внешними обстоятельствами. Их поведение легко меняется под воздействием ситуации, а не в силу внутренних установок и убеждений. Задача консультанта заключается в том, чтобы помочь пациенту принять необходимость безопасного поведения и понять, что не внешние обстоятельства, а он сам управляет своими поступками.

4.4.3 Приверженность терапии СЗИ как компонент профилактики на этапе реабилитации. Понятие «приверженность терапии» включает в себя не только прием препаратов в предписанных дозах, но и своевременное обращение в медицинское учреждение, взаимодействие с врачом, доверительное отношение к нему. Исследователи проанализировали основные факторы, влияющие на приверженность антиретровирусной терапии (АРТ). Все факторы можно разделить на пациент-независимые, к которым относятся биологические и фармакологические свойства препаратов (кратность и число единиц приема, наличие побочных эффектов), и пациент-зависимые (социально-демографические и поведенческие). Факторы, являющиеся барьерами для достижения высокой приверженности лечению, были классифицированы и разделены на четыре основные группы: 1) связанные с пациентом; 2) связанные с препаратами; 3) имеющие отношение к режиму приема; 4) отражающие меры личностного взаимоотношения (Mills, 2006). В медицинской практике приверженность характеризует отношение больного к лечению. В ситуации лечения хронических заболеваний, которые не беспокоят больного постоянно, а имеют скрытое течение или грозят приступом либо нежелательными отдаленными последствиями, бывает необходимо ежедневное лечение, которое контролирует сам пациент. Выполнение всех предписаний доктора возможно только в том случае, если у пациента формируется приверженность лечению. Если больной доверяет врачу и верит в результат лечения, он согласен на внесение изменений в привычный образ жизни, рацион питания и готов к длительному приему препаратов. В том случае, если назначенное лечение плохо переносится пациентом, а побочные явления от приема препаратов приносят страдания (тошнота, бессонница, головокружение и т.п.), формирование приверженности значительно усложняется. В сознании больного

происходит поиск решения проблемы выбора: на одной чаше весов – поддержание здоровья, полноценное функционирование, на другой – нежелательные побочные эффекты, следование диете и другие ограничения. По имеющейся статистике, в процессе лечения хронических заболеваний половина пациентов прекращали лечение, а среди тех, кто продолжал принимать препараты, только 50–60% принимали их в предписанных дозах. В такой ситуации особенно велика роль врача, его авторитет и профессиональное и доверительное отношение к пациенту. Задача медицинских специалистов и сотрудников реабилитационных центров – сформировать у пациента высокую приверженность лечению, чтобы помочь ему преодолеть связанные с ним трудности. Не существует общепризнанного и единого определения, какая приверженность терапии является адекватной, терапевтическая эффективность зависит от конкретного препарата и заболевания.

Приверженность лечению – это количественная величина. Её значение может колебаться от 0% (когда не принята ни одна доза препарата) до 100% и более (когда пациент принимает дозы большие, чем ему предписано). Показателем приверженности может служить отношение количества принятого препарата к предписанному количеству, выраженное в процентах.

Если говорить конкретно о ВИЧ-инфекции – о заболевании, при котором в организме заболевшего человека живет и постоянно размножается вирус иммунодефицита человека, – вопрос о приверженности терапии стоит особенно остро. Нарушение режима приема препаратов может привести к возникновению лекарственной устойчивости и даже выработке резистентных штаммов возбудителей. Например, для лечения ВИЧ-инфекции требуется обязательный прием не менее 95% дозы препарата. Поскольку ВИЧ имеет склонность к быстрым мутациям, в организме всегда сохраняется возможность для появления штаммов, не чувствительных к тому или иному препарату. В этой ситуации перерывы в лечении или прием недостаточной дозы позволят этим мутантам заместить «дикий» штамм, что будет приводить к недостаточности терапии и к возможному распространению мутантного штамма в популяции.

Приверженность лечению ВИЧ-инфекции, т.е. соблюдение предписанных специалистами рекомендаций, является одним из ключевых факторов в сохранении жизни пациентов. Уровень приверженности АРТ определяется комплексом индивидуально-психологических, социально-психологических и поведенческих факторов жизнедеятельности пациентов. Эти же факторы не только определяют приверженное лечению поведение, но и влияют на риск распространения ВИЧ-инфекции.

В процессе лечения антиретровирусными препаратами в специализированных медицинских учреждениях нашей страны возник ряд проблем, связанных

с низкой обращаемостью людей, инфицированных ВИЧ, за получением медицинской помощи и с прекращением по разным причинам приема препаратов АРТ лицами, получавшими такое лечение.

У лиц, злоупотреблявших алкоголем, значительно чаще наблюдалась недостаточная приверженность АРТ, зачастую сопряженная с негативными социально-психологическими и экономическими факторами в семьях. Опыт обращения за помощью в связи с потреблением алкоголя, встречавшийся среди не приверженных лечению больных, указывал на осознание ими этой проблемы и желание изменить стереотип жизнедеятельности.

В ряде исследований описаны также факторы, игравшие положительную роль в формировании приверженности. Среди них названы: высокая самооценка, отмеченные пациентами положительные результаты после приема АРТ. При этом осознанное принятие пациентом факта своей инфицированности служило залогом более ответственного следования рекомендациям врача и более высокой приверженности терапии. Не менее существенную роль в преодолении барьеров, связанных с режимом приема препаратов, играло и социальное окружение пациента. Положительные межличностные отношения являются крайне важными для формирования приверженности. Наличие доверия по отношению к врачу отмечено как мотивирующий фактор во многих исследованиях приверженности терапии. Врач или иной консультант может построить мотивацию на лечение и стимулировать приверженность пациента путем обсуждения смысла жизни, повышения его самооценки, самоуважения и путем формирования новых жизненных ценностей.

Среди факторов, мотивировавших пациента на лечение и стимулировавших приверженность, исследователи отметили наличие детей или других значимых людей, ради которых «нужно жить»; осведомленность друзей и семьи больного о ВИЧ-инфекции, поддержка с их стороны. Из психологических методов эффективными являются мотивационное интервью, разъяснительные беседы. Индивидуальный подход к подбору схемы терапии может максимально оптимизировать процесс лечения применительно к образу жизни больного. Самым простым и действенным способом стимулирования приверженности остается регулярное напоминание о приеме препаратов со стороны близкого окружения или медицинского персонала.

Одним из барьеров на пути к эффективному непрерывному лечению ВИЧ-инфекции является нераскрытый ВИЧ-статус в ближайшем окружении. Преодолению этого барьера мешает страх стигматизации и дискриминации, которых ожидают даже от близких людей, в особенности от сексуальных партнеров. Нераскрытый ВИЧ-статус лишает человека необходимой социальной поддержки и может создавать напряжение в отношениях с половым партнером,

препятствия безопасному сексуальному поведению. Те, кто раскрыл диагноз партнеру, достоверно чаще имели положительную динамику показателей CD4-лимфоцитов. 77,1% пациентов отметили, что после раскрытия диагноза партнер прошел тестирование на ВИЧ. Пациенты с опытом употребления наркотиков в анамнезе реже раскрывают свой ВИЧ-статус сексуальному партнеру по сравнению с пациентами без опыта употребления наркотиков (50% против 77%). А поскольку раскрытие диагноза сексуальному партнеру является значимым фактором, укрепляющим приверженность и способствующим эффективности лечения ВИЧ-инфекции, то при подготовке к терапии врачу очень важно мотивировать пациента на раскрытие диагноза своему партнеру.

Повышение приверженности ВИЧ-инфицированных лечению, наряду с тестированием их партнеров на ВИЧ, являются взаимодополняющими профилактическими мерами, снижающими риски распространения инфекции.

В свою очередь, значительного времени и постоянного наблюдения специалиста требует и лечение туберкулеза. Успех лечения зависит от своевременного обращения больного к специалисту, правильного выбора препаратов и ответственного отношения к длительному лечению. Если же пациент прерывает лечение ТБ, то в арсенале врача остается все меньше эффективных препаратов. Прерывание лечения ТБ грозит рецидивирующим процессом, а также появлением формы ТБ с множественной лекарственной устойчивостью.

Таким образом, дисциплина при лечении заболеваний ВИЧ и ТБ имеет большое социальное значение, а следование рекомендациям из проблемы личного выбора пациента относительно приема или неприятия препаратов превращается в проблему общественного здоровья, когда действия одного пациента могут нанести потенциальный ущерб другим людям. Прерывание лечения ТБ влечет за собой опасность формирования лекарственной устойчивости возбудителя, которая существенно снижает эффективность дальнейшей химиотерапии.

Вопросы организации работы по повышению приверженности пациентов противотуберкулезной терапии и АРТ имеют принципиальное значение в оказании медицинской помощи при сочетанной инфекции.

Прием некорректной дозы рекомендуемых препаратов или их прием в неправильное время, пропуски в приеме представляют собой различные формы нарушения приверженности, что ведет к активизации ВИЧ и МБТ, удлинению сроков лечения, нарастанию спектра устойчивости к противотуберкулезным и антиретровирусным препаратам и, как следствие, неэффективному лечению.

Лечение ТБ в специализированном стационаре значительно осложняется актуальной зависимостью пациентов от ПАВ. Такие пациенты обычно имеют

низкую приверженность лечению. Основные проблемы при оказании специализированной противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией связаны с наличием у них других вторичных или сочетанных заболеваний, таких как вирусные гепатиты, пневмоцистоз, токсоплазмоз и грибковые поражения. Тяжелое состояние этих больных ограничивает возможности врача в проведении адекватной противотуберкулезной и антиретровирусной терапии. Среди пациентов с зависимостью от ПАВ чаще бывают случаи отказа от диагностических мероприятий, нарушения дисциплины в стационаре, отказа от лечения и преждевременной выписки. Следствием крайне низкой мотивации к лечению у таких пациентов является их неспособность к амбулаторному наблюдению и к своевременному получению и приему препаратов.

Данные научных исследований позволяют сделать вывод о том, что основной причиной досрочного прекращения лечения от ТБ оказалось активное потребление ПАВ. Неконтролируемое влечение к ПАВ не препятствует завершению полного курса стационарного лечения примерно у половины больных, имеющих зависимость от ПАВ. В сложившейся ситуации назрела необходимость создания фтизиатрических отделений, в которых будет можно оказывать специализированную наркологическую помощь. Это позволит существенно повысить эффективность лечения ТБ за счет стимулирования приверженности лечению и обеспечения обязательного приема всех необходимых доз противотуберкулезных химиопрепаратов.

4.4.4 Психологическая поддержка и консультирование потребителей ПАВ на этапе реабилитации, как фактор профилактики СЗИ.

Исследование психологических факторов и личностных качеств ВИЧ-инфицированных с разным уровнем показателей иммунитета показало, что оптимистичный настрой и активная жизненная позиция оказываются важными предикторами соматического здоровья у ВИЧ-инфицированных. Выявлено наличие тесных связей состояния иммунной системы с такими характеристиками психологического ресурса, как отношение к своему здоровью, осознание его ценности, активная позиция по отношению к болезни, уровень самооценки, переоценка прошлой жизни, ориентация на здоровое будущее, способы совладания со стрессом. Депрессивные состояния, хронический стресс и нездоровый образ жизни разрушительны для иммунной системы.

Наибольшее эмоциональное значение для всех пациентов имели вопросы, связанные с раскрытием диагноза. Следующими по значимости для приверженных больных были вопросы, связанные с отношением окружающих (дискриминация, социальный комфорт), личностной травмой (ощущением изолированности и отверженности) и негативным личным образом (чувство

вины, стыда, самоуничтожение). Выявлены достоверные корреляционные связи между некоторыми результатами оценки стигматизации и качества жизни больных с ВИЧ-инфекцией. Так, совладание с диагнозом ВИЧ-инфекции коррелировало со снижением тревоги за здоровье и улучшением общего состояния и отрицательно коррелировало с чувством изолированности. Значимым фактором, влияющим на приверженность диспансерному наблюдению и лечению, а также на улучшение соматического и психоэмоционального состояния, служит принятие больным диагноза ВИЧ-инфекции. Для вовлечения и удержания пациентов на диспансерном наблюдении и повышения приверженности лечению целесообразно внедрять программы психологической поддержки больных с целью раннего и полного принятия.

Больные с ВИЧ-инфекцией и ТБ в большинстве своём отличаются неуверенностью в себе, внешней локализацией контроля, низкой самооценкой, снижающей уровень качества жизни. Повышая самооценку пациента, консультант повышает ответственность пациента за лечение, формирует благоприятную почву для сотрудничества с врачом, для повышения приверженности терапии ВИЧ и ТБ. Наиболее доступной формой психологической помощи является индивидуальная беседа, направленная на преодоление тревоги, снятие напряжения. Прежде всего необходимо определить факторы, являющиеся барьерами для достижения высокого уровня приверженности лечению у данного конкретного пациента. В процессе беседы целесообразно использовать элементы разъяснительной и рациональной психотерапии. Разъяснительная психотерапия эффективна в тех случаях, когда больной охотно воспринимает объяснения врача, направленные на коррекцию неправильных суждений пациента, его оценки своего болезненного состояния. В случаях, когда больной не соглашается с врачом в этих вопросах, применяется рациональная психотерапия. Существенной чертой этого метода является воздействие логическим убеждением.

Целесообразно такое психотерапевтическое воздействие, которое могло бы оказать активирующее влияние на пациента, дать стимул к деятельности, направленной на поиски наилучшего выхода из психотравмирующей ситуации, на его подготовку к неизбежной перестройке жизненного стереотипа, адаптацию к изменению жизненных перспектив.

На стадии перехода пациента со стационарного на амбулаторный этап лечения целесообразно проводить специфические социально-психологические консультации, направленные на социальную адаптацию пациента после выписки из стационара.

Индивидуальный подход к каждому пациенту позволяет учитывать его базовые психологические характеристики, особенности социального статуса.

Индивидуальными являются и проявления нежелательных побочных явлений в процессе приема препаратов, с которыми каждый больной вынужден справляться по-своему. Необходимо использовать возможность нивелирования отдельных отрицательных факторов, воздействующих на процесс лечения, на отношение больного к ситуации пребывания в стационаре.

Знание психологических проблем пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ, поможет врачам строить доверительные отношения с больными и создавать атмосферу сотрудничества в процессе лечения. Это, в свою очередь, приведет к преодолению внутреннего сопротивления диагностике и лечению, а также к повышению обращаемости пациентов в специализированные учреждения.

4.4.5 Формирование навыков здорового поведения как основная цель профилактической работы методом мотивационного консультирования на этапе социально-психологической реабилитации.

Здоровое поведение – это комплексный процесс, на который влияет множество разных факторов. Консультирование является признанным и эффективным инструментом влияния на изменение рискованного поведения. Одной из главных задач консультирования, в конечном итоге, является предоставить возможность потребителям наркотиков понять «рискованность» их поведения и помочь им самим осознанно его изменить.

Мотивация потребителей психоактивных веществ на изменение рискованного поведения.

Изменение рискованного поведения является основным показателем эффективности профилактической работы. В свою очередь здоровое поведение – это комплексный процесс, на который влияет множество разных факторов. Консультирование является признанным и универсальным инструментом влияния на изменение рискованного поведения. Одна из главных задач консультирования – предоставить потребителям наркотиков возможность **понять** рискованность собственного поведения и **помочь** им **осознанно его изменить**.

Для решения задач профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН особый интерес представляет теория, выделяющая несколько этапов на пути изменения поведения ПИН с безопасного на менее опасное (Прохаска Дж., ДиКлементе К., Норкрос., 1992):

1. Преднамерение. *На этом этапе пациент не осознает, что у него существует проблема, не задумывается о том, что что-то нужно менять.* Это может происходить из-за отсутствия у него достаточной информации по

ВИЧ-инфекции. Задача данного этапа состоит в предоставлении пациенту недостающих **сведений и информации**.

2. Намерение. *Взвешивание всех «за» и «против», осознание противоречий.* На данной стадии происходит «персонификация проблемы», то есть ПИН начинает осознавать проблему рискованного поведения как собственную

3. Решение. *Пациент принимает решение: изменять или не изменять проблемное поведение.* Он осознает проблему и получает от консультанта информацию о том, как можно с ней справиться. Но для изменений в поведении пациенту необходима мотивация. Задача консультанта заключается в том, чтобы помочь пациенту мотивировать («настроить») себя на изменение поведения.

4. Действие. *Реализация решения на практике, конкретные поступки.* Потребитель наркотиков начинает практиковать новый способ поведения и, конечно, встречается с различными препятствиями. Именно на этом этапе очень важна грамотная поддержка со стороны специалистов (врача-нарколога, психолога, социального работника, близких и др.), т.к. не всегда человек может самостоятельно справиться с трудностями.

5. Поддержание. *Активное поддержание изменений, достижение оптимальных стабильных изменений.* На данной стадии пациенту необходимо сконцентрироваться на достигнутом, и придерживаться менее опасных моделей поведения. Очень важно, чтобы пациент почувствовал пользу и даже выгоду от измененного поведения. Полезным в такой ситуации может оказаться посещение групп взаимопомощи и общение с людьми, находящимися в похожей ситуации. Человек сможет почерпнуть у них мотивацию на **поддержание** изменений.

6. Рецидив. *Возвращение к проблемному поведению.* В силу различных причин ПИН может «сорваться» и опять начать практиковать опасное поведение. В таком случае не имеет смысла осуждать или обвинять человека – напротив, нужно постараться понять, насколько тяжело для него скатиться назад, и затем помочь справиться с чувством поражения, подчеркивая, что те результаты, которых ему удалось достичь (пусть даже на короткий период), являются шагом в правильном направлении и заслуживают похвалы.

При работе с клиентами, практикующими небезопасное поведение, важно уметь определять, на какой стадии находится человек, и, предлагая помощь или литературу, учитывать его статус в контексте изменения поведения.

Если учитывать стадию, на которой находится человек в процессе изменения своего поведения, можно увеличить эффективность работы, и она будет исходить из реальных потребностей пациента в области профилактики СЗИ.

При работе с потребителями ПАВ необходимо помнить о двух моментах:

1. В большинстве своем употребление ПАВ связано с тем, что человек не умеет справляться с неприятными эмоциями, поэтому полезно обучать пациентов техникам работы с эмоциями.
2. Наличие деятельности, удовлетворяющей психологические потребности человека, позволяет сократить или прекратить употребление ПАВ. Некоторые люди отказываются от наркотиков, когда понимают, что наркотики мешают им в реализации позитивной деятельности и при общении. Любые социальные отношения, которые не связаны с потреблением ПАВ, положительно влияют на тенденцию к изменению поведения.

При работе с зависимым человеком, необходимо помнить, что простой отказ от употребления алкоголя и наркотика практически невозможен, без адекватной замены разрушающей деятельности и обучения справляться с неприятными эмоциями и трудностями в жизни без ПАВ.

Что еще необходимо обсудить во время консультации?

Чтобы у пациента не сложилось неправильное представление о целях профилактического консультирования, во время беседы о СЗИ нужно говорить только о его личных проблемах, об особенностях его поведения, связанных с приемом алкоголя и наркотических средств (заостряя внимание на санитарно-гигиенических условиях употребления), а не на том, где, у кого, каким образом и на какие деньги он достает наркотики.

Для успешного консультирования важно обсудить с пациентом возможные риски в его сексуальном поведении и при употреблении наркотиков.

Вопросы изменения сексуального поведения могут оказаться даже более трудными, чем вопросы употребления наркотиков. Консультанту понадобится много такта и терпения, чтобы вызвать пациента на откровенный разговор по этой проблеме. Нужно больше обращаться к пациенту «как бы за советом»: как лучше поступить в той или иной ситуации – и вместе анализировать различные варианты.

В беседах с женщинами, употребляющими ПАВ, необходимо обратить их внимание на вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции и некоторых других СЗИ (от матери ребенку) и повышенную опасность инфицирования СЗИ во время менструального цикла.

4.5. Проведение до и послетестового консультирование как важный инструмент профилактики ВИЧ-инфекции и других СЗИ.

После того, как начальный этап эпидемии ВИЧ-инфекции сменился на период, когда практически все лечебно-профилактические учреждения наркологического профиля столкнулись с необходимостью оказывать помощь постоянно увеличивающемуся числу пациентов с ВИЧ-инфекцией, у специалистов стало происходить осознание необходимости получения дополнительных знаний и навыков для оказания помощи таким пациентам.

Одним из наиболее значимых и, доказавших свою эффективность методов профилактики ВИЧ-инфекции признано дотестовое и послетестовое консультирование. *В соответствии с Законом Российской Федерации «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», приказами и другими законодательными актами, медицинские работники всех специальностей обязаны владеть навыками дотестового и послетестового консультирования и проводить его со всеми пациентами, проходящими тест на ВИЧ.*

Дотестовое консультирование включает:

- сообщение достоверной информации о ВИЧ-инфекции (пути передачи, формы рискованного поведения, меры безопасности);
- выявление факторов риска данного пациента (тип и доза употребляемого ПАВ, способы и ритуалы его употребления, частота и типы сексуальных отношений, половые отношения с лицами из групп повышенного риска, количество и постоянство половых партнеров, использование презервативов при сексуальных отношениях и т.д.);
- прогноз риска ВИЧ-инфицирования;
- информирование о возможных результатах исследования, их значении и необходимости повторного тестирования через определенное время;

- ориентирование пациента на изменение рискованного поведения (отказ от рискованных форм сексуального поведения без использования презервативов, безопасные формы употребления наркотических средств, отказ от употребления ПАВ).

Очевидно, что идея обсуждения с пациентом методов стерилизации инъекционного оборудования и правил его использования может встретить крайне негативное отношение со стороны врача-нарколога. Ведь конечной целью наркологической помощи является полный отказ больного от приема ПАВ. Но, к сожалению, в реальной практике после лечебного курса чаще можно ожидать лишь более или менее продолжительную ремиссию с последующим возобновлением приема ПАВ. Поэтому во время консультации все же необходимо подробно обсудить с пациентом менее опасные способы употребления ПАВ.

Чтобы снять противоречие между необходимостью ориентировать пациента на полный отказ от употребления ПАВ и обучением навыкам менее опасного употребления наркотических средств, беседу целесообразно проводить во время сбора анамнеза. Выясняя типы употребляемых веществ, дозы и прочее, врач может расспросить больного о способах и ритуалах употребления, оценить их с точки зрения ВИЧ-инфицирования и разъяснить, каким образом, возможно избежать этого риска (другие способы употребления, стерилизация инъекционного инструментария, использование только индивидуальных средств и др.).

Послетестовое консультирование во многом определяется полученными результатами. Сообщение любого результата должно быть конфиденциальным.

Получение отрицательного ответа на антитела к ВИЧ не всегда свидетельствует об отсутствии инфекции, так как тестирование может проводиться в «период окна» или в другие периоды, когда антитела не обнаруживаются. В этой связи пациенту следует рекомендовать повторное исследование в течение ближайших 3–6 месяцев. Необходимо еще раз обсудить формы его поведения, которые связаны с риском ВИЧ-инфицирования (инъекционное употребление наркотиков, рискованное сексуальное поведение и др.), и объяснить, что, несмотря на отрицательный результат теста, он может быть инфицирован ВИЧ и поэтому должен соблюдать меры предосторожности для защиты себя и окружающих.

Сообщение положительного результата должно происходить в строго конфиденциальной обстановке. Формулировка сообщения должна быть короткой и нейтральной. Пациенту нужно дать время на обдумывание информации и затем помочь принять ее. Важно выяснить, правильно ли он понимает смысл

результата, и еще раз обсудить, что означает диагноз ВИЧ-инфекция (но не стоит делать прогнозов и оценивать продолжительность жизни).

Известие об обнаружении ВИЧ-инфекции воспринимается обычно как смертельный приговор. В результате у больного может развиваться целый комплекс психогенных реакций:

- страх смерти и одиночества;
- боязнь заразить близких;
- чувство утраты стабильности и перспективы;
- тревога из-за возможного разглашения диагноза;
- чувство вины перед теми, кто мог оказаться зараженным;
- суицидальные мысли и действия;
- агрессивность по отношению к возможному источнику заражения и др.

В наркологической практике известие о положительном результате теста на ВИЧ может привести к отказу от лечения. Считая себя обреченным, пациент может усомниться в целесообразности борьбы с зависимостью.

Можно выделить три этапа консультирования после получения положительного результата:

- консультирование в период эмоционального кризиса;
- консультирование по решению проблем;
- консультирование по принятию решений.

В период эмоционального кризиса, растерянности и беспомощности пациента консультант должен быть способен к сопереживанию и участию. Он должен понимать и правильно реагировать на страх больного, помогать ему овладеть своими чувствами. При этом следует избегать ложных заверений и преуменьшения тяжести положения. Врач должен помочь пациенту признать серьезность проблемы и предложить помощь.

После периода адаптации целесообразно подробнее рассмотреть возникающие перед пациентом проблемы, наметить пути их решения и сориентировать его на ответственное и взвешенное поведение.

Пациент с зависимостью от ПАВ должен четко осознавать, что дальнейшее течение ВИЧ-инфекции во многом может зависеть от его поведения и образа жизни. Нужно удержать его от отказа от лечения, постараться убедить, что лечение увеличивает его шансы на эффективную борьбу с ВИЧ-инфекцией и продолжительную жизнь. Прием наркотических средств должен рассматриваться не как способ «ухода от реальности», а как фактор, усугубляющий развитие ВИЧ-инфекции и способствующий ее более тяжелому протеканию.

На следующем этапе консультирования проводящий его специалист должен помочь потребителю ПАВ наметить стратегию дальнейшего поведения и сориентировать его на принятие самостоятельного и ответственного решения о своем будущем. Полезно обсудить с пациентом круг близких людей, которые могли бы оказать ему поддержку и помощь, а также предложить ему информацию о других медицинских, социальных и общественных организациях, помогающих ВИЧ-инфицированным.

II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЗИ НА БАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Глава 5. Профилактика СЗИ на этапе реабилитации в условиях терапевтического сообщества.

В соответствии с п. 5.6 Указа Президента РФ от 09.06.2010 N690 (ред. от 23.02.2018) «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» одним из направлений достижения генеральной цели государственной антинаркотической политики является сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы.

Важно понимать, что отягощенность наркологической патологии ВИЧ-инфекцией и другими СЗИ часто оказываются причиной снижения приверженности лечению и реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ. Несоблюдение режима лечения, или отказ от него зависят не только от сложности комплексного лечения этих сочетанных патологий, но и от двойной стигматизации и дискриминации пациентов с СЗИ.

В то же время сама зависимость от ПАВ, ее хроническое течение, сопровождаемое обострениями, срывами, социальной неустроенностью и психологическим неблагополучием, могут оказаться причиной снижения приверженности профилактике и лечению СЗИ. Поэтому отказ от употребления ПАВ приводит к снижению поведенческого риска и распространения ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

Таким образом, различные уровни профилактики СЗИ и методы реабилитации среди потребителей ПАВ являются взаимосвязанными и эффективными процессами.

Профилактика СЗИ на этапе реабилитации и оценка возможных рисков инфицирования в связи с употреблением ПАВ могут способствовать не только снижению распространения этих инфекций, но и повысить мотивацию на отказ от употребления ПАВ.

5.1. Особенности профилактики СЗИ в условиях реабилитационного центра, работающего по модели терапевтического сообщества.

Прохождение реабилитации по модели терапевтического сообщества подразумевает полный отказ от алкоголя и наркотиков, а также совместное проживание воспитанников в условиях относительной изоляции от внешних провоцирующих факторов в течение достаточно продолжительного времени. К особенностям организации профилактических мероприятий в условиях подобного закрытого терапевтического сообщества:

Охранительный режим и изоляция от внешних воздействий. Позволяет сконцентрировать внимание воспитанников на проводимых внутри отделения реабилитационных и профилактических мероприятиях, существенно повышает их эффективность.

Полное исключение активного потребления наркотиков и других ПАВ внутри реабилитационного центра. Комплекс организационных мероприятий, полностью исключающих пронос и употребление наркотиков внутри реабилитационного центра, является крайне важной составляющей профилактики распространения внутрибольничных инфекций и передозировок.

Интенсификация лечебно- профилактических мероприятий и проведение широкого спектра дополнительных медицинских, социальных и психологических услуг в одном месте. Максимально возможное расширение доступа ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ к медицинским услугам является одним из важнейших принципов реализации профилактических программ. Комплексность предоставляемых услуг и их высокая концентрация в одном месте позволяет повысить их качество и разносторонность. Помимо консультаций врача-нарколога воспитанник может быть осмотрен врачом-инфекционистом, терапевтом, невропатологом, гинекологом, медицинским психологом и др.

Одномоментное нахождение в реабилитационном центре лиц, находящихся на разных этапах становления ремиссии. Спецификой работы реабилитационного центра является одновременное нахождение в отделении лиц, находящихся на разных этапах становления ремиссии: начиная с постабстинентного состояния и до этапа устойчивой стабилизации и готовности к выписке. Это привносит ряд особенностей в организацию профилактической работы. С учетом того, что способность к правильному восприятию подаваемой информации людьми, находящимися на начальном этапе становления ремиссии ограничена, рекомендуется включать воспитанников в консультативную

группу после относительной стабилизации их состояния и адаптации к режиму работы реабилитационного центра. В процессе прохождения реабилитации в условиях закрытого сообщества должны использоваться все возможности для целенаправленной работы по профилактике инфекционных осложнений и, в первую очередь, ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов В и С. Залогом эффективности такой работы могут служить доверительные отношения, складывающиеся в подавляющем большинстве случаев между сотрудниками реабилитационного центра и воспитанниками с зависимостью от ПАВ.

Свободная от алкоголя и наркотиков атмосфера специализированного наркологического стационара требует соблюдения **крайней осторожности** при проведении консультирования. Следует избегать тем «безопасного» употребления наркотиков, передозировок и других вопросов, так или иначе связанных с активным употреблением наркотиков, которые у некоторых пациентов могут повлечь за собой актуализацию влечения к наркотикам и привести к дестабилизации их состояния.

5.2. Профилактика передачи СЗИ внутри реабилитационного центра. Нозокомиальные инфекции.

Одной из наиболее характерных особенностей парентеральных инфекций является риск их распространения от пациента к пациенту и вероятность заражения персонала.

В медицинской практике большое внимание уделяется профилактике внутрибольничных или нозокомиальных инфекций, т.е. инфекционных заболеваний, которые поражают больного в результате его обращения за лечебной помощью в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ). Также требуется определенная настороженность в отношении вероятности передачи СЗИ внутри реабилитационного центра. Заражение персонала в результате профессиональной деятельности тоже относится к нозокомиальным инфекциям.

ВИЧ чрезвычайно чувствителен к внешним воздействиям. Даже незначительная концентрация химических агентов, обладающих дезинфицирующей активностью, приводит к его гибели. ВИЧ инактивируется при нагревании выше +56 °С в течение 30 минут, под воздействием всех видов ионизирующего, солнечного и УФ-излучения. Имеются данные об инаktivации ВИЧ ферментами, содержащимися в слюне и поте.

Однако есть предположения, что ВИЧ довольно долго может сохранять жизнеспособность в высушенной крови. В крови, предназначенной для переливания и в замороженной сыворотке вирус переживает годы. В замороженной сперме ВИЧ может сохраняться до нескольких месяцев.

Передача вирусных инфекций может произойти: от пациента персоналу; от пациента пациенту; от персонала пациенту; от персонала персоналу.

Заражение персонала ВИЧ и вирусными гепатитами В и С парентеральным путем зависит от вида повреждения. Попадание брызг инфицированной крови на неповрежденную кожу или слизистые оболочки практически не приводит к развитию ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

В реабилитационном центре способом передачи вирусов могут быть бытовые травмы в ходе хозяйственной деятельности воспитанников, лечебно-диагностических манипуляций, и других ситуаций при которых происходит нарушение кожных или слизистых оболочек.

Возникновению и развитию нозокомиальной инфекции способствуют:

- недооценка эпидемической опасности вероятных источников инфекции;
- наличие невыявленных больных и носителей среди персонала и воспитанников;
- нарушение правил асептики и антисептики, личной гигиены, текущей и заключительной дезинфекции, режима уборки;

Требования к работе персонала реабилитационных учреждений с воспитанниками должны строиться с учетом того, что любой воспитанник может быть заражен ВИЧ-инфекцией или другим СЗИ, хотя сам факт заражения не всегда удается подтвердить в силу особенностей этого заболевания и существующих возможностей лабораторной диагностики.

В связи с тем, что носители ВИЧ-инфекции и других СЗИ не всегда знают о своем носительстве, а лабораторные исследования не всегда выявляют наличие антител к возбудителям этих болезней, основополагающим следует признать принцип универсальности мер профилактики. Это принцип подразумевает рассмотрение каждого больного в качестве потенциального источника этих инфекций и требует соответствующего обращения с ним и его биологическими жидкостями независимо от конкретного диагноза. Этим же

принципом следует руководствоваться при проведении дезинфекции в случае разбрызгивания крови больного или других биологических жидкостей.

Основные мероприятия по профилактике СЗИ среди воспитанников и персонала реабилитационного центра.

Снижение степени риска передачи СЗИ в реабилитационных учреждениях включает комплекс профилактических мероприятий, состоящих из:

- применения форм и методов работы, отвечающих современным стандартам техники безопасности;
- неукоснительного выполнения всеми сотрудниками и воспитанниками универсальных мер профилактики;
- использования индивидуальных защитных приспособлений и средств гигиены, включая бритвы, зубные щетки и пр.;
- активной вакцинацией против гепатита В лиц, относящихся к группам повышенного риска;

Для осуществления комплекса таких мероприятий необходимо периодически проводить обучение медицинского персонала с последующей оценкой его эффективности.

Профилактика ВИЧ-инфекции после возможного заражения (постконтактная профилактика).

Всем сотрудникам, имеющим повышенный риск инфицирования вирусами ВИЧ и гепатитами В и С, необходимо сообщать администрации учреждения обо всех случаях травматизации острыми предметами. Меры профилактики после возможного заражения зависят от характера травмы, вида потенциально опасной биологической жидкости, возможности определения состояния вирусоносительства у потенциального источника инфекции.

Сразу же после травмы рана должна быть тщательно промыта проточной водой, а края ее сдавлены, чтобы усилить кровотечение (нельзя отсасывать кровь ртом!). Затем место травмы должно быть обработано этиловым спиртом и закрыто влагонепроницаемой повязкой. О несчастном случае следует сообщить ответственному представителю администрации.

Не позднее 32 часов от момента возможного инфицирования ВИЧ следует обратиться к инфекционисту СПИД-центра для прохождения курса **постконтактной профилактики АРВ препаратами**.

II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЗИ НА БАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Глава 6. Опыт проведения профилактических мероприятий по профилактике СЗИ на базе реабилитационного центра «Неугасимая Надежда».

6.1. Факторы риска социально значимых инфекций у потребителей психоактивных веществ, находящихся на этапе реабилитации

С целью изучения рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию, и для разработки программ профилактики СЗИ было проведено добровольное и анонимное анкетирование реабилитантов АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда»*.

Всего было опрошено 93 респондента, из них: с зависимостью от алкоголя – 44 человека; с зависимостью от наркотических веществ – 30 человек; со смешанной зависимостью – 19 человек.

* Исследование выполнено при поддержке Фонда Президентских грантов в рамках проекта «Профилактика социально значимых инфекций - фактор повышения приверженности реабилитации при зависимости от психоактивных веществ (Школа ответственности – практикум здоровья)», реализуемого АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда».

Общая информация о реабилитантах

Пункт анкеты	Реабилитан- ты с зави- симостью от алкоголя (N=44)	Реабилитан- ты с зависи- мостью от наркотиче- ских веществ (N=30)	Реабилитан- ты со сме- шанной зависимо- стью (N=19)	Всего (N=93)
Средний возраст	38,39±10,42	31,11±8,43	32,32±8,22	34,88±9,93
Семейное положение				
Холост	43,2	46,7%	52,6%	46,2%
Женат	22,7%	36,7%	15,8%	25,8%
Разведен	31,8%	16,7%	31,6%	26,9%
Вдовец	2,3%	-	-	1,1%
Образование				
Неполное среднее	4,5%	10%	5,3%	6,5%
Среднее	18,2%	33,3%	36,8%	26,9%
Незаконченное высшее	25%	30%	21,1%	29%
Высшее	50%	20%	36,8%	37,6%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Трудовая занятость				
Есть работа	47,7%	40%	26,3%	30,1%
Безработный	52,3%	60%	73,7%	69,9%
Средний возраст первой пробы алкоголя	14,66±2,96	13,61±3,58	11,84±3,64	13,75±3,44
Средний возраст первой пробы наркотиков	19,91±4,39	17,67±5,65	16,42±6,01	17,68±5,60
Какой наркотик попробовали первым				
Стимулятор	0%	13,3%	0%	4,3%
Седативное	0%	3,3%	10,5%	3,2%
Канабис	25%	73,3%	73,7%	50,5%
Соли	0%	7,6%	0%	2,2%

Опрос показал, что возраст большинства лиц, проходящих этап реабилитации, соответствует молодому и среднему возрасту по современной классификации ВОЗ. Возраст потребителей алкоголя находится в диапазоне 28 до 50 лет, возраст потребителей наркотических веществ и лиц со смешанной зависимостью находился в диапазоне от 23 до 40 лет.

Уровень образования при этом у потребителей алкоголя несколько выше, чем у потребителей наркотиков и лиц со смешанным употреблением. У потребителей алкоголя было в основном высшее и незаконченное высшее образование,

у представителей других групп – среднее и незаконченное высшее. Большинство респондентов на момент опроса признали себя безработными.

Во всех группах наркотическим веществом, которое было использовано при первых пробах, являлся каннабис.

Наличие СЗИ у реабилитантов

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Болели ли вы когда-нибудь гепатитом В?				
Да	2,3%	6,7%	10,5%	5,4%
Нет	79,5%	80%	57,9%	75,3%
Не знаю	2,3%	0%	5,3%	2,2%
Болели ли вы когда-нибудь гепатитом С?				
Да	6,8%	33,3%	42,1%	22,6%
Нет	79,5%	63,3%	47,4%	67,7%
Не знаю	0%	0%	5,3%	1,1%
Болели ли вы когда-нибудь туберкулезом?				
Да	9,1%	10%	0%	7,5%
Нет	79,5%	80%	68,4%	77,4%
Не знаю	0%	0%	5,3%	1,1%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Болели ли вы когда-нибудь ВИЧ-инфекцией?				
Да	2,3%	10%	10,5%	6,5%
Нет	81,8%	80%	57,9%	76,3%
Не знаю	0%	0%	5,3%	1,1%
Болели ли вы когда-нибудь сифилисом?				
Да	4,5%	0%	0%	2,2%
Нет	77,3%	83,3%	63,2%	76,3%
Не знаю	2,3%	3,3%	10,5%	4,3%
Болели ли вы когда-нибудь гонореей?				
Да	2,3%	0%	10,5%	3,2%
Нет	77,3%	86,7%	52,6%	75,3%
Не знаю	2,3%	0%	10,5%	3,2%
Болели ли вы когда-нибудь хламидиозом?				
Да	6,8%	0%	0%	3,2%
Нет	77,3%	80%	57,9%	74,2%
Не знаю	2,3%	6,7%	15,8%	6,5%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Болели ли вы когда-нибудь COVID-19				
Да	6,8%	3,3%	0%	4,3%
Нет	68,2%	76,7%	52,6%	67,7%
Не знаю	11,4%	10%	21,1%	12,9%

Среди лиц проходивших реабилитацию были распространены все виды СЗИ. Наибольшее распространение у потребителей наркотиков и при смешанном типе зависимости имели гепатит С и ВИЧ-инфекция, но у потребителей алкоголя, хотя и в меньшем проценте случаев, также встречались почти все СЗИ.

Информированность о ПАВ и СЗИ и основные факторы приобщения к употреблению ПАВ

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Почему начали употреблять ПАВ?				
Любопытство	38,6%	59,8%	63,4%	50,9%
Привлекло чувство опасности	0%	13,2%	10,6%	7,7%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Думали, что в любой момент сможете перестать употреблять	24,9%	19,9%	31,8%	25%
Убедили друзья	29,5%	23,2%	37%	29,2%
Вовлек сексуальный партнер	4,6%	10%	0%	5,5%
Для снятия боли	6,8%	3,3%	10%	7,6%
Знаете ли Вы о навыках безопасного секса?				
Да	97,7%	90%	84,2%	92,5%
Нет	0%	10%	10,5%	5,4%
Есть ли среди Ваших знакомых люди с ВИЧ-инфекцией?				
Да	15,9%	40%	57,9%	32,3%
Нет	43,2%	40%	10,5%	35,5%
Не знаю	38,6%	20%	26,3%	30,1%
Обследовались ли Вы на ВИЧ-инфекцию до реабилитации?				
Да	77,3%	73,3%	63,2%	73,1%
Нет	20,5%	23,3%	26,3%	22,6%

Основной причиной начала употребления ПАВ подавляющее большинство представителей из всех групп признали любопытство, на втором месте среди причин начала употребления у всех оказалось давление социального окружения (друзья), на третьем месте – недооценка опасности возникновения зависимости. Потребители различных смешанных ПАВ чаще, чем в других группах, указывали на их обезболивающий эффект. В тоже время и для них значимым и важным оказались чувства и переживания, связанные с возможным возникновением зависимости.

На роль сексуального партнера в вовлечение в употребление ПАВ чаще всего указывали потребители наркотиков, и только незначительная часть потребителей алкоголя.

Поведенческий риск употребления

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Какие ПАВ употребляли перед реабилитацией?				
Алкоголь	75%	10%	37%	46,4%
Седативное	2,3%	29,8%	16%	14,1%
Стимулирующее	11,3%	49,8%	47,5%	31,4%
Каннабис	6,8%	29,8%	31,7%	19,6%
Соли	0%	19,9%	21%	10,9%
Употребляли ПАВ индивидуально?				
Да	72,7%	73,3%	78,9%	74,2%
Нет	15,9%	13,3%	15,8%	15,1%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Употребляли ПАВ с постоянными знакомыми?				
Да	70,5%	83,3%	73,7%	75,3%
Нет	11,4%	10%	21,1%	12,9%
Употребляли ПАВ со случайным знакомым?				
Да	34,1%	36,7%	63,2%	40,9%
Нет	36,4%	46,7%	26,3%	37,6%
Употребляли ПАВ с супругой(ом)?				
Да	38,6%	30%	42,1%	36,6%
Нет	34,1%	53,3%	42,1%	41,9%
Сочетали ли Вы прием алкоголя с наркотиками?				
Всегда	4,5%	0%	10,5%	4,3%
Часто	9,1%	23,3%	63,2%	24,7%
Редко	13,6%	50%	21,1%	26,9%
Никогда	40,9%	13,3%	0%	23,7%
Использовали ли Вы инъекции для введения ПАВ?				
Да	2,3%	46,7%	52,6%	26,9%
Нет	75%	53,3%	42,1%	61,3%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
В каком возрасте начали употреблять ПАВ инъекционно?				
До 18 лет	0%	6,6%	16%	5,4%
От 18 лет	0%	40%	37%	20,7%
Сколько лет употребляете инъекционно?				
До 4 лет	0%	16,7%	21%	9,8%
Больше 5 лет	0%	23,3%	31,8%	14,3%
Знали ли Вы о таких последствиях употребления ПАВ как развитие зависимости от ПАВ?				
Да	63,6%	80%	78,9%	72%
Нет	4,5	13,3%	21,1%	10,8%
Знали ли Вы о таких последствиях употребления ПАВ как смерть от передозировки?				
Да	56,8%	90%	94,7%	75,3%
Нет	9,1%	6,7%	0%	6,5%
Знали ли Вы о таких последствиях употребления ПАВ как риск заболеть вирусными гепатитами?				
Да	59,1%	63,3%	78,9%	64,5%
Нет	6,8%	30%	15,8%	16,1%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Знали ли Вы о таких последствиях употребления ПАВ как риск заболеть ВИЧ-инфекцией?				
Да	52,3%	67,7%	84,2%	63,4%
Нет	4,5%	26,7%	10,5%	12,9%
Знали ли Вы о таких последствиях употребления ПАВ как риск заболеть ИППП?				
Да	56,8%	66,7%	78,9%	64,5%
Нет	2,3%	20%	15,8%	10,8%
Бойтесь ли Вы заразиться ВИЧ-инфекцией в связи с употреблением наркотиков?				
Да	31,8%	46,7%	57,9%	41,9%
Нет	45,5%	53,3%	36,8%	46,2%

Структура потребляемых ПАВ, выявленная перед началом реабилитации, была представлена высоким уровнем использования стимулирующих препаратов, указывающим на вероятность расторможенных форм поведения, в том числе сексуальных.

Более трети потребителей алкоголя и наркотиков и две трети респондентов со смешанным употреблением сообщили о том, что употребляли ПАВ совместно со случайными знакомыми.

Большинство обследованных реабилитантов знали о таких рисках употребления ПАВ как развитие зависимости, смерть от передозировки, возможность инфицирования ВИЧ и ВГС. Наименее информированными в отношении

указанных рисков оказались потребители наркотических веществ. В частности, о возможности ВИЧ-инфицирования в результате употребления ПАВ не знали 26,7% потребителей наркотиков и 10,5% лиц со смешанным употреблением; не знали об опасности заражения ВГС 30% потребителей наркотиков и 15,8% лиц со смешанным употреблением.

Значительная часть опрошенных не боялась заразиться СЗИ в связи с употреблением ПАВ: 45,5% больных алкоголизмом, 53,3% потребителей наркотиков и 36,8% лиц со смешанным потреблением ПАВ.

Рискованное сексуальное поведение

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Вступали ли Вы в половые контакты с работниками секс-бизнеса?				
Да	15,9%	10%	31,6%	17,2%
Иногда	15,9%	23,3%	31,6%	21,5%
Никогда	63,6%	66,7%	36,8%	59,1%
Вступали ли Вы в половые контакты за денежное вознаграждение?				
Да	4,5%	3,3%	10,5%	5,4%
Иногда	9,1%	0%	10,5%	6,5%
Никогда	81,8%	96,7%	79%	86%
Вступали ли Вы в половые контакты за ПАВ?				
Да	4,5%	3,3%	0%	3,2%
Иногда	0%	0%	5,3%	1,1%
Никогда	90,9%	96,7%	94,7%	93,5%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Влияет ли употребление алкоголя на Ваш сексуальный контакт?				
Облегчает сексуальный контакт	29,6%	16,6%	31,6%	25,9%
Улучшает секс	20,5%	43,3%	47,5%	33,5%
Ухудшает секс	18,3%	23,2%	26,5%	21,8%
Делает безразличным к сексу	11,4%	13,2%	31,7%	16,4%
Никак не влияет	31,9%	20%	10,5%	23,8%
Не сочетаю алкоголь с сексом	15,9%	20%	2,3%	15,2%
Влияет ли употребление наркотиков на Ваш сексуальный контакт?				
Облегчает сексуальный контакт	11,4%	6,6%	21,1%	11,9%
Улучшает секс	9,1%	56,5%	57,9%	34,5%
Ухудшает секс	6,8%	16,6%	31,8%	15,2%
Делает безразличным к сексу	0%	10%	21,2%	7,7%
Никак не влияет	20,5%	20%	5,3%	17,2%
Не сочетаю наркотики с сексом	11,4%	6,6%	15,8%	10,8%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Есть ли среди Ваших половых партнеров лица, употребляющие наркотики?				
Да	27,3%	33,3%	63,2%	36,6%
Нет	52,3%	63,3%	21,1%	49,5%
Не знаю	15,9%	3,3%	10,5%	10,8%
Используете ли Вы презервативы при половых контактах?				
Всегда	13,6%	16,7%	15,8%	15,1%
Часто	25%	33,3%	10,5%	24,7%
Редко	38,6%	33,3%	57,9%	40,9%
Никогда	13,6%	13,3%	10,5%	12,9%
Если не используете презерватив, то почему?				
Уверен в своем половом партнере	61,4%	53,3%	58%	58,2%
Не хотите лишать себя удовольствия и менять сексуальные привычки	15,9%	20%	31,6%	20,5%
Из-за неудовлетворительного качества презервативов	0%	10%	15,8%	6,5%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Изменилось ли Ваше сексуальное поведение из-за риска заразиться СЗИ?				
Никак не изменилось	38,7%	43,3%	52,7%	43,1%
Стал(ла) пользоваться презервативом при случайном половом контакте	27,3%	30%	21,1%	27,1%
Сократил(ла) число половых партнеров	6,8%	6,6%	10,5%	7,6%
Отказался(лась) от случайных половых контактов	26,1%	20%	36,9%	26%
Изменил(ла) технику сексуальных отношений	6,9%	3,3%	0%	4,4%
Знаете ли Вы ВИЧ-статус вашего сексуального партнера?				
Положительный	0%	3,3%	5,3%	2,2%
Отрицательный	52,3%	76,7%	47,4%	59,1%
Предпочитаю не сообщать	4,5%	0%	0%	2,2%
Не знаю	29,5%	6,7%	36,8%	23,7%

Изучение рискованного сексуального поведения лиц, проходящих реабилитацию, показало, что многие из них полагали, что употребление ПАВ влияет положительно на сексуальные контакты. При этом 15,9% потребителей алкоголя, 10% потребителей наркотиков, и среди 31,6% лиц со смешанным употреблением вступали в сексуальные контакты с работниками секс-бизнеса. Всегда использовали презерватив при половых контактах только около 13% всех опрошенных, при этом большинство респондентов были уверены в половом партнере. В тоже время многие реабилитанты не знали ВИЧ-статуса сексуального партнера: 29,5% потребителей алкоголя, 6,7% потребителей наркотиков и 36,8% лиц со смешанным употреблением.

В целом, наибольший сексуальный риск заражения СЗИ наблюдался при смешанном употреблении ПАВ.

Наличие страха перед СЗИ

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Страх заразится ВИЧ-инфекцией				
Да	54,5%	60%	68,4%	59,1%
Нет	40,9%	36,7%	31,6%	37,6%
Страх заразится гепатитом В				
Да	52,3%	50%	57,9%	52,7%
Нет	40,9%	43,3%	21,1%	37,6%
Страх заразится гепатитом С				
Да	52,3%	46,7%	47,4%	49,5%
Нет	40,9%	46,7%	31,6%	40,9%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Страх заразится туберкулезом				
Да	45,5%	56,7%	63,2%	52,7%
Нет	43,2%	36,7%	15,8%	35,5%
Страх заразится ИППП				
Да	50%	60%	73,7%	58,1%
Нет	43,2%	36,7%	15,8%	37,6%
Страх заразится COVID-19				
Да	56,8%	43,3%	63,2%	53,8%
Нет	43,2%	50%	26,3%	41,9%
Бойтесь ли Вы заразиться СЗИ в связи со своими сексуальными привычками?				
Да	29,5%	40%	42,1%	35,5%
Нет	65,9%	60%	57,9%	62,4%

Большинство респондентов боялось заразиться социально значимыми инфекциями, однако они не связывали это беспокойство со своими сексуальными привычками. Это может свидетельствовать о том, что их представления о способах и путях передачи СЗИ имели отвлеченный характер.

Актуальность о лечении и профилактике СЗИ

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Нужна ли Вам информация о навыках безопасного секса?				
Да	29,5%	30%	21,1%	28%
Нет	65,9%	70%	73,7%	68,8%
Нужна ли Вам информация о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции?				
Да	27,3%	40%	26,3%	31,2%
Нет	61,4%	53,3%	57,9%	58,1%
Нужна ли Вам информация о профилактике и лечении вирусных гепатитов В и С?				
Да	36,4%	46,7%	36,8%	39,8%
Нет	54,5%	46,7%	52,6%	51,6%
Нужна ли Вам информация о профилактике и лечении туберкулеза?				
Да	34,1%	33,3%	26,3%	32,3%
Нет	54,5%	56,7%	52,6%	54,8%
Нужна ли Вам информация о профилактике и лечении ИППП				
Да	31,8%	40%	42,1%	36,6%
Нет	54,5%	53,3%	47,4%	52,7%

Пункт анкеты	Реабилитанты с зависимостью от алкоголя (N=44)	Реабилитанты с зависимостью от наркотических веществ (N=30)	Реабилитанты со смешанной зависимостью (N=19)	Всего (N=93)
Нужна ли Вам информация о профилактике и лечении Ковид-19?				
Да	43,2%	36,7%	47,4%	41,9%
Нет	54,5%	60%	31,6%	51,6%

Часть вопросов анкеты, касавшихся рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции и СЗИ, были нами преобразованы в две шкалы – шкала «Поведенческий риск употребления» и шкала «Рискованного сексуального поведения» (Приложение 1).

Таким образом, были получены данные о выраженности рискованного поведения среди потребителей ПАВ.

Оценка поведенческого риска в связи с употреблением ПАВ и сексуального риска ВИЧ-инфицирования в баллах показала, что у потребителей алкоголя средний балл поведенческого риска в связи с употреблением ПАВ был равен 9,41 балла, при этом у 52,2% были оценки выше этого показателя. Средний показатель рискованного сексуального поведения – 4,3 балла, но у большинства (40,9%) он оказался выше среднего.

У потребителей наркотических веществ уровень поведенческого риска в связи с употреблением наркотиков был выше среднего балла (12,63) у 46,7%, а у 33,3% уровень сексуального риска был выше среднего балла (4,3).

В группе смешанного употребления ПАВ у 42,1% поведенческий риск из-за употребления ПАВ был выше среднего (15,63), а превышение среднего балла сексуального риска (5,89) наблюдался у 57,9%.

В целом, результаты исследования показали, что у потребителей ПАВ, находящихся на реабилитации, имелся достаточно высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией. Сообщили о положительном ВИЧ статусе 6,5% респондентов, о наличии гепатита В – 5,4%, о наличии гепатита С – 22,6%, туберкулеза – 7,5%, а о наличии ИППП – 3%. При этом, наибольший риск заражения СЗИ и наибольший процент инфицированных данными инфекциями выявился

в группе смешанного употребления ПАВ. Также среди опрошенных наблюдается высокий процент тех, кто опасался заразиться ВИЧ из-за употребления ПАВ, а около трети опрошенных сообщили о потребности в информации по профилактике и лечению СЗИ.

Полученные данные могут оказаться ценным материалом для создания программ тренингов, направленных на профилактику СЗИ в процессе реабилитации потребителей ПАВ.

Внедрение профилактических программ позволит повысить информированность зависимых от ПАВ о СЗИ и методах их профилактики и лечения. Проведение активных тренингов будет способствовать повышению качества всего реабилитационного процесса, уменьшению риска распространения СЗИ среди зависимых от алкоголя и наркотиков, включая социальное окружение.

В результате таких тренингов могут быть достигнуты следующие цели:

1. Повышение информированности зависимых от ПАВ о СЗИ и методах их профилактики.
2. Профилактика в кризисной ситуации низкой приверженности лечению и реабилитации в случае выявления инфекций.
3. Профилактика социальной стигмы и дискриминации как фактора снижающего приверженность процессу реабилитации.
4. Снижение, в результате активной профилактической деятельности, инфекций, связанных с употреблением ПАВ (ВИЧ, ВГС и др.), и их распространенности среди зависимых от алкоголя и наркотиков, в том числе среди их социального окружения.

Внедрение в реабилитационные центры программ профилактики СЗИ отвечает задачам, поставленным в «Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» о «повышении доступности медико-социальной реабилитации для больных наркоманией, а также для обратившихся за медицинской помощью лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями» (п. 36.д).

6.2. Семинар по профилактике социально значимых инфекций у лиц, находящихся на этапе реабилитации.

В качестве основного профилактического мероприятия был выбран однодневный тренинг семинар, позволяющий с одной стороны, обеспечить достаточное вовлечение участников в учебный и тренировочный процесс. Подобный формат обучающего мероприятия достаточно легко встраивается в рутинный процесс реабилитационной работы.

На основании полученных в ходе предварительной оценки основных характеристик целевой группы, включая ключевые поведенческие факторы риска, уровень исходных знаний и запроса участников были сформированы основные цели и задачи тренинга и предложен общий тематический план.

Цель семинара/тренинга: Создание условий для овладения участниками знаниями и практическими навыками по вопросам профилактики социально значимых инфекций (СЗИ).

Задачи семинара/тренинга:

- Предоставить необходимую информацию в рамках темы семинара/тренинга
- Актуализировать проблему инфекционных осложнений злоупотребления наркотиками и повысить приверженность участников профилактике СЗИ
- Создать условия для систематизации имеющегося опыта участников семинара/тренинга и интеграции его в единую систему предоставления лечебно- профилактических услуг потребителям психоактивных веществ.

Структура семинара:

- Знакомство, представление ведущих, регламент и правила работы
- Тест «Вход»
- Разминка («Атомы»)
- Сбор и уточнение ожиданий и уточнение запросов участников
- Информационный блок («СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков»)

- Актуализация проблемы СЗИ (Тематическая игра: «Степной огонь»)
- Разминка («Паровозики»)
- Профилактика СЗИ (Ролевая игра: «Профилактика СЗИ»)
- Информационный блок – Теория изменения поведения
- Тематический блок – Приверженность реабилитации и профилактике СЗИ (Факторы повышающие и препятствующие успешной профилактике СЗИ (организационные, индивидуальные, общественные) – работа в малых группах)
- Разработка индивидуального плана профилактики СЗИ
- Обратная связь и ответы на вопросы
- Подведение итогов и завершение семинара/тренинга. Тест «Выход» и заполнение анкеты оценки, рефлексия семинара

Формы работы: разминки, мозговые штурмы, групповые дискуссии, работа в малых группах, формат «вопрос-ответ», презентации, индивидуальная работа с информационными материалами, тематическая игра, тренинг по профилактике СЗИ, анкетирование.

Основные знания и умения, приобретённые и закреплённые на семинаре:

- участники получили и усвоили знания о способах передачи СЗИ, повысили уровень осознания имеющихся рисков и понимания путей их предупреждения;
- участники актуализировали проблему инфекционных осложнений злоупотребления наркотиками и повысили приверженность профилактике СЗИ;
- участники семинара систематизировали имеющийся опыт и интегрировали его в единую систему предоставления лечебно- профилактических услуг потребителям психоактивных веществ;
- участники провели рефлекссию своего рискованного по отношению к инфицированию СЗИ поведения, а также коррекцию личных убеждений и отношений, связанных с возможностью заражения и приверженностью изменения поведения.

Раздаточные материалы семинара:

- программа семинара для участников;
- тестовые материалы для оценки уровня знаний о СЗИ «вход-выход»; информационные материалы по способам передачи СЗИ
- анкета для рефлексии по итогам семинара;
- опросник «Анкета обратной связи».

Анализ-обобщение анкет «вход-выход» участников семинара:

Перед началом и по окончании семинара было проведено анкетирование участников «вход-выход» для объективной оценки изменения уровня компетентности. Участникам предлагалось ответить на 10 утверждений, связанных с пониманием темы и выбрать один из двух вариантов ответов («да» или «нет») для нескольких подпунктов. Анализ анкет показал, что у 87,9% целевой группы уровень компетентности повысился.

Резюме на основе рефлексии от участников семинара:

Семинар участниками был воспринят с искренним интересом, оценен как «актуальный, познавательный и полезный». По итогам семинара многие воспитанники отметили готовность изменить свое отношение к здоровью, болезням и рискованному в отношении СЗИ поведению.

Приложения

Приложение 1.

1. Список вопросов, вошедших в шкалу «Поведенческий риск употребления», и начисление баллов за них:

1. Вы употребляли ПАВ с постоянным знакомым? – ДА (1 балл), НЕТ (0 баллов)
2. Вы употребляли ПАВ индивидуально? – ДА (2 балла), НЕТ (0 баллов)
3. Вы употребляли ПАВ со случайным знакомым? – ДА (3 балла), НЕТ (0 баллов)
4. Вы употребляли ПАВ с супругой (ом)? – ДА (4 балла), НЕТ (0 баллов)
5. Сочетали ли Вы прием наркотических веществ с алкоголем? – ВСЕГДА (3 балла), ЧАСТО (2 балла), РЕДКО (1 балл), НИКОГДА (0баллов)
6. Использовали ли Вы инъекции для использования ПАВ? – ДА (5 баллов), НЕТ (0 баллов)

2. Список вопросов, вошедших в шкалу «Рискованное сексуальное поведение», и начисление баллов за них:

1. Вступали ли Вы в половые контакты с работниками секс-бизнеса? – ДА (2 балла), ИНОГДА (1 балл), НИКОГДА (0 баллов)
2. Вступали ли Вы в половые контакты за деньги? – ДА (2 балла), ИНОГДА (1 балл), НИКОГДА (0 баллов)
3. Вступали ли Вы в половые контакты за наркотики? – ДА (2 балла), ИНОГДА (1 балл), НИКОГДА (0 баллов)

4. Есть ли среди Ваших половых партнеров лица, употребляющие наркотики? – ДА (2 балла), ИНОГДА (1 балл), НИКОГДА (0 баллов)
5. Используете ли Вы презервативы при половых контактах? – ВЕГДА (0 баллов), ЧАСТО (1 балл), РЕДКО (2 балла), НИКОГДА (3 балла)
6. Бойтесь ли Вы заразиться ВИЧ-инфекцией, гепатитами и другими инфекциями в связи со своими сексуальными привычками? – ДА (0 баллов), НЕТ (1 балл)
7. Изменилось ли Ваше сексуальное поведение из-за риска заразиться ВИЧ-инфекцией, гепатитами и другими инфекциями? – НИКАК НЕ ИЗМЕНИЛОСЬ (1 балл), ИЗМЕНИЛОСЬ (0 баллов)
8. Знаете ли Вы о навыках безопасного секса? – ДА (0 баллов), НЕТ (1 балл)
9. Знаете ли вы ВИЧ-статус своего сексуального партнера? – ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ (0 баллов), ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ (3 балла), ПРЕДПОЧИТАЮ НЕ СООБЩАТЬ (2 балла), НЕ ЗНАЮ (1 балл)

Приложение 2.

АНКЕТА оценки знаний до и после тренинга

Отметьте, пожалуйста, Ваш вариант ответа на вопросы анкеты.

1. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться при переливании крови, использовании нестерильных игл, шприцев, или других медицинских инструментов?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

2. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться при половых контактах? (подчеркните правильный ответ)

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

3. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться воздушно-капельным путем: при поцелуе, чихании, кашле? (подчеркните правильный ответ)

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

4. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться при пользовании посудой и продуктами питания, общими с инфицированным человеком? (подчеркните правильный ответ)

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

5. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться при рукопожатиях и объятиях?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

6. Какими из перечисленных инфекций можно заразиться при пользовании предметами личной гигиены?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

7. Какое из перечисленных заболеваний лечат антиретровирусной терапией – АРВТ?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

8. Какая из перечисленных инфекций в настоящее время излечивается?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

9. От какой с вышеперечисленных инфекций в настоящее время есть вакцина?

- | | | |
|----------------|----|-----|
| • ВИЧ-инфекция | ДА | НЕТ |
| • Сифилис | ДА | НЕТ |
| • Гепатит В | ДА | НЕТ |
| • Туберкулез | ДА | НЕТ |
| • Гепатит С | ДА | НЕТ |
| • КОВИД-19 | ДА | НЕТ |
| • Гонорея | ДА | НЕТ |

10. Как Вы поступите, или поступили бы, если у Вас обнаружат ВИЧ-инфекцию?

- | | | |
|---|----|-----|
| • Обследуюсь повторно | ДА | НЕТ |
| • Обращусь к врачу, чтобы получить специальное лечение | ДА | НЕТ |
| • Буду лечиться самостоятельно | ДА | НЕТ |
| • Буду жить по-прежнему, не думая о болезни | ДА | НЕТ |
| • Скажу своему половому партнеру | ДА | НЕТ |
| • Прекращу всякие половые контакты | ДА | НЕТ |
| • При любых половых контактах буду пользоваться презервативом | ДА | НЕТ |
| • Никому не скажу | ДА | НЕТ |

Приложение 3.

Общий тематический план и ориентировочная разбивка по времени однодневного тренинга по профилактике СЗИ среди реабилитантов АНО «Неугасимая Надежда»:

- 10.00–10.10 – Знакомство, представление ведущих, регламент и правила работы
- 10.10–10.20 – Разминка
- 10.20–10.40 – Уточнение ожиданий и актуальных запросов участников
- 10.40–11.00 – Информационный блок
(«СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков»_часть 1)
- 11.00–11.10 – Перерыв
- 11.10–13.00 – Информационный блок
(«СЗИ у потребителей алкоголя и наркотиков»_часть 2)
- 13.00–14.00 – Обед
- 14.00–14.10 – Разминка

- 14.10–15.10 – Ролевая игра: Выстраивание конструктивного взаимодействия с уязвимыми группами.
- 15.10–15.20 – Перерыв
- 15.20–15.30 – Разминка
- 15.30–15.40 – Информационный блок – Изменение рискованного поведения
- 15.40–16.00 – Тематический блок – Мотивация на изменение рискованного поведения
- 16.00–16.20 – Разработка индивидуального плана профилактики СЗИ
- 16.20–16.50 – Обратная связь и ответы на вопросы
- 16.50–17.00 – Подведение итогов и завершение семинара/тренинга

Список литературы:

1. Бузина Т. С. Психологическая профилактика наркотической зависимости. М.: Когито-Центр, 2015–312 с.
2. Бузина Т.С., Должанская Н. А., Корень С. В., Любаева Е. В. Профилактика ВИЧ-инфекции среди наркологических пациентов с высокими поведенческими рисками // Вопросы наркологии. 2021. № 4 (199). С. 53–60.
3. Должанская Н.А., Андреев С. А., Бузина Т. С., Корень С. В. ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков (профилактика и лечение) / Пособие для врачей. Москва, 2007.– 44с.
4. Наркология: национальное руководство/под ред. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е. изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.– 944 с.
5. Профилактика ВИЧ-инфекции в труднодоступных популяциях потребителей психоактивных веществ (на современном этапе развития эпидемических процессов: Пособие для врачей.– М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2020.– 43 с.
6. Савина Е. А. Духовной жаждою томим: выздоровление от алкоголизма и наркомании.– М.: Лепта Книга, Грифъ, Вече, 2017.– 627 с.
7. Тренинг: руководство к действию. Теория и практика//Учебное пособие.– СПИД Фонд Восток-Запад.– М.– 2005.– 238 с.

Контактная информация:

Контактно-информационные телефоны:

+7 (915) 221-31-42, +7 (800) 550-24-94, +7 (916) 223-79-68

Сайт: <https://moyanadejda.ru/>

E-mail: moyanadejda12@mail.ru

Инстаграмм: https://www.instagram.com/neugasimaya_nadezhda/

В Контакт:е <https://www.vk.com/public.phpmoyanadejda/>

Фейсбук: <https://www.facebook.com/www.nadejda.ru/>

Ютуб: <https://youtube.com/channel/UCDHwjJnJ9h1QBUte7o5myaQ>

Адрес головного центра:

140145 Московская область, Раменский район, село
Речицы, ул. Полевая, 33, тел. +7 (496) 464-77-04

