

РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ

Авторский коллектив:

Роберт Е. Бутс, Ph.D., *Кароль Ф. Квятковский*, Вейн Е. К. Легман, Ph.D., Джон Т. Брюстер, L.C.S.W. (Отделение по изучению химических зависимостей, Факультет психиатрии, Школа медицины, Университет Колорадо, Денвер, 1741 Vine Street, Denver, CO 80206, USA), Сергей Дворяк, канд.мед.наук (Украинский институт исследований политики общественного здоровья, ул. Горького 91/14, кв. 5, Киев, Украина), Лариса Синицина, (Counterpart International, ул. Мельникова 63, г. Киев, Украина), Соавтор — контактное лицо. Тел.: +1 303 315 0960; факс +1 303 316 7697

Рецензент: Павел Смирнов

Перевод с английского: Наталья Кошманенко

Благодарности

Авторы признательны Национальному институту изучения наркотической зависимости-NIDA (США) за спонсорскую поддержку этого исследования (DA017620). Также высказываем глубокую благодарность за преданность делу противодействия дальнейшему распространению ВИЧ в Украине и самоотверженную работу сотрудникам и руководителям НПО, которые принимали участие в этом проекте — в частности, Елене Теряевой из Донецкого областного благотворительного фонда «Здоровье нации» (Макеевка), Ольге Костюк из общественного движения «Вера, надежда, любовь» (Одесса) и Оксане Лисовской из БО «Фонд профилактики химических зависимостей и СПИДа» (Киев). Авторы также признательны тем потребителям инъекционных наркотиков, которые согласились принять участие в исследовании, что дало нам возможность реализовать это научное исследование.

Издание подготовлено к печати Украинским институтом исследований политики общественного здоровьяE-mail: uiphr@uiphr.org.ua

Web: <http://www.uiphr.org>

Сборник опубликован при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

Web: www.aidsalliance.org.ua

Распространяется бесплатно.

Тираж: экз.

Верстка:

Литературный редактор:

Корректор:

Сборник содержит информацию о большом исследовательском проекте «Интервенции в отношении потребителей наркотиков в Украине», осуществленном в 2004–2008 гг. группой специалистов из Университета штата Колорадо (США) под руководством профессора Р. Бутса (R. Booth). С украинской стороны в исследовании принимали участие три НПО: БО «Фонд профилактики химических зависимостей и СПИД» (Киев), общественное движение «Вера, надежда, любовь» (Одесса) и Донецкий областной благотворительный фонд «Здоровье нации» (Макеевка). Возглавлял исследовательскую группу в Украине Сергей Дворяк (директор Украинского института исследований политики общественного здоровья).

В процессе исследования были выявлены современные тенденции в потреблении наркотиков, в том числе психостимуляторов, а также влияние некоторых видов (моделей) аутрич-работы на сероконверсию среди потребителей наркотиков. В исследовании приняли участие 1 798 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) из трех больших городов Украины (Киев, Одесса, Макеевка/Донецк). Получены уникальные данные, касающиеся распространения ВИЧ в среде потребителей наркотиков. Для аналитического обобщения результатов были использованы современные методы статистического анализа. Сделан значительный вклад в изучение эпидемии ВИЧ/СПИД в нашей стране.

В сборник вошли короткое описание метода, две опубликованные статьи по тематике исследования (*Springer Science+Business Media, LLC 2008; The Authors. Journal compilation/Society for the Study of Addiction, 2009*) и сокращенный перевод пособия по проведению аутрич-работы, разработанного Национальным институтом США по изучению наркомании (NIDA). Данная модель аутрич-работы применялась в описываемом исследовании.

Сборник будет полезным для всех, кто занимается профилактикой ВИЧ/СПИД в среде ПИН и работает в программах снижения вреда.

Содержание

Введение	5
<i>Публикация 1.</i>	
Потребление инъекционных стимуляторов в Украине: новая волна эпидемии?.....	9
<i>Публикация 2.</i>	
Вмешательство в отношении потребителей инъекционных наркотиков в Украине....	27
Модель аутрич-работы, основанная на привлечении местного лидера.....	42
Приложение (набор карточек) в помощь аутрич-работнику	78

Введение

Исследование было проведено с целью оценки эффективности вмешательств, нацеленных на связанное с употреблением наркотиков и сексом рискованное поведение потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Украине, вышедшей в мировые лидеры по темпам распространения ВИЧ. Основным путем передачи является инъекционный, хотя в последнее время наблюдается тенденция увеличения случаев передачи половым путем. В исследовании, проведенном с применением экспериментального перекрестного принципа, приняли участие 1 798 участников, одна половина из которых проходили только тестирование на ВИЧ и консультирование, а другая — тестирование на ВИЧ и консультирование плюс помощь по индивидуальной схеме, которая предусматривала периодические контакты с целью вмешательства в поведение (интервенции). Используя компьютеризированную программу самоинтервьюирования, участники отвечали на вопросы по поводу своего рискованного поведения и трижды проходили бесплатный тест на ВИЧ — в начале проекта и спустя 6 месяцев и через 12 месяцев после первичного тестирования

Благодаря проекту и ВИЧ-позитивные, и ВИЧ-негативные участники существенно снизили свои риски как относительно инъекций, так и относительно сексуального поведения — в этом плане результаты вмешательства для обеих групп были почти одинаковыми и показали, что ПИН, которые знали о своём ВИЧ-положительном статусе еще до начала исследования, демонстрировали значительно более сознательное отношение к безопасному сексу, чем ВИЧ-отрицательные или те, кто не знал о своем ВИЧ-статусе. Те ПИН, которые узнали о своём ВИЧ-положительном статусе благодаря тесту в начале исследования, со временем демонстрировали изменение своего поведения в пользу более безопасного секса. Эти данные красноречиво свидетельствуют о потребности ввести по всей Украине тестирование на ВИЧ и соответствующее консультирование. Также мы выявили, что младшие по возрасту ПИН и те, кто сообщает о меньшем стаже потребления наркотиков, демонстрируют более рискованное поведение относительно инъекций и секса. Это явление подчеркивает острую потребность во вмешательстве, нацеленном на то, чтобы остановить дальнейшее распространение эпидемии ВИЧ в Украине.

Методы и процедура исследования

Для проведения исследования Центр медицинских наук Университета Колорадо (Денвер, штат Колорадо, США) нанял подрядчиков — неправительственные организации (НПО) в трех регионально локализованных городах — Киеве, Одессе и Макеевке/До-

нецке. Отобранные НПО ранее выражали заинтересованность в деятельности в сфере профилактики ВИЧ и являются местными организациями, работающими на территориях с высокой концентрацией ПИН и, соответственно, большим процентом распространения ВИЧ, а также имеющими опыт работы с ПИН.

Участникам каждой из трех организаций предлагали, по перекрестному принципу [54], либо вмешательство по разработанной NIDA стандартной модели консультирования и просвещения по вопросам ВИЧ (HIV Counseling and Education — C&E) [13], либо вмешательство «С&Е» плюс индивидуализированное вмешательство по модели «Выдвижение местного лидера из собственной среды» (Indigenous Leader Outreach Model — ILOM) [55]. В основе вмешательства «С&Е» лежит четкая инструкция, которая предусматривает консультирование по вопросам ВИЧ перед проведением теста, забор образца крови для теста на ВИЧ и консультирование после получения результата теста. Эта модель была разработана еще до внедрения быстрых тестов на ВИЧ, поэтому раньше послетестовая консультация проводилась приблизительно через 14 дней после забора крови. Впрочем, во время нашего исследования в Украине для проведения тестирования на ВИЧ использовали набор для быстрых тестов «HIV I + II One-Step Test» (фирма-производитель — Orgenics, Ltd., Yavne, Israel), и результаты были известны приблизительно через 20 минут. Во время предыдущего консультирования с участниками обсуждали ряд иллюстрированных карточек, которые содержали базовую информацию о СПИД и способах ограничения риска инфицирования ВИЧ. Содержание иллюстрированных карточек было несколько модифицировано в плане оригинальной формы «С&Е» согласно с инъекционной практикой ПИН в Украине. Участники упражнялись в том, как нужно очищать инъекционный инструментарий и, используя анатомическую модель, одевать презерватив. Консультирование после теста на ВИЧ предусматривало ознакомление участника с результатом и, исходя из него, представление еще нескольких иллюстрированных карточек. Тем ПИН, чей результат теста на ВИЧ оказался положительным, выдавали перечень местных организаций, которые предоставляют услуги людям с ВИЧ, и направляли в СПИД Центр их города для официального подтверждения диагноза.

«ILOM» является интервенционным подходом, который применяется с 1987 года и доказал свою эффективность в том, что касается снижения связанного с инъекциями рискованного поведения [14, 15]. После базового начального интервьюирования на протяжении пяти следующих месяцев активисты по привлечению к сотрудничеству проводят периодические вмешательства, обучая участников с целью углубления их знаний о проблемах ВИЧ и СПИД, оценивая индивидуальное рискованное поведение участника, предлагая всевозможные альтернативы факторам высокого риска, поддерживая участника в его усилиях по ограничению риска и поощряя к популяризации мероприятий по профилактике ВИЧ среди других ПИН.

Методика проведения

Начиная с июня 2004 г., участников привлекали к проекту бывшие потребители наркотиков, которые работают активистами по налаживанию сотрудничества с ПИН — именно такой подход, как было выяснено раньше, обеспечивает наиболее репрезентативную выборку для такого типа исследований [9, 48]. Их функция заключалась в том, чтобы установить контакт с ПИН, объяснить ему/ей цель исследования, предварительно оценить соответствие ПИН критериям отбора к исследованию и записать участника на интервью. Активисты по привлечению работали командами, как правило, посещая в разное время суток определенные места, где можно встретить ПИН и, для установления контакта, предлагая им бесплатные презервативы. Активисты информировали ПИН, которые изъявляли готовность взять участие в исследовании, о критериях отбора участников и назначали время интервью тем, кто отвечал этим критериям.

На протяжении 15-месячного периода на двух разных участках каждого из трех региональных центров исследования ежемесячно активисты привлекали приблизительно по 10 участников — при этом ПИН из одного участка предлагали вмешательство по модели «С&Е», а ПИН из другого участка — вмешательство по модели «С&Е» плюс индивидуализированное вмешательство по модели «ILOM». Совокупно в каждом из трех региональных центров за время проекта к каждой из двух схем вмешательства было привлечено по 150 участников. Районы, где происходило привлечение, определялись, исходя из осведомленности активистов относительно мест сосредоточения ПИН. После 3-месячного периода «простоя», когда не происходило привлечение участников, участки по типам вмешательств поменяли местами, и в течение следующих 15-ти месяцев в каждом из трех участков снова привлекали ежемесячно 20 участников — по 10 на каждую модель вмешательства. Привлечение осуществлялось путем установления контактов на улице. Чтобы обеспечить более репрезентативное представительство, привлечение охватывало 28 из 30 районов суммарно по всем трём городам. Были определены такие критерии включения в исследование: признание в употреблении наркотиков на протяжении последних 30 дней (возраст 18 лет и старше); способность дать информированное согласие. Факт употребления инъекционных наркотиков подтверждался визуальным обнаружением интервьюерами следов недавних венопункций. Все участники давали информированное согласие и получали денежную компенсацию в эквиваленте 5 долларов США за начальное интервью и еще одну компенсацию в эквиваленте 6 долларов США за итоговое интервью через 6 месяцев и через 12 месяцев. После начального интервью участники проходили бесплатное тестирование на ВИЧ. Те, кому были предназначены вмешательства по расширенной модели «С&Е» плюс «ILOM», после базового начального интервьюирования получали индивидуализированное вмешательство в течение 5-ти следующих месяцев. Во избежание возможной необъективности во время итогового интервью после 6-ти месяцев, в промежутке между 5-ым и 6-ым месяцем никаких вмешательств не осуществлялось. Участникам, которым предназначались вмешательства по стандартной модели «С&Е»,

никаких дальнейших вмешательств не проводили. Все примененные в проекте процедуры и методы были одобрены Экспертным советом организации (IRB) Университета Колорадо (США), который выполнял свои функции через посредничество Федеральной системы гарантирования защиты прав человека, поскольку на время запуска в Украине проекта здесь еще бездействовали механизмы экспертных советов. Все примененные в проекте процедуры и методы соответствовали этическим стандартам Хельсинской Декларации по правам человека 1975 года.

Интервью проводили работники, хорошо знающие проблему потребления инъекционных наркотиков и ознакомленные с протоколом исследования. При этом интервьюеры использовали компьютеризированную систему аудиоинтервьюирования ACASI, по которой респонденты вопрос читают, а ответ проговаривают вслух. Схема интервью была построена в соответствии с моделью оценивания рискованного поведения (ОРП), разработанной консорциумом получателей грантов согласно с Соглашением о сотрудничестве с NIDA. Эта модель оценивает демографические данные, истории болезней, опыт потребления наркотиков, а также рискованное поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков и сексуальными привычками. Оценивание достоверности и обоснованности ОРП свидетельствует в пользу ее применения к ПИН с этой целью [16, 46]. После проведения фокус-групп, в которые входили потребители наркотиков/дилеры, и рассмотрения модели ОРП работниками НПО вносились видоизменения для ее применения в Украине [5].

Публикация 1

Потребление инъекционных стимуляторов в Украине: новая волна эпидемии?

Резюме

Цель проведенного исследования — определить и оценить отличия в рискованном поведении, связанном с употреблением наркотиков и сексуальными привычками, между потребителями: 1) только опиатов; 2) только смеси опиатов и седативных препаратов; 3) только инъекционных стимуляторов. Участниками исследования были лица, которые на момент исследования употребляли инъекционные наркотики (потребители инъекционных наркотиков — ПИН), не проходили связанного с наркотической зависимостью лечения, не знали о своем статусе относительно ВИЧ. Привлечение участников происходило путем установления с ними контакта непосредственно на улицах Киева, Одессы и Макеевки/Донецка. Положительный результат на ВИЧ-тест выявлен в 22% от общего количества привлеченных к исследованию участников. Среди них: 39% потребителей опиатов и седативных препаратов, 19% потребителей исключительно опиатов и 17% потребителей стимуляторов. Несмотря на такие отличия, потребители стимуляторов подвергались большему, чем ПИН, риску, связанному с применением ранее использованной иглы или шприца, исключительно коллективным употреблением наркотиков, забором раствора для инъекций из общей тары, сексуальными контактами с другими ПИН, игнорированием презервативов во время вагинального или анального секса, а также совокупным рискам в плане инъекций и сексуального поведения. Если в ситуацию не вмешаться, то возможен рост количества ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных стимуляторов.

Введение

Еще в 1994 году в Украине насчитывалось около 1 500 случаев поражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [22]; годом позднее Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризовала Украину как страну с низким уровнем распространения ВИЧ [47]. Впрочем, уже в 1997 году случаи ВИЧ были зарегистрированы во всех 25-ти областных центрах Украины. На сегодня в Украине насчитывается около 500 тысяч ВИЧ-инфицированных лиц, что, по данным Агентства международного развития США за 2002 год, составляет приблизительно 1,4% взрослого населения [44]. Резкий рост количества ВИЧ-инфицированных, который начался в 1996–1997 гг., был вызван, в основном, потреблением инъекционных наркотиков [45]. Тревожная статистика касалась южноукраинских городов Одессы и Николаева [3, 19]. На первом этапе эпидемия распространялась путем гетеросексуальных контактов, но по состоянию на 1997 год 85% всех случаев инфицирования приходилось на потребителей инъекционных наркотиков [38].

Во времена советской власти доступность наркотиков ограничивалась суровым надзором и контролем со стороны правоохранительных органов — соответственно, количество ПИН было незначительным [35]. После распада Советского Союза в декабре 1991 года милицкий контроль утратил эффективность, наркотики стали более доступными, а коррупция — неконтролируемой [19,15, 1]. Быстро увеличивалось количество опиатов и амфетаминов местного производства [32, 42], а также их потребителей. С 1990 по 1996 гг. количество зарегистрированных потребителей наркотиков выросло с 30 000 до 63 000, а количество новых случаев наркотической зависимости — с 4 544 в 1991 г. до 11 443 в 2001 г. [29]. Вслед за таким резким увеличением потребления инъекционных наркотиков начали возрастать и показатели распространения ВИЧ. Было существенно ограничено или и вообще прекращено предоставление большинства финансируемых государством услуг, включительно с услугами в сфере здравоохранения и образования [41, 43]. Еще в 2005 году в Украине не было информационного сервиса в сфере здравоохранения, четкой политики в сфере профилактики ВИЧ и лечения наркотической зависимости, программ сексуального образования в школах, стратегии распространения информации для противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД [14]. По мнению некоторых специалистов, до 2010 г. в Украине количество ВИЧ-инфицированных может составить 1,5 млн. [3], причиной этого послужат факторы сексуального поведения. В 28% всех новых случаев ВИЧ, зафиксированных в первом полугодии 2002 г., заражение было вызвано гетеросексуальными контактами [38]). В 2005 г. в Донецке и Одессе незащищенный секс с ВИЧ-инфицированным партнером — ПИН — стал причиной 55–60% новых случаев ВИЧ-инфицирования [33]. Вместе с социально-экономическими проблемами, которые возникли после распада Советского Союза [41, 40], и быстрым распространением опиатов и амфетаминов [32], инъекционные практики ПИН в Украине, вне сомнения, сыграли основную роль в стремительном распространении ВИЧ-инфекции [31, 6, 7]. В числе самых известных инъекционных наркотиков в Украине — экстракт маковой соломки, иногда смешанный с димедролом (опиатно-седативная смесь), и стимулятор псевдоэфедрин [6]. Экстракт маковой соломки, как правило, можно приобрести в уже наполненных шприцах у продавцов-циган (так утверждают ПИН), либо у наркодилеров, которые чаще всего сами являются ПИН [5]. В последнем случае потребитель набирает наркотический раствор из общей тары своей собственной иглой/шприцом, или дилер набирает своей иглой/шприцом и перегружает в шприц потребителя [32, 5]. В конце 90-х было очевидным, что ВИЧ связан с использованием опиатов в виде раствора [24]. Инъекции псевдоэфедрина также нередко связаны с использованием общей тары, в которой смешиваются компоненты раствора [15, 2]. Вероятность инфицирования путем общего использования игл, шприцов и наркотического раствора выше для тех ПИН, которые употребляют изготовленные в домашних условиях растворы на основе эфедрина (приобретаемого в безрецептурных отделах аптек), часто делая это коллективно [15, 30]. Передача раствора из шприца в шприц от дилера к ПИН и от одного ПИН к другому является рискованным поведением для всех участников этого процесса. Отличие для разных участников за-

ключается в том, что дилеры, которые, как правило, являются ПИН, обмениваются содержимым шприцов с приблизительно 6–12 несвязанными между собой ПИН, тогда как ПИН, которые делают инъекции в группах, по обыкновению являются частью своей социальной сети, где известно о ВИЧ-статусе ее членов [5]. Инъекции наркотического раствора, добытого из посуды общего с другими ПИН пользования, передача раствора из шприца в шприц, а также использование ранее использованных игл/шприцов создает для ПИН в Украине ситуацию чрезвычайно высокого риска. Эти поведенческие факторы, в сочетании с ситуационными факторами, сформировавшимися после распада Советского Союза, вероятно, способствовали развитию эпидемии ВИЧ в нашей стране [31].

Проведенное исследование имело целью оценить отличия в рискованном поведении, связанном с употреблением наркотиков и сексуальными привычками, между потребителями только: опиатов; смеси опиатов и седативных препаратов; инъекционных стимуляторов. Участниками были ПИН, которые употребляли наркотики на протяжении последних 30-ти дней. Кроме того, авторы исследования рассчитывали выяснить, в какой степени возрастные отличия между разными группами потребителей наркотиков могут влиять на отличия в рискованном поведении. По результатам предыдущего исследования мы сообщали, что потребители смеси опиатов и седативных веществ имеют высшую, по сравнению с другими ПИН, вероятность быть ВИЧ-позитивными [6]. Однако, то исследование включало ПИН, употребляющих разные наркотики. В связи с тем, что в Украине в последнее время возрастает потребление стимуляторов — что, большей частью, объясняется милицейской практикой правоприменения, направленной на ликвидацию точек продажи опиатов, тогда как псевдоэфедрин остается доступным препаратом, который можно приобрести в аптеке, — мы считали целесообразным оценить дифференционное влияние факторов риска для ПИН, которые употребляют один определенный наркотик, поскольку эта тенденция, похоже, набирает обороты.

Методы и отбор участников

Участников включали в исследование в период из июня 2004 г. по сентябрь 2005 г. в трех украинских городах — Киеве, Одессе и Макеевке/Донецке. К проведению этого исследования были привлечены неправительственные организации (НПО), которые уже имели опыт работы с ПИН. Задача НПО состояла в установлении контакта с ПИН, которые не проходили лечения в связи с наркотической зависимостью, получение от них согласия на участие в исследовании, интервьюирование ПИН, проведение вмешательств на протяжении 5-месячного периода и повторное интервьюирование участников через полгода и через год. К вмешательствам, которые оценивались, входило тестирование на ВИЧ и консультирование по модели, разработанной Национальным институтом исследований наркотической зависимости (NIDA, США), согласно с Соглашением о сотрудничестве [13], а также консультирование в плане уменьшения рисков

по модели «Выдвижение местного лидера из собственной среды» [48]. Приглашение к сотрудничеству конкретных местных НПО было обусловлено их преданностью делу профилактики ВИЧ/СПИД, продемонстрированной во время проведения в Украине ряда семинаров еще до получения финансирования от NIDA, а также высокой концентрацией ПИН в каждом из отобранных для исследования городов. В предлагаемом материале изложена информация об основных данных, полученных во время исследования. Территориальные зоны для привлечения участников были определены, исходя из осведомленности работников НПО относительно мест сосредоточения ПИН. Привлечение охватывало все районы исследуемых городов, чтобы обеспечить по возможности более репрезентативное представительство. Деятельность, связанную с привлечением ПИН и вмешательствами, на всех объектах проводили общественные активисты — бывшие потребители инъекционных наркотиков. Как показывает наш собственный опыт и опыт других подобных исследований, для обеспечения репрезентативного представительства целесообразно пользоваться услугами активистов — выходцев из среды участников [9, 48]. Перед началом исследования был проведен недельный централизованный тренинг для всех задействованных работников, вплоть до директоров НПО, активистов по привлечению ПИН, интервьюеров, исполнителей тестов на ВИЧ и консультантов. Были определены такие критерии включения участников: возраст 18 лет и старше; признание в употреблении наркотиков на протяжении последних 30-ти дней; готовность отвечать на вопрос интервьюера в течение 1 часа и пройти тестирование на ВИЧ; достаточная функциональная способность для адекватного восприятия информации и предоставление осведомленного согласия. Анкета из 8-ми пунктов оценивала восприятие опрашиваемыми требований относительно исследования в соответствии с описанием процесса получения согласия. Прежде чем перейти к собственно процессу интервьюирования, интервьюеры объясняли опрашиваемым содержание любых непонятных им вопросов анкеты. Факт употребления инъекционных наркотиков подтверждался визуальным обнаружением следов недавних венопункций. Активисты по привлечению были первыми, кто оценивал ПИН по критериям включения в исследование; окончательное решение принимали интервьюеры из НПО. Участники получали материальную компенсацию за начальное интервью в эквиваленте 6-ти долларов США. Все интервью проводили работники, хорошо осведомленные с проблемой потребления инъекционных наркотиков и ознакомленные с протоколом исследования. При этом интервьюеры использовали компьютеризированную систему аудиоинтервьюирования ACASI, по которой респонденты вопрос читают, а ответ проговаривают вслух. Схема интервью была построена в соответствии с моделью оценивания рискованного поведения (ОРП), разработанной консорциумом получателей грантов согласно с Соглашением о сотрудничестве с NIDA. Эта модель оценивает демографические данные, состояние здоровья, историю употребления наркотиков, получаемое ранее лечение, а также рискованное поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков и сексуальными привычками. Оценивание достоверности и обоснованности ОРП свидетельствует в пользу ее применения к ПИН

с этой целью [16, 46]. После проведения фокус-групп, в которые входили потребители наркотиков/дилеры, и рассмотрения модели ОРП работниками НПО вносились видоизменения для ее применения в Украине [5]. Перевод текста на русский язык сделал сертифицированный Экспертным советом организации переводчик в Денвере; качество перевода подтвердили украинцы, свободно владеющие русским и английским. Там, где было необходимо, в текст внесли незначительные поправки, которые касались отдельных слов. После интервьюирования участникам проводили бесплатное тестирование на ВИЧ I + II с использованием набора для быстрого теста производства фирмы Zer Hitech (Израиль).

Оцениваемые показатели

В исследовании проанализированы ответы участников на вопросы, касающиеся таких показателей: демографические данные (возраст, пол, образование, история задержаний правоохранительными органами); тип наркотика, употребляемого участником, связанные с употреблением наркотиков факторы риска (стаж употребления наркотиков, количество сделанных за последний месяц инъекций, применение использованных шприцов, только коллективное употребление наркотиков, обмен содержимым шприцов с другими ПИН, обмен содержимым шприцов с дилером, инъекции веществом из общей тары); связанные с сексуальным поведением факторы риска (сексуальные контакты, вагинальный и анальный секс без презерватива, секс более чем с одним партнером, секс с ПИН, секс с ВИЧ-инфицированным партнером или с партнером, ВИЧ-статус которого неизвестен). Для определения факторов риска, связанных как с употреблением наркотиков, так и с сексуальным поведением, был избран 30-дневный период до момента интервьюирования.

Анализ данных

Опираясь на данные, полученные по вышеперечисленным показателям, был проведен ряд аналитических исследований. Прежде всего, был сопоставлен ВИЧ-статус участников с каждым типом потребителей инъекционных наркотиков в целом и отдельно по каждому из трех исследуемых городов. Далее три типа потребителей инъекционных наркотиков были сравнены между собой по демографическим данным, факторам риска, связанным с употреблением наркотиков, а также факторам риска, связанным с сексуальным поведением. Для продолжительных во времени показателей (а именно возраст, стаж употребления наркотиков, периодичность инъекций) была применена модель однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Для категориальных показателей были разработаны двухфакторные таблицы и высчитан χ^2 -квадрат. Кроме того, были подсчитаны коэффициенты соотношения шансов (odds ratios) для групп потребителей опиатов и потребителей смеси опиатов и седативных препаратов с использованием показателей группы потребителей стимуляторов как исходных данных. Для показателя образования, представленного тремя уровнями, были высчитаны со-

отношения шансов для неполного среднего в сопоставлении со средним и неполным высшим и высшим образованием, а также для неполного высшего и высшего образования в сопоставлении со средним и неполным средним. Поскольку между разными типами ПИН были выявлены возрастные отличия, проведены сравнения возрастных групп (ПИН в возрасте до 30 лет против ПИН в возрасте 30 лет и старше) за рискованным поведением относительно инъекций и секса. В итоге, три типа ПИН были сравнены по факторам рискованного поведения в плане инъекций и секса по двум возрастным группам и в целом, с контролем возрастной группы. Для продолжительных во времени характеристик (а именно стаж употребления инъекционных наркотиков и количество инъекций) был применен ковариационный анализ (ANCOVA), где ковариат — возрастная группа. Для категориальных показателей был подсчитан χ^2 -квадрат Кохрана — Мантеля — Гензеля (CMH), где фактором стратификации выступает возрастная группа. Статистическая модель CMH дает возможность проявить целостную картину в плане связи между группой ПИН и каждым фактором риска, с контролем за возрастной группой. Соотношение шансов для потребителей опиатов и потребителей смеси опиатов и седативных веществ было высчитано для каждого фактора риска, связанного с инъекциями и сексом, с распределением по возрастным группам, где референтная группа — потребители стимуляторов. Также были подсчитаны и сопоставлены по трем типам ПИН методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) совокупные факторы риска, связанные с наркотиками и сексом. Общий риск употребления инъекционных наркотиков определялся путем подсчета количества сообщенных участниками факторов рискованного поведения на протяжении последних 30-ти дней (диапазон равен 0–5), к которым принадлежат применение использованных шприцов, только коллективное потребление наркотиков, обмен содержимым шприцов с другими ПИН, обмен содержимым шприцов с дилером, инъекции веществом из общей тары (так называемый «коллективный раствор»). Совокупный риск, связанный с сексом, определялся подсчетом количества сообщенных участниками факторов рискованного поведения на протяжении последних 30-ти дней (диапазон равен 0–5), к которым принадлежат сексуальная активность, секс с более чем одним партнером, вагинальный или анальный секс без использования презерватива, секс с ПИН, секс с ВИЧ-позитивным партнером или с партнером с неизвестным ВИЧ-статусом. Оценивание связанных с сексом факторов риска нуждается в учете определенной специфики. Те ПИН, которые сообщили, что на протяжении последних 30-ти дней не имели никаких сексуальных контактов, никак не связаны с другими, связанными с сексом рискам, а именно сексом с более чем одним партнером, незащищенным сексом, сексом с ПИН, сексом с ВИЧ-позитивным партнером или с партнером с неизвестным статусом относительно ВИЧ. Таким образом, можно было бы применить к оценке связанного с сексом рискованного поведения подход, за которым бы исследовались лишь сексуально активные ПИН (т.е. удалить со знаменателя сексуально неактивных ПИН). Однако, поскольку цель исследования заключалась в том, чтобы оценить относительные риски распространения ВИЧ среди трех групп потребителей инъекционных наркотиков, сексуально неактив-

ность нужно рассматривать как защитный фактор по отношению к другим связанным с сексом факторам риска. Исключение из анализа сексуально неактивных ПИН делает неполной картину действительных рисков для трех групп потребителей инъекционных наркотиков.

Результаты

Для анализа были использованы данные, полученные в результате опроса 885 участников. Ряд вопросов был нацелен на то, чтобы определить, употреблял ли участник инъекционные стимуляторы, опиаты и/или смесь опиатов и седативных препаратов на протяжении последних 30-ти дней. Во время анализа использовалась переменная, чтобы отделить тех ПИН, которые на протяжении последних 30-ти дней делали инъекции лишь одним из трех типов препаратов (потребителей одного наркотика), от тех, кто использовал для инъекций более чем один тип наркотика (потребителей разных наркотиков). Поскольку наш исследовательский интерес заключался в оценке дифференциальных уровней риска для потребителей разных отдельных инъекционных наркотиков, мы изъяли из дальнейшего анализа потребителей комбинации разных наркотиков (N = 360). Кроме того, в исследование не включались лица, которые знали, что являются ВИЧ-позитивными (N = 66), поскольку осведомленность о своем ВИЧ-статусе может влиять на рискованное поведение относительно инъекций и секса.

После отсеивания по вышеуказанным принципам в выборке осталось 459 потребителей одного типа наркотика, среди которых 216 потребителей инъекционных стимуляторов (47,1%), 141 потребитель опиатов (32,9%) и 92 потребителя смеси опиатов и седативных веществ (22,0%). В целом по выборке, 22,0% по результатам теста оказались ВИЧ-позитивными, среди них 30,2% — в Одессе, 23,4% — в Киеве и 12,6% — в Макеевке/Донецке ($v_2 = 14,6$, $df = 2$, $P \setminus .01$). ВИЧ-статус существенно различался между тремя типами ПИН ($v_2 = 20,0$, $df = 2$, $P \setminus .01$). ВИЧ-инфицированными оказались 16,7% потребителей стимуляторов, 19,2% потребителей опиатов и 39,1% потребителей смеси опиатов и седативных веществ. Осуществленный по этой выборке анализ демографических показателей (табл. 1) показал, что средний возраст ПИН составлял 28,8 года (стандартное отклонение (SD) = 7,8) и 25,1% были женщинами. Что касается образовательного уровня, то 14,2% имели неполное среднее образование, 37,3% — среднее и 48,6% — выше среднего. В целом, 67,5% были либо неженатыми, либо разведенными, либо овдовевшими, тогда как остальные 32,5% либо состояли в обычном браке, либо жили в гражданском браке. Лишь 5,5% считали себя бездомными и более половины (57,7%) опрошенных, по крайней мере, один раз в жизни задерживала милиция. Потребители стимуляторов характеризовались младшим возрастом (средний возраст — 26,4 года, в сравнении с 30,6 года для потребителей опиатов и 31,6 года — для потребителей смеси опиатов и седативных веществ) и меньшим стажем потребления наркотиков (7,1 года против 11,9 и 12,3 года для потребителей опиатов и потребителей смеси опиатов с седативными веществами, соответственно). Впрочем, они чаще сообщали о приме-

нении использованных игл/шприцов (23% против 11% и 13% в группах потребителей опиатов и опиатно-седативного микса, соответственно), об исключительно коллективном потреблении наркотиков (57% в сравнении с 41% потребителей опиатов и опиатно-седативного микса) и использовании коллективно приготовленного раствора из общей тары (70% против 36% и 30% потребителей опиатов и опиатно-седативного микса, соответственно). По сравнению с потребителями стимуляторов, потребители опиатов и потребители смеси опиатов и седативных веществ имели «солидный» стаж употребления инъекционных наркотиков (7,1, 11,9 и 12,3 года, соответственно) и чаще обменивались содержимым шприцов с дилером (так делали 55% потребителей опиатов и 75% потребителей опиатно-седативного микса, и лишь 20% потребителей стимуляторов). Что касается рискованного поведения, связанного с сексом, то потребители стимуляторов и опиатов в целом продемонстрировали более высокую сексуальную активность, чем потребители опиатно-седативной смеси (86%, 87% и 67%, соответственно). Потребители стимуляторов также чаще, в сравнении с двумя другими группами, имели секс с ПИН (50% против 34% и 37%) и не использовали презерватив во время вагинального или анального секса (60% против 50% и 46%).

Таблица 1

Демографические данные, связанные с инъекциями и сексом, риски для общей выборки ПИН и по типу употребляемых наркотиков ^a — только ПИН, неосведомленные о своем ВИЧ-статусе

Параметр	Общая выборка, n = 459	Потребители стимуляторов n = 216	Потребители опиатов, n = 151	Потребители опиатно-седативных смесей n = 92	Тестовая статистика ^b
<i>Демография</i>					
Возраст	28,8 (7,8)	26,4 (7,0)	30,6 (8,0)	31,6 (7,7)	F = 21,78**
% Женского пола	25,1	22,7	24,5	31,5	X ² = 21,78**
Соотношение шансов		1,00	1,11	1,57	
Образование					X ² = 4,80
% Неполное среднее образование	14,2	16,7	10,6	14,1	
Соотношение шансов		1,00	0,59	0,82	
% Среднее образование	37,3	34,7	37,1	43,5	
% Высшее и незаконченное высшее образование	48,6	48,6	52,3	42,4	

Соотношение шансов		1,00	1,16	0,78	
% Состоят в браке или живут в гражданском браке	32,5	35,2	30,5	29,4	$X^2 = 1,41$
Соотношение шансов		1,00	1,16	0,78	
% бездомные	5,5	4,2	6,6	6,5	$X^2 = 1,30$
Соотношение шансов		1,00	1,61	1,59	
% Задержанные правоохранительными органами по меньшей мере раз в жизни	57,7	58,8	47,0	72,8	$X^2 = 15,79^{**}$
Соотношение шансов		1,00	0,62	1,88	
<i>Параметры относительно связанного с инъекциями риска</i>					
Стаж употребления наркотиков (года)	9,7 (7,0)	7,1 (5,4)	11,9 (7,9)	12,3 (6,6)	$F = 32,63^{**}$
Количество сделанных инъекций	25,6 (30,3)	26,1 (33,5)	23,5 (26,1)	27,7 (29,3)	$F = 0,63$
% Пользовались шприцем, бывшем в употреблении	17,3	23,2	11,3	13,2	$X^2 = 10,11^{**}$
Соотношение шансов		1,00	0,42	0,50	
% Всегда делали инъекции вместе с другими ПИН	48,4	56,5	41,1	41,3	$X^2 = 10,76^{**}$
Соотношение шансов		1,00	0,54	0,54	
% Обменивались содержимым шприцев с дилером	42,6	20,4	54,7	75,0	$X^2 = 92,09^{**}$
Соотношение шансов		1,00	4,71	11,71	
% Обменивались содержимым шприцев с другими ПИН	54,5	57,9	49,3	55,0	$X^2 = 2,61$
Соотношение шансов		1,00	0,71	0,89	
% Использовали общий раствор	51,2	70,4	36,4	30,4	$X^2 = 60,84^{**}$
Соотношение шансов		1,00	0,24	0,18	
<i>Параметры относительно связанного с сексом риска</i>					
% Имели секс	82,5	85,9	86,8	67,4	$X^2 = 18,12^{**}$
Соотношение шансов		1,00	1,08	0,34	
% Имели секс без презерватива	53,8	59,7	50,3	45,7	$X^2 = 6,24^*$
Соотношение шансов		1,00	0,68	0,57	
% Имели секс с более чем одним партнером	29,4	30,5	31,8	22,8	$X^2 = 2,46$
Соотношение шансов		1,00	1,06	0,67	

% Имели секс с ПИН	42,0	49,8	34,0	37,0	$\chi^2 = 9,98^{**}$
Соотношение шансов		1,00	0,52	0,59	
% Имели секс с ВИЧ+ партнером/ партнером с неизвестным ВИЧ-статусом	35,5	33,3	37,8	37,0	$\chi^2 = 0,86$
Соотношение шансов		1,00	1,22	1,18	

^a Для продолжительных во времени параметров представлены средние значения и стандартные отклонения; для категориальных параметров применены проценты и соотношение шансов; соотношение шансов для потребителей опиатов и опиатно-седативных смесей высчитаны с использованием потребителей стимуляторов как референтной группы.

^b Тестовая статистика нацелена на сравнение трех типов ПИН

* $P < .05$; ** $P < .01$.

Дальше три типа ПИН были сопоставлены за показателями совокупного риска, связанного с употреблением наркотиков и сексом. Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показаны в таблице 2. Между тремя группами выявлены значительные отличия в плане риска, связанного с употреблением наркотиков ($F(2, 456) = 4,47$; $P \leq .05$) и риска, связанного с сексуальным поведением ($F(2, 456) = 3,19$; $P \leq .05$). Потребители стимуляторов получили самые высокие средние показатели рисков как в плане наркотиков (среднее значение = 2,28; $SD = 1,2$), так и относительно секса (среднее значение = 2,56; $SD = 1,4$). Потребители опиатов получили самый низкий средний показатель рисков, связанных с употреблением наркотиков (среднее значение = 1,92; $SD = 1,2$), а потребители смеси опиатов и седативных веществ — самый низкий средний показатель рисков, связанных с сексом (среднее значение = 2,10; $SD = 1,7$).

Таблица 2

Совокупные риски, связанные с инъекциями и с сексуальным поведением, по типу употребляемых наркотиков — только ПИН, не знающие о своем ВИЧ-статусе

	Риски, связанные с инъекциями		Риски, связанные с сексуальным поведением	
	Стандартное отклонение	F статистически	Стандартное отклонение	F статистически
Тип наркотиков		4,47*		3,19*
Стимуляторы	2,28 (1,2)		2,56 (1,4)	
Опиаты	1,92 (1,2)		2,40 (1,4)	
Опиатно-седативные смеси	2,14 (1,0)		2,10 (1,7)	

* $P < .05$

Приведенные выше результаты показали, что потребители стимуляторов младше по возрасту от потребителей опиатов и опиатно-седативных смесей и имеют меньший стаж употребления наркотиков. Кроме того, потребители стимуляторов, несмотря на больший уровень привлечения к рискованному поведению относительно инъекций и секса, имеют в целом низший показатель относительно ВИЧ-инфицирования. Такие результаты порождают ряд вопросов. Во-первых, в какой степени более низкие показатели ВИЧ-инфицирования обусловлены более молодым возрастом и менее коротким стажем потребления наркотиков? Анализ, в котором сделано сравнение ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных ПИН в общей выборке (не показан в таблице 2), дал понять, что ВИЧ-положительные ПИН в среднем были старше по возрасту, чем ВИЧ-отрицательные ПИН (32,2 года против 27,9 года, соответственно, $F(1, 457) = 25,8$, $P \leq 0,01$) и имели более длительный стаж употребления наркотиков (12,3 года против 9,0 года, $F(1, 456) = 18,5$, $P \leq 0,01$).

Второй вопрос заключался в том, можно ли отнести более высокие уровни привлечения к рискованному поведению относительно инъекций и секса потребителей стимуляторов, по сравнению с потребителями опиатов и опиатно-седативных смесей, на счет их более молодого возраста. Чтобы исследовать связь между возрастом и рискованным поведением, участники выборки были разделены на две возрастные подгруппы — младшую (в возрасте 18–29 лет, $n = 273$; 59,5%) и старшую (в возрасте 30 лет и старше, $n = 186$; 40,5%) и сопоставлены по факторам риска относительно инъекций и секса. Результаты показали, что более молодые ПИН, вопреки более короткому стажу употребления наркотиков (6,0 лет против 15,3 года у старших ПИН, $F(1, 456) = 336,6$, $P \leq 0,01$), проявляли большую склонность к исключительно коллективному потреблению наркотиков (59% против 32%; $\chi^2 = 32,5$, $df = 1$, $P \leq 0,01$), обмену содержимым шприцов с другими ПИН (60% против 46%; $\chi^2 = 8,5$, $df = 1$, $P \leq 0,01$), использованию совместно приготовленного раствора для инъекций (61% против 37%; $\chi^2 = 26,8$, $df = 1$, $P \leq 0,01$), хотя и в меньшей степени были предрасположены к обмену содержимым шприцов с дилером (36% против 52%; $\chi^2 = 12,3$, $df = 1$, $P \leq 0,01$). Младшие по возрасту ПИН также чаще были сексуально активными (88% против 75%; $\chi^2 = 13,3$, $df = 1$, $P \leq 0,01$), но по другим факторам рискованного поведения, связанного с сексом, различия между младшей и старшей возрастными подгруппами установить не удалось.

Чтобы выяснить, связано ли потребление стимуляторов с большим привлечением к рискованному поведению в плане инъекций и секса, несмотря на более молодой возраст этой группы ПИН, три типа ПИН были сопоставлены по факторам рискованного поведения в пределах двух возрастных подгрупп и в целом по выборке, с контролем за возрастными подгруппами (с использованием модели ANCOVA для таких показателей, как стаж употребления инъекционных наркотиков и количество инъекций за последние 30 дней, а также критерия χ^2 -квадрата по статистическому методу СМН для дихотомических сменных). Результаты, представленные в таблице 3, свидетельствуют, что потребителям инъекционных стимуляторов в большей степени, чем потребителям

опиатов и опиатно-седативных смесей, присуще рискованное поведение, и учет возрастных отличий не влияет на эти данные. В целом, после применения контроля по возрасту, потребители инъекционных стимуляторов демонстрировали большую склонность пользоваться шприцом, бывшим в употреблении (СМН $v_2 = 8,0$, $df = 2$, $P \setminus .01$) и потреблять коллективно приготовленный раствор для инъекций (СМН $v_2 = 46,8$, $df = 2$, $P \setminus .01$), хотя и в меньшей степени были склонны к обмену содержимым шприцов с дилером (СМН $v_2 = 82,5$, $df = 2$, $P \setminus .01$). Потребители инъекционных стимуляторов (79%), равно как потребители опиатов (84%), демонстрировали большую сексуальную активность, чем потребители опиатно-седативных смесей (57%) в возрастной группе 30 лет и старше, тогда как потребители опиатно-седативных смесей проявляли наибольшую склонность к сексу с партнером, который также является потребителем инъекционных наркотиков (61% против 34% и 33% потребителей опиатов и опиатно-седативных смесей, соответственно, в группе 30 лет и старше).

Обсуждение

Приблизительно одна четверть участников данного исследования была ВИЧ-позитивной, диапазон ВИЧ-инфицирования колебался от 13% в Макеевке/Донецке до 30% в Одессе. О таких существенных региональных отличиях сообщалось уже раньше, в том числе представителями таких государственных учреждений, как Украинский центр борьбы со СПИДом [37]. Значительные отличия в ВИЧ-статусе также были выявлены между группами ПИН по типу употребляемых наркотиков: среди потребителей стимуляторов выявлены 17% ВИЧ-инфицированных, среди потребителей опиатов — 19% и среди потребителей опиатно-седативных смесей — 39%. Эти данные оказались во многом неожиданными, учитывая то, что авторы предыдущих исследований в Соединенных Штатах сообщали о более высоких показателях рискованного поведения, связанного с инъекциями, а также более высоких показателях ВИЧ-инфицирования среди потребителей стимуляторов (например, кокаина) в сравнении с потребителями опиатов [11, 48, 18, 34]. В ряде новейших исследований было установлено, что ПИН, употребляющие стимуляторы (например, метамфетамин), подвергаются высокому риску инфицирования ВИЧ из-за совместного использования инструментария для инъекций, приводящего к увеличению случаев ВИЧ и СПИД [36, 28, 10, 4]. Авторы исследования, недавно проведенного в Санкт-Петербурге (Россия), сообщили, что потребление стимуляторов было связано с сероконверсией ВИЧ и, по данным многофакторного анализа, потребление стимуляторов три и более раз в неделю было единственным фактором, связанным с сероконверсией ВИЧ [23].

Что касается нашей выборки, то более низкий уровень ВИЧ-инфицирования среди потребителей стимуляторов, по сравнению с другими группами ПИН, стал еще большей неожиданностью, поскольку был зафиксирован на фоне их в общем-то более рискованного поведения, связанного с инъекциями и сексом. Они чаще используют бывшие в употреблении иглы или шприцы, среди них выше процент тех, кто потребляет нар-

котики исключительно в коллективе, они чаще других ПИН потребляют коллективно приготовленный инъекционный раствор, набирая его вместе с другими ПИН из общей тары. Лишь по одному фактору риска — привычке обмениваться содержимым шприца с дилером — потребители стимуляторов имеют более низкие показатели, чем две другие группы ПИН, что объясняется, прежде всего, особенностями приобретения стимуляторов, в сравнении с покупкой опиатов [5]. Стимуляторы покупают преимущественно в безрецептурном отделе аптеки, тогда как опиаты, как правило, приобретают через наркоторговцев, наполняя собственный шприц из шприца дилера. Кроме того, стимуляторы, в большинстве случаев, покупают, готовят для инъекций и потребляют ПИН, объединенные в группы [12]. Потребители стимуляторов также подвергаются более высокому риску в связи со своей склонностью к рискованному сексуальному поведению. Как и потребителям опиатов, им в большей степени, чем потребителям опиатно-седативных смесей, присуща сексуальная активность и они имеют самые высокие показатели относительно секса с другими ПИН, а также относительно незащищенного вагинального или анального секса. Меньшая сексуальная активность потребителей опиатно-седативных смесей отчасти объясняется комбинированным действием седативных и опиатных препаратов, которая, по информации активистов НПО, лишает ПИН дееспособности, часто вызывая такие крайне отрицательные последствия, как судороги и слабоумие. В целом, по показателям совокупного риска, связанного с инъекциями, и совокупного риска, связанного с сексуальным поведением, потребители стимуляторов подвержены значительно большему риску, чем потребители опиатов и опиатно-седативных смесей. В какой-то степени эти отличия можно объяснить характерным для потребителей стимуляторов более молодым возрастом и меньшим стажем потребления наркотиков. Их средний возраст составляет 27 лет, тогда как средний возраст потребителей опиатов и потребителей смеси опиатов с седативными препаратами — 31 и 32 года, соответственно. Стаж потребления наркотиков для потребителя стимуляторов представляет, в среднем, 7,5 лет, в то время как подобный стаж потребителя опиатов и опиатно-седативных смесей составляет, в среднем, 12 и 13 лет, соответственно. Оба эти показателя были определяющими ($F(2, 456) = 21,8$, $P \leq 0,01$ для возрастного параметра и $F(2, 455) = 32,6$, $P \leq 0,01$ для параметра стажа потребления наркотиков), равно как и связь между возрастом и наличием ВИЧ-инфекции ($F(1, 457) = 25,8$, $P \leq 0,01$), а также между стажем потребления наркотиков и наличием ВИЧ-инфекции ($F(1, 456) = 18,5$, $P \leq 0,01$). Для объяснения различия между соотношением рискованного поведения и инфицирования ВИЧ для потребителей стимуляторов, с одной стороны, и для потребителей других типов наркотиков, с другой, можно было бы предложить еще одну гипотезу. Исходя из информации, которой располагают украинские активисты, проводившие опрос, потребители стимуляторов объединены в более тесные сети (они немногочисленны, их члены лучше знакомы между собой, более осведомлены относительно ВИЧ-статуса друг друга), поэтому пока сеть остается свободной от ВИЧ, рискованное поведение никоим образом не является причиной передачи ВИЧ. Впрочем, приход в такую сеть новых членов, как отмечают исследователи, со временем

может привести к повышению действия факторов риска и инфицированию ВИЧ [21]. Сейчас этот аспект исследования нуждается в дальнейшем тщательном изучении.

Полученные данные указывают на то, что эпидемия ВИЧ среди ПИН в Украине может ускорить ВИЧ-инфицирование в среде потребителей стимуляторов. Такое ускорение, очевидно, будет вызвано рискованным поведением, связанным с инъекциями и с сексом. Связанное с инъекциями рискованное поведение, в частности, использование бывших в употреблении игл и шприцов и совместное с другими ПИН использование раствора для инъекций, которое, как было выяснено раньше, имеет прямую связь с распространением ВИЧ в регионе [32, 30, 26], имело самые высокие уровни среди потребителей стимуляторов. Аналогично, в группе потребителей стимуляторов отмечены вообще достаточно высокие уровни риска в плане сексуального поведения, а именно сексуальная активность, секс без презерватива, секс с другим ПИН.

Таблица 3

Риски, связанные с инъекциями и с сексуальным поведением, по типу потребляемых наркотиков, с контролем за возрастной группой — только ПИН, не знающие о своем ВИЧ-статусе

Параметр	Потребители стимуляторов n = 216	Потребители опиатов n = 151	Потребители опиатно-седативных смесей n = 92	Тестовая статистика ^b
<i>Параметры относительно риска, связанного с инъекциями</i>				
Стаж употребления наркотиков				F=10,78**
Возраст 18–29 лет ^c	5,3 (3,4)	6,9 (3,8)	7,1 (3,1)	F = 8,02**
Возраст 30 лет и старше ^d	12,2 (6,6)	17,1 (7,8)	16,1 (5,7)	F = 9,00**
Количество сделанных инъекций				F = 1,04
Возраст 18–29 лет	24,0(31,5)	21,0 (24,9)	31,3 (28,8)	F = 1,57
Возраст 30 лет и старше	32,0 (38,1)	26,1 (27,1)	25,2 (29,6)	F = 0,80
% Использовали бывшие в употреблении шприцы				CMH X ² = 7,98*
Возраст 18–29 лет	26,6	10,4	10,5	X ² = 10,94**
Соотношение шансов	1,00	0,32	0,32	
Возраст 30 лет и старше	13,8	12,2	15,1	X ² = 0,23
Соотношение шансов	1,00	0,87	1,11	

% Всегда делали инъекции вместе с другими ПИН				СМН $X^2 = 3,82$
Возраст 18–29 лет	62,7	55,8	52,6	$X^2 = 1,82$
Соотношение шансов	1,00	0,75	0,66	
Возраст 30 лет и старше	39,7	25,7	33,3	$X^2 = 2,95$
Соотношение шансов	1,00	0,53	0,76	
% Фронтальное/обратное заполнение шприца вместе с дилером				СМН $X^2 = 82,48^{**}$
Возраст 18–29 лет	20,9	50,6	68,4	$X^2 = 40,22^{**}$
Соотношение шансов	1,00	3,88	8,19	
Возраст 30 лет и старше	19,0	58,9	79,6	$X^2 = 43,29^{**}$
Соотношение шансов	1,00	6,11	16,63	
% Фронтальное/обратное заполнение шприца вместе с другими ПИН				СМН $X^2 = 1,51$
Возраст 18–29 лет	59,5	58,4	65,8	$X^2 = 0,63$
Соотношение шансов	1,00	0,96	1,31	
Возраст 30 лет и старше	53,5	39,7	47,2	$X^2 = 2,48$
Соотношение шансов	1,00	0,57	0,78	
% Использовали общий раствор				СМН $X^2 = 46,80^{**}$
Возраст 18–29 лет	74,7	46,8	34,2	$X^2 = 30,51^{**}$
Соотношение шансов	1,00	0,30	0,18	
Возраст 30 лет и старше	58,6	25,7	27,8	$X^2 = 17,75^{**}$
Соотношение шансов	1,00	0,24	0,27	
<i>Параметры относительно риска, связанного с сексом</i>				
% Имели секс				СМН 13,11*
Возраст 18–29 лет	88,5	89,6	81,6	$X^2 = 1,67$
Соотношение шансов	1,00	1,12	0,58	
Возраст 30 лет и старше	79,0	83,8	57,4	$X^2 = 12,28^{**}$
Соотношение шансов	1,00	1,38	0,36	

% Имели секс без презерватива				СМН $X^2 = 4,67$
Возраст 18–29 лет	58,9	57,1	47,4	$X^2 = 1,65$
Соотношение шансов	1,00	0,93	0,63	
Возраст 30 лет и старше		43,2	44,4	$X^2 = 5,38$
Соотношение шансов	1,00	0,46	0,49	
% Имели секс с более чем одним партнером				СМН $X^2 = 2,08$
Возраст 18–29 лет	33,3	31,2	23,7	$X^2 = 1,32$
Соотношение шансов	1,00	0,91	0,62	
Возраст 30 лет и старше	22,8	32,4	22,2	$X^2 = 2,24$
Соотношение шансов	1,00	1,62	0,97	
% Имели секс с ПИН				СМН $X^2 = 10,71^{**}$
Возраст 18–29 лет	45,8	33,8	42,1	$X^2 = 2,94$
Соотношение шансов	1,00	0,60	0,86	
Возраст 30 лет и старше	60,7	34,3	33,3	$X^2 = 11,51^{**}$
Соотношение шансов	1,00	0,34	0,32	
% Имели секс с ВИЧ+ партнером/ партнером с неизвестным ВИЧ-статусом				СМН $X^2 = 0,82$
Возраст 18–29 лет	36,1	33,8	34,2	$X^2 = 0,14$
Соотношение шансов	1,00	0,90	0,92	
Возраст 30 лет и старше	25,9	41,9	38,9	$X^2 = 3,90$
Соотношение шансов	1,00	2,06	1,82	

^a Для продолжительных во времени параметров представлены средние значения и стандартные отклонения; для категориальных параметров применены проценты и соотношение шансов; соотношение шансов для потребителей опиатов и опиатно-седативных смесей высчитаны с использованием потребителей стимуляторов как референтной группы.

^b Тестовая статистика для продолжительных во времени параметров (стаж употребления наркотиков и количество инъекций за отчетный период) является F-. Статистическим показателем в пределах каждой возрастной группы и общим F-. Статистическим контролем с возрастной группой как ковариатом. Для всех других параметров, тестовой статистикой являются значения χ^2 -квadrата в пределах каждой возрастной группы и общее СМН χ^2 -квadrата с контролем за возрастной группой как стратификационным фактором.

^c Возрастная группа 18–29 лет насчитывала $n = 273$.

^d Возрастная группа 30 и старше насчитывала n = 186.

* P<.05; ** P<.01

Проведенное исследование имело ряд ограничений, которые необходимо принимать во внимание, формулируя выводы. Во-первых, избранная стратегия привлечения участников была ориентирована на доступ к ПИН в каждом из мест проведения исследования и полагалась на осведомленность сотрудников по привлечению относительно зон сосредоточения ПИН с тем, чтобы обеспечить статистически репрезентативную когорту в этих местах. Хотя такой подход был наиболее удобным для получения достоверной выборки, остается неизвестным, насколько типичными представителями своих групп были отобранные ПИН. Избранная модель привлечения не дает возможности узнать точное количество ПИН, которые отказались от участия, хотя работники по привлечению сообщали о незначительном количестве таких отказов. Поскольку привлечение происходило на улице, выборка, вероятно, преувеличивает количество ПИН, желающих посвятить свое время участию в исследовании, учитывая скромную денежную компенсацию. Таким образом, это исследование, возможно, дает не столько обобщенную характеристику всех ПИН, сколько их относительно репрезентативной сформированной путем привлечения на улице выборку, представляющую, очевидно, ту часть украинских ПИН, которые испытывают большую нужду и имеют больше проблемы со здоровьем. Во-вторых, все использованные в исследовании данные, кроме ВИЧ-статуса, были получены со слов самих участников, поэтому могли быть необъективными из-за ошибок относительно полноты и правдивости информации и фактора социальной желательности. Правда, короткий временной период (30 дней), во время которого проводился опрос, должен был минимизировать фактор ошибок в предоставлении исчерпывающей правдивой информации. Что же касается фактора социальной желательности, то нельзя с уверенностью сказать, какую роль он сыграл в этом исследовании, если сыграл вообще. ПИН в Украине не настолько осведомлены с исследовательскими практиками, как ПИН в США или в других странах, поэтому, хотя фактор социальной желательности нельзя полностью исключить, маловероятно, что его действие является разным для трех типов ПИН и, что он повлиял на общие результаты исследования. К тому же, предыдущие исследования показали, что информация, которую предоставляют о себе потребители наркотиков, является достаточно достоверной для такого типа исследований [25, 8].

После распада Советского Союза в Украине быстрыми темпами возросло количество потребителей инъекционных наркотиков и, как следствие, разворачивалась эпидемия ВИЧ. Эти проблемы, а также неготовность Украины на государственном уровне принимать меры для противодействия и нехватка соответствующих государственных ресурсов обрисовывали перед Украиной сумрачные перспективы. Начиная с 2000 года, количество новых случаев ВИЧ ежегодно возрастает более чем вдвое, при этом около трети диагнозов приходится на лиц в возрасте 15–24 лет [17, 27]. Эпидемия распространяется среди ПИН и дальше путем сексуальных контактов [38, 33], охватывая, в

последнее время, лиц, не употребляющих наркотики. Из-за отсутствия лечения ВИЧ-инфицированных и практической недоступности антиретровирусных препаратов [39] единственным действенным подходом для ограничения масштабов и противодействия растущей проблеме остается вмешательство с целью влияния на поведенческие модели. Учитывая нынешнюю ситуацию в Украине, кажется маловероятным, что средства на такие вмешательства найдутся внутри страны, поэтому приходится надеяться лишь на помощь извне.

Публикация 2

Вмешательство в отношении потребителей инъекционных наркотиков в Украине

Эпидемия ВИЧ в Украине распространяется тревожными темпами: начиная с 2000 года, количество ВИЧ-инфицированных ежегодно возрастает более чем в два раза, а часть ВИЧ-инфицированных среди ПИН в 2005 году выросла, в сравнении с 2003 годом, на 34% [27]. Как считают некоторые компетентные специалисты, до 2010 года в Украине будет 1,5 млн. ВИЧ-инфицированных [3]. Такая оценка базируется, прежде всего, на показателях, согласно которым происходит рост случаев ВИЧ за счет полового пути передачи инфекции лицами, которые не являются потребителями наркотиков. С 1999–2003 гг. к первому полугодью 2006 года процент лиц, инфицированных путем гетеросексуальной передачи инфекции, увеличился с 14% всех новых случаев ВИЧ до 35%, а среди женщин — до 41% (Украинский Центр СПИД, неопубликованные данные, 2006). В Донецке и Одессе 55–60% новых случаев инфицирования произошли вследствие незащищенного секса с инфицированным партнером — ПИН [33]. Эти данные, вероятно, занижены, поскольку, начиная с 1995 года, ситуация с тестированием на ВИЧ групп высокого риска ухудшалась [52]. Вдобавок, чтобы зарегистрироваться в качестве ВИЧ-позитивного лица, недостаточно самого лишь положительного результата теста на ВИЧ — нужно также пройти обязательный клинический осмотр [53]. Многие, получив положительный результат теста, такого осмотра не проходили, оставшись, таким образом, без регистрации. Прогрессирующий рост эпидемической ситуации нуждался в серьезном вмешательстве. Между тем, к сожалению, в 2005 году в Украине еще не было ни информационной службы в сфере здравоохранения, ни сформированной политики в отношении профилактики ВИЧ и лечения наркотической зависимости, ни программы сексуального образования в школах, ни стратегии распространения информации для противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД [14].

В июле 2004 г. мы получили финансирование от Национального института исследований наркотической зависимости (NIDA, США) для проведения 5-летнего исследования, суть которого состояла в проведении и оценке вмешательств с целью ограничения рискованного поведения ПИН в трех регионально локализованных городах Украины. Задачей представленного исследования является оценка результатов этих многолетних усилий, которые касались, в частности, изменений рискованного поведения в отношении инъекций и секса вследствие вмешательств, а также оценка прогностических параметров дальнейшего рискованного поведения.

Статистический анализ

В независимые переменные, примененные для анализа, вошли демографические данные, тип наркотиков, положительный результат ВИЧ-тестирования (после базового интервью). Зависимые переменные были определены по итоговому интервью через

6 месяцев после начального вмешательства и включали факторы риска, связанные с инъекциями и сексуальным поведением. Также были подсчитаны совокупные показатели риска относительно инъекций и секса. Совокупный риск, связанный с инъекциями, включал такие параметры, как забор инъекционного раствора из общей с другими ПИН тары, обмен содержимым шприцов с другими ПИН и с дилером, применение для инъекций ранее использованного шприца или иглы без очищения («грязная» игла/шприц) и общее использование ваты, посуды и воды. Совокупный связанный с сексуальным поведением риск определялся такими параметрами, а именно: секс с более чем одним партнером; секс с ПИН; секс с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером, ВИЧ-статус которого неизвестен; незащищенный вагинальный и анальный секс. Период оценки действия факторов риска охватывал 30 предыдущих дней — как для начального, так и для итогового интервью.

Участники проекта по моделям вмешательства «C&E» и «C&E + ILOM», а также продолжительные по времени условия были сопоставлены по демографическим данным, типам наркотиков, ВИЧ-статусу и рискованному поведению, связанному с инъекциями и сексом. Для оценки продолжительных во времени переменных (а именно возраст, стаж употребления наркотиков, количество инъекций за последние 30 дней) применялась проверка по критерию Стьюдента; все другие переменные (дихотомические и порядковые) высчитывались с помощью критерия χ^2 -квадрат. Изменения, связанные с инъекциями и рискованным сексуальным поведением, которые произошли во временном промежутке между базовым и итоговым интервью, были оценены отдельно для групп, к которым применялось вмешательство по стандартной и расширенной моделям, с использованием критерия χ^2 -квадрат Мак-Немара для согласованных пар или спаренного критерия Стьюдента (для среднего количества инъекций). Кроме того, повторные показатели по модели ANCOVA (группа по типу вмешательства, оцениваемая по времени и по собственному вмешательству) были подсчитаны с точки зрения продолжительных во времени результатов (количества инъекций), а повторные показатели категориальных моделей соответствовали бинарным результатам. Модели ANCOVA и категориальные модели включали шаблонные коды для города как ковариата. Взаимосвязи между результатами рискованного поведения относительно инъекций и секса, а также отобранные прогностические сменные, замеренные во время начального интервью, были оценены с помощью критерия χ^2 -квадрат для дихотомических прогностических сменных, или критерия Стьюдента для продолжительных во времени прогностических переменных. В итоге, были подсчитаны пошаговые множественные логистические регрессии для дихотомических показателей рискованного поведения относительно инъекций и секса, включительно с совокупными показателями, с использованием базового показателя и шаблонных кодов для города как контрольных параметров и с добавлением типа вмешательства (стандартного «C&E» или расширенного «C&E + ILOM») и других прогностических переменных, которые имели одномерную связь с переменным параметром результата, где $P < 0,10$. Подавались данные относи-

тельно соотношения шансов (СШ), 95% доверительный интервал (ДИ) и значение P для СШ относительно прогностических сменных.

Результаты

Базовое интервью в трех городах прошли 1 798 респондентов: 600 в Одессе и по 599 в Киеве и Макеевке/Донецке, 900-ам из них были показаны вмешательства по стандартной модели «С&Е» и 898 — вмешательство по расширенной модели «С&Е + ILOM». По окончании 6-месячного периода повторное интервью успешно прошли 1 571 участник, т.е. 87% всех тех, кто был привлечен к базовому интервью и тестированию на ВИЧ. Из тех, кто не вышел на контакт для итогового интервью, 5% находились в местах лишения свободы, в учреждениях лечения, или умерли, и 2% переехали жить в другой регион. Таким образом, на время завершения проекта организаторы имели информацию о местонахождении 94% тех, кто прошел начальное интервью. Показатели участия в итоговом опросе существенно не различались по модели вмешательства, месту опроса или демографическим показателям, типу наркотиков, параметрам рискованного поведения в отношении инъекций и секса. Впрочем, ряд существенных отличий по нескольким параметрам было выявлено между региональными центрами. Более половины (53%) участников из Одессы оказались ВИЧ-позитивными, тогда как в Киеве ВИЧ-позитивными были 34% участников, а в Макеевке/Донецке — 20% ($P < 0,001$). Больше всего потребителей инъекционных опиатов было зарегистрировано среди участников в Макеевке (55%), немного меньше — в Киеве (50%) и Одессе (48%; $P < 0,05$). Вместе с тем, в Макеевке было меньше всего потребителей опиатно-седативных смесей (28% по сравнению с 48% и 49% в Киеве и Одессе, соответственно; $P < 0,001$). Количество потребителей стимуляторов было наиболее низким в Одессе (33%) и самым высоким в Киеве (67%; $P < 0,001$). Затем, дальнейший анализ повторных замеров и логистических регрессий осуществлялся с контролем по параметру города.

Во время начального опроса также было выявлено несколько отличий между участниками по двум моделям вмешательства. Если исходить из рисков, связанных с потреблением наркотиков и инъекциями, то участники проекта по стандартной модели вмешательства «С&Е» чаще, чем участники, привлеченные по расширенной модели «С&Е + ILOM», потребляли опиатно-седативные смеси (45% против 39%; $P < 0,05$) и получали оценку «1» по совокупному измерению связанного с инъекциями рискованного поведения (95% против 92%; $P < 0,05$). В отношении связанных с сексом рисков в группе стандартного вмешательства наблюдалась большая, чем в группе расширенного вмешательства, склонность подыскивать сексуальных партнеров среди ПИН (44% против 38%; $P < 0,05$), заниматься сексом без презерватива (56% против 50%) и получать оценку «1» по совокупному измерению, связанному с рискованным сексом (76% против 71%; $P < 0,05$).

Большинство привлеченных участников были мужского пола (76%), 30% из них состояли в обычном браке или жили в гражданском браке; средний возраст участников составлял 29,5 года (стандартное отклонение (СО) = 7,8). Половина участников имела неполное высшее и высшее образование и лишь 13% — неполное среднее. Средний стаж потребления участниками инъекционных наркотиков составлял 10,8 года (СО = 7,2). Около двух третей (63%) имели опыт задержания правоохранительными органами, 14% знали о том, что являются ВИЧ-позитивными, и 35% оказались ВИЧ-позитивными по результатам быстрого теста на ВИЧ после начального опроса. За 30 дней до опроса участники сделали в среднем 28,5 инъекций (СО = 32,2), при этом 53% употребляли стимуляторы, 51% — опиаты (экстракт маковой соломки) и 42% — опиатно-седативную смесь. Что касается связанного с инъекциями рискованного поведения, то 33% сообщили, что набирали инъекционный раствор из общей тары, 85% обменивались содержимым шприцов с другими ПИН или с дилером, 18% делали инъекции грязной иглой/шприцом, 30% пользовались ватой, посудой или водой совместно с другими ПИН и 93% имели в своем активе, по меньшей мере, один из перечисленных факторов риска. Что касается рисков, связанных с сексом, то 26% сообщили, что имели секс с более чем одним партнером, 41% — секс с другим ПИН, 36% — секс с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером с неизвестным ВИЧ-статусом, 53% — незащищенный вагинальный или анальный секс; 73% сообщили, что подвергали себя, по меньшей мере, одному из перечисленных рисков.

Одномерный анализ рискованного поведения относительно инъекций и секса

Таблица 1

Данные первичного и повторного опросов по факторам рискованного поведения, связанного с употреблением наркотиков и инъекциями, отдельно для групп по типу вмешательства «С&Е» и «С&Е + ИЛОМ».

Переменная	С&Е				С&Е + ИЛОМ			
	Первичный опрос	6-мес. опрос	Стат. критерий	P-знач.	Первичный опрос	6-мес. опрос	Стат. критерий	P-знач.
Среднее количество инъекций (норма) ^a	28.3 (32.3)	21.6 (26.9)	13.75	<0.001	28.6 (32.1)	20.4 (28.7)	14.74	<0.001
Инъекции стимуляторов за прошлый месяц	53.1	44.5	26.27	<0.001	53.2	44.2	26.63	<0.001

Ињекции опиатов за прошлый месяц	50.6	39.8	31.01	<0.001	51.2	39.5	34.94	<0.001
Ињекции опиаты/седативные смешанно за прошлый месяц ^b	44.5	35.8	26.89	<0.001	39.2	30.1	28.16	<0.001
Использование общего контейнера	34.2	25.5	19.59	<0.001	32.4	25.6	12.27	<0.001
Фронтальное/обратное заполнение шприца (любое)	86.6	70.7	65.60	<0.001	83.3	69.7	47.61	<0.001
Использование чужих грязных шприцов	16.4	10.5	15.67	<0.001	19.4	7.7	48.21	<0.001
Использование чужой ваты, воды, грязной посуды для приготовления наркотика	31.5	17.5	51.55	<0.001	29.1	16.9	38.08	<0.001
Ињекционный риск, комбинированный ^c	94.8	74.0	131.52	<0.001	91.5	74.0	92.46	<0.001

^a Регистрация количества раз употреблений была использована в статистическом анализе.

^b «С&Е» — группа значительно отличалась от «С&Е + ILOM» на первичном и повторном опросе при $P < 0.05$.

^c «С&Е» — группа значительно отличалась от «С&Е + ILOM» на первичном, но не на повторном опросе при $P < 0.05$.

Изменения между начальным и итоговым опросами были изучены в пределах двух этих групп по типу вмешательства, и результаты продемонстрировали статистически значимое уменьшение всех оцениваемых поведенческих рисков. Результаты повторных показателей по модели ANCOVA (для среднего количества ињекций) и по категориальным моделям (для бинарных результатов) продемонстрировали существенное влияние фактора времени на все переменные. Впрочем, ни по одному итоговому показателю группа по временному взаимодействию не имела значительных отличий, которые бы указывали на отсутствие дифференциальной разницы между двумя группами по модели вмешательства.

Данные начального и итогового опросов по факторам связанного с сексом рискованного поведения, отдельно для групп по типу вмешательства «С&Е» и «С&Е + ILOM».

Переменная	С&Е				С&Е + ILOM			
	Первичный опрос	6-мес. опрос	Стат. критерий	P-знач.	Первичный опрос	6-мес. опрос	Стат. критерий	P-знач.
Разные партнёры ^a	26.6	18.9	27.27	<0.001	24.6	21.1	5.03	0.025
Сексуальные отношения с ПИН а,б	37.8	36.3	0.70	0.403	44.0	36.5	14.89	0.001
Сексуальные отношения с ВИЧ+ партнёром или с неизвестным ВИЧ-статусом	34.3	26.7	18.00	<0.001	38.3	30.4	16.54	<0.001
Риск (сексуальные отношения без использования презерватива) ^b	49.6	40.0	24.02	<0.001	56.4	43.5	41.04	<0.001
Риск, связанный с сексуальными отношениями, комбинированный	70.8	62.9	19.41	<0.001	75.8	67.1	21.27	<0.001

^a В группе с интервенциями взаимосвязь со временем была статистически существенна при $P < 0.05$.

^b «С&Е» группа значительно отличалась от «С & Е + ILOM» при первичном опросе, но не в повторном при $P < 0.05$

В целом, 80% участников сообщали о вагинальном или анальном сексе, среди них 26% — о сексе с более чем одним партнером. В обеих группах по модели вмешательства, как показали результаты итогового опроса, имело место существенное сокращение всех параметров рискованного поведения, кроме секса с другим ПИН, среди участников группы по стандартной модели «С&Е». Результаты анализа категориальных моделей повторных показателей засвидетельствовали, что фактор времени имел значение для всех переменных, связанных с рискованным сексуальным поведением. В группах по модели вмешательства зафиксирована значительная разница во влиянии временного фактора на такие параметры рискованного поведения, как секс с более чем одним партнером ($P < 0,05$) и секс с другим ПИН ($P < 0,05$). В группе «С&Е» выявлено более существенное сокращение за время между двумя опросами показателей относительно секса с более чем одним партнером (с 27% до 19%; $P < 0,001$), нежели в

группе «С&Е + ILOM» (с 25% до 21%; $P < 0,05$), тогда как показатель относительно секса с ПИН в большей степени сократился в группе «С&Е + ILOM» (с 44% до 37%; $P < 0,01$), чем в группе «С&Е» (с 38% до 36%; без уточнений).

Прогностические параметры результатов по инъекционным и сексуальным факторам риска

Анализ изменений показал, что за время от предыдущего до итогового интервью существенно снизился процент респондентов, которые практикуют рискованное поведение по всем оцениваемым факторам риска, связанное с употреблением наркотиков, инъекциями и сексуальным поведением, и что эти изменения, в общем, были последовательными в обеих группах по типу вмешательства. Для изучения прогностических параметров результатов по инъекционному и сексуальному факторам риска был осуществлен дальнейший анализ. С этой целью исследовался ряд замеренных начальным опросом прогностических показателей, а именно демографические данные, тип употребляемых наркотиков и результат тестирования на ВИЧ, с точки зрения инъекционных (табл. 3) и сексуальных (табл. 4) поведенческих рисков, выявленных итоговым опросом.

Таблица 3

Прогностические показатели результатов поведенческих рисков, связанных с инъекциями на повторном опросе через 6 мес.

	<i>n</i>	Общий контейнер	Фронтальное/ обратное заполнение шприца	Использование чужих грязных шприцов	Приготовление в грязных условиях	Инъекционный риск, комбинированный
Город		$P < 0.001$	$P < 0.001$	$P < 0.001$	$P < 0.001$	$P < 0.001$
Макеевка	516	15.7%	67.1%	10.5%	20.7%	72.9%
Киев	552	54.5%	83.5%	14.3%	26.1%	87.7%
Одесса	503	3.8%	58.8%	2.2%	3.8%	60.0%
Пол		$P = .901$	$P = 0.269$	$P = 0.338$	$P = 0.999$	$P = 0.347$
Муж.	1187	25.5	70.9	8.8	17.2	74.6
Жен.	384	25.8	68.0	10.4	17.2	72.1
Средний возраст		$P < 0.001$	$P = 0.058$	$P < 0.001$	$P < 0.001$	$P = 0.001$
«Да» на результате		27.5 (6.4)	29.2 (7.6)	27.1 (6.1)	27.0 (6.3)	29.1 (7.5)
«Нет» на результате		30.1 (8.1)	30.1 (8.3)	29.7 (7.9)	30.0 (8.0)	30.6 (8.4)

Средний стаж употребления (года)		<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> = 0.565	<i>P</i> = 0.007	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> = 0.066
«Да» на результате		9.2 (5.8)	10.7 (7.0)	9.5 (5.9)	8.9 (5.9)	10.6 (6.9)
«Нет» на результате		11.3 (7.6)	11.0 (7.8)	10.9 (7.3)	11.2 (7.4)	11.4 (8.0)
Среднее количество инъекций		<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001
«Да» на результате		42.2 (39.1)	31.7 (33.3)	47.3 (41.5)	35.2 (38.6)	31.5 (33.6)
«Нет» на результате		23.7 (28.0)	20.7 (27.9)	26.4 (30.5)	27.0 (30.6)	19.7 (26.0)
Инъекции стимуляторов		<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> = 0.103	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001
Нет	736	17.4	68.2	6.4	9.9	69.7
Да	835	32.7	72.0	11.7	23.6	77.7
Инъекции опиатов		<i>P</i> = 0.359	<i>P</i> = 0.001	<i>P</i> = 0.405	<i>P</i> = 0.563	<i>P</i> = 0.006
Нет	772	24.5	66.3	8.6	17.7	70.9
Да	799	26.5	74.0	9.8	16.6	77.0
Инъекции опиаты/седативные		<i>P</i> = 0.200	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> = 0.055	<i>P</i> = 0.133	<i>P</i> = 0.009
Нет	913	24.3	66.4	8.0	18.4	71.5
Да	658	27.2	75.5	10.9	15.5	77.4
Позитивный результат теста на ВИЧ		<i>P</i> = 0.103	<i>P</i> = 0.895	<i>P</i> = 0.698	<i>P</i> = 0.003	<i>P</i> = 0.686
Нет	1021	26.8	70.0	9.3	19.2	74.2
Да	543	23.1	70.3	8.7	13.3	73.3

Результаты, представленные в таблице 3, показывают, что младший возраст, более короткий стаж потребления инъекционных наркотиков и более высокая частота инъекций — это те параметры, которые четко ассоциируются с более высоким уровнем риска по каждому параметру связанного с инъекциями рискованного поведения (такая связь не установлена только между возрастом и обменом содержимым шприцов; стажем потребления наркотиков и обменом содержимым шприцов и совокупным риском, связанным с инъекциями). Потребление стимуляторов было связано с высшим уровнем риска относительно инъекций по всем параметрам рискованного поведения, кроме обмена содержимым шприцов; потребление опиатов было связано с более высокой вероятностью обмена содержимым шприцов и более высоким совокупным риском относительно инъекций; потребление опиатно-седативных смесей также ассо-

цировалось с более высокими показателями обмена содержимым шприцов и более высоким совокупным риском относительно инъекций. В итоге, положительный результат тестирования на ВИЧ существенно коррелировал лишь с использованием грязного инструментария для инъекций.

Таблица 4

Прогностические показатели результатов по параметрам, связанным с рискованным сексуальным поведением на повторном опросе через 6 мес.

	<i>n</i>	<i>Разные партнёры</i>	<i>Сексуальные отношения с ПИН</i>	<i>Сексуальные отношения с ВИЧ+ партнёром или с неизвестным ВИЧ-статусом</i>	<i>Небезопасный секс</i>	<i>Риск, связанный с сексуальными отношениями, комбинированный</i>
Город		<i>P = 0.271</i>	<i>P = 0.053</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P < 0.001</i>
Макеевка	516	18.2%	35.3%	20.9%	60.6%	74.4%
Киев	552	22.1%	40.2%	24.8%	34.3%	61.6%
Одесса	503	19.6%	33.3%	40.4%	31.8%	59.4%
Пол		<i>P < 0.001</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P = 0.009</i>	<i>P = 0.002</i>	<i>P < 0.001</i>
Муж.	1187	22.6	27.9	26.8	40.0	62.3
Жен.	384	12.1	62.7	33.8	48.9	73.8
Средний возраст		<i>P < 0.001</i>	<i>P = 0.085</i>	<i>P = 0.698</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P < 0.001</i>
«Да» на результате		28.1 (6.6)	29.0 (7.2)	29.6 (7.1)	28.5 (7.2)	28.7 (7.2)
«Нет» на результате		29.8 (8.0)	29.7 (8.1)	29.4 (8.1)	30.2 (8.2)	30.8 (8.7)
Средний стаж употребления (года)		<i>P < 0.001</i>	<i>P = 0.063</i>	<i>P = 0.227</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P < 0.001</i>
«Да» на результате		9.5 (6.1)	10.3 (6.6)	11.1 (6.5)	9.9 (6.7)	10.0 (6.6)
«Нет» на результате		11.1 (7.4)	11.0 (7.5)	10.6 (7.4)	11.4 (7.5)	12.2 (8.0)
Среднее количество инъекций		<i>P = 0.032</i>	<i>P < 0.001</i>	<i>P = 0.468</i>	<i>P = 0.090</i>	<i>P = 0.489</i>
«Да» на результате		31.8 (34.5)	33.2 (35.5)	29.3 (33.2)	26.8 (29.9)	28.0 (31.4)
«Нет» на результате		27.5 (30.6)	25.6 (28.8)	28.0 (30.9)	29.6 (33.7)	29.1 (33.4)

Иньекции стимуляторов		<i>P</i> = 0.007	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> = 0.583	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001
Нет	736	17.1	30.7	27.8	37.5	60.2
Да	835	22.6	41.3	29.1	46.3	69.5
Иньекции опиатов		<i>P</i> = 0.830	<i>P</i> = 0.629	<i>P</i> = 0.667	<i>P</i> = 0.362	<i>P</i> = 0.617
Нет	772	19.8	37.0	29.0	41.0	64.5
Да	799	20.2	35.8	28.0	43.3	65.7
Иньекции опиаты/седативные		<i>P</i> = 0.392	<i>P</i> = 0.121	<i>P</i> = 0.523	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001
Нет	913	20.7	38.0	27.9	46.2	68.8
Да	658	19.0	34.2	29.4	36.6	59.9
Позитивный результат теста на ВИЧ		<i>P</i> = 0.005	<i>P</i> = 0.194	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001	<i>P</i> < 0.001
Нет	1021	22.2	35.3	19.1	48.7	68.6
Да	543	16.2	38.7	46.3	30.2	58.9

Прогностические показатели результатов по параметрам связанного с сексуальным поведением риска показаны в таблице 4. Мужчины чаще, чем женщины, сообщали о сексе более чем с одним партнером, тогда как женщины проявляли большую склонность к сексу с другим ПИН, сексу с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером, ВИЧ-статус которого неизвестен, незащищенному вагинальному или анальному сексу и имели более высокие, по сравнению с мужчинами, показатели совокупного риска, связанного с сексом. Младшие по возрасту участники и те, кто имел меньший стаж потребления инъекционных наркотиков, обнаруживали большую склонность к сексу более чем с одним партнером, незащищенному сексу и наличию, по крайней мере, одного фактора связанного с сексом рискованного поведения. Частота инъекций имела положительную связь с такими параметрами, как секс более чем с одним партнером и секс с другим ПИН. Потребители инъекционных стимуляторов чаще, чем те, кто не потреблял стимуляторов, вовлекались во все типы рискованного сексуального поведения, кроме секса с ВИЧ-позитивным партнером или партнером с неизвестным ВИЧ-статусом. Потребители опиатно-седативных смесей реже сообщали о незащищенном сексе и набирали меньше баллов по совокупному показателю рискованного сексуального поведения. Потребление опиатов не имело существенной связи с любым фактором рискованного сексуального поведения. В итоге, те, кто по результатам тестирования оказался ВИЧ-позитивным, в сравнении с теми, чей тест показал ВИЧ-отрицательный результат, в меньшей степени были склонны к сексу более чем с одним партнером, незащищенному сексу и реже подвергались одному или более фактору риска из сово-

купного показателя рискованного сексуального поведения. Впрочем, они чаще имели секс с ВИЧ-позитивным партнером или с партнером с неизвестным ВИЧ-статусом.

Многофакторный анализ рискованного поведения в отношении инъекций и секса

Для каждого полученного итогового показателя рискованного поведения в плане инъекций и секса были составлены уравнения логистической регрессии, а для каждого фактора риска в формулу был введен начальный показатель риска, а также параметр города (Макеевка/Донецк и Одесса) в качестве контрольных показателей. Далее шаг за шагом были выбраны дополнительные прогностические показатели и включенные в них модели вмешательства и прогностические параметры из таблиц 3 и 4, которые имели существенную связь ($P < 0,10$) с итоговыми показателями. Бóльшее количество инъекций в период за 30 дней до начального опроса было весомым прогностическим фактором для всех типов связанного с инъекциями рискованного поведения (СШ в диапазоне от 1,19, 95% ДИ = 1,04–1,37; $P < 0,02$ для общего пользования ватой, посудой и водой — до 1,62, 95% ДИ = 1,33–1,97; $P < 0,001$ для использования грязной иглы/шприца). Потребление стимуляторов было весомым фактором риска относительно забора раствора из общей тары (СШ = 1,52, 95% ДИ = 1,14–2,03; $P < 0,01$) и общего пользования ватой, посудой и водой (СШ = 1,79, 95% ДИ = 1,31–2,44; $P < 0,001$), тогда как потребление опиатов было фактором риска относительно обмена содержимым шприцов (СШ = 1,29, 95% ДИ = 1,02–1,63; $P < 0,05$) и относительно высокого совокупного показателя риска, связанного с инъекциями (СШ = 1,31, 95% ДИ = 1,03–1,67; $P < 0,05$).

Что касается итоговых показателей рискованного поведения, связанного с сексом, то была установлена существенная связь между женским полом и снижением риска по параметру «секс более чем с одним партнером» (СШ = 0,63, 95% ДИ = 0,43–0,92; $P < 0,02$); вместе с тем, у женщин увеличился риск по таким параметрам, как секс с другим ПИН (СШ = 3,55, 95% ДИ = 2,71–4,67; $P < 0,001$), незащищенный вагинальный или анальный секс (СШ = 1,55, 95% ДИ = 1,18–2,03; $P < 0,01$), а также повысилась совокупная оценка связанного с сексом риска (СШ = 1,70, 95% ДИ = 1,28–2,27; $P < 0,001$). Положительный результат тестирования на ВИЧ соотносился со снижением риска незащищенного секса (СШ = 0,55, 95% ДИ = 0,43–0,71; $P < 0,001$) и со снижением совокупной оценки связанного с сексом риска (СШ = 0,78, 95% ДИ = 0,60–0,99; $P < 0,05$), но, вместе с тем, был связан с ростом вероятности секса с ВИЧ-позитивным партнером или партнером с неизвестным ВИЧ-статусом (СШ = 2,69, 95% ДИ = 2,08–3,47; $P < 0,001$). Более продолжительный стаж потребления инъекционных наркотиков коррелировал со снижением риска относительно секса более чем с одним партнером (СШ = 0,97, 95% ДИ = 0,94–0,99; $P = 0,01$) и более низким совокупным риском, связанным с сексуальным поведением (СШ = 0,97, 95% ДИ = 0,96–0,99; $P < 0,01$). Кроме того, увеличение количества инъекций в прошлом месяце (СШ = 1,01, 95% ДИ = 1,00–1,01; $P < 0,001$) и потребление стимуляторов (СШ = 1,41, 95% ДИ = 1,09–1,81; $P = 0,01$) были факторами риска в плане секса с другим ПИН.

Положительный результат теста на ВИЧ был защитным фактором в плане такого рискованного поведения, как незащищенный секс, а также относительно совокупного связанного с сексом риска. Но, вместе с тем, фактором риска относительно секса с ВИЧ-позитивным партнером или партнером с неизвестным ВИЧ-статусом. Цель дополнительного анализа — выяснить, в какой мере ПИН были склонны отказываться от незащищенного секса после того, как тестирование выявило их ВИЧ-позитивный статус. Для этого были сопоставлены три группы: 1) ПИН, в которых тестирование на ВИЧ после начального опроса дало отрицательный результат ($N = 1,011$); 2) те, у кого тестирование на ВИЧ после начального опроса дало положительный результат, о котором они узнали впервые ($N = 338$); 3) те, кто до начального опроса знал о своем ВИЧ-позитивном статусе ($N = 201$). По данным начального опроса, 57% ВИЧ-отрицательных и 52% ВИЧ-позитивных участников, которые не знали о своем ВИЧ-статусе, прибегали к незащищенному вагинальному или анальному сексу — тогда как среди тех ПИН, кто знал о своем ВИЧ-позитивном статусе, таких было 38% ($P < 0,001$). Во время итогового интервью о незащищенном сексе сообщали 49% ВИЧ-отрицательных участников — по сравнению с 32% ВИЧ-позитивных, которые не знали о своем ВИЧ-позитивном статусе, и 27% ВИЧ-позитивных, которые знали о своей инфицированности ($P < 0,001$). Таким образом, по данным начального опроса, ПИН, которые знали, что являются ВИЧ-позитивными, реже прибегали к незащищенному сексу, чем те, кто был ВИЧ-отрицательным или не знал о своем ВИЧ-позитивном статусе. Хотя во всех трех группах зафиксировано существенное снижение показателей незащищенного секса. Максимальное изменение было зафиксировано в группе тех, которые впервые узнали о своем ВИЧ-позитивном статусе во время быстрого теста после начального интервью, а минимальное — в группе, где тестирование на ВИЧ дало отрицательный результат.

Обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что вмешательство с целью профилактики ВИЧ в локальные сообщества в Украине вполне уместно и целесообразно, а также дают основания считать такие вмешательства эффективным способом ограничения рискованного поведения, связанного с опасностью ВИЧ-инфицирования. К проекту было привлечено 1 798 потребителей инъекционных наркотиков из трех региональных центров Украины, и приблизительно 90% участников через 6 месяцев успешно прошли итоговый опрос. По результатам исследования полученной выборки ПИН, участники подвергались очень высокому риску инфицирования ВИЧ, поскольку практиковали рискованное поведение, связанное с инъекциями и сексом. Однако, сопоставление начальных и итоговых интервью обнаруживает существенные снижения рисков по каждому параметру рискованного поведения в плане употребления наркотиков и инъекций в обеих оцениваемых группах ПИН по типу вмешательства. Аналогичные результаты зафиксированы и относительно рисков, связанных с сексуальным

поведением, за исключением одного параметра (а именно, секса с другим ПИН в группе по модели вмешательства «С&Е»).

Стоит обратить внимание на тот факт, что результаты, показанные ПИН в обеих группах по типу вмешательства, оказались почти одинаковыми. В общем, можно сказать, что эффективность стандартной модели «С&Е» была такой же, как и эффективность более затратной модели широкого вмешательства «С&Е + ИЛОМ». В свою очередь, ряд предыдущих исследований сообществ ПИН, которые проходили связанное с зависимостью лечение, также не выявили отличий между результатами расширенных и минимальных вмешательств [58, 59], хотя некоторые другие исследователи сообщали, что вмешательство по более широкой модели приводило к более значительному уменьшению рискованного поведения [61]. Исследование среди ПИН, которые не проходили лечения от зависимости также не доказывают преимущества расширенного вмешательства над стандартным с точки зрения содействия поведенческим изменениям [62–66].

То, что стандартная модель ВИЧ-тестирования и консультирования дала тот же эффект, что и расширенная модель с индивидуализированным вмешательством, которая предусматривала повторные встречи на улице с представителями целевой аудитории, является важным результатом, который будет иметь последствия для Украины. Вмешательство по модели «С&Е» происходит по четко прописанной инструкции, обучение работников для такого вмешательства относительно простое и короткое, а также не нуждается в значительных средствах. В такой стране, как Украина, где большинство инфицированных ВИЧ лиц не проходили тестирования (Ело О. Окончательные результаты всестороннего внешнего оценивания государственной политики, направленной на борьбу со СПИД. Неопубликованный отчет, представленный в Министерстве здравоохранения, Киев, Украина. Июль 2008 г.), и где связанные с ВИЧ профилактические мероприятия являются минимальными [14], этот подход может быть воспринят положительно. Добровольное тестирование и консультирование (ДТК) ПИН в Украине — это, согласно с рекомендациями ВОЗ, весьма желательное мероприятие [67]. Более того, использование быстрых тестов обеспечивает получение результатов теми, кто проходит тестирование. Приемлемость быстрых тестов на ВИЧ была продемонстрирована не только в этом исследовании, но и в исследованиях, которые проводились в сельских и городских местностях Соединенных Штатов, а также в Китае и Коста-Рике [68].

В пользу этой рекомендации свидетельствуют и полученные нами данные, согласно которым ПИН, звавшие о своей инфицированности ВИЧ еще до начала проекта, были меньше всего, в сравнении с другими участниками, склонны к незащищенному сексу в течение 30 предыдущих дней (по данным и предыдущего, и итогового опросов), а те, кто узнали о своей ВИЧ-инфицированности во время тестирования в проекте, в большинстве случаев, как показал итоговый опрос, отказались от незащищенного секса.

В рандомизированном клиническом исследовании, проведенном в наркологической клинике в Санкт-Петербурге (Россия) (Samet et al.; [69]), было выявлено, что те ПИН, относительно которых осуществлялось соответствующее вмешательство, значительно чаще сообщали о соблюдении требований безопасного (т.е., защищенного) секса, чем ПИН в контрольной группе. При этом тип вмешательства был весьма схож с применяемым в модели «С&Е», используемой в нашем исследовании. Он предусматривал две консультации относительно безопасного секса и тренинг по формированию и закреплению поведенческих привычек в плане того, как избегать рисков, связанных с угрозой ВИЧ-инфицирования путем инъекций и секса. Вмешательство, как и в случае с «С&Е», проводил квалифицированный и хорошо обученный персонал. И исследование Самета, и наше исследование свидетельствуют о том, что осведомленность о ВИЧ-позитивном статусе уменьшает показатель незащищенного секса. К аналогичным выводам пришли авторы одного из последних цель-анализов, посвященных рискованному сексуальному поведению лиц, которые знают о своем ВИЧ-позитивном статусе, в сравнении с лицами, которые об этом своем статусе не знают [70]. Учитывая рост показателей гетеросексуальной передачи ВИЧ в Украине [33], потребность в политической и финансовой поддержке ДТК представляется как никогда актуальной.

Наше исследование также показало, что младшие по возрасту ПИН и те, кто имеет меньший стаж потребления инъекционных наркотиков, склонны к более рискованному поведению, по сравнению со старшими ПИН и теми, кто имеет более длинный стаж употребления наркотиков. Если принять во внимание резкий скачок распространения ВИЧ за последние годы [27], а также ранее указанные нами данные, согласно которым младшие по возрасту ПИН значительно реже являются ВИЧ-инфицированными [6], у нас есть все основания прогнозировать, учитывая вышеуказанные склонности младших по возрасту ПИН к рискованному поведению, ухудшение эпидемической ситуации в Украине. Проблема обостряется еще и тем, что женщины, в сравнении с мужчинами, склонны к более рискованному сексуальному поведению (за исключением одного параметра — секса с более одним партнером), вплоть до незащищенного вагинального и анального секса. Между тем, в одном из наших предыдущих исследований было выяснено, что доля женщин среди ВИЧ-инфицированных в Украине значительно превышает долю мужчин [71].

Прежде чем формулировать окончательные выводы в свете выявленных данных, нужно принять во внимание несколько ограничений, которые касались проведенного исследования. В частности, все использованные в исследовании данные, кроме ВИЧ-статуса, были получены со слов самих участников, исследование нельзя было сделать «слепым» ввиду параметра модели вмешательства, поэтому не следует исключать влияние фактора социальной желательности, а также ошибок припоминания. Мы позаботились о том, чтобы минимизировать влияние этих факторов — в частности, избрали для опрашивания компьютеризированную систему ACASI и остановились на коротком (30-дневном) периоде для припоминания информации. Вдобавок, предыдущие ис-

следования показали, что информация, которую предоставляют о себе потребители наркотиков, является в достаточной степени достоверной для такого типа исследований [25, 8]. План получения репрезентативной статистической выборки состоял в том, чтобы путем установления контакта на улице привлечь к проекту ПИН из разных точек в каждом из трех региональных центров Украины, которые бы обобщенно представляли сообщество потребителей инъекционных наркотиков в своем городе. Хотя такой подход был самым удобным для получения достоверной выборки, однако сложно сказать, насколько типичными были отобранные в каждом городе ПИН. Впрочем, работники по привлечению сообщали о незначительном количестве отказов от участия, и в исследовании представлены практически все районы каждого из городов. В итоге, международный характер этого исследования создавал определенные проблемы для мониторинга деятельности, связанной с привлечением, вмешательствами и заключительным оцениванием. Мы старались минимизировать возможные угрозы искажения информации, проводя обучение по надлежащей исследовательской практике, организовывая раз в квартал мониторинговые визиты исследователей из США и раз в два месяца — мониторинговые поездки нашего украинского координатора исследования.

Подытоживая, можно отметить, что полученные в этом исследовании результаты, с одной стороны, вызывают пессимистические ожидания, с другой — вселяют оптимизм. Выявленные высокие показатели ВИЧ, а также распространенность рискованного поведения среди ПИН, особенно среди младших по возрасту потребителей инъекционных наркотиков, указывают на дальнейший рост эпидемии ВИЧ в Украине. Однако, исследование продемонстрировало, что внедрение вмешательств с целью профилактики ВИЧ — дело для Украины вполне реальное и осуществимое, а тестирование на ВИЧ и соответствующее консультирование столь же эффективно, как более затратные по средствам и времени подходы, и что осведомленность человека относительно своего ВИЧ-положительного статуса снижает уровень его рискованного сексуального поведения. Эти факторы побуждают как можно шире внедрять ДКТ в качестве части комплексной стратегии в сфере ограничения эпидемии ВИЧ в Украине.

Модель аутрич-работы, основанная на привлечении местного лидера*

ГЛАВА 1. Общая информация

Введение

Предлагаемый материал предназначен для использования как руководство по обеспечению деятельности, связанной со снижением риска распространения ВИЧ-инфекции, в местных сообществах посредством работы в среде потребителей наркотиков, не получающих соответствующего лечения. В статье описана модель аутрич-работы в местном сообществе, разработанная Национальным институтом исследований наркотической зависимости (NIDA), США, (the NIDA Community-Based Outreach Model). Модель представляет собой синтез результатов исследований и лучших практик, наработанных в рамках двух национальных программ, финансируемых NIDA — Национального демонстрационного исследования СПИД (далее — NADR) и Соглашения о сотрудничестве по выполнению исследовательской программы предоставления услуг и интервенций, связанных с ВИЧ/СПИД, на уровне местных сообществ (далее — CA). Кроме того, модель опирается на данные, полученные в результате оценивания нескольких менее масштабных проектов, связанных с превентивными стратегиями предоставления услуг целевым группам. Модель представляет подход, базирующийся на прямом контакте с клиентами в местных сообществах, как основной метод работы с потребителями наркотиков, не получающими соответствующего лечения, с целью формирования у них осознанного стремления к сокращению риска заболевания СПИД. Модель также включает проведение двух занятий для каждого клиента с целью консультирования и предоставления просветительской информации о возможностях снижения риска. Занятия организуются таким образом, чтобы включить, по желанию клиента, тестирование на ВИЧ и другие, передающиеся через кровь, инфекции, а также провести до- и послетестовое консультирование. При этом интервенция проводится в соответствии с принципами профилактики ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики, с коммуникационной теорией (носители информации должны вызывать у клиентов доверие) и теорией о здоровом поведении, опирающейся на восприятии клиентом своей персональной уязвимости.

Модель аутрич-работы в местном сообществе можно рассматривать, с одной стороны, как компонент более широкой программы предоставления услуг потребителям наркотиков, не получающим лечения; с другой стороны, модель можно внедрять независимо

* The NIDA Community-Based Outreach Model. <http://www.nida.nih.gov/CBOM/index.html>

от других форм программной деятельности. Благодаря тому, что модель NIDA разрабатывалась и испытывалась на национальном уровне в США, она может быть легко приспособлена к специфическим особенностям и потребностям любого сообщества.

Научно обоснованные принципы профилактики ВИЧ в среде потребителей наркотиков

Исследования по поводу профилактики распространения ВИЧ-инфекции в среде потребителей наркотиков стали проводиться в связи с высокой динамикой одновременного эпидемического развития потребления наркотиков, распространения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся через кровь. Со временем, в меру накопления эмпирических данных о профилактике ВИЧ-инфекции в среде потребителей наркотиков, появились новые возможности для внедрения, воспроизведения и испытания основных принципов эффективных интервенций с целью коррекции поведенческих норм в различных сообществах и группах риска. Во многих случаях возникает необходимость адаптировать либо приспосабливать поведенческие интервенции к представителям целевой группы или сообщества. Такие адаптации дают возможность испытывать и оттачивать научно обоснованные подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в популяции потребителей наркотиков. Ниже изложены базовые принципы, прошедшие испытание временем. Исследователи находят все новые и новые подтверждения того, что соблюдение этих принципов при разработке и выполнении программ интервенций с целью коррекции поведенческих норм у потребителей наркотиков повышает вероятность получения положительных результатов.

Для местного сообщества важно, чтобы внедрение программ профилактики ВИЧ-инфекции началось как можно раньше. Кроме того, даже в тех сообществах, где ВИЧ-инфекция широко распространена, профилактические программы могут оказать существенное влияние на дальнейшее снижение темпов распространения ВИЧ/СПИД. Во многих местных сообществах усилия по ранней профилактике демонстрируют свою успешность в поддержании низких серозэпидемиологических уровней. В тех регионах, где ВИЧ-инфекция широко распространена, наиболее эффективными могут быть стратегии, направленные на предотвращение темпов роста ВИЧ-инфекции среди неинфицированных потребителей наркотиков, их сексуальных партнеров, а также среди формирующихся сообществ, подверженных риску инфицирования.

Уменьшение риска инфицирования ВИЧ-инфекцией в среде потребителей наркотиков является достижимой целью. Основная задача любого контакта с потребителями наркотиков — убедить их отказаться от наркотиков. Избавление от наркотической зависимости — длительный процесс, и даже у тех, кто проходит лечение, могут случаться рецидивы. Чтобы предотвратить распространение ВИЧ-инфекции, потребители наркотиков должны ограничить или исключить те нормы поведения, которые подвергают их и других людей риску заражения. Исследования свидетельствуют, что надлежа-

щим образом продуманные программы профилактики могут уменьшить передачу не только ВИЧ, но и других инфекционных заболеваний — в частности, гепатитов В и С, а также различных заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП).

Эффективное выполнение программ профилактики распространения ВИЧ-инфекции требует предоставления комплексных и скоординированных услуг. Потребители наркотиков и их сексуальные партнеры, подвергающиеся риску инфицирования ВИЧ, являются людьми с разнообразными потребностями, и не существует единой универсальной стратегии, которая бы подошла для всех. Более того, даже к одному человеку часто следует применять разнообразные стратегии вмешательства и предлагать ему разные наборы услуг — параллельно или на разных этапах его жизни. В отношении отдельных лиц и целых сообществ наиболее эффективны комплексные стратегии, включающие такие услуги, как установление аутрич-работниками контактов с клиентами в местном сообществе, тестирование на ВИЧ и соответствующее консультирование, ведение индивидуальной профилактической работы, лечение наркотической зависимости, обеспечение доступа к стерильным шприцам, а также предоставление услуг с привлечением действующих в сообществе медицинских и социальных служб. Особое внимание следует уделять координации предоставления услуг в сообществе.

Программы профилактики должны опираться на тщательное и динамичное оценивание потребностей сообщества; эффективность и действенность таких программ также следует оценивать во временном срезе. Между различными регионами в США и в мире наблюдаются существенные различия в том, что касается характера и распространенности наркотической зависимости, а также параметров эпидемии СПИД. Превентивные стратегии следует адаптировать к местным потребностям и ресурсным возможностям. Постоянное изучение местных особенностей наркопотребления и схем поведения, связанных с риском инфицирования ВИЧ, является важным условием для подбора эффективных методов программной деятельности и оценки результатов работы.

Услуги по профилактике наиболее эффективны в отношении сообщества зоны риска тогда, когда они предоставляются одновременно в разных ее местах. Потребители наркотиков рассредоточены в своем окружении и ведут различный образ жизни. Поэтому, чтобы установить контакт с группами риска, следует предлагать услуги по профилактике ВИЧ в самых разнообразных местах, включая учреждения здравоохранения и центры социальной помощи, больницы и клиники, а также учреждения, занимающиеся лечением и реабилитацией лиц с наркотической зависимостью. Координация работы в разных точках усиливает действенность вмешательств и уменьшает излишнее дублирование услуг.

ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков и их сексуальные партнеры являются важными целевыми группами для приложения усилий, связанных с профилактикой и лечением. Помощь ВИЧ-инфицированным людям требует особых усилий, направленных на содействие им в доступе к медицинской помощи и поддержке их

приверженности лечению с целью предотвращения прогрессирования ВИЧ/СПИД заболевания. Исследования также свидетельствуют, что ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков способны изменить свои поведенческие нормы, чтобы защитить своих партнеров по наркопотреблению и сексу.

Профилактическую работу следует нацеливать не только на отдельных лиц, но и на сексуальные пары, социальные сети в сфере риска, а также на более широкое сообщество потребителей наркотиков и их сексуальных партнеров. Рискованное поведение обычно встречается в рамках малых или больших групп, поэтому эффективными могут быть такие интервенции на уровне общины, которые ориентируются на малые или большие группы. Также нуждаются в модификации поведенческие нормы внутри местного сообщества потребителей наркотиков, в соответствии с которыми считается допустимым совместное использование инъекционного инструментария. При этом эффективной стратегией влияния на связанное с потреблением наркотиков поведение в группах риска может быть влияние посредством авторитетных в этой среде лидеров.

Прямые контакты с представителями групп риска в сообществе являются принципиально важным компонентом профилактики распространения ВИЧ-инфекции и должны быть направлены на потребителей наркотиков в их естественной среде. Употребление наркотиков, как правило, является скрываемой деятельностью, поэтому с потребителями наркотиков и их сексуальными партнерами трудно установить контакт через традиционные заведения, предоставляющие медицинскую и социальную помощь. Аутрич-работники, вышедшие из этой среды, хорошо знакомые с субкультурами потребителей наркотиков и местной спецификой, как показывает опыт, являются наиболее эффективными агентами внедрения поведенческих изменений. Такие аутрич-работники могут служить вызывающим доверие источником информации об организациях, предлагающих помощь потребителям наркотиков, и заведениях, предоставляющих им лечение. Кроме того, вышедшие из среды потребителей наркотиков аутрич-работники могут распространять информацию о ВИЧ/СПИД и методах уменьшения риска, а также обучать клиентов практическим навыкам безопасного использования шприцов и презервативов. Такие аутрич-работники выступают в роли авторитетных лидеров, проводя среди клиентов просветительную работу и поощряя их к ограничению связанного с ВИЧ-инфицированием риска путем изменения поведенческих норм. При каждом общении с потребителем наркотиков аутрич-работники должны повторять основные постулаты профилактики распространения ВИЧ-инфекции, подчеркивая, насколько важно для этого отказаться от употребления наркотиков и сократить риск ВИЧ-инфицирования.

Вмешательства по поводу профилактики должны быть индивидуализированными по отношению к каждому отдельному клиенту из группы риска. Эффективная про-

филактика предполагает нечто большее, чем просто передачу информации и материалов для уменьшения риска. Следует провести индивидуальную оценку риска для каждого клиента, опираясь на свойственную ему модель рискованного поведения, помочь определить препятствия и, с другой стороны, имеющиеся ресурсы для изменения его поведенческой модели, а также помочь ему сформулировать конкретные и достижимые стратегии для защиты себя и других людей.

К потребителям наркотиков и их сексуальным партнерам следует относиться с надлежащим уважением, не унижая их достоинство и проявляя чуткость в культурных, расовых/этнических и гендерных вопросах. Успешное вовлечение представителей групп риска в интервенции, связанные с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции, возможно лишь при условии, что они признают проявляемую к ним заботу искренней и почувствуют, что их считают людьми, способными изменить свое поведение. Применяемые в работе с потребителями наркотиков подходы должны быть адаптированы к социальным и культурным особенностям среды.

Потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) должны быть доступны стерильные инструменты и материалы для инъекций, поскольку это сократит их потребность в повторном (совместном) использовании инъекционных инструментов и материалов. ПИН подвергаются высокому риску инфицирования ВИЧ и другими инфекциями, делясь друг с другом или повторно используя чей-то шприц и другие инъекционные материалы (включая посуду, марлю/вату и воду для промывки). Исследования показывают, что доступность программ обмена шприцов и аптечного распространения шприцов как компонентов комплексной программы профилактики ВИЧ является эффективным методом уменьшения совместного пользования шприцами и предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Интервенции, направленные на уменьшение связанного с инъекциями риска, должны затрагивать тему совместного использования не только шприцов, но и других инъекционных инструментов и материалов (включая посуду, марлю/ вату, воду и приготовленный раствор для инъекций). Хотя совместное использование инъекционных материалов представляет меньший риск передачи ВИЧ-инфекции, чем такое использование шприцов, его следует рассматривать как потенциальный дополнительный путь инфицирования ВИЧ и другими инфекциями (в частности, гепатитом В и С). Существенным, однако, часто недооцениваемым фактором риска передачи ВИЧ-инфекции является совместное использование раствора для инъекций (когда препарат разводят водой). Поскольку этим аспектам интервенции могут помочь ПИН уменьшить риск, связанный с совместным использованием инъекционных материалов и растворов для инъекций.

Информация о сокращении риска необходима, однако, одной ее недостаточно для достижения и поддержания поведенческих изменений. Кроме предоставления достоверной и наиболее современной информации о рискованном поведении, эффек-

тивные программы сосредоточиваются на усилении мотивации клиентов для изменения их поведенческих норм, обучают конкретным стратегиям и навыкам поведения для уменьшения риска, предоставляют средства для уменьшения риска и предлагают возможности для закрепления первых успешных шагов в этом направлении.

Превентивные усилия должны быть направлены одновременно на риски, связанные с передачей инфекции половым путем, и на риски, сопряженные с инъекционным употреблением наркотиков. Многие потребители неинъекционных наркотиков и их сексуальные партнеры подвержены риску инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции из-за своего рискованного поведения, связанного с употреблением наркотиков — в частности, из-за практики незащищенного секса. У всех сексуально активных людей наркотики и алкоголь могут ослаблять сдерживающие механизмы и повышать вероятность незащищенного секса.

Программы интервенций, связанных с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции, должны выполняться на долговременной основе. Хотя кратковременные программы интервенции, как показывает опыт, могут существенно уменьшать риск распространения ВИЧ-инфекции у значительного числа потребителей наркотиков, одних лишь кратковременных вмешательств часто бывает недостаточно. Как правило, нужны долговременные и повторяющиеся интервенции. Профилактика на уровне сообщества — экономически эффективный метод борьбы с распространением ВИЧ-инфекции. Долговременные, хорошо продуманные программы профилактики являются экономически эффективными и могут обеспечить существенное сокращение расходов в области здравоохранения и социальной помощи, выделяемых на лечение и уход за людьми, больными ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными заболеваниями.

В основу представленной в данном материале модели NIDA положена базовая интервенция, прошедшая оценку в рамках Соглашения о сотрудничестве в выполнении исследовательской программы предоставления услуг и вмешательств, связанных с ВИЧ/СПИД, на уровне местных сообществ (CA).

Эффективность программ NADR, CA, а также других программ, основанных на прямых контактах с клиентами

Результаты исследований указывают на то, что разработанные и прошедшие апробацию в рамках программ NADR и CA интервенции, основанные на прямых контактах с ПИН, являются эффективным методом работы с представителями групп риска, позволяющим ограничить их рискованное поведение и, как следствие, уменьшить риск инфицирования ВИЧ/СПИДом. Установление прямых контактов с клиентами сообщества (так называемый «аутрич»), как показывает опыт, является эффективным методом работы с потребителями наркотиков, не проходящими лечения от наркотической зависимости, обеспечения их материалами для уменьшения риска ВИЧ-инфицирования,

оказания посреднической помощи для начала и продолжения лечения, предоставления рекомендаций относительно центров, где можно пройти тестирование на ВИЧ и получить консультацию, а также содействия уменьшению риска распространения ВИЧ-инфекции. Последовательность и сопоставимость полученных результатов свидетельствует о том, что избранная стратегия, построенная на установлении прямых контактов в сообществе, предоставлении консультаций и проведении интервенций просветительного характера, способствует положительным изменениям поведенческих норм, связанных с употреблением наркотиков и сексом.

Философия вмешательства

Роль прямого контакта

Прямой контакт является ключевым компонентом работы по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в среде ПИН, не получающих услуг по лечению наркозависимости. Поскольку употребление наркотиков является общественно порицаемой, незаконной деятельностью, то с потребителями наркотиков и их сексуальными партнерами трудно установить контакт через традиционные организации, предоставляющие медицинскую и социальную помощь. Аутрич-работники, вышедшие из этой среды, хорошо знакомые с субкультурами потребителей наркотиков и местной спецификой, как показывает опыт, являются наиболее эффективными агентами для установления контактов с ПИН, не проходящими лечения, и побуждения их к изменению поведенческих норм. Такие аутрич-работники могут служить для людей из групп риска ролевыми моделями, источниками просветительской информации и защитниками их интересов. Благодаря своим постоянным контактам в среде целевого сообщества и знанию мест, где сосредоточиваются потребители наркотиков, аутрич-работники могут вести мониторинг тенденций в среде зоны риска и своевременно сообщать другим работникам программ об изменениях в субкультуре потребления наркотиков, которые могут повлиять на местный эпидемический процесс. Кроме того, местные аутрич-работники со среды потребителей наркотиков могут успешно пропагандировать в среде ПИН модели поведения, направленные на защиту от ВИЧ-инфицирования — прекращение употребления наркотиков, использование стерильных шприцов, дезинфекцию инъекционного инструментария и использование презервативов. Важной функцией местных аутрич-работников является стимулирование поведенческих изменений путем распространения материалов, способствующих уменьшению риска (презервативов, лубрикантов, дезинфицирующих средств, ваты и марли, посуды, тампонов со спиртовой пропиткой и др.). Не менее важное задание аутрич-работников — предоставление клиентам информации о доступности стерильных шприцов, лечении наркозависимости, лечении ВИЧ/СПИДа, других медицинских и социальных услугах, доступных в местном сообществе.

Роль лечения наркотической зависимости

Предлагаемая Модель рассматривает лечение от наркотической зависимости как важную, но не единственную стратегию профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Хотя такое лечение действительно помогает многим потребителям наркотиков преодолеть наркозависимость и уменьшить риски ВИЧ-инфицирования, связанные с инъекциями и сексом, не все ПИН готовы прекратить употреблять наркотики. Кроме того, наркотическая зависимость — это хроническое расстройство, и у многих ПИН, проходящих лечение, часто случаются рецидивы. Чтобы достичь стабильного воздержания от наркотиков, многим людям нужны многократные курсы лечения. Таким образом, существует необходимость применять другие превентивные стратегии, направленные на тех, кто продолжает употреблять наркотики или переживает рецидив. Данная Модель представляет методы сокращения риска в виде иерархии, отображающей относительную эффективность каждого предлагаемого подхода. (табл. 1). Прекращение употребления наркотиков и инъекций наркотических препаратов поставлено во главу иерархии, как наиболее эффективная стратегия уменьшения риска. Тем лицам, которые хотели бы отказаться от потребления наркотиков, но не находят в себе сил сделать это самостоятельно, оказывается содействие в доступе к соответствующему лечению и его успешном прохождении, включая профилактику рецидивов. Если же ПИН не могут или не хотят полностью отказаться от наркотиков, им предлагается набор стратегий по уменьшению их персональных рисков и рисков для общественного здоровья. Модель на основе прямых контактов в сообществе является особенно эффективной стратегией в отношении не принимающих лечения ПИН, которые не могут или не хотят отказаться от наркотиков, помогая им осознать риски, изменить свое рискованное поведение, пройти тестирование на ВИЧ, получить консультацию перед таким тестированием и по его результатам, а также начать и пройти лечение от наркотической зависимости.

Таблица 1

Иерархия стратегий уменьшения риска для потребителей инъекционных наркотиков

● Отказаться от употребления наркотиков и инъекций наркотических препаратов	
● Начать и пройти лечение от наркотической зависимости, включая профилактику рецидивов	
● Если потребление наркотиков продолжается, предпринять следующие меры для уменьшения персональных рисков и рисков для общественного здоровья	
использовать только шприцы, предоставленные надежными источниками (аптеками, программами обмена шприцов)	никогда не «делиться» и не пользоваться бывшими ранее в употреблении шприцами, водой или инструментами и материалами для приготовления инъекционного раствора

использовать новый стерильный шприц для приготовления раствора и инъекции наркотического препарата	по возможности, использовать для приготовления раствора наркотического препарата стерильную воду; если такой возможности нет, использовать чистую воду из надежного источника (например, свежую водопроводную воду)
использовать для приготовления наркотического раствора новый или продезинфицированный контейнер (посуду) и новый фильтр (марлю)	перед инъекцией продезинфицировать кожу в месте введения иглы новым тампоном, пропитанным алкоголем; и безопасно удалить шприц после однократного употребления [*] .

ВИЧ-положительные потребители наркотиков

Представленная Модель не делает особого акцента на ВИЧ-положительных ПИН. Такой подход объясняется не тем, что эта категория рассматривается как менее важная целевая группа для работы по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Дело, скорее, в том, что избранная интервенционная стратегия предполагает фокусирование внимания на потребителях наркотиков, неосведомленных о своем серостатусе, и представляет консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию как основное направление программной деятельности. Исследования показывают, что ВИЧ-инфицированные ПИН способны принципиально изменить свои поведенческие нормы, чтобы защитить своих партнеров по наркопотреблению и сексу. С этой целью Модель может быть адаптирована таким образом, чтобы помочь ВИЧ-инфицированным лицам получить доступ и поддержать приверженность к лечению, которое способно предотвратить прогрессирование заболевания ВИЧ/СПИД, информировать их партнеров по потреблению наркотиков и сексу о потенциальном риске инфицирования, важности прохождения теста и консультирования на ВИЧ-инфекцию и других инфекций, передающихся через кровь, а также побудить их к изменению поведенческих норм для предотвращения передачи вируса другим людям.

Глава 2.

Обзор Аутрич-Модели NIDA, основанной на прямых контактах в сообществе (NIDA's Community-Based Outreach Model)

Модель NIDA аутрич-работы в местном сообществе включает два взаимосвязанных компонента, цель которых состоит в содействии поведенческим изменениям в среде потребителей наркотиков. Речь идет о: 1) налаживании прямых контактов с представителями целевой группы непосредственно в местах их сосредоточения ; 2) про-

^{*} CDC/HRSA/NIDA/SAMHSA. HIV Prevention Bulletin. Медицинские советы потребителям незаконных инъекционных наркотиков, May 1997

ведении двух сеансов консультаций с целью просвещения ПИН и уменьшения риска ВИЧ-инфицирования. Консультации связаны с проведением тестирования на ВИЧ, вирус гепатита В, С и предоставляются до и после такого тестирования, чтобы помочь потребителям наркотиков осознать свой серостатус и изменить свои поведенческие нормы с целью уменьшения риска передачи инфекции.

Задача аутрич-работников — не просто установить контакт с потребителями наркотиков в различных местах их сосредоточения; такие аутрич-работники являются ролевыми моделями, ведут просветительную работу и защищают права потребителей наркотиков, предоставляя им наиболее современную и точную информацию. При этом, работая в хорошо знакомой им среде, они выбирают время, когда риск наиболее высок. Конкретные стратегии прямых контактов с целевой группой предусматривают передачу базовой информации о возможностях уменьшения риска; ознакомление с иерархией рисков (табл. 1) для формирования у ПИН представления об относительной эффективности различных стратегий уменьшения риска; передачу ПИН литературы и других материалов для закрепления поведенческих изменений; содействие желающим начать лечение, пройти тестирование на ВИЧ, получить консультации и доступ к другим медицинским и социальным услугам, предоставляемым ПИН в местном сообществе.

Продолжением начального контакта являются два сеанса индивидуальных консультаций по поводу уменьшения риска, связанного с ВИЧ; такие консультации могут быть предоставлены прямо на местах, в контексте начальных контактов, либо же в офисной обстановке. Проводить консультационные занятия могут те же аутрич-работники или же другие работники программы (консультанты-психологи, медицинские работники). На первом занятии предоставляется базовая информация о передаче и профилактике распространения ВИЧ-инфекции, вируса гепатита В,С и других ЗППП, детально обсуждаются риски, связанные с половым и инъекционным путем передачи этих инфекций. На втором занятии излагается информация об уменьшении рисков, обсуждаются индивидуальные возможности клиента относительно изменения поведенческих норм и закрепления этих изменений. Идея такого консультирования предусматривает тестирование на ВИЧ-инфекцию: первый сеанс проводят до тестирования, второй — после. При этом тест на ВИЧ-инфекцию может быть частью программной деятельности, а может выполняться в другом месте, куда клиента отправляют с рекомендацией.

Совместимость с другими программами

Предлагаемая NIDA модель может быть без труда приспособлена к изменяемым тенденциям потребления наркотиков и рискованного относительно ВИЧ поведения в местных и локальных сообществах ПИН. Модель со временем эволюционировала, включая в себя новые знания о потреблении наркотиков, рискованном поведении, профилактике распространения ВИЧ-инфекции и других, передающихся через кровь

заболеваниях, а также новые технологии оценки риска инфицирования ВИЧ и серостатуса клиентов. Тем не менее, эффективная профилактика ВИЧ/СПИД требует целого комплекса скоординированных услуг. Описываемая в этом документе Модель аутрич-работы в местном сообществе задумана таким образом, чтобы дополнять другие превентивные стратегии, которые, возможно, уже реализуются в сообществе, путем предоставления ПИН рекомендаций и ознакомления их с возможностями относительно того, где можно пройти тест на ВИЧ-инфекцию и получить консультации, кто поможет им выполнять индивидуальную программу профилактики распространения ВИЧ-инфекции, где можно пройти лечение от наркозависимости, как получить стерильные шприцы через аптечные программы и программы обмена шприцов. Поскольку в процесс предоставления всех этих услуг задействовано множество различных провайдеров, следует уделить особое внимание такому аспекту, как координация услуг в рамках местного сообщества.

Глава 4.

Модель работы в сообществе: установление контакта и вовлечение лиц из групп риска

Для определения мест, где следует проводить работу по установлению контактов с ПИН, целесообразно воспользоваться информацией, которую могут предоставить местные учреждения (например, милиция, управление здравоохранения, наркологические отделения и центры).

Чтобы выявить актуальные тенденции наркопотребления в местной среде ПИН, аутрич-работникам следует применить перечисленные ниже приемы:

- обратиться за помощью к своим старым контактам в сообществе;
- воспользоваться, если это уместно, информацией от друзей и родственников;
- пообщаться с ПИН на улице; расспросить их, где они обычно встречаются со своими друзьями и другими ПИН или, просто говоря, «тусуются»;
- расспросить владельцев торговых точек, местных жителей и влиятельных людей сообщества;
- посетить места проживания малообеспеченных граждан;
- поговорить с провайдерами услуг ПИН и работниками местных наркологических служб.

Как только территория для работы определена, аутрич-работникам полезно провести в ней подготовительную кампанию — приходя в разное время суток, общаться с

владельцами местных торговых точек и местными жителями, представляясь им, рассказывая о программе и анонсируя предстоящий проект. Эти усилия могут помочь в последующей работе по налаживанию контактов и обеспечению программе более широкой огласки. Установлению доверия может способствовать подчеркивание аутрич-работниками их персональной причастности к местному сообществу. Целесообразно также приводить убедительные аргументы, почему для такой работы выбран именно этот район — это поможет нивелировать возможные опасения по поводу каких-либо скрытых мотивов для установления контактов с группой риска. Кроме того, подготовительный этап позволяет аутрич-работникам донести до населения свою искреннюю обеспокоенность состоянием дел в сообществе и безразличное отношение к членам общества, имеющим наркотическую зависимость или ВИЧ/СПИД.

УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА С ПОТРЕБИТЕЛЕМ НАРКОТИКОВ

Выявление потребителя наркотиков и начало общения

После определения территорий для выполнения проекта аутрич-работники могут начинать регулярную последовательную работу по установлению контактов. Аутрич-работники часто работают по двое — что обеспечивает определенную публичность, вызывает большее доверие и является более безопасным. Обычно аутрич-работники подходят к лицам, которые, по ряду признаков, принадлежат к целевой группе, на улице или в каких-либо местных общественных местах. Личный опыт употребления наркотиков может позволить более точно определить потребителя наркотиков по внешним признакам, однако такой опыт необязателен. Аутрич-работники могут начать общение с вероятными потребителями наркотиков с обычного знакомства, затем представить программу, от имени которой они действуют, и изложить свою цель. Следует прямо сказать, что цель программы — помочь потребителям наркотиков на данной территории обезопасить себя от ВИЧ/СПИД, поскольку такое заявление даст возможность выявить себя лицам, которые не употребляют наркотики или уже знают о своем ВИЧ-положительном статусе. К таким лицам можно обратиться с просьбой о передаче полученной информации всем потребителям наркотиков, которых они знают. Также, если это уместно, аутрич-работники должны дать контактную информацию об организациях, которые предоставляют лечение для больных ВИЧ/СПИД. В целом, при налаживании общения следует избегать лиц, настроенных враждебно, и тех, от кого может исходить угроза.

Обычно аутрич-работники устанавливают контакт с одним или двумя лицами, но иногда это могут быть и более многочисленные группы. Аутрич-работники могут сознательно избирать для работы малые группы или сети потребителей наркотиков, уполномочивая их лидеров одобрять стратегии снижения риска инфицирования ВИЧ и выступать для

своих партнеров образцом для подражания — такая тактика помогает распространить информацию и внедрить методы снижения риска более быстрыми темпами.

Принципиально важная информация и ее подача

Общение аутрич-работника с представителем группы риска может длиться считанные секунды, а может — несколько минут, в зависимости от заинтересованности человека и окружающей обстановки. Модель NIDA включает, как минимум, четыре главных задания, которые аутрич-работники должны стремиться выполнить во время начального общения:

1. Обсудить виды рискованного поведения.
2. Объяснить, каким образом можно уменьшить риск.
3. Предоставить печатную информацию и материалы.
4. Дать контактную информацию об организациях, предоставляющих услуги потребителям наркотиков.

Чтобы выполнить эти задания, обычно аутрич-работникам требуется от 5 до 20 минут общения.

1. **Рискованное поведение.** Как только контакт установлен, аутрич-работники могут перейти к обсуждению конкретных поведенческих рисков, связанных с инъекциями и сексом. Общий обзор типов поведения, подвергающих риску ВИЧ-инфицирования, а также обсуждение персональных рисков собеседника может помочь определить, какие именно стратегии уменьшения риска лучше всего подойдут конкретному человеку. Кроме того, в разговоре следует уделить внимание ложным представлениям о рискованном поведении.
2. **Снижение риска.** Для лучшего понимания потребителями наркотиков различных стратегий снижения риска им можно представить иерархию наиболее безопасных моделей поведения. Сформулированная в таблице 1 иерархия, связанная с рисками потребления наркотиков, рекомендует потребителям наркотиков для сокращения рисков и предотвращения ВИЧ-инфицирования прекратить потребление наркотиков и инъекции наркотических препаратов. Поскольку большинству ПИН трудно самостоятельно отказаться от потребления наркотиков, им настоятельно рекомендуется начать и завершить лечение от наркотической зависимости, включая профилактику рецидивов. Если ПИН не могут или не хотят отказаться от инъекций наркотиков, им следует соблюдать такие меры предосторожности:
 - никогда не «делиться» и не пользоваться бывшими ранее в употреблении шприцами, водой или инструментами и материалами для приготовления инъекционного раствора;

- использовать только шприцы, предоставленные надежными источниками (аптеками, программами обмена шприцов);
- использовать новый стерильный шприц для приготовления раствора и инъекции наркотического препарата;
- по возможности, использовать для приготовления раствора наркотического препарата стерильную воду; если такой возможности нет, использовать чистую воду из надежного источника (например, свежую водопроводную воду);
- использовать для приготовления наркотического раствора новый или продезинфицированный контейнер (посуду) и новый фильтр (марлю);
- перед инъекцией продезинфицировать кожу в месте введения иглы новым тампоном, пропитанным спиртовым раствором;
- безопасно удалить шприц после одноразового употребления.

Аутрич-работники могут поспособствовать приверженности ПИН этим рекомендациям, предоставив им информацию о доступности стерильных шприцов и возможностях их получения в пределах местной общины. Если новые стерильные шприцы и другой инъекционный инструментарий недоступны, то ранее использованные инструменты следует прокипятить или обработать дезинфицирующим раствором, как это описано в карточке 7.

Иерархическую схему можно также применить и для объяснения более безопасных моделей сексуального поведения (см. карточку 11). Полное воздержание от сексуальных отношений следует преподнести как наиболее надежный метод снижения риска, связанного с сексом. Следующий наиболее безопасный метод снижения сексуального риска — воздержание от секса с проникновением. Наконец, для связанных с сексом проникновений следует рекомендовать применение презервативов.

Важно, чтобы в контексте обсуждения стратегий снижения риска аутрич-работники акцентировали внимание на таком тезисе: возможно, постоянное соблюдение всех изложенных рекомендаций на практике недостижимо, однако для минимизации риска ВИЧ-инфицирования следует соблюдать их как можно более часто и в наиболее полном объеме.

3. Литература и другие материалы, способствующие снижению риска. Кроме устного обсуждения с потребителями наркотиков методов снижения риска, важно, чтобы аутрич-работники предоставили им литературу и другие материалы, способствующие снижению риска. Предоставление печатных материалов подкрепляет устную информацию, изложенную аутрич-работником, что позволит потребителю наркотиков лучше усвоить основные постулаты путем повторного

ознакомления. Кроме того, печатная информация, как правило, более детализирована, что даст возможность потребителю наркотиков в процессе дальнейшего общения определить относительно того, как именно следует применять конкретные превентивные методы. Таким образом, печатные материалы способны усилить влияние идей, заложенных аутич-работниками в процессе начального общения. Такие печатные материалы могут включать инструкции по дезинфекции игл, шприцов и инъекционного инструментария; инструкции по использованию латексных презервативов; информацию о том, где и как можно получить доступ к услугам местных провайдеров (лечение наркотической зависимости; тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С, консультации до и после тестирования; получение стерильных шприцов; другие услуги), а также другую важную информацию, касающуюся здоровья. Кроме того, иллюстрированная информация может помочь лучше понять смысл методов снижения риска тем, кто не умеет читать.

4. **Рекомендованные контакты.** После предоставления печатной информации просветительного характера аутич-работники могут предложить печатные материалы с контактными данными организаций, оказывающих услуги по лечению наркотической зависимости и профилактике рецидивов; тестированию на ВИЧ-инфекцию, вирусы гепатита В и С с предварительным консультированием и консультированием по результатам тестов; предоставлению стерильных шприцов; другую медицинскую, социальную и финансовую помощь. Цель предоставления контактных данных — обеспечить лиц из группы риска необходимой информацией, позволяющей напрямую обратиться к конкретным местным организациям, предоставляющим те или иные услуги. Также может быть уместна дополнительная информация, облегчающая доступ к этим организациям — график их работы, требования к претендентам на получение услуг, точное месторасположение с указанием транспортных маршрутов, бланки организаций с перечислением предоставляемых услуг. Положительные отзывы аутич-работника о конкретных местных организациях и их работниках могут способствовать тому, что представителю группы риска будет в психологическом плане легче обратиться к ним за помощью.

Поощрение участников к посещению занятий

Успешно сообщив принципиально важную информацию, аутич-работники могут перейти к следующему этапу: вовлечению собеседников к участию в двух консультационно-просветительных занятиях, проводимых в контексте тестирования на ВИЧ (как описано в главах 5 и 6), а также в других видах деятельности, осуществляемых организацией. Дополнительные услуги могут, в частности, включать серию консультативных сеансов, семейные и групповые консультации, занятия с ролевыми играми, помощь в составлении индивидуальных планов изменения поведенческих норм, мероприятия в масштабах сообщества, лечение ЗППП, лечение ВИЧ/СПИД, обмен шприцов. Если органи-

зация, от имени которой действуют аутрич-работники, не обеспечивает тестирования на ВИЧ и не предоставляет до- и послетестового консультирования, аутрич-работники могут вовлекать собеседников из группы риска к обращению в другие организации, предоставляющие такие услуги.

Возможно, в общении аутрич-работников с представителями групп риска будет уместным разъяснение им сути предоставляемых организацией услуг. Кроме того, аутрич-работники должны проинформировать собеседников о том: 1) сколько времени обычно занимают сеансы, посвященные просветительной работе и индивидуальному консультированию; 2) по какому адресу предоставляются услуги; 3) какие преимущества дает участие в программе (включая доступность тестов на ВИЧ, вирусы гепатита В и С). Аутрич-работники также могут побуждать своих собеседников из групп риска рекомендовать программу своим знакомым ПИН.

Динамика процесса общения

Динамика процесса общения зависит от многих факторов и эволюционирует в ходе установления контакта. Процесс обусловлен особенностями вовлеченных в общение конкретных лиц, а именно — аутрич-работника и потребителя наркотиков. От степени взаимопонимания и открытости этих двух сторон зависит, в определенной степени, содержание разговора и то, на каких конкретных индивидуальных потребностях потребителя наркотиков будет сделан акцент. Установление контакта может зависеть от особенностей потребителя наркотиков, или от особенностей аутрич-работника, или же стать результатом сочетания особенностей обеих сторон, принимая во внимание влияние внешней среды. Место проведения встречи и окружающая обстановка также влияют на динамику общения; потребителей наркотиков можно привлекать к общению в разное время суток, на улице, возле входа в заведения торговли, в местах, где обычно находятся потребители наркотиков, а также путем выезда аутрич-работников на специальных микроавтобусах.

ПИН могут быть привлечены к программе непосредственно аутрич-работниками, могут обратиться по рекомендации других потребителей наркотиков или же по собственной инициативе. На динамику общения также могут влиять и другие стратегии установления контакта — например, стратегия привлечения лидеров из собственной среды — бывших ПИН в противовес нынешним лидерам групп ПИН, а также нынешних лидеров — в противовес рядовым ПИН.

Именно на аутрич-работника возлагается функция ведения диалога и направления общения в свете названных выше факторов. При этом следует учитывать, что факторы, определяющие динамику общения, могут в любой момент измениться, поэтому аутрич-работник должен уметь проявлять гибкость. Например, контакт аутрич-работника с работником секс-индустрии может резко изменить характер общения, если поблизости появится перспективный клиент или милицейская машина. Подобным образом

на общение аутрич-работников с представителями групп риска может повлиять присутствие или отсутствие их партнеров по сексу или употреблению наркотиков. Также на общение может существенным образом влиять время суток. Поэтому налаживание контактов с потребителями наркотиков не следует воспринимать как фиксированный набор установок — скорее, это гибкая схема, зависящая от стечения тех или иных обстоятельств, каждое из которых следует принимать во внимание, и многие из которых аутрич-работник не может контролировать.

Повторные контакты с потребителями наркотиков

Желательно, чтобы общение аутрич-работников с представителями групп риска было не единичным, а многократным. Повторные контакты дают возможность более детально обсудить с ПИН меры профилактики и закрепить усилия, направленные на изменение поведенческих норм. Кроме того, иногда обстоятельства не позволяют аутрич-работникам донести до собеседников всю важную информацию за один контакт. К тому же, многократные беседы, во время которых обсуждается риск ВИЧ, могут способствовать большей открытости со стороны потребителей наркотиков благодаря возрастанию их доверия к организации, предоставляющей услуги, и персонально к аутрич-работникам.

Стратегии и инструменты взаимодействия

В арсенале аутрич-работников при непосредственной работе с потребителями наркотиков — разнообразные стратегии и инструменты, помогающие усилить воздействие на представителей целевой группы. Среди них, в частности, такие:

Предоставлять целевую информацию	Избирательно разоблачать
Излагать и взвешивать «за» и «против»	Приводить примеры из жизни
Анализировать преграды	Ставить неоднозначные вопросы
Анализировать социальную поддержку	Подводить итоги
Похвалить	Выслушивать
Проявлять доверие	Выжидать
Предложить ролевую игру	Отражать

ГЛАВА 5.

Занятие I: Оценка персонального риска и стратегии снижения риска

Общая информация о занятиях I и II

Занятия I и II предназначены для передачи научно обоснованной и наиболее современной информации о типах рискованного поведения, о конкретных стратегиях и поведенческих навыках для снижения риска, а также для поддержки начальных усилий по изменению поведения. Для ведения занятий используется набор из 24-х иллюстративных карточек (см. Приложение). Эти карточки охватывают всю информацию, которую следует обсудить во время сеанса, и все запланированные виды деятельности. Однако, в зависимости от особенностей индивидуального профиля риска клиента, на одних карточках следует делать особое ударение, а на других — напротив, не акцентировать внимания. Хотя некоторые темы могут не касаться конкретного клиента (например, процедуру дезинфекции игл можно опустить для тех, кто не употребляет инъекционных наркотиков), следует приложить максимальные усилия, чтобы обсудить все важные для клиента темы. Если это невозможно и занятие приходится прервать, проводящий интервенцию специалист должен назначить повторное занятие, чтобы завершить все запланированные виды деятельности. Помехи для проведения занятий менее вероятны, когда они проводятся в более спокойной и контролируемой обстановке. Специалистам по проведению интервенций рекомендуется во время занятий постоянно опираться на иллюстративные карточки и поочередно демонстрировать их в процессе обсуждения.

Как упоминалось ранее, занятия могут проходить как в офисе, так и на улице, а проводят их либо те же аутрич-работники, которые занимались установлением контактов, либо работающие в программе специалисты по интервенциям. Продолжительность занятия (20–30 мин.), а также личный характер обсуждаемой информации обуславливают то, что наиболее уместной средой для его проведения является контролируемая, лучше всего — офисная обстановка. Однако можно проводить занятия и в «полевых» условиях — это даже дает некоторые преимущества. Активность правоохранительных органов, доступность ресурсов, погодные условия — вот только некоторые факторы, которые следует принимать во внимание при планировании этого компонента деятельности, предусмотренного Моделью работы аутрич-работников с группами риска в местном сообществе.

Темы, освещаемые на занятии I

Занятие I призвано закрепить и расширить базовую информацию по вопросам ВИЧ/СПИД и возможностей снижения связанного с ним риска, изложенную во время предыдущего общения аутрич-работников с потребителями наркотиков. Фокусируя внимание на риске инфицирования ВИЧ, вирусами гепатита В, С и других ЗППП, связанных с

практиками потребления наркотиков и сексуальным поведением, занятие I преследует цель персонализировать информацию о снижении риска и способствовать усилиям по изменению поведения. Занятие опирается на принципы социального обучения и методы моделирования ситуаций и развития навыков, помогающих уменьшить связанные с ВИЧ риски. Темы, которые следует обсудить на занятии I, освещены в 18-ти демонстрационных карточках (карточки 1–18). В целом, сеанс охватывает такие аспекты:

- базовую информацию о ВИЧ, вирусах гепатита В и С;
- риски, связанные с инъекциями, и стратегии их профилактики;
- риски, связанные с сексом, и стратегии их профилактики;
- преимущества лечения от наркотической зависимости и прекращения потребления наркотиков;
- информацию о тестировании на антитела к ВИЧ;
- предоставление литературы и других материалов, способствующих снижению риска, включая контактную информацию организаций — провайдеров услуг потребителям наркотиков;
- добровольное тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С (на месте или по направлению), а также консультационные сеансы до и после тестирования.

Начало занятия

Если занятие проходит в офисе, его следует проводить в комфортной и приватной атмосфере. Подобным образом, если занятие проводится в «полевых» условиях, аутрич-работники должны найти подходящее место с максимально возможной приватностью. Работники, проводящие интервенции, должны всегда представляться по имени и объяснить свою роль как аутрич-работников по установлению контактов, просветителей и/или специалистов по интервенциям. Прежде чем занятие начнется, важно информировать участников о тематике, которой оно будет посвящено, и назвать примерную продолжительность сеанса.

Хотя излагаемый материал по своей природе может показаться поучительным, избранный темп занятия и отведение времени для вопросов может смягчить это впечатление, уменьшая дидактическую составляющую и обеспечивая занятию интерактивность. Задавая вопросы и побуждая к этому собеседника, выслушивая проблемы и предлагая поддержку, специалист по интервенциям может персонализировать занятие и, благодаря этому, составить более точную и полную картину рисков, которым подвержен клиент.

Для проведения занятия I потребуются такие материалы:

- иллюстративные карточки 1–18;
- чашка чистой промывочной воды;
- емкость с концентрированным бытовым дезинфицирующим средством;
- пустая чашка;
- крышка от бутылки (модель посуды);
- демонстрационный шприц (без иглы);
- искусственный пенис (анатомическая модель);
- презерватив;
- смазка;
- ножницы с тупыми концами;
- печатные материалы с контактами организаций, где можно пройти тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В, С и другие ЗППП, получить консультации до и после тестирования и соответствующее лечение; пройти лечение от наркотической зависимости и профилактике рецидивов; получить стерильные шприцы, а также социальную и медицинскую помощь;
- один или несколько гигиенических наборов для игл;
- один или несколько наборов с презервативами.

Базовая информация о ВИЧ, вирусах гепатита В и С

Карточка 1 предоставляет базовую информацию о СПИД и его вирусном источнике. Следует обсудить общенациональные и региональные показатели ВИЧ/СПИД, а также динамики его распространения; подчеркнуть, что ВИЧ/СПИД является важной проблемой для местного сообщества. Для иллюстрирования разрушительного воздействия ВИЧ на иммунную систему человека специалист по интервенциям может привести примеры от утраты организмом способности сопротивляться простуде и простым инфекциям до более тяжелых заболеваний.

Карточка 2 предоставляет базовую информацию о вирусе гепатита В и отрицательном влиянии гепатита В на здоровье человека. Специалист по интервенциям должен особо подчеркнуть повышенный риск передачи инфекции через кровь, которому подвержены ПИН и лица с многочисленными сексуальными партнерами. Также следует дать информацию о предоставлении местными организациями услуг по тестированию на вирус гепатита В, вакцинации и лечению.

Карточка 3 предоставляет базовую информацию о вирусе гепатита С и разрушительном воздействии гепатита С на печень. Вновь, следует подчеркнуть, что ПИН и лица с многочисленными сексуальными контактами подвержены высокому риску заражения, и предоставить информацию о доступности тестирования, консультаций и лечения гепатита С.

Карточка 4 описывает модели поведения, которые подвергают риску. Обсуждая эту карточку, специалист по интервенциям может попросить участника оценить его/ее персональную ситуацию относительно подверженности риску. При этом важно сделать акцент на риске, связанном с совместным использованием инъекционного инструментария — игл, шприцов, посуды, а также марли, ваты и воды для промывания. Следует также уделить внимание рискам, связанным с совместным использованием наркотика, когда раствор набирают в один шприц и передают в другой, и детально обсудить риски незащищенного секса, особенно с партнерами, имеющими персональную историю потребления наркотиков и сексуальных контактов с многочисленными партнерами. Необходимо объяснить, что раскрепощающее действие наркотиков и алкоголя может стимулировать рискованное поведение или ослабить иммунную систему. Целесообразно обсудить общие факторы риска инфицирования ВИЧ, вирусами гепатита В, С и других ЗППП, а также влияние ЗППП на риск передачи ВИЧ, вирусов гепатита В и С.

Карточка 5 посвящена ложным представлениям о путях передачи ВИЧ, вирусов гепатита В и С. Если собеседник находится в плену описанных мифов или имеет слабое представление о реальных рисках, на этой теме следует остановиться более детально. Важно уделить этим вопросам достаточно времени.

Риски, связанные с инъекциями, и стратегии их предупреждения

Карточка 6 предоставляет информацию о рисках, связанных с совместным использованием инъекционного инструментария и материалов, а также о важности дезинфекции игл и шприцов. Если участник склоняется к мнению, что не сможет отказаться от инъекций и совместного использования инъекционного инструментария, ему следует представить метод дезинфекции инструментария, подчеркнув, что этот метод может сократить, хотя и не исключить, риск передачи ВИЧ, вирусов гепатита В и С. Конечно, предпочтительнее для ПИН всегда использовать стерильные инструменты и материалы и никогда не делиться ими с другими потребителями наркотиков. Однако, если это трудно выполнимо, то следует принять во внимание методы очищения и дезинфекции.

Важно, чтобы лица из групп риска всегда старались продезинфицировать весь инъекционный инструментарий, если есть хотя бы подозрение, что им ранее уже пользовался кто-то другой. Также важно, чтобы участник осознал риски и важность отказа от непрямых практик совместного использования инъекционного инструментария и

материалов (например, использования одного шприца для отмеривания и раздачи наркотика, набора наркотика из ранее использованного контейнера и т.д.). Концентрированный бытовой дезинфицирующий раствор является наиболее эффективным средством дезинфекции, если более безопасные альтернативы недоступны. Кипячение игл и шприцов в течение 15 минут между применениями обеспечивает стерилизацию этих инструментов. Однако кипячение может изменить форму и повлиять на функции пластиковых шприцов, широко используемых потребителями наркотиков. Стерильные/неиспользованные иглы и шприцы являются более безопасными, чем ранее использованные иглы и шприцы, обработанные дезинфицирующим раствором. Применение дезинфицирующего средства не обеспечивает 100-процентной защиты, но с высокой вероятностью уменьшает риск распространения инфекции через зараженные инструменты и материалы.

Карточка 7 посвящена правильным технологиям обработки инъекционного инструментария. Специалист, проводящий вмешательство, должен подчеркнуть, что очищение и дезинфекцию лучше всего проводить сразу после использования инъекционного инструментария. Если в иглах, шприцах или посуде остались сгустки крови, тщательное очищение и дезинфекция становятся более сложным заданием. Для эффективной дезинфекции в этом случае необходимо дважды погрузить все загрязненные поверхности в концентрированный дезинфицирующий раствор как минимум на 30 секунд.

Всегда, когда есть такая возможность, специалист по интервенциям должен демонстрировать потребителям наркотиков, как именно следует дезинфицировать шприцы и другой инструментарий для инъекций. (Это может быть практически невыполнимым, если занятие проводится на улице.) Для демонстрации надлежащих способов дезинфекции понадобятся такие подсобные материалы:

- чашка с чистой водой для промывания;
- емкость с концентрированным бытовым дезинфицирующим средством;
- пустая чашка;
- крышка от бутылки (модель посуды для приготовления наркотика);
- демонстрационный шприц (без иглы).

Для демонстрации техники дезинфицирования иглы и шприца следует погрузить входное отверстие шприца в дезинфицирующий раствор, наполнить цилиндр и взбалтывать содержимое в течение 30 секунд. Специалист по интервенциям должен особо подчеркнуть, что для дезинфекции игл и шприцов следует использовать только концентрированный бытовой дезинфицирующий раствор и чистую никем не использованную воду. После этого раствор следует удалить из шприца, а когда при этом также очищают контейнер, в котором готовили раствор для инъекций, то впрыснуть дезинфицирующий раствор из шприца в посуду. Если для приготовления инъекционного раствора

использовали поршень шприца, его следует погрузить в дезинфицирующее средство в посуде. Затем весь описанный процесс дезинфекции следует произвести повторно.

После дезинфекции шприца следует погрузить входное отверстие шприца в чистую воду и наполнить цилиндр, затем выпустить воду и вылить ее. Этот процесс также следует произвести дважды. Если при этом очищают посуду для приготовления инъекционного раствора, то воду можно использовать для смывания остатков дезинфицирующего средства; также следует промыть в воде внешний конец поршня, если его обрабатывали дезинфицирующим средством. Важно, чтобы проводящий интервенцию специалист подчеркнул, что воду и дезинфицирующий раствор, использованные для обработки инструментария, нельзя использовать повторно — это опасные отходы, которые необходимо вылить в раковину, унитаз или сливную канализацию. Специалист по интервенциям также должен акцентировать внимание на том, что весь инъекционный инструментарий каждый раз после использования следует подвергать дезинфекции.

Специалист, проводящий занятие, может предложить участнику дезинфицировать шприц по частям (вынув из него поршень), чтобы обеспечить лучший доступ к ним воды и дезинфицирующего средства. После ознакомления с техниками очищения инъекционного инструментария участнику предлагают продемонстрировать, насколько он их усвоил — то есть, провести дезинфекцию в соответствии с полученными инструкциями. Это задание участник выполняет до тех пор, пока не достигнет в нем совершенства. (Предполагается, что не менее 90% участников усваивают предложенную технику с первой попытки.)

Карточка 8 посвящена рискам передачи инфекции, связанным с совместным использованием инъекционного инструментария. Специалист, проводящий занятие, должен подчеркнуть, что все эти формы совместного использования инъекционного инструментария могут привести к передаче ВИЧ, вирусов гепатита В и С. Для большей наглядности и прояснения любых вопросов по поводу рисков непрямых контактов при совместном употреблении наркотиков можно применять, если это уместно, инструменты, использованные для демонстрации методов дезинфекции инструментария при обсуждении карточки 7.

Карточка 9 описывает потенциальные преимущества программ обмена шприцов. При этом участникам предоставляют информацию о соответствующих услугах, доступных в местном сообществе.

Риски, связанные с сексом, и стратегии их предупреждения

Карточка 10 посвящена обсуждению сексуальных рисков, связанных с употреблением кокаина и крэка. Важно подчеркнуть связь между употреблением крэка и других форм кокаина и ослаблением способности практиковать безопасный секс, а также

рассказать, как эти наркотики могут ослабить иммунную систему. Если участник употребляет крэк или другую форму кокаина, следует призвать его прекратить потребление наркотиков. Если участник склоняется к тому, что не сможет отказаться от потребления наркотиков, следует сосредоточить его внимание на важности безопасного секса и воздержания от перехода на инъекционные формы наркотиков. Кроме того, следует отметить, что потребители инъекционных наркотиков, не употребляющие крэк или другие формы кокаина, так же могут быть подвержены сексуальным рискам инфицирования ВИЧ, вирусами гепатита В и С, как и потребители инъекционных и неинъекционных форм амфетамина.

Карточка 11 представляет информацию о мужских презервативах. Следует рассмотреть преимущества использования презервативов в предотвращении распространения ВИЧ/СПИД и других заболеваний, передающихся половым путем (которые, в свою очередь, могут способствовать инфицированию ВИЧ, вирусами гепатита В и С). Специалист, проводящий занятие, должен объяснить, что, хотя риск передачи инфекции при незащищенном оральном сексе не настолько высок, как при незащищенном вагинальном и анальном сексе, все же для обеспечения максимальной безопасности рекомендуется использовать латексный презерватив. Иерархия предотвращения сексуальных рисков (полное воздержание; секс без проникновения; постоянное использование презерватива для всех видов секса с проникновением) должна быть объяснена в терминах относительного риска, а предлагаемые стратегии следует представить как гибкие альтернативы по снижению риска. Если это уместно, следует также обсудить важность уменьшения числа сексуальных партнеров.

Обсудив информацию, содержащуюся в карточке 11, специалист, проводящий занятие, может продемонстрировать, как правильно пользоваться презервативом. Для демонстрации понадобятся такие подсобные материалы:

- искусственный пенис (анатомическая модель);
- презерватив;
- лубрикант;
- ножницы с тупыми концами.

Необходимо подчеркнуть важность хранения презервативов в прохладном месте и уделить внимание тому, как правильно открывать упаковку, чтобы избежать ослабления презерватива или его разрыва. Используя анатомическую модель, следует продемонстрировать, как правильно надеть презерватив, и объяснить риск сползания презерватива вследствие того, что он был надет не на ту сторону. Также объяснить, почему важно сжать кончик презерватива, оставив достаточно места для эякуляции спермы. Наконец, специалист, ведущий занятие, должен продемонстрировать правильную технику снятия и удаления презерватива. После этого ознакомить с лубрикантами и пред-

ложить тем участникам, которые никогда не пользовались ими, оценить их текстуру. Можно объяснить участникам, что небольшое количество лубриканта, нанесенное на кончик внутренней части презерватива перед его применением, может усилить чувствительность и максимизировать ощущения. Следует предостеречь практику использования двух презервативов одновременно. Необходимо обсудить, какие типы презервативов надежно защищают от передачи ВИЧ, вирусов гепатита В и С, а также какие типы лубрикантов можно с ними безопасно использовать. Специалист, проводящий занятие, может также показать, как правильно использовать презерватив при орально-вагинальном сексе.

После этого можно попросить участника продемонстрировать на анатомической модели, как он овладел техникой правильного надевания презерватива. В случае необходимости, это упражнение следует повторить. (Предполагается, что не менее 90% участников усваивают предложенную технику с первой попытки.)

Карточка 12 представляет презерватив для женщин и знакомит с его преимуществами. Специалист, проводящий занятие, может объяснить, что женские презервативы по ряду причин превосходят мужские — как в отношении контрацепции, так и предотвращения ЗППП:

- Применение женского презерватива зависит главным образом от женщины, поэтому женщины менее зависимы от своих сексуальных партнеров в вопросах защиты от ВИЧ/СПИД и других ЗППП, чем при применении мужских презервативов.
- Женский презерватив вводится до начала полового акта, что обеспечивает дополнительную защиту от инфекций, которые могут передаваться через предсеменную жидкость.
- Женский презерватив защищает большую часть женских гениталий, обеспечивая, таким образом, дополнительную защиту от ЗППП.
- Женский презерватив имеет меньший риск порваться, чем мужской.

Среди других преимуществ женского презерватива — то, что он вызывает меньшую потерю чувствительности (благодаря свободным размерам), позволяет проникновение до достижения полной эрекции, а также дает возможность продолжить интимную близость после завершения полового акта, постольку нет необходимости удалять его сразу после эякуляции. Кроме того, у женских презервативов более низкие показатели брака, чем у мужских; они так же эффективны для предотвращения беременности, как и другие методы; и в лабораторных экспериментах с их применением не было зафиксировано случаев передачи ВИЧ. Необходимо предостеречь участников от одновременного использования мужского и женского презерватива, а также предупредить, что женский презерватив является одноразовым. Следует обсудить доступность женских презервативов в местном сообществе и ответить на вопросы участников.

Карточка 13 содержит подсказки относительно того, как участники могут обсудить со своими партнерами возможности более безопасного секса. Поскольку у многих такие разговоры вызывают затруднение, то специалист, ведущий занятие, должен доходчиво объяснить, что незащищенный секс с ВИЧ-инфицированным партнером является одним из основных путей передачи заболевания — и поэтому от способности участника обсудить со своим партнером возможности более безопасного секса может зависеть его жизнь.

Специалист по интервенциям должен начать освещение информации, предлагаемой в иллюстративной карточке, с объяснения необходимости обсудить с партнером возможности более безопасного секса. Как бы трудно участнику не было начать такой разговор, следует осознать, что это важный первый шаг, который поможет ему/ей защититься от инфицирования ВИЧ, вирусами гепатита В, С и других ЗППП. Одна лишь мысль о том, чтобы обсудить эту тему с партнером, может вызывать дискомфорт, замешательство и обеспокоенность возможной реакцией партнера. Это нормальные переживания, понятные каждому. Следует объяснить участнику: если он/она примет для себя твердое решение иметь только защищенный секс, ему/ей будет легче обсудить с партнером возможности более безопасного секса. Это также поможет участнику твердо стоять на своем, если партнер будет пытаться склонить его/ее к формам незащищенного сексуального поведения.

После того, как изложенные в карточке тезисы обсуждены, специалист по вмешательствам может еще раз подчеркнуть важность разговора с партнером о более безопасном сексе. Можно напомнить участнику, что ВИЧ, вирусы гепатита В, С и другие ЗППП являются неотъемлемыми реалиями современной жизни, и закрывать на этот факт глаза — не значит защититься от этих заболеваний. Напротив, обсуждение этой темы и соблюдение норм более безопасного секса может сохранить участнику жизнь.

Преимущества лечения наркотической зависимости и отказа от употребления наркотиков

В *карточке 14* перечислены потенциальные преимущества, связанные с лечением наркотической зависимости. Проводящий занятие специалист должен склонить участника к тому, чтобы он подумал о возможности лечения от зависимости как о способе прекратить потребление наркотиков и уменьшить риск передачи ВИЧ, вирусов гепатита В, С и других ЗППП, а также решить другие проблемы, связанные с потреблением наркотиков. Следует обсудить, какие программы лечения доступны на местном уровне, и какие потребности они удовлетворяют (т.е. рассказать, что метадоновые программы касаются только зависимых от опиатов, проинформировать о существующих в данном населенном пункте терапевтических возможностях для лечения других типов наркотической зависимости). Участнику следует напомнить, что даже если он не сможет безотлагательно начать лечение, его могут внести в список ожидания. Кроме того,

для участника открыты любые действующие местные программы помощи потребителям наркотиков. Специалист по интервенциям должен вернуться к этой теме позже во время занятия, предоставив участнику, по его желанию, рекомендации для начала такого лечения.

Тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С

Карточка 15 описывает процедуры проведения анализа крови на наличие антител к ВИЧ и объясняет значение результатов теста, в том числе неокончательный характер отрицательного результата и неокончательный прогноз положительного результата. Дополнительную информацию может предоставить проведение перорального теста. Кроме того, следует обсудить преимущества и недостатки тестов, а также сроки получения их результатов. Особое внимание необходимо уделить раннему медикаментозному лечению и вопросам конфиденциальности.

Карточка 16 описывает процедуру тестирования на вирус гепатита В и объясняет значение результатов. Если программа, от имени которой проводится вмешательство, не предлагает услуг по скринингу на вирус гепатита В, следует дать участнику информацию о местных возможностях относительно такого скрининга и соответствующего лечения.

Карточка 17 описывает процедуру тестирования на вирус гепатита С и объясняет значение результатов. Вновь-таки, если скрининг на вирус гепатита С невозможен на месте, следует назвать участнику местные организации, где можно пройти такой скрининг и получить лечение.

После этого специалист, проводящий занятие, может вовлечь участника в обсуждение потенциальных преимуществ и недостатков тестирования. Участника следует проинформировать о том, что официальные лица — представители системы здравоохранения рекомендуют проводить тестирование, поскольку его потенциальные преимущества значительно превышают потенциальные недостатки. Необходимо отметить, что к преимуществам относятся раннее лечение ВИЧ, гепатитов В и С, возможность спланировать стратегию лечения, которая будет наилучшим вариантом для участника, его семьи и сообщества. Несмотря на эти преимущества, специалист по интервенциям должен заверить участника, что тестирование на антитела к ВИЧ, вирусам гепатита В и С является добровольным.

Карточка 18 описывает правила здорового образа жизни, которые должен соблюдать человек, инфицированный ВИЧ, вирусами гепатита В или С. Следует указать, что рекомендовано раннее медицинское вмешательство, и обсудить угрозы обострения заболевания путем небезопасного поведения. Важным аспектом является соблюдение правил безопасного секса даже для тех лиц, которые уже инфицированы.

Материалы, способствующие сокращению риска

Прежде чем завершить сеанс, специалист, проводящий занятие, должен спросить участника, есть ли у него вопросы, и предоставить печатные материалы, содержащие информацию, которая обсуждалась во время занятия, а также другие материалы, способствующие уменьшению риска. Кроме того, можно снабдить участника литературой о способах передачи и методах сокращения риска инфицирования ВИЧ, вирусов гепатита В и С, о женских презервативах и том, где их можно приобрести. Следует предоставить участнику список с контактной информацией местных организаций, предоставляющих услуги по лечению наркотической зависимости и профилактике рецидивов, тестированию на ВИЧ, вирусы гепатита В и С с консультациями до и после такого тестирования. Можно также дать участнику письменные рекомендации для обращения в организации, предоставляющие другие социальные и медицинские услуги. Кроме того, если это уместно, можно выдать участнику один или несколько гигиенических наборов для игл и несколько наборов с презервативами. Некоторые участники не хотели бы, чтобы их видели в общественных местах с дезинфицирующим средством и презервативами — возможно, будет уместно предложить им небольшой бумажный пакет для этих предметов.

Индивидуальные программы могут определять количество предметов, включаемых в гигиенические наборы, исходя из наличия ресурсов. Если есть такая возможность, следует включать в такие наборы, кроме необходимого минимума, дополнительные материалы. В наборе обязательно должны быть:

- один или больше тампонов с алкогольной пропиткой;
- одна или больше ватных или марлевых подушечек;
- один или больше бинтов;
- одна или больше емкостей с чистой водой для промывки;
- одна или больше емкостей с дезинфицирующим средством;
- письменные и графические описания надлежащей процедуры дезинфекции иглы;
- контактная информация организаций, предоставляющих услуги по тестированию и консультированию относительно ВИЧ, лечению наркотической зависимости и другие медицинские услуги.

Подобным образом, количество предметов в наборах с презервативами может варьировать в зависимости от наличия ресурсов. Чтобы подогреть интерес к экспериментированию, можно включать в такие наборы разные презервативы и смазки. В наборе с презервативами обязательно должны быть:

- один или больше латексных презервативов (разных торговых марок, если это возможно);
- один или больше пакетов с персональной смазкой на основе воды (разных торговых марок, если это возможно);
- письменные и графические описания надлежащей процедуры использования презерватива.

Добровольное тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С

Далее, если участник соглашается пройти тестирование, и если данной программой такие тесты предусмотрены, следует выполнить тесты на ВИЧ, вирусы гепатита В и С, а также провести консультации до и по результатам тестирования. Если в рамках программы такие тесты не выполняются, следует направить участника в предоставляющую такие услуги местную клинику или медицинский сервисный центр, имеющий государственную лицензию. При направлении участника в медицинское заведение следует уведомить его, что, возможно, от него потребуют подписания формы информированного согласия. Наконец, специалист, проводящий интервенцию, должен рассказать участнику о: 1) связанном с проведением тестов возможном дискомфорте; 2) ожидаемых преимуществах; 3) пределах конфиденциальности результатов; 4) добровольном характере такого тестирования.

ГЛАВА 6.

Занятие II: закрепление и поддержка усилий по сокращению риска

Занятие II предоставляет информацию для участников, прошедших тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С; кроме того, этот сеанс предлагает закрепление и поддержку усилий по сокращению риска всем участникам, повторно пришедшим на занятие, независимо от того, проходили они тестирование или нет. Как правило, занятие II следует проводить не позже чем через 1,5 месяца после запланированного теста на ВИЧ, вирусы гепатита В или С. (Ожидается, что 90% участников придут на второе занятие в течение 3-х недель после тестирования.) Предполагаемая продолжительность занятия — 25–35 минут, в зависимости от результатов теста. Однако, общение с некоторыми сероположительными лицами может потребовать больше времени — до 60 минут.

Тематика, освещаемая на занятии II

Предусмотрено разное содержание занятия для участников с серонегативным результатом тестирования на ВИЧ, вирусы гепатита В и С и тех, у кого тестирование

выявило сероположительный результат. Лица, отказавшиеся от тестирования и не знающие своего серостатуса, получают ту же консультацию, что и серонегативные участники. Те, кто отказался от тестирования и сообщил о своем положительном статусе, получают ту же консультацию, что и сероположительные участники. На занятии II освещаются такие темы:

- ознакомление с результатами тестирования, если оно проводилось;
- объяснение результатов тестирования;
- обзор превентивных стратегий, обсуждавшихся на занятии I;
- обсуждение дальнейшей медицинской помощи и раннего лечения (для сероположительных лиц);
- извещение партнеров (для сероположительных лиц — об информировании их партнеров по потреблению наркотиков и сексу о потенциальном риске инфицирования);
- предоставление литературы и других материалов, содействующих снижению риска, а также рекомендаций и контактной информации.

Начало занятия

Занятие II следует проводить в приватной обстановке, один на один с участником. Для проведения занятия понадобятся такие материалы:

- иллюстративные карточки 19–24, а также карточки 4, 6, 7 и 10–14;
- чашка с чистой водой для промывки;
- емкость с концентрированным бытовым дезинфицирующим средством;
- пустая чашка;
- крышка от бутылки (модель посуды для приготовления инъекционного раствора);
- демонстрационный шприц (без иглы);
- искусственный пенис (анатомическая модель);
- презерватив;
- лубрикант;
- ножницы с тупыми концами;
- печатные материалы с контактами организаций, где можно пройти тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В, С и другие ЗППП, получить консультации до и после тестирования и соответствующее лечение; пройти лечение от наркотической за-

висимости и профилактике рецидивов; получить стерильные шприцы; получить другую социальную и медицинскую помощь;

- один или больше гигиенических наборов для игл;
- один или больше наборов с презервативами.

Участники с серонегативным статусом (и не знающие своего статуса) ВИЧ, вирусов гепатита В и/или С

Ознакомление с результатами тестов

Поздоровавшись с участником, специалист, проводящий вмешательство, должен сразу же ознакомить его с результатами тестов, если такие тесты выполнялись. Для начала специалист может предложить участнику подтвердить информацию, напечатанную на лабораторном бланке, и таким образом убедиться, что обсуждаемые результаты действительно относятся к его тестам. После этого специалист должен показать участнику результаты тестов, а также озвучить их. Поскольку участника, вероятно, больше всего волнует его результат тестирования на ВИЧ, уместно начать непосредственно с такого ознакомления. Важно предоставить участнику достаточно времени для реагирования на предоставленную информацию и словесного выражения своих эмоций.

Объяснение результатов тестов

Карточка 19 описывает, как следует толковать отрицательный результат теста на ВИЧ. Следует объяснить участнику, что, хотя в его тесте не выявлено антител к ВИЧ, все же существует вероятность того, что он инфицирован ВИЧ. Специалист, проводящий занятие, должен убедиться, что участник понимает этот нюанс, а также осознает важность повторного прохождения теста через 6 месяцев, если это уместно.

Карточка 20 описывает, как следует толковать положительный результат теста на ВИЧ, и предлагает рекомендации относительно того, как замедлить развитие или предотвратить появление симптомов ВИЧ. Даже если у участника не выявлен положительный результат теста на ВИЧ, ему следует знать, что означает положительный результат. Специалист должен заметить, что лица с сероположительным статусом подвергают себя риску более сильного поражения вирусом, если не соблюдают норм безопасного поведения. Кроме того, носители ВИЧ могут инфицировать других людей, даже если у них самих не проявляются симптомы СПИДа. Следует настоятельно рекомендовать таким участникам проинформировать своих партнеров по потреблению наркотиков и сексу о потенциальном риске инфицирования, а также о важности тестирования и получения консультаций по поводу ВИЧ и других передающихся через кровь инфекций. Необходимо обсудить с участником возможные пути передачи инфекции через сексуальные отношения, через совместное потребление наркотиков, а также от матери к ребенку.

Карточка 21 описывает механизм ознакомления с отрицательным результатом теста на вирус гепатита В или С. Следует объяснить, что в крови участника на момент тестирования не выявлено высоких уровней вируса гепатита В или вируса гепатита С.

Карточка 22 описывает, как толковать положительный результат теста на вирус гепатита В или С. Следует объяснить, что инфицированное лицо может передавать вирус другим людям.

Карточка 23 предлагает рекомендации относительно того, как минимизировать поражение печени. Эти рекомендации следует изложить кратко, в виде тезисов.

Обзор превентивных мер

Обсудив результаты тестирования, специалист должен сделать обзор профилактических мер, детально освещенных в ходе занятия I. Опираясь на иллюстративные карточки, следует обсудить такие темы:

- каким образом можно инфицироваться, и какие типы поведения сопряжены с риском инфицирования (карточки 4 и 10);
- важность дезинфицирующей обработки инъекционного инструментария и инструкции по процедуре дезинфекции (карточки 6 и 7);
- почему следует использовать латексные презервативы, а также ознакомление с женским презервативом (карточки 11 и 12);
- как поговорить со своим партнером о более безопасном сексе (карточка 13);
- преимущества лечения наркотической зависимости (карточка 14).

В ходе обсуждения соответствующих карточек (карточки 7 и 11) следует провести практические занятия по правильному надеванию презерватива на анатомическую модель пениса и дезинфекции инъекционного инструментария. При этом важно соблюдать рекомендации, изложенные в Главе 5.

Материалы, способствующие снижению риска

Прежде чем завершить занятие, специалист, проводящий занятие, должен спросить участника, есть ли у него вопросы, и предоставить печатные материалы, содержащие информацию, которая обсуждалась во время занятия, а также другие материалы, способствующие снижению риска. Кроме того, можно обеспечить участника литературой о способах передачи и методах сокращения риска ВИЧ, вирусов гепатита В и С, о женских презервативах и том, где их можно приобрести. Следует предоставить участнику список с контактной информацией местных организаций, предоставляющих услуги по лечению наркотической зависимости и профилактике рецидивов, тестированию на ВИЧ, вирусам гепатита В и С с консультациями до и после такого тестирования. Можно

также предоставить участнику письменные рекомендации для обращения в организации, предоставляющие другие социальные и медицинские услуги, даже если участник не обращался с просьбой о таких рекомендациях. Предоставляемая информация об организациях может включать их названия, адреса, телефоны, часы работы, а также имена контактных лиц. Кроме того, если это уместно, можно выдать участнику один или несколько гигиенических наборов для игл и несколько наборов с презервативами (описано в Главе 5).

Участники с сероположительным статусом ВИЧ, вирусов гепатита В и/или С

Ознакомление с результатами тестов

Поздоровавшись с участником, специалист, проводящий интервенцию, должен сразу же ознакомить его с результатами тестов, если такие тесты выполнялись. Для начала специалист может предложить участнику подтвердить информацию, напечатанную на лабораторном бланке, и таким образом убедиться, что обсуждаемые результаты действительно относятся к его тестам. После этого специалист должен показать участнику результаты тестов, а также озвучить их. Поскольку участника, вероятно, больше всего волнует его результат тестирования на ВИЧ, уместно начать непосредственно с такого ознакомления.

Важно предоставить участнику достаточно времени для реагирования на предоставленную информацию и словесного выражения своих эмоций. Специалист должен быть готов к самым разнообразным реакциям, включая отчаяние, замешательство и негодование. Участнику, только что узнавшему о своем сероположительном статусе, может быть трудно воспринимать дальнейшую информацию и принимать участие в ее обсуждении.

В некоторых случаях после информирования участника о положительном результате его теста на ВИЧ, вирусы гепатита В и С может понадобиться кризисное вмешательство. При этом может быть полезной ответная реакция, включающая сочувствие, теплоту, положительную оценку личности и эмоций участника, а также усилия, направленные на то, чтобы помочь участнику четко осознать свою ситуацию и возможные варианты дальнейших действий. Во время занятия специалист должен стремиться к достижению таких целей:

- выслушивать участника внимательно и с эмпатией;
- поощрять участника к открытому выражению своих чувств (за исключением ситуаций, когда участник не контролирует себя и представляет потенциальную опасность);
- помочь участнику осознать кризисную ситуацию;
- помочь участнику постепенно принять реальность;

- поощрять участника к поиску новых путей решения проблем;
- приобщить участника к сети организаций, оказывающих поддержку;
- закрепить в сознании участника предложенные ему методы поведения;
- назначить встречу после того, как будет разрешен начальный кризис.

Объяснение результатов тестов

Обсуждая результаты тестов, специалисту по интервенциям придется иметь дело с объяснением нескольких возможных комбинаций, поэтому в каждом отдельном случае следует внимательно подбирать соответствующие иллюстративные карточки (ВИЧ «-», карточка 19; ВИЧ «+», карточка 20; вирус гепатита В «-» или вирус гепатита С «-», карточка 21; вирус гепатита В «+» или вирус гепатита С «+», карточка 22). Например, если у участника ВИЧ отрицательный, вирус гепатита В — отрицательный и вирус гепатита С — положительный статус, то следует обратиться к карточкам 19, 21 и 22. Ниже предлагаются общие указания по обсуждению каждой карточки.

Карточка 19 описывает, как разъяснить отрицательный результат теста на ВИЧ. Следует объяснить участнику, что, хотя в его тесте не выявлено антител к ВИЧ, все же существует вероятность того, что он инфицирован ВИЧ. Специалист, проводящий занятие, должен убедиться, что участник понимает этот нюанс, а также осознает важность повторного прохождения теста через 6 месяцев, если это уместно.

Карточка 20 описывает, что означает положительный результат теста на ВИЧ. Специалист должен информировать участника о том, что он инфицирован ВИЧ, хотя симптомы ВИЧ и СПИД могут на данный момент отсутствовать. В целом, к обсуждению положительного результата теста следует подходить постепенно и деликатно. Важно сказать участнику, что его партнеры по сексу и потреблению наркотиков, с которыми он был совместно вовлечен в модели рискованного поведения, также могут быть инфицированы. Следует настоятельно рекомендовать участнику проинформировать, если это возможно, своих партнеров по потреблению наркотиков и сексу о потенциальном риске инфицирования и важности прохождения тестов, а также получения консультаций по поводу ВИЧ и других передающихся через кровь инфекций. Следует склонить участника к обращению за медицинской помощью по поводу лечения ВИЧ-инфекции и к соблюдению рекомендаций по приверженности медикаментозному лечению, чтобы замедлить или предотвратить появление симптомов ВИЧ-инфекции. Также следует рекомендовать участнику отказаться от потребления наркотиков и поддерживать здоровье благодаря правильному образу жизни, включающему надлежащее питание, отдых и умеренные физические нагрузки. Следует настоятельно рекомендовать участнику защитить себя от дополнительного воздействия вирусной инфекции, обратиться за медицинской помощью для себя и, если это уместно, для своих детей. Кроме того, специалист должен предостеречь участника о недопустимости донорства крови.

Если участник — женщина, то она должна осознать возможность передачи инфекции от матери к ребенку, а также неокончательный характер присутствия материнских антител в организме ребенка.

Карточка 21 касается толкования отрицательного результата теста на вирусы гепатита В и С. Следует объяснить участнику, что проведенный тест не выявил в его крови высокого уровня вируса гепатитов В и С. Если у участника есть подозрения по поводу инфицирования вирусом гепатита С, ему следует пройти повторный тест через 4–6 месяцев. Существует так называемый «период окна» длительностью около 3-х месяцев от момента инфицирования до получения положительного результата теста, что связано с медленным развитием антител непосредственно после инфицирования.

Карточка 22 предоставляет толкование положительных результатов тестирования на вирусы гепатита В и С. Специалист должен объяснить участнику, у которого по результатам тестов выявлен вирус гепатита В или С, что, возможно, он инфицировал своих партнеров по сексу и потреблению наркотиков, с которыми вступал в рискованные отношения. Если результат теста отрицательный, но у участника есть подозрения по поводу возможного заражения вирусом гепатита С, ему следует пройти повторный тест через 4–6 месяцев. Существует так называемый «период окна» длительностью около 3-х месяцев от момента инфицирования до получения положительного результата теста, что связано с медленным развитием антител непосредственно после инфицирования.

Обзор возможностей снижения риска

В дополнение к информации, изложенной в карточках 19–22, специалист, проводящий занятие, может предложить повторно закрепить навыки надлежащей дезинфекции инъекционного инструментария и использования презервативов, если это уместно. Решение о целесообразности этого компонента занятия принимает специалист, исходя из реакции участника на известие о положительном результате тестирования. Поскольку получение такого известия может отрицательно повлиять на способность участника концентрироваться на новой информации, специалист по своему усмотрению может назначить новую встречу через некоторое время, чтобы вернуться к обсуждению превентивных мер, предоставить участнику необходимую контактную информацию и рекомендации, а также предложить другие доступные формы поддержки, если есть такая необходимость.

Медицинское наблюдение и раннее лечение

Карточка 23 посвящена тому, какие усилия должны приложить лица с положительным результатом тестов на вирус гепатита В и/или вирус гепатита С, чтобы замедлить или предотвратить развитие серьезного заболевания печени.

Оповещение партнеров

Карточка 24 касается проблемы оповещения лиц, которые могли быть подвержены инфицированию ВИЧ, вирусом гепатита В и С путем совместных с участником рискованных сексуальных и инъекционных практик. Специалист, проводящий занятие, должен быть знаком с местными программами оповещения партнеров и информировать участника о предоставляемых ими услугах. Специалисту следует убедить участника, узнавшего о своем сероположительном статусе относительно ВИЧ, вирусом гепатита В и С, в необходимости информировать, если это возможно, своих партнеров по потреблению наркотиков и сексу о потенциальном риске инфицирования и побудить их к прохождению тестирования, получению консультаций и отказу от рискованного поведения.

Материалы, способствующие уменьшению риска

Прежде чем завершить сеанс, специалист, проводящий занятие, должен спросить участника, есть ли у него вопросы, и предоставить печатные материалы, содержащие информацию, которая обсуждалась во время занятия, а также другие материалы, способствующие уменьшению риска и поведенческим изменениям. Кроме литературы, касающейся толкования положительных результатов тестирования, следует предоставить участнику:

- список с контактной информацией местных медицинских учреждений, клиник и врачей, где можно получить лечение по поводу ВИЧ/СПИД, вируса гепатита В и С;
- информацию о программах лечения наркотической зависимости и профилактики рецидивов;
- информацию о местных возможностях получения стерильных шприцов;
- информацию о профилактике ВИЧ, вируса гепатита В и С, а также об услугах по тестированию на ВИЧ, вирус гепатита В и С, предоставлению консультаций до и после такого тестирования, и возможностях лечения.

Можно также дать участнику письменные рекомендации для обращения в организации, предоставляющие другие социальные и медицинские услуги, даже если участник не просил таких рекомендаций. Предоставляемая информация об организациях может включать их названия, адреса, телефоны, часы работы, а также имена контактных лиц. Кроме того, если это уместно, можно выдать участнику один или несколько гигиенических наборов для игл и несколько наборов с презервативами (описано в Главе 5).

Приложение (набор карточек) в помощь аутрич-работнику

КАРТОЧКА 1

Что такое ВИЧ/СПИД?

- Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — это вирус, являющийся причиной СПИДа либо приводящий к нему.
- ВИЧ можно обнаружить в таких жидкостях организма, как кровь, семенная жидкость, влагалищный секрет, грудное молоко. ВИЧ передается от одного человека к другому через контакт с кровью и другими жидкостями организма. Например, во время инъекционного употребления наркотика или во время незащищенного полового акта.
- ВИЧ/СПИД может разрушить способность организма бороться с инфекциями и привести к возникновению «оппортунистических инфекций», а также других серьёзных заболеваний.
- С тех пор, как СПИД был формально обнаружен среди ПИН в 1981 году, заболевание драматически повлияло на общественное, а позже и физическое здоровье не только граждан США, но и всего мира.
- Более 16-ти миллионов людей нашей планеты умерли от СПИДа с момента начала эпидемии, и согласно оценке, сделанной в июле 2000 года, 34 миллиона людей живут с ВИЧ/СПИД.

КАРТОЧКА 2

Что такое гепатит В?

- Вирус гепатита В находится в крови тех людей, которые имеют это заболевание; он может привести к таким серьёзным повреждениям печени, как цирроз и печёночная недостаточность.
- Гепатит В передаётся через контакт с кровью или половым секретом инфицированного человека; однако, гепатит В является вакцинируемым заболеванием.
- Клинические симптомы гепатита В могут включать утомление и другие симптомы, которые присущи простудным заболеваниям, также пожелтение кожи и глаз. Около 95% людей, имеющих гепатит В, могут полностью выздороветь, так как организм способен бороться с вирусом, вырабатывая к нему антитела.

КАРТОЧКА 3

Что такое гепатит С

- Гепатит С — это заболевание печени, вызванное вирусом гепатита С, который находится в крови человека, имеющего это заболевание. Инфекция распространяется первоначально через контакт с кровью инфицированного человека.
- Вирус гепатита С может находиться как в половом секрете и слюне, так и в крови.
- Для одних людей гепатит С может иметь серьёзные последствия, в то время как для других — может не иметь таких последствий. Большинство людей, имеющих гепатит С, являются носителями вируса на протяжении всей жизни. Большинство носителей вируса имеют некоторые повреждения печени, но могут не ощущать никаких симптомов заболевания на протяжении многих лет.
- У людей, имеющих повреждения печени, вызванные гепатитом С, может возникнуть цирроз печени, рак печени или печёночная недостаточность, которые могут развиваться на протяжении длительного периода времени.
- Некоторые клинические симптомы гепатита С: пожелтение, утомление, боли в желудке, потеря аппетита, периодически появляющаяся и исчезающая тошнота, рвота.
- Однако не у всех инфицированных проявляются симптомы.

КАРТОЧКА 4

Факты о ВИЧ, вирусе гепатита В, С и путях их передачи

- ВИЧ, вирус гепатита В и С находятся в семенной жидкости, крови, вагинальном секрете и грудном молоке.
- ВИЧ, вирус гепатита В и С передаются через:
 - ✓ непосредственное или косвенное совместное использование игл и других предметов, предназначенных для употребления наркотика, включая посуду, вату, воду для промывания;
 - ✓ совместное использование наркотика из одного шприца при набирании в него вещества;
 - ✓ незащищенный половой акт, особенно с ПИН или с партнёром, имеющим нескольких сексуальных партнёров;
 - ✓ переливание крови от инфицированного донора;
 - ✓ от матери к ребёнку во время беременности и родов;
 - ✓ также возможна передача вируса во время грудного вскармливания.
- Употребление алкоголя или других наркотиков предполагает риск потому, что:
 - ✓ может ослабить Вашу иммунную систему, повышая риск заражения ВИЧ и другими инфекциями;
 - ✓ может повлиять на Ваше понимание риска, сделать Вас менее внимательными относительно употребления наркотиков и вовлечь в незащищенный половой акт.

КАРТОЧКА 5

Неправильно истолкованные факты о ВИЧ/СПИД, вирусе гепатита В и С

- Вы не можете заразиться ВИЧ, вирусом гепатита В и С через чихание, объятия или кашель, через пищу или воду, через совместное использование посуды, через бытовой контакт.

Однако нельзя совместно использовать зубную щётку, лезвия или другие предметы личной гигиены, которые могут соприкасаться с кровью.

- Вы не можете заразиться ВИЧ, вирусом гепатита В и С через поцелуй.
- Вы не можете заразиться ВИЧ, вирусом гепатита В и С через одежду, телефон, туалет.
- Вы не можете заразиться ВИЧ, вирусом гепатита В и С через укусы комаров или других насекомых.

КАРТОЧКА 6

Снижение риска инфицирования

- Если Вы употребляете наркотики инъекционным путём, Вы можете инфицироваться вирусом через совместное использование игл, шприцов и других, бывших в употреблении, предметов, использованных для приготовления и употребления наркотика.
- Вы также можете инфицироваться вирусом ВИЧ, вирусом гепатита В и С, используя общую посуду, вату и воду для приготовления наркотика.
- Простое промывание в воде (даже в горячей) использованных предметов не уничтожает ВИЧ, вирус гепатита В и С. Для дезинфекции необходимо использовать раствор хлора.
- Чтобы снизить Ваш риск инфицирования:
 - ✓ наилучший метод — прекратить употреблять наркотики инъекционным путём;
 - ✓ если Вы не можете прекратить употреблять наркотики инъекционным путём, никогда не используйте иглы повторно или совместно с другими людьми. Используйте только новые, стерильные иглы или иглы, которые использовали ранее только Вы;
 - ✓ если Вы совместно используете иглы, дезинфицируйте их каждый раз перед инъекциями наркотика. Дезинфекция использованных шприцов раствором хлора снижает риск инфицирования, однако, продезинфицированные шприцы всё же не так безопасны, как новые, стерильные иглы и шприцы;
 - ✓ не помещайте Вашу иглу в общую воду для промывания, вату или посуду для приготовления наркотика. ВИЧ, вирус гепатита В и С может находиться в крови на всех этих предметах;
 - ✓ не употребляйте наркотики, извлечённые из чужих шприцов.

КАРТОЧКА 7

Очищение инъекционных принадлежностей

Хлор, хлор, вода, вода

- Промывайте шприцы чистой водой.
- Всегда очищайте концентрированным раствором хлора.
- Наберите раствор хлора в шприц, в течение 30-ти секунд потрясите шприц, чтобы раствор охватил всю полость шприца.
- Вылейте отходы в раковину, туалет или в канализацию, где это возможно.
- Повторите процесс очистки с раствором хлора ещё раз.
- Промойте шприц чистой водой и слейте воду в раковину, туалет или в канализацию.
- Промойте ещё раз.
- Когда Вы закончите промывание раствором хлора (2 раза) и чистой водой (2 раза), вытащите поршень из шприца и промойте обе части ещё раз раствором хлора и водой.
- Никогда не делитесь каким-либо из Ваших предметов, предназначенных для употребления наркотика (посуда, вата, вода для промывания).
- Промывайте Вашу посуду концентрированным раствором хлора и чистой водой.

Если раствор хлора не доступен:

- Тщательно промойте водой несколько раз, чтобы охватить всю площадь шприца или других предметов.
- Прокипятите иглы и шприцы 15 минут для стерилизации до использования. Несмотря на то, что кипячение изменяет форму и функции пластиковых шприцов, этот метод широко используется среди ПИН в США.

КАРТОЧКА 8

Повторное использование предметов для инъекций

- Непосредственное совместное использование игл и шприцов происходит тогда, когда Вы используете шприц, уже побывавший в употреблении другого человека.
- Косвенное совместное использование происходит в момент, когда жидкости смешиваются без фактического прохождения через шприц от одного человека к другому.
- Пути косвенного совместного использования:
 - ✓ помещение шприцов в общий контейнер с водой или раствором наркотика;
 - ✓ использование поршня из использованного шприца для смешивания раствора наркотика;
 - ✓ использование использованного шприца для переноса наркотика;
 - ✓ извлечение наркотика из общего ватного фильтра;
 - ✓ возвращение наркотика в общую посуду;
 - ✓ промывание шприцов в чужой воде.

КАРТОЧКА 9

Преимущества пунктов обмена шприцов

Пункты обмена шприцов предлагают:

- Обмен потенциально зараженных шприцов на стерильные шприцы.
- Раствор хлора.
- Направление на лечение наркозависимости.
- Распространение презервативов.
- Тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ / СПИД.
- Скрининг на туберкулез.
- Скрининг на ИППП.

КАРТОЧКА 10

Факты о кокаине и крэке

- Иногда люди предпочитают курить крэк и нюхать кокаин, чем употреблять наркотики инъекционным путём. Но это не означает, что они в безопасности. Даже если люди употребляют наркотики не инъекционным путём, они по-прежнему имеют повышенный риск заражения ВИЧ, вирусом гепатита В и С или другими инфекциями, передающимися половым путем, по следующим причинам:
 - ✓ люди, употребляющие кокаин, имеют более частые половые контакты, они часто забывают надеть латексные презервативы или попросить своего партнера надеть презерватив;
 - ✓ некоторые люди предоставляют секс-услуги, чтобы получить кокаин или получить деньги на кокаин. Это означает, что они имеют более незащищенный секс;
 - ✓ крэк и кокаин может ослабить иммунную систему, делая более высоким риск заражения ВИЧ, вирусом гепатита В, С и другими инфекциями, передающимися половым путем;
 - ✓ крэк и кокаин часто затрудняют достижение сексуального удовлетворения, что может привести к длительному половому акту и увеличению шансов на получение порезов и ссадин, которые могут привести к контакту кровь-кровь и передаче ВИЧ, вируса гепатита В, С и других инфекций, передающихся половым путем.
- Если Вы являетесь потребителем кокаина или крэка, Вы можете уменьшить вероятность заражения ВИЧ, вирусом гепатита В, С или другими инфекциями, передающимися половым путем, отказавшись от употребления наркотиков.
- Если Вы не можете отказаться от употребления наркотиков, не забудьте надеть латексные презервативы или убедитесь, что ваш партнер сделал это.

КАРТОЧКА 11

Что нужно знать о мужских презервативах

- Презервативы используются на протяжении всего полового акта, помогают предотвратить распространение заболеваний, передающихся половым путём, включая ВИЧ, вирусы гепатита В, С и другие инфекции, передающиеся половым путем.
- Презервативы из натуральных материалов, не защищают от заражения ВИЧ, вирусом гепатита В, С и другими инфекциями, передающимися половым путем. Вы должны использовать латексные презервативы.
- Используйте только смазки на водной основе с презервативами.

Заболевания, передающиеся половым путём, часто приводят к генитальным повреждениям или язвам. Когда это происходит, легче инфицироваться ВИЧ, вирусом гепатита В и С. Презервативы могут уменьшить риск появления повреждений и язв.

- Несмотря на то, что отказ от половой жизни — лучший способ защитить себя от ВИЧ/СПИД, гепатита В и С, всегда используйте латексные презервативы.
- Для получения орального секса мужчины должны использовать латексные презервативы без смазки, а женщины должны использовать стоматологические перегородки или такой барьер, как пластиковые обёртки без воздушных отверстий (такой тип, который не используется в микроволновой печи).
- Лучший способ, чтобы снизить риск заражения ВИЧ/СПИД, вирусом гепатита В или С, это:
 - ✓ отказ от секса;
 - ✓ отказ от секса с проникновением;
 - ✓ использование презерватива во время любого секса с проникновением.
- Такие спермициды, как диафрагмовое желе и противозачаточные губки, не убивают ВИЧ, вирус гепатита В и С, поэтому они не должны использоваться вместо презерватива.

КАРТОЧКА 12

Что нужно знать о женских презервативах

- Женские презервативы уменьшают риск заражения инфекциями, передающимися половым путём, и беременности.
- Женские презервативы являются полиуретановыми приспособлениями, похожими на сумку, которые помещаются в женский половой канал, чтобы защитить его от семенной жидкости и крови.
- Женские и мужские презервативы никогда не должны использоваться одновременно.
- Каждый женский презерватив можно использовать только один раз. Он должен быть выброшен после полового акта.

КАРТОЧКА 13

Как поговорить с Вашим партнером о более безопасном половом акте?

- Узнайте как можно больше о ВИЧ, вирусах гепатита В, С и других инфекциях, передающихся половым путем. Это поможет Вам при разговоре о безопасном половом акте.
- Решите, когда Вы хотите поговорить. Говорить об этом перед половым актом не самое лучшее время.
- Решите для себя, чего Вы хотите, и ни в коем случае не говорите об этом во время полового акта.
- Дайте своему партнеру время на обдумывание Вашего разговора. Не торопите его.
- Обращайте внимание на то, понимает ли Ваш партнер суть разговора. При необходимости, повторите сказанное.
- Поговорите о случаях, при которых безопасный половой акт невозможен. Например, если у Вас нет презервативов или вы употребляли алкоголь либо наркотики. Попытайтесь найти совместные варианты, чтобы уменьшить риск заражения ВИЧ, вирусами гепатита В и С.
- Если Ваш партнер не приемлет безопасный половой акт, то убедитесь в том, действительно ли это тот человек, с которым Вы хотите иметь половые отношения. Если употребляются наркотики или алкоголь нужно обращать больше внимания на предохранение, например, использование презервативов.
- Если Ваш партнер проявляет агрессию, когда Вы поднимаете вопрос об использовании презервативов, обратитесь за помощью в программу по предотвращению насилия.

КАРТОЧКА 14

Преимущества медикаментозного лечения

Лечение наркозависимости имеет свои преимущества, потому что оно может:

- помочь отказаться от потребления наркотиков;
- изменить Вашу жизнь, улучшить состояние здоровья, уменьшить риск заражения ВИЧ, вирусами гепатита В и С;
- включать консультации и поддержку для Вас и членов Вашей семьи, которые тоже могут нуждаться в помощи;
- включать поддержку относительно ВИЧ/СПИД и других проблем;
- помочь изменить Вашу жизнь, дать надежду и уверенность в решении Ваших проблем.

Даже если Вы не можете начать лечение сейчас, тогда есть возможность получить информацию о группах поддержки, которые помогут Вам в период подбора программы лечения. Также Вам могут предложить участие в местной программе по обмену шприцов с целью минимизировать риск заражения и передачи инфекций через грязный или использованный шприц.

КАРТОЧКА 15

Тест на ВИЧ

- Тест на ВИЧ (анализ крови) показывает наличие антител, которые возникли как реакция на наличие ВИЧ в крови.
- Позитивный результат означает, что Вы инфицированы ВИЧ и можете передавать его другим.
- Негативный результат может обозначать, что Вы не инфицированы. Существует период между моментом инфицирования и моментом, когда тест покажет, что вы инфицированы. Он называется «период окна». Во время этого периода тест на ВИЧ может быть негативным, но на самом деле Вы можете быть инфицированы. В среднем «период окна» составляет 3 недели. Поэтому, желательно делать повторный тест на ВИЧ через 6 месяцев, чтобы быть уверенным, что Вы не инфицированы. (Если у вас были половые отношения между тестами, убедитесь, что использовали латексные презервативы. Если Вы употребляли наркотики и пользовались шприцами, убедитесь в их стерильности.)
- Мы рекомендуем Вам сделать тест и узнать Ваш результат, потому что:
 - ✓ существует лечение для ВИЧ-инфицированных;
 - ✓ можно составить план действий, который позитивно скажется на Вас, семье, друзьях, а также на Вашем окружении.
- Некоторые люди не делают тест на ВИЧ, так как боятся услышать его результат. Наш персонал подготовлен к обсуждению таких проблем. Поэтому смело задавайте вопросы и делайте тест на ВИЧ. Как говорят, информирован — значит вооружен.

КАРТОЧКА 16

Тест на вирус гепатита В и проба функции печени

- Первичный тест на вирус гепатита В показывает наличие в крови антител на вирус гепатита В и вероятность заражения этим вирусом ранее.
- Если первичный тест позитивный, вторичный — делается, чтобы определить инфицированы ли Вы на данный момент и можете ли передавать вирус другим.
- Если вторичный тест тоже позитивный, дополнительно производится проба функции печени.
- Если первичный тест негативный, необходимо произвести еще один тест, чтобы определить, достаточно ли Вы иммунизированы.
- Если этот тест негативный, можно произвести вакцинацию от вируса гепатита В.

В основном, работники сферы общественного здоровья рекомендуют проходить тестирование на вирус гепатита В, так как это очень важно для исключения либо подтверждения других диагнозов.

КАРТОЧКА 17

Тест на вирус гепатита С

- Тест показывает наличие в крови антител на вирус гепатита С.
- Если тест позитивный, дополнительный тест может подтвердить наличие вируса и измерять вирусную нагрузку, включая генотип.
- Тест не определяет острую, хроническую или рассасывающуюся инфекцию.
- Не существует вакцинации против вируса гепатита С, но некоторые люди могут быть излечены.

КАРТОЧКА 18

Что делать, если Вы инфицированы ВИЧ, вирусом гепатита В или С?

- Очень важно как можно раньше начать медицинское лечение.
- Будьте осторожны. Другие вирусы также могут сделать Вас больным.
- Делайте все возможное, чтобы уменьшить все риски.
- Носители вируса гепатита В или С могут быть инфицированы через печень.
- Если у Вас хроническая инфекция вируса гепатита В или С, существует очень большая вероятность развития рака или цирроза печени.
- Не существует лечения инфекции вирусного гепатита. Люди, которые никогда не были заражены вирусом гепатита В, могут пройти вакцинацию.
- Для поддержания здоровья и борьбы с заболеванием необходимо:
 - ✓ прекратить или, по крайней мере, уменьшить употребление наркотиков;
 - ✓ отказаться или уменьшить употребление алкоголя;
 - ✓ употреблять здоровую пищу;
 - ✓ получать надлежащий уход;
 - ✓ делать необходимые упражнения;
 - ✓ смотреть на вещи позитивно, вступить в группу поддержки;
 - ✓ регулярно проходить профилактическое лечение.

КАРТОЧКА 19

Значение серонегативного результата теста на ВИЧ

- Негативный результат теста на ВИЧ означает, что антитела на ВИЧ не были обнаружены в крови.
- Люди с негативным результатом теста на ВИЧ могут быть инфицированы. Это может произойти, если организм еще не успел выработать достаточное для определения количество антител.
- Как правило, для выработки организмом достаточного для определения уровня антител должно пройти от 2-х недель до 6-ти месяцев после заражения.
- Тот, кто подвергался рискованному поведению за последние 6 месяцев, должен пройти тест повторно в последующие 6 месяцев (между тестированиями, если у Вас был секс, убедитесь, что вы пользовались латексными презервативами. Если же Вы употребляли наркотики и пользовались шприцами, убедитесь в их стерильности).
- Любая, кто подвергался рискованному поведению, не может быть донором или продавать свою кровь.

КАРТОЧКА 20

Значение серопозитивного результата теста на ВИЧ

- Человек, у которого позитивный тест на ВИЧ, является инфицированным ВИЧ и может заразить других.
- Человек с позитивным результатом теста на ВИЧ может не иметь никаких симптомов СПИД. Эти симптомы могут развиваться от 5-ти до 10-ти лет.
- Сексуальные партнеры, а также дети людей с позитивным результатом теста на ВИЧ могут также быть инфицированы.
- Человек с серопозитивным результатом теста на ВИЧ не может быть донором или продавать кровь.
- Человек с серопозитивным результатом теста на ВИЧ должен регулярно получать медицинскую помощь.
- Беременная женщина с серопозитивным результатом теста на ВИЧ рискует передать вирус своему плоду, а кормящая мать — своему ребенку через грудное молоко. Сейчас доступны лечение и специальное детское питание, которые зачастую рекомендуются для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребёнку.
- Ранняя медицинская помощь может предотвратить передачу вируса от матери к ребенку.
- Человек с серопозитивным результатом теста на ВИЧ не должен обмениваться телесными жидкостями во время полового акта (вагинальной, оральной или анальной). Должен всегда использовать латексный мужской или женский презерватив.

КАРТОЧКА 21

Значение негативного результата теста на вирус гепатита В или С

- Отрицательные результаты теста означают, что антитела к вирусу гепатита не были найдены в крови.
- Отрицательный тест не означает, что человек не инфицирован. Если тестирование проводилось на уровень вируса, который присутствует в крови короткий период времени, то человек может быть инфицирован несмотря на негативный тест.
- Любому человеку, продолжающему практиковать рискованное поведение, необходимо пройти через 6 месяцев повторный тест.
- Каждый, кто имеет высокий риск инфицирования вирусом гепатита В и С, должен получить консультацию у специалиста в области охраны здоровья для дополнительного тестирования, наблюдения и вакцинирования от вируса гепатита В и С.

КАРТОЧКА 22

Значение позитивного результата теста на вирус гепатита В или С

- Позитивный результат теста на вирус гепатита В или С означает, что в крови присутствуют антитела на вирус:
 - ✓ почти все потребители наркотиков, у которых в крови есть антитела на вирус, фактически инфицированы вирусом;
 - ✓ этот тест не определяет, поразил ли уже вирус печень или нет;
 - ✓ необходимо сделать больше тестов, чтобы узнать уровень поражения и необходимость лечения в данный момент.
- Позитивный результат теста определяет инфекцию и возможность ее передачи другим через кровь и, возможно, через слюну, слезы, пот, слезы и мочу. Вирус гепатита В (и, возможно, С) может передаваться через сперму и вагинальные выделения.
- У человека с позитивным тестом может не быть никаких симптомов, таких как желтуха (пожелтение кожи и глаз), усталость и др.
- Человек с позитивным результатом теста не может быть донором крови или органов.
- Женщина с позитивным результатом теста, если она беременна, рискует передать вирус своему ребенку.
- Сексуальные партнеры и дети человека с позитивным результатом теста могут быть инфицированы. Они должны пройти тест и сделать вакцинацию от вируса гепатит В, если они не инфицированы. Не существует вакцины против вируса гепатита С.
- Человек с позитивным результатом теста должен получать регулярную профилактическую медицинскую помощь, включая последующее тестирование и обследование печени.

КАРТОЧКА 23

Как замедлить или предотвратить появление серьезного заболевания печени

- Придите на прием к врачу, чтобы узнать, необходимо ли Вам лечение в данный момент:
 - ✓ врач возьмет у Вас кровь на анализ для того, чтобы определить, поражена ли печень вирусом гепатита В или С;
 - ✓ также врач может сделать другие анализы для определения уровня поражения печени вирусом.
- Не употребляйте алкоголь:
 - ✓ немногим больше, чем у 1-го человека из 10 (12%), которые не употребляют алкоголь, в результате инфицирования цирроз печени развивается в течении 20 лет;
 - ✓ почти у 6-ти человек из 10 (58 %), которые употребляют алкоголь в больших количествах, в результате инфицирования цирроз печени развивается в течении 20 лет.

КАРТОЧКА 24

Консультации по Снижению вреда и уведомление партнёра

- До- и послетестовая подготовка и консультирование по снижению вреда предоставляет возможность потребителям наркотиков узнать свой серостатус относительно ВИЧ, гепатитов В и С:
 - ✓ помогает оценить и понять их собственный риск;
 - ✓ обеспечивает новой информацией, умениями уменьшать риск инфицирования и предотвращать передачу вируса;
 - ✓ дает возможность людям с серопозитивным результатом информировать своих партнеров о потенциальном риске инфицирования и о важности прохождения тестирования и консультирования относительно ВИЧ и других, передающихся через кровь, инфекций.
- Люди с серопозитивным результатом могут попросить аутрич-работников сообщить их партнерам о потенциальном риске инфицирования, а другие лечебные учреждения помогут обнаружить местонахождение партнёров и проконсультировать их.
- Государственное законодательство регулирует порядок извещения партнеров. Партнеры не могут быть извещены без Вашего разрешения.

Литература

1. Atlani, L., Carael, M., Brunet, J. B., Frasca, T., & Chaika, N. (2000). Social change and HIV in the former USSR: The making of a new epidemic. *Social Science and Medicine*, 50, 1547–1556.
2. Ball, A., Rana, S., & Dehne, K. L. (1998). HIV prevention among injecting drug users: Responses in developing and transitional countries. *Public Health Report*, 113(Suppl. 1), 170–181.
3. Barnett, T., Whiteside, A., Khodakevich, L., Kruglov, Y., & Steshenko, V. (2000). The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: Its potential social and economic impact. *Social Science and Medicine*, 51, 1387–1403.
4. Boddiger, D. (2005). Methamphetamine use linked to rising HIV transmission. *The Lancet*, 365, 1217–1218.
5. Booth, R. E., Kennedy, J., Brewster, T., & Semerik, O. (2003). Drug injectors and dealers in Odessa, Ukraine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 419–426.
6. Booth, R. E., Kwiatkowski, C. F., Brewster, J. T., Sinitsyna, L., & Dvoryak, S. (2006). Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. *AIDS*, 20, 2217–2223.
7. Booth, R. E., Mikulich-Gilbertson, S. K., Brewster, J. T., Salomonson-Sautel, S., & Semerik, O. (2004). Predictors of self-reported HIV infection among drug injectors in Ukraine. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35, 82–88.
8. Booth, R. E., Crowley, T. J., & Zhang, Y. (1996). Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: Out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 42(1), 11–20.
9. Carlson, R. G., Wang, J., Siegal, H. A., Falck, R. S., & Guo, J. (1994). An ethnographic approach to targeted sampling: Problems and solutions in AIDS prevention research among injection drug and crack-cocaine users. *Human Organization*, 53, 279–286.
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Specific populations: How are they affected? HIV prevention in the third decade. Atlanta, Georgia.
11. Chaisson, R. E., Bacchetti, P., Osmond, D., Brodie, B., Sande, M. A., & Moss, A. R. (1989). Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *JAMA*, 261(4), 561–565.
12. Chintalova-Dallas, R., Lutzenko, D., Lazzarini, Z., & Case, P. (2006). Boltuska: Use of homemade amphetamine in Odessa, Ukraine. Second annual methamphetamine conference. Salt Lake City.

13. Coyle, S. (1993). The NIDA HIV counseling and education intervention model: Intervention manual (No. NIH Publication No. 93-3580). U.S. Department of Health and Human Services, GPO.
14. DeBell, D., & Carter, R. (2005). The impact of transition on public health in Ukraine: A case study of the HIV/AIDS epidemic. *British Medical Journal*, 331, 216-219.
15. Dehne, K. L., Grund, J. C., Khodakevich, L., & Kobyshcha, Y. (1999). The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: Patterns, trends and determinants. *Journal of Drug Issues*, 29, 729-776.
16. Dowling-Guyer, S., Johnson, M. E., Fisher, D. G., Needle, R., Watters, J., Andersen, M., Williams, M., Kotranski, L., Booth, R., Rhodes, F., Weatherby, N., Estrada, A. L., Fleming, D., Deren, S., & Tortu, S. (1994). Reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors and validity of self-reported recent drug use. *Assessment*, 1(4), 383-392.
17. EuroHIV. (2005). HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2005. Saint-Maurice: Institute de Veille Sanitaire.
18. Guydish, J. R., Abramowitz, A., Woods, W., Black, D. M., & Sorenson, J. L. (1990). Changes in needle sharing among intravenous drug users: San Francisco 1986-88. *American Journal of Public Health*, 80, 995-997.
19. Hamers, F. F., & Downs, A. M. (2003). HIV in Central and Eastern Europe. *The Lancet*, 361, 1035-1044.
20. Hamers, F. F., Batter, V., Downs, A. M., Alix, J., Cazien, F., & Brunet, J. B. (1997). The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: Geographic and time trends. *AIDS*, 11, 1365-1374.
21. Hoffman, J.P., Su, S.S., & Pach, A. (1997) Changes in network characteristics and HIV risk behaviors among injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 41-51.
22. Khodakevich, L., & Dehne, K. L. (1998). HIV epidemics in drugusing populations and increasing drug use in Central and Eastern Europe. Global research network meeting on HIV prevention in drug-using populations. Geneva.
23. Kozlov, A. P., Shaboltas, A. V., Tousseva, O. V., Verevchkin, S. V., Masse, B. R., & Perdue, T. (2002). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *AIDS*, 20, 895-900.
24. Liitsolva K., Tashinova I., Laukkanen T., Korovina G., Smolskaja T., Momot O., Mashkilleysen N., Haplinskas S., Brummer-Korvenkontio H., Vanhatalo J., Leninikki P., & Salminen, M.O.(1998). HIV-1 genetic subtype A/B recombinant strain causing an explosive epidemic in injecting drug users in Kaliningrad. *AIDS*, 12, 1907-1919.

25. Maisto, S., McKay, J., & Conners, G. (1990). Self-reported issues in substance abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 121, 117–134.
26. MAP Symposium on Eastern Europe. (1998). The determinants of the HIV/AIDS epidemics in Eastern Europe. Twelfth world AIDS conference. Geneva.
27. Ministry of Health Ukraine. (2006). HIV-infection in Ukraine: Information Bulletin No. 26. Kiev, Ukraine: Ukrainian AIDS Center, L.V. Gromashevskogo Institute of Epidemiology, Central Sanitary Epidemiological State if the Ministry of Health of Ukraine.
28. National Institute on Drug Abuse. (2002). Methamphetamine abuse and addiction. Research Report, NIH Publication No. 02–4210.
29. Pozynyak, V. B., Pelipas, V. E., Vievski, A. N., & Miroshnichenko, L. (2002). Illicit drug use and its health consequences in Belarus, Russian Federation and Ukraine: Impact of transition. *European Addiction Research*, 8, 184–189.
30. Rhodes, T., Lowndes, C., Judd, A., Mikhailova, L. A., Sarang, A., Rylkov, A., Tichonov, M., Lewis, K., Ulyanova, N., Alpatova, T., Karavashkin, V., Khutorskoy, M., Hickman, M., Parry, J.V., & Renton, A. (2002). Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS*, 16(13), F25–F31.
31. Rhodes, T., Sarang, A., Bobrik, A., Bobkov, E., & Platt, L. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15, 1–16.
32. Rhodes, T., Stimson, G. V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K., & Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': Implications for assessment and response. *AIDS*, 13(Suppl. A), S259–S269.
33. Scherbinska, A. (2006). HIV infection in Ukraine: A review of epidemiological data. XVI International AIDS Conference. Vancouver.
34. Schoenbaum, E. E., Hartel, D., Selwyn, P. A., Klein, R. S., Davenny, K., Rogers, M., Feiner, C., & Friedland, G. (1989). Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. *New England Journal of Medicine*, 321(13), 874–879.
35. Somlai, A. M., Kelly, J. A., Benotsch, E., Gore-Felton, C., Ostrovski, D., McAuliffe, T., & Kozlov, A.P. (2002). Characteristics and predictors of HIV risk behaviors among injection-drug using men and women in St. Petersburg Russia. *AIDS Education and Prevention*, 14, 295–305.
36. Twitchell, G. R., Huber, A., Reback, C. J., & Shoptaw, S. (2002). Comparison of general and detailed HIV risk assessments among methamphetamine abusers. *AIDS and Behavior*, 6(2), 153–162.

37. Ukraine Center for AIDS Prevention and Ministry for Health of Ukraine/UNAIDS. (1999). *Ukraine and the AIDS Epidemic*. Kiev: UNAIDS.
38. UNAIDS/WHO and Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2002). *AIDS epidemic update 2002*. Geneva, Switzerland: UNAIDS and WHO.
39. UNAIDS/WHO. (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle income countries, June 2006*. Fact Sheet. Geneva: UNAIDS and WHO.
40. UNDP. (1999). *Human Development Report 1999*. New York: Oxford University Press.
41. UNICEF. (1999). *After the fall: The human impact of ten years of transition*. The Monee Project CSS/CIS. Florence: UNICEF, International Child Development Centre.
42. UNIDCP. (1997). *United Nations International Drug Control Program: World Drug Report*. New York: Oxford University Press.
43. United Nations. (1997). *Economic Commission for Europe, Trends in Europe and North America 1996/1997*. Geneva: The Statistical Yearbook.
44. USAID. (2002). *HIV/AIDS in Ukraine: A USAID Brief*. Washington, DC: TvT Associates—The Synergy Project.
45. Walker, N., Garcia-Calleja, J. M., Heaton, L., Asamoah-Odei, E., Pomeroy, G., Lazzari, S., Ghys, P. D., Schwartlander, B., & Stanek, K. A. (2001). *Epidemiological analysis of the quality of HIV sero-surveillance in the world: How well do we track the epidemic?* *AIDS*, 15, 1545–1554.
46. Weatherby, N. L., Needle, R., Cesari, H., Booth, R., McCoy, C. B., Watters, J. K., Williams, M., & Chitwood, D. D. (1994). *Validity of self-reported drug use among injection drug users and crack cocaine users recruited through street outreach*. *Evaluation and Program Planning*, 17(4), 347–355.
47. WHO. (1995). *The current global situation of the HIV/AIDS pandemic*. *Weekly Epidemiological Record*, 70, 355 (Geneva).
48. Wiebel, W. W. (1988). *Combining ethnographic and epidemiological methods in targeted AIDS interventions: The Chicago model*. In R. J. Battjes & R. W. Pickens (Eds.), *Needle sharing among intravenous drug users: National and international perspectives* (pp. 137–150). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, National Institute on Drug Abuse Monograph No. 80.
49. Wiebel, W., Ouellet, L., Guydan, C., & Samirat, N. (1990). *Cocaine injection as a predictor of HIV risk behaviors*. XI International Conference on AIDS. Vancouver.
50. World Health Organization. *The current global situation of the HIV/AIDS pandemic*. *Wkly Epidemiol Rec*. 1995; 70:355.

51. Ministry of Health Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, WHO, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, UNAIDS. Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of End of 2005. June 2006. Kiev, Ukraine.
52. Ministry of Health, Ukrainian AIDS Centre/UNAIDS. AIDS Epidemic Update. 2000.
53. UNAIDS/WHO - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. Geneva, Switzerland: UNAIDS and WHO; December 1999.
54. Fleiss, JL. The Design and Analysis of Clinical Experiments. New York: John Wiley & Sons, 1986.
55. Wiebel WW, Levin LB. The Indigenous Leader Outreach Model: Intervention Manual. AIDS Outreach Demonstration Project. School of Public Health: University of Illinois at Chicago, 1993.
56. Booth RE, Koester S, Brewster JT, et al. Intravenous drug users and AIDS: risk behaviors. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991; 17: 337-353.
57. Booth RE, Wiebel W. The effectiveness of reducing needle related risks for HIV through indigenous outreach to injection drug users. *Am J Addict*. 1992; 1: 277-287.
58. Baker A, Heather N, Wodak A, et al. Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS*. 1993; 7: 247-256.
59. Hartgers C, van den Hoek A, Krijnen P, et al. HIV prevalence and risk among injection drug users who participate in " low-threshold" methadone programs in Amsterdam. *Am J Public Health*. 1992;82: 547-551.
60. Calsyn DA, Saxon A, Freeman G. Lack of efficacy of AIDS education in reducing HIV high-risk transmission behaviors among injection drug users. *Am J Public Health*. 1992; 82: 573-575.
61. McCusker J, Stoddard AM, Zapka JG, et al. AIDS education for drug abusers: evaluation of short-term effectiveness. *Am J Public Health*. 1992; 82: 533-540.
62. Simpson DD, Camacho LM, Vogtsberger KN, et al. Reducing AIDS risks through community outreach interventions for drug injectors. *Psychol Addict Behav*. 1994; 8: 86-101.
63. Colon HM, Robles RR, Freeman D, et al. Effects of an HIV risk reduction education program among injection drug users in Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 1993; 12: 27-33.
64. Stephens RC, Simpson DD, Coyle SL, et al. Comparative effectiveness of NADR interventions. In: BS Brown & GM Beschner (Eds.) *Handbook on Risk of AIDS: Injection Drug Users and Sexual Partners*. Westport, CN: Greenwood Press; 1993.

65. McCoy CB, Rivers JE, Khoury EL. An emerging public health model for reducing AIDS-related risk behaviors among injection drug users and their sexual partners. *Drugs Soc.* 1993;7: 143-160.
66. Booth RE, Kwiatkowski CF, Stephens RC. Effectiveness of HIV/AIDS interventions on drug use and needle risk behaviors for out-of-treatment injection drug users. *J Psychoactive Drugs.* 1998;30: 269-278.
67. World Health Organization/United Nations Office on Drugs and Crime/UNAIDS. WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (IDUs). Geneva: World Health Organization/United Nations Office on Drugs and Crime/UNAIDS; 2008.
68. McCoy CB, Comerford M, Zhao M, et al. Acceptance of rapid HIV test among drug users in diverse settings. Presented at: 70th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence; June 2007.
69. Samet JH, Krupitsky EM, Cheng DM, et al. Mitigating risky sexual behaviors among Russian narcology hospital patients: the Prevent (Partnership to Reduce the Epidemic Via Engagement in Narcology Treatment) randomized controlled trial. *Addiction.* In press.
70. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005; 39: 446-453.
71. Booth RE, Lehman WE, Brewster JT, et al. Gender differences in sex risk behaviors among Ukraine injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 46: 112-117.