



**ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
ДОЗОРНОГО БИО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ  
В ГГ. АБАКАН, БАРНАУЛ, ВОЛГОГРАД, ПЕРМЬ, НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ**

Составители:

Ерицын К.Ю.  
Корнилова М.С.  
Одинокова В.А.

Москва  
2015

## РЕЦЕНЗИЯ

*на отчет по результатам дозорного био-поведенческого исследования по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в гг. Абакан, Барнаул, Волгоград, Пермь, Набережные Челны*

В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции оценивается как крайне напряженная. Тенденция к ухудшению ситуации сохранилась и в 2014 г.: выявлен рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 10,4%, увеличилось число умерших ВИЧ-инфицированных, активизировался «выход» эпидемии из уязвимых групп в общую популяцию. В ходе распространения ВИЧ-инфекции увеличивается частота и доля парентерального пути передачи ВИЧ.

Актуальность выполненной рецензионной работы обусловлена широким распространением инъекционного употребления наркотиков, поздней обращаемостью за лечением потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), тяжестью медицинских и социально-экономических последствий, низким охватом ПИН лечебно-реабилитационными мероприятиями и социальной помощью, недостаточной изученностью социально-поведенческих особенностей употребления наркотиков, связанных с риском инфицирования ВИЧ и другими гемоконтактными инфекциями.

НП «ЭСВЕРО» при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией осуществляет Программу «Поддержка доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации» (далее по тексту *комплексная программа*). В рамках Программы на территории 31 города осуществляют работу *региональные проекты*. Для реализации основных целей и задач Программы, а также оценки эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, эффективности профилактической работы, доступности и качества предоставляемых услуг было организовано и проведено масштабное дозорное био-поведенческое исследование среди ПИН в городах РФ: Абакане, Барнауле, Волгограде, Набережных Челнах и Перми. При планировании и проведении исследования участники руководствовались «Методическими рекомендациями по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ», изданными ВОЗ и ЮНЭЙДС в 2000г. Неоценимую помощь в подготовке исследования оказали методические материалы «Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП», изданные «Фэмили Хелс

Интернешнл» и ЮНЭЙДС в 1998 г. и переведенные на русский язык Европейским бюро ВОЗ в 2002 г., и «Руководство по регулярным исследованиям поведения в группах риска ВИЧ-инфицирования. Социологический мониторинг поведения», изданное «Фэмили Хелс Интернешнл» в 2000г. и переведенное ЮНИСЕФ на русский язык в 2002 году. В РФ успешная апробация по эпидемиологическому надзору второго поколения была проведена в Санкт-Петербурге (Северо-Западный округ, институт имени Пастера - Смольская Т.Т.).

Объектом данного исследования являются потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Большой коллектив исполнителей хорошо подготовлен к исследованию как в теоретическом плане, так и в использовании практических навыков. В отчете представлен обоснованный анализ.

Высокую оценку заслуживают аутрич-работники региональных НКО, так как именно с их помощью удалось установить контакты с самой труднодоступной группой в плане заражения ВИЧ-инфекцией (ПИН, ПИН/СР), а в дальнейшем, вовлечь в исследование необходимое число респондентов. Доверительные взаимоотношения и купонная система рекрутирования респондентов позволили качественно провести анкетирование, серологическое обследование ПИН по разработанным единым критериям-индикаторам.

Междисциплинарный анализ рискованного поведения в плане ВИЧ-инфицирования в группе ПИН проведен в полном соответствии с протоколом с использованием RDSAT (программным обеспечением для анализа данных, полученных при помощи выборки, управляемой респондентами). Отчет исследования содержит оформленные таблицы, рисунки и диаграммы.

Итогом уникального исследования явилась реализация всех целей и задач, поставленных перед командой специалистов из различных областей: эпидемиологов, социологов, психологов, аутрич-работников, а также рекрутеров - представителей целевой группы ПИН.

Сравнительные данные исследований, проведенных в 2005, 2008, 2012 и 2014 годах, позволили выявить био-поведенческие особенности ПИН в разные периоды времени и разных географических регионах РФ с различным уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Составлен актуальный среднестатистический портрет ПИН, определен средний стаж употребления, выявлены доминирующие наркотики, высокий поведенческий инъекционный риск.

Полученные результаты имеют важную практическую значимость в плане использования при разработке и организации превентивных вмешательств, направленных на одну из наиболее труднодоступных групп с высоким поведенческим риском, к которой относятся ПИН. Используемые в исследовании методики и междисциплинарный анализ могут быть утверждены на федеральном уровне (например, в Министерстве здравоохранения, координационном комитете при МЗО) для мониторинга и прогнозирования эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции на постоянной основе, а также для реализации адекватных превентивных мероприятий.

Зам. руководителя Сибирского  
федерального окружного центра  
по профилактике и борьбе со СПИД,  
врач-эпидемиолог высшей категории

Калачева Г.А.

## Содержание

Термины и сокращения.....	6
Финансирующие организации и организации-исполнители .....	8
<b>I. Введение.....</b>	<b>12</b>
<b>II. Результаты исследования в городах-участниках.....</b>	<b>22</b>
1. Абакан.....	22
2. Барнаул .....	45
3. Волгоград .....	68
4. Пермь .....	86
5. Набережные Челны .....	106
<b>III. Различия между городами-участниками исследования и ключевые индикаторы ЮНГАСС .....</b>	<b>128</b>
<b>Заключение.....</b>	<b>132</b>
<b>IV. Приложения: таблицы</b>	
1. Результаты исследования в Абакане	
2. Результаты исследования в Барнауле	
3. Результаты исследования в Волгограде	
4. Результаты исследования в Набережных Челнах	
5. Результаты исследования в Перми	
6. Связь ВИЧ-статуса с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, охватом профилактикой (кросс-секционной анализ)	
7. Связь ВИЧ-статуса с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, охватом профилактикой (регрессионный анализ, метод – enter)	
8. Связь статуса участника профилактической программы с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, ВИЧ-статусом (кросс-секционной анализ)	
9. Информированность о собственном положительном ВИЧ-статусе	

## Термины и сокращения

ВГВ – вирусный гепатит В

ВГС – вирусный гепатит С

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВУР - Выборка, управляемая респондентом

ГКУЗ – Государственное казенное учреждение здравоохранения

ГБУЗ - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ДИ – Доверительный интервал

ДЭН – Дозорный эпиднадзор

ИППП - Инфекции, передающиеся половым путем

ИФА - Иммуноферментный анализ

Комплексная программа - Программа «Поддержка доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации», осуществляемая НП «ЭСВЕРО»

КП – Консультационный пункт

ЛЖВ – Люди, живущие с ВИЧ

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

МКП – Мобильный консультационный пункт

МПН – Матери против наркотиков

НП – Некоммерческое партнерство

ООН – Организация объединенных наций

ПИН – Потребители инъекционных наркотиков

ПКЦ СПИД и ИЗ – Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Региональные проекты (РП) – деятельность, осуществляемая в рамках Программы «Поддержка доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации» в городах РФ

РКК – Российский Красный Крест

РТ – Республика Татарстан

РФ – Российская Федерация

РХ - Республика Хакасия

РЦПБ СПИД – Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД

СПИД - Синдром приобретенного иммунодефицита

СКП – Стационарный консультационный пункт

ФНМЦ СПИД – Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

ХРО – Хакасское региональное отделение

ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНГАСС/UNGASS – Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН

EMCDDA – Европейский Центр мониторинга наркотических веществ и наркозависимости

RDS – Выборка, управляемая респондентами

RDSAT – программное обеспечение для анализа данных, полученных при помощи выборки, управляемой респондентами.

SPSS - Статистический пакет для социальных наук / Statistical Package for Social Science

UNODC – Агентство ООН по наркотикам и преступности

## Финансирующие организации и организации-исполнители

Исследование проведено в рамках Программы «Поддержка доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации» при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Исполнители:

Роль	ФИО.	Роль
Руководитель исследования	Акулова М.В.	Общая координация работ по проекту. Обеспечение связи и координации центральной и региональной исследовательских групп. Осуществление необходимых согласований на федеральном уровне. Финансовый менеджмент проекта. Утверждение итогового отчета. Распространение результатов исследования.
Региональный руководитель исследования в Барнауле	Демьяненко Э.Р.	Контроль соответствия процедур исследования протоколу, осуществление общеорганизационного управления исследованием, получение всех необходимых согласований, назначение сотрудников исследования, участие в анализе и интерпретации результатов исследования. Распространение результатов исследования, итогового отчета и рекомендаций.
Региональный руководитель исследования в Волгограде	Шелковникова О.М.	
Региональный руководитель исследования в Набережных Челнах	Мраева А.Р.	
Региональный руководитель исследования в Абакане	Гардер В.И.	



Региональный руководитель исследования в Перми	Юркова Л.В.	
Координатор исследования в Барнауле	Федина С.А.	Организация, координация и супервизия сбора поведенческих и сероэпидемиологических данных, координация работы лабораторной службы для исследования биологических образцов, полученных от участников исследования. Обеспечение работы всех служб, организаций и лиц, задействованных на этапе сбора данных. Участие в подготовке протокола исследования и отчета по результатам исследования
Координатор исследования в Волгограде	Першина О.В.	
Координатор исследования в Набережных Челнах	Миннибаев Р.	
Координатор исследования в Перми	Гибадулин Р.Г.	
Координатор исследования в Абакане	Топоева Л.Б.	
Полевой супервизор в Барнауле	Чухмасова Н.С.	Обеспечение работы на исследовательском пункте в соответствии с протоколом исследования, ведение связанной нумерации вопросников и результатов тестирования образцов крови, приемка заполненных вопросников от интервьюеров и первичный контроль качества заполнения, контроль выдачи вознаграждения участником, контроль трудовой нагрузки
Полевой супервизор в Волгограде	Подройкин В.И.	
Полевой супервизор в Набережных Челнах	Цуканова С.А.	

Полевой супервизор в Абакане	Индинок О.И.	интервьюеров, обеспечение запасов расходных материалов (бланки вопросников, форм и запас вознаграждений, разрешение проблем и непредвиденных ситуаций. Ведение базы данных купонов, их нумерации, обеспечение связанной нумерации вопросников и образцов крови
Полевой супервизор в Перми	Корольков А.В.	
Оператор ввода данных в Барнауле	Попова В.В.	Осуществляют промежуточный контроль правильности заполнения вопросников и ввод заполненных вопросников в электронную базу данных.
Оператор ввода данных в Волгограде	Романенко О.В.	
Оператор ввода данных в Перми	Юрков А.Б.	
Оператор ввода данных в Абакане	Гардер А.Ф.	
Оператор ввода данных в Набережных Челнах	Зеркаленкова В.А.	
Интервьюеры в Барнауле	Лутков В., Павлов А.	
Интервьюеры в Волгограде	Алтухова О.А., Дембицкий Р.В., Небыкова Э.К.	Осуществляют процесс интервьюирования, после окончания – сопровождают респондента к сотрудникам, осуществляющим до- и после-тестовое консультирование и забор крови, и контролируют корректность связанной нумерации интервью и результатов тестирования, осуществляют первичный контроль правильности заполнения вопросников
Интервьюеры в Перми	Королькова С.Л. Данюкова И.В. Данюков А.В. Зарымов В.И.	

Интервьюеры в Абакане	Иванов И.И., Сидоров И.И.	
Интервьюеры в Набережных Челнах	Котельников М.В. Жуков М.В. Гайфутдинова Р.Х.	
<b>ЭКСПЕРТЫ И АНАЛИТИКИ</b>		
Независимый консультант	Корнилова М.С.	Подготовка методических инструментов исследования, тренинга, описание результатов, подготовка отчетных документов, включая подготовку итогового отчета. отчетных документов.
Независимый консультант	Одинокова В. А.	Техническая поддержка исследования в части подготовки методических инструментов исследования, тренинга, обработка собранных данных, подготовка результатов и исследования и итогового отчета.
Независимый консультант	Ерицын К.Ю.	Техническая поддержка исследования в части подготовки методических инструментов исследования, тренинга, математико-статистическая обработка собранных данных, подготовка результатов и исследования и итогового отчета.
Консультант – эпидемиолог	Калачева Г.А.	Техническая поддержка исследования в области анализа эпидемиологической ситуации и полученных данных, участие в разработке исследовательского инструментария, итогового отчета, разработки выводов и рекомендаций.

## I. Введение

В течение последних пяти лет эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации продолжает стремительно ухудшаться. Так, на 1 ноября 2014 г. ФНМЦ СПИД было зарегистрировано 864 394 случая ВИЧ-инфекции.<sup>1</sup> Из них количество новых, выявленных только в 2014 году, случаев составило 63 863. Показатель заболеваемости составил 44,5 на 100 тыс. населения, что на 10,4% выше, чем в аналогичном периоде прошлого года. Пораженность населения ВИЧ-инфекцией - 482,3 на 100 тыс. У 58,4% ВИЧ-позитивных с установленными факторами риска заражения, впервые выявленных в 2014 г., основным фактором риска было употребление наркотиков нестерильным инструментарием (в 2013 г. – 54,9%), т.е. наблюдалась тенденция к увеличению частоты и доли парентерального пути передачи ВИЧ среди наркопотребителей. Эти данные свидетельствуют о вновь возрастающей роли инъекционного употребления наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в России, и это закономерно, если принять во внимание изменения в культуре наркопотребления, произошедшие в последние несколько лет, в т.ч. появление новых наркотиков: «соли», дезоморфин и пр., употребление которых связано с дополнительными рисками инфицирования. Одновременно, в стране сокращаются профилактические программы для потребителей инъекционных наркотиков, как и в целом расходы на профилактику.

С 2006 года НП «ЭСВЕРО» при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией осуществляет Программу «Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции путем развития услуг в сфере ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации» (а с 2012 г. «Поддержка доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации»). Основной целью Программы является расширение охвата обследованием на ВИЧ, повышение качества услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН, снижение темпов роста социально значимых заболеваний за счет уменьшения рискованных практик поведения, увеличение спроса на профилактику, уход и поддержку. Для мониторинга эпидемиологической ситуации среди потребителей инъекционных наркотиков, оценки проведенной профилактической работы, доступности и качества предоставляемых в рамках Программы услуг, выявления необходимых изменений в подходах к профилактике ВИЧ-инфекции и определения ключевых направлений для дальнейшей профилактической работы было проведено дозорное био-поведенческое исследование среди ПИН в городах Абакан, Барнаул, Волгоград, Набережные Челны и Пермь. При отборе городов учитывалось большое число критериев с целью обеспечить как можно большее разнообразие исследуемых территорий. Были учтены такие факторы как географическое расположение региона, уровень пораженности ВИЧ-инфекцией, ведущий путь инфицирования, особенности наркосцены и длительность работы комплексной программы; учитывалась готовность региона провести исследование качественно и в максимально сжатые сроки. В итоге, в работу были включены территории как с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции (города Барнаул, Пермь), так и с низким (г. Абакан), с преимущественно парентеральным путем инфицирования (г. Барнаул), с признаками перехода эпидемии из уязвимых групп в основное население (г. Пермь), с ведущим половым путем передачи (г. Абакан), с преобладающими (по предварительным данным) на наркосцене опиатами (г. Волгоград), дезоморфином (г. Абакан), производными мефедрона/ «солями» (г. Набережные Челны),

---

<sup>1</sup> Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2014 г.» // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [www.hivrussia.net](http://www.hivrussia.net)

производными фенамина (г.Барнаул). Также в исследование были включены города, где комплексная программа работала длительное время (г. Пермь, г. Волгоград), и города, в которых она начала работу только в 2010 г (г. Абакан) и 2011г. (г.Барнаул). Одновременно при формировании списка городов были учтены рекомендации Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

### **1.1.Цель и задачи исследования**

Цель исследования – оценка роли группы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в распространении эпидемии ВИЧ-инфекции в городах Абакан, Барнаул, Волгоград, Набережные Челны и Пермь и прогноз дальнейшего развития эпидемии на исследуемых территориях.

#### **Задачи исследования:**

1. Выявление основных факторов риска в поведении ПИН, которые способствуют инфицированию ВИЧ при употреблении наркотиков инъекционным путем и сексуальном поведении;
2. Оценка охвата ПИН тестированием на ВИЧ, парентеральные вирусные гепатиты и ТБ, а также анализ поведенческих практик, связанных с их тестированием и лечением;
3. Оценка распространенности ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С и ИППП среди ПИН;
4. Выявление уровня информированности ПИН о ВИЧ-инфекции и путях индивидуальной профилактики инфицирования;
5. Оценка уровня охвата ПИН профилактическими мероприятиями и медико-социальными услугами;
6. Выявление уровня стигматизации ПИН;
7. Сравнение основных характеристик ПИН в городах Абакан, Барнаул, Волгоград, Набережные Челны и Пермь;
8. Динамические изменения характеристик ПИН в городах, ранее проводивших био-поведенческие исследования в данной группе (Барнаул, Волгоград и Набережные Челны).

### **1.2. Методы и процедуры био-поведенческого исследования**

#### **Целевая группа исследования**

Целевая группа исследования: потребители инъекционных наркотиков - мужчины и женщины, достигшие возраста 15 лет<sup>2</sup>, употребляющие наркотические вещества в немедицинских целях инъекционным путем в течение 4 недель, предшествовавших исследованию, находившиеся на территориях городов Абакан, Барнаул, Волгоград, Набережные Челны, Пермь на момент проведения исследования.

#### **Размер и методика формирования выборки**

Исследование было проведено с применением выборки, управляемой респондентом. Выборка, управляемая респондентом (англ. Respondent-Driven Sampling, RDS) является модификацией выборки на основании снежного кома, то есть выборкой, в которой респонденты включаются в исследование по рекомендации людей, уже участвовавших в

---

<sup>2</sup> Возраст, допускающий самостоятельное добровольное согласие для проведения медицинских манипуляций в соответствии с ч.2 статьи 54 ФЗ № «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011.

исследовании (т.е. «по цепочке»)<sup>3</sup>. Данный метод широко применяется для исследований в скрытых и стигматизируемых группах как в Российской Федерации, так и за ее пределами.

Выборка, управляемая респондентом, является усовершенствованным вариантом сетевой выборки по типу «снежный ком». В ее основе – предположение, что сами ПИН являются лучшими рекрутерами других ПИН. Особенность этой выборки – это использование процедур, повышающих случайность отбора участников исследования.

На первом этапе выборки проводится отбор первичных участников (рекрутеров), которых также называют «семена» или «зерна». Первичных участников инструктируют, объясняя, как следует привлекать к исследованию других представителей целевой группы (первая «волна»). Рекруты первой «волны» привлекают ПИН второй «волны», которые привлекают ПИН третьей «волны» и т.д. Число возможных респондентов, привлекаемых одним рекрутером, строго ограничено, а именно – тремя.

В основе мотивации участников – двойная система поощрения. Каждый участник исследования может получить до 4-х вознаграждений за участие («бонусов») – одно – за участие, и до трех – за привлечение других участников. Объем и интенсивность привлечения участников в ходе исследования нарастает.

Процесс формирования выборки отслеживается с помощью системы предварительно пронумерованных купонов. Регистрация этого процесса проводится с использованием электронной базы данных, где фиксируется порядковый номер участника и/или рекрутера, номер его купона, номера трех выданных ему купонов для рекрутирования, а также факт и дата получения им вознаграждения за участие и рекрутировании других ПИН.

Перед проведением исследования, команды специалистов из пяти городов прошли специальный тренинг по методике исследования с использованием выборки, управляемой респондентом, особенностям сбора и первичного анализа данных, ведению баз учета респондентов, вводу результатов интервью в базу данных.

Био-поведенческое исследование ПИН было реализовано во всех пяти городах в ноябре - декабре 2014 г.

## **Особенности процедуры исследования в городах-участниках**

### **Абакан**

В качестве интервьюеров выступали сотрудники проекта, центра АнтиСПИД, ХРО ООО РКК. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД». В качестве респондентов - семян выступили мужчины, употреблявшие разные виды наркотиков, и из разных районов города. В начале исследования отмечалась невысокая активность респондентов, возможно одной из причин было расположение базы исследования Центра АнтиСПИД (центр располагается на окраине города и добираться до него не очень удобно). Но постепенно активность респондентов возросла. Этому способствовало выдача бонусов не только за участие в исследовании, но и возможность получить бонус за привлеченного друга. И некоторые респонденты (зная, что получают после исследования купоны) приходили сразу с друзьями, чтобы раздать купоны им и получить бонус после их участия в этот же день. В исследовании приняли участие 105 респондентов.

---

<sup>3</sup> Heckathorn, D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden population. *Social Problems*, 1997. 44(2): 174-199

Из числа первичных участников трое оказались ВИЧ-положительными, один сформировал устойчивую цепочку ВИЧ-положительных участников (рис. 1). В оценке распространенности ВИЧ с использованием RDSAT эта тенденция была скорректирована.

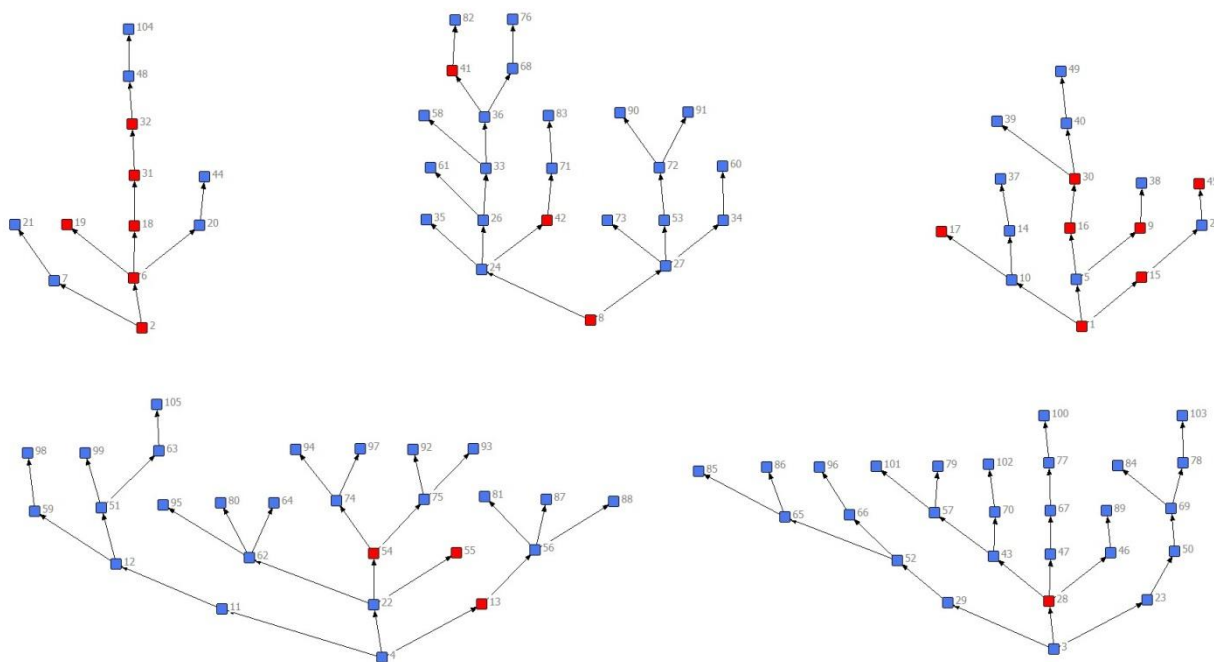


Рис. 1. Цепочки рекрутирования в Абакане (красным указаны ВИЧ-положительные участники по результатам тестирования образцов крови)

## Барнаул

Исследование было выполнено сотрудниками АКОО «АнтиСПИД-Сибирь» и Алтайского краевого Центра СПИД в стационарном пункте доврачебной помощи для наркозависимых, расположенном на базе Центра СПИД. Обученные на семинаре сотрудники АКОО «АнтиСПИД-Сибирь» осуществляли рекрутирование и отбор респондентов для включения в исследование, консультирование, анкетирование наркозависимых и ввод полученных данных в электронные базы, медицинские сестры и лаборанты Центра СПИД - забор крови и проведение анализов.

При подготовке к исследованию большое внимание было уделено обсуждению исследовательского инструментария. Анкета была объемной и, учитывая состояние наркозависимых, успех и качество исследования зависели от подготовленности интервьюеров. Поэтому в качестве интервьюеров были привлечены аутрич работники регионального проекта, имеющие большой опыт проведения подобного рода исследований. Четкое формулирование вопросов интервьюерами, удержание внимания наркозависимых, доброжелательная обстановка (интервьюируемым предлагались кофе, чай, сладости), выделенные отдельные помещения для проведения интервью, позволили провести анкетирование на достаточно хорошем уровне.

Заблаговременно до начала исследования наркозависимые были оповещены о предстоящем исследовании, полевым супервизором начат тщательный отбор семян. В качестве семян были привлечены ПИН с разными социо-демографическими характеристиками и социальными связями из числа добровольцев проекта, пациентов Центра СПИД, клиентов и не-клиентов Проекта. Исходя из пожеланий целевой группы, для мотивирования к участию, были приобретены сертификаты, на которые каждый

участник исследования и рекрутер могли приобрести продуктивные наборы, исходя из собственных предпочтений. Особенно важным оказались стоимость бонуса и предверие праздника.

На этапе отбора было отсеяно много желающих принять участие в исследовании, в связи с несоответствием критериям отбора (срок последнего употребления наркотика, возраст, состояние наркотического опьянения и др.). С другой стороны, некоторые клиенты не могли ответить на вопросы анкеты в связи с неадекватным состоянием, связанным с последствиями от употребления «скорости».

Благодаря, тому, что все этапы исследования проводились в одном месте, четкой, слаженной работе команды исследователей и соответствующим потребностям клиентов бонусам, за 15 дней было привлечено в исследование 105 ПИН.

На рис. 2 показаны цепочки рекрутирования участников исследования в Барнауле.

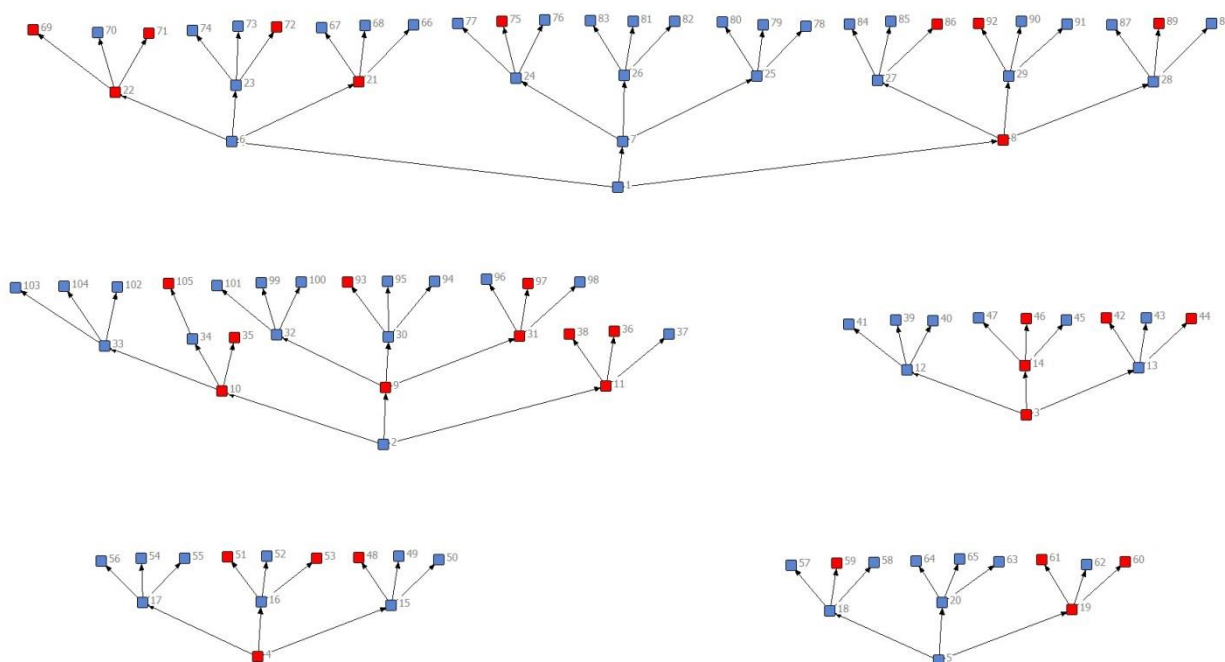


Рис. 2. Цепочки рекрутирования в Барнауле (красным указаны ВИЧ-позитивные участники по результатам тестирования образцов крови)

## Волгоград

Исследование проводилось ООО «Мария – Матери против наркотиков» в стационарном пункте на базе ГКУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ», Волгоград. Процесс рекрутирования ПИН инициирован с выбора «семян» - ПИН, ранее не попадавших в поле зрения медицинских учреждений и НКО, но выявленных в ходе аутрич мероприятий на стадии подготовки к исследованию. Количество «семян» - 5 человек с разными социо-демографическими характеристиками, разным количеством общающихся (от 8 до 500 человек) и разными видами употребляемых наркотиков.

Отмечались следующие особенности сбора данных. Около половины респондентов находились в состоянии наркотического опьянения, это затрудняло проведение опроса и существенно увеличивало его время. Некоторые ПИН предоставляли заведомо недостоверную информацию при опросе (например, говорили о том, что никогда не



обследовались на ВИЧ и вирусные гепатиты, хотя аутрич-работники их лично ранее приводили в Центр СПИД для обследования; некоторые ПИН на вопрос об опыте получения услуг отвечали, что никогда не участвовали в тренингах и обучающих семинарах, хотя минимум двоих из них аутрич-работники лично приводили на семинары в 2013-2014 году и т.д.).

Исследователи отмечают правильный выбор бонусов за участие в исследовании и привлечение других участников исследования (карты оплаты мобильной связи), и оптимальный выбор стационарного пункта исследования — на базе ГКУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ», Волгоград. К исследованию было привлечено 105 ПИН.

На рис. 3 показаны цепочки рекрутирования участников исследования в Волгограде.

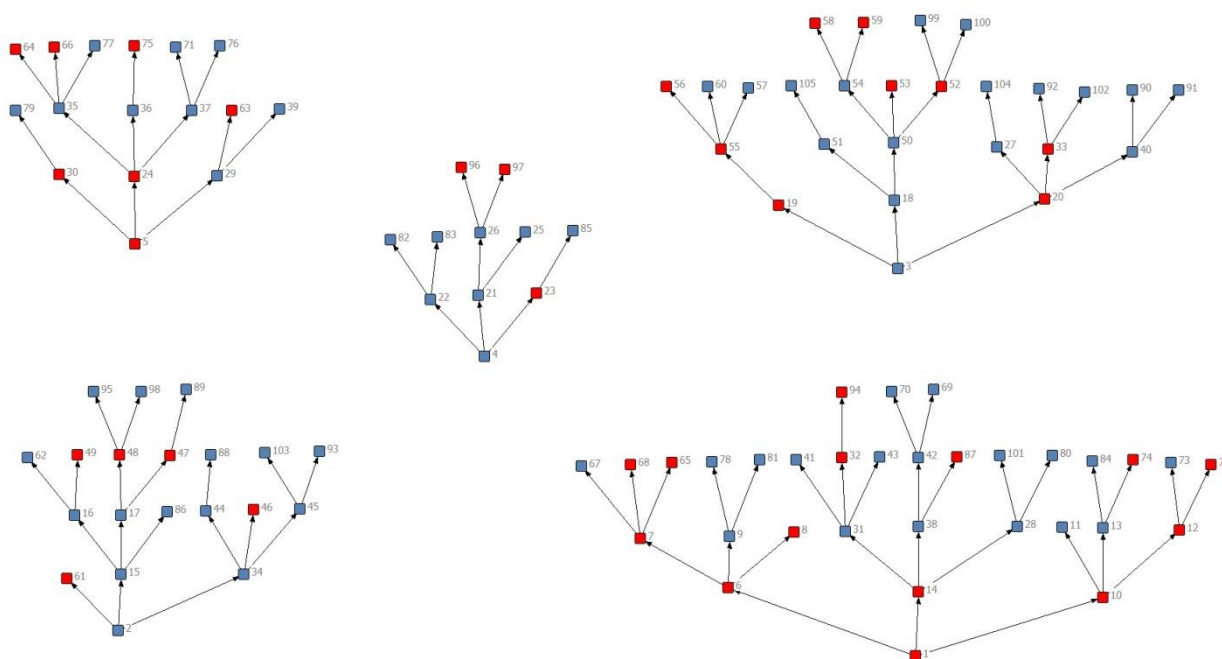


Рис. 3. Цепочки рекрутирования в Волгограде (красным указаны ВИЧ-позитивные участники по результатам тестирования образцов крови)

### Набережные Челны

Исследование проведено Благотворительным фондом по защите прав и охране здоровья инвалидов, наркозависимых и ВИЧ-инфицированных людей «Светоч». Дозорным участком был выбран стационарный пункт оказания помощи на базе филиала ГБУЗ РЦПБ СПИД и ИЗ Министерства здравоохранения Респубрики Татарстан в г. Набережные Челны, там же и проходил забор крови. Были тщательно отобраны первичные участники – мужчины и женщины, использующие различные наркотики. За счет того, что интервьюеры и медсестра дежурили по субботам, была предоставлена возможность поучаствовать в исследовании ПИН, работающим по пятидневной неделе.

В качестве бонуса использованы продуктовые наборы. Продукты были сформированы из учета интересов всей семьи ПИН. Так, в бонус входили: консервированные фрукты, сладкие рулеты и пирожные, чай и кофе, сахар, сгущенное молоко, сок, шпроты и т.д. Актуальность набора объяснялась предстоящим празднованием нового года. Бонусы быстро стали популярными, а возможность получения дополнительного набора активизировало участников, и многие респонденты получали второй бонус в этот же день.

Участники исследования звонили своим знакомым, находясь еще на дозорном участке, и к моменту окончания интервью по их купону уже подъезжали новые респонденты.

Всем «первичным» клиентам присвоен индивидуальный код и оказаны следующие услуги: женщинам раздали тесты на определение беременности, средства гигиены, детские подгузники, направления на УЗИ и осмотр гинеколога; мужчины получали презервативы, направления на УЗИ и осмотр дерматовенеролога; все клиенты получали стерильный инъекционный инструментарий. Всего к исследованию привлечено 105 ПИН.

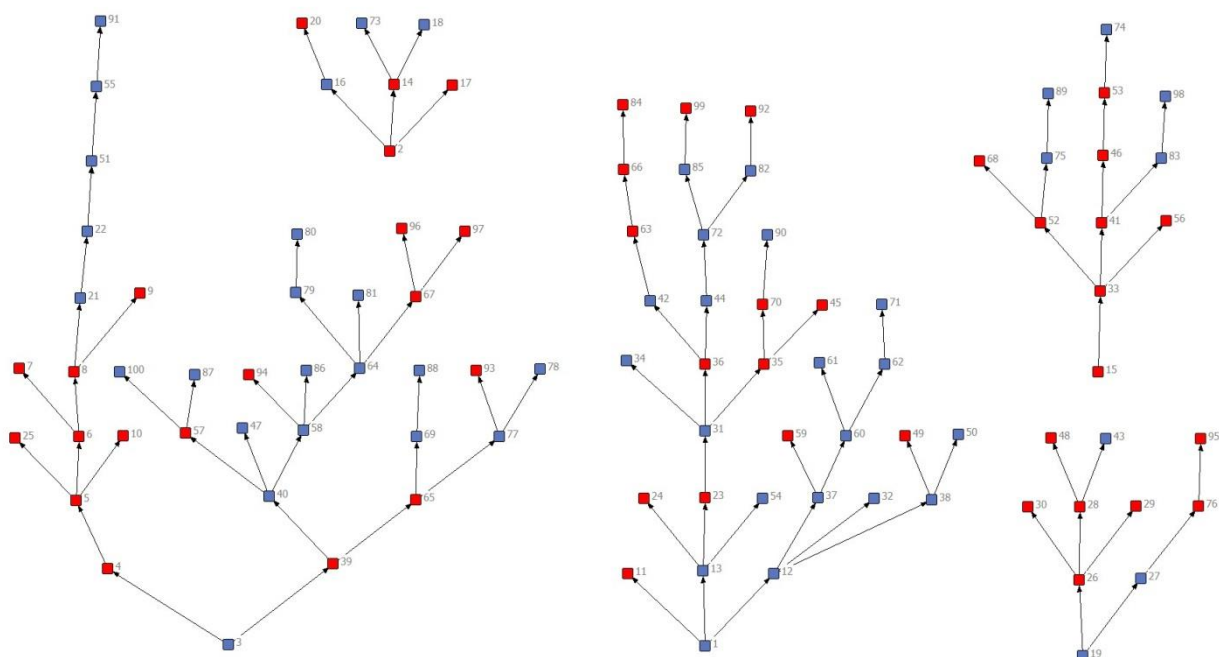


Рис. 4. Цепочки рекрутирования в Naberezhnye Chelny (красным указаны ВИЧ-позитивные участники по результатам тестирования образцов крови)

## Пермь

Исследование выполнено Фондом «Зеркало». В качестве дозорного участка был выбран стационарный пункт на базе Пермского краевого Центра СПИД, там же и проходил забор крови. В качестве «зёрен» были привлечены ПИН с различным набором социально-демографических характеристик, разными размерами социальных связей и незнакомые друг с другом. Сотрудники исследовательской группы мотивировали на участие в исследовании только первичных ПИН, исходя из принципов, изложенных в методических рекомендациях. Мотивирование других респондентов-ПИН осуществляли ПИН-рекрутеры. Из 5 запущенных «зёрен», одно не дало никаких результатов, так как от него никто не пришёл, а контакт с ним был потерян. Наиболее эффективно сработали 3 «зерна», дав исследованию основную часть респондентов (рис. 5) в количестве 91 человек.

С набором респондентов не возникло проблем, так как желающих участвовать в исследовании было достаточно, поэтому, несмотря на низкий результат двух из пяти «зёрен», было принято решение больше «зёрен» не набирать. Достаточное количество ПИН, желающих участвовать в исследовании, было обусловлено правильно подобранным вариантом вознаграждения, как за участие в самом исследовании, так и за привлечение респондентов. Вознаграждение представляло собой карточки по оплате сотовой связи с номинальной стоимостью 450 (за участие) и 500 рублей (за привлечённых респондентов).

Карточки оплаты услуг сотовой связи являлись универсальными и подходили для пополнения счёта у любого оператора. Информация среди ПИН разлетелась очень быстро, купоны пользовались спросом.

Встречались случаи, когда респонденту были непонятны вопросы, указанные в опросниках, тогда интервьюер давал респонденту пояснение смысла вопросов. Так как стационарный исследовательский дозорный участок находился в отдалённом от проживания запущенных «зёрен» районе, некоторые участники не желали ехать до места проведения исследования. Возникшие трудности удалось решить, благодаря доставке желающих участвовать в исследовании до исследовательского (дозорного) участка на автомобиле Фонда. Все участники исследования были оповещены, что обладатели купонов могут воспользоваться такой услугой. Но не во всех районах, где были выбраны «зёрна», предоставлялась возможность быть «довезенными» до стационарного пункта лицам, имеющим купон на руках. В тех районах, где такой услуги не было, наблюдалась низкая посещаемость дозорного участка.

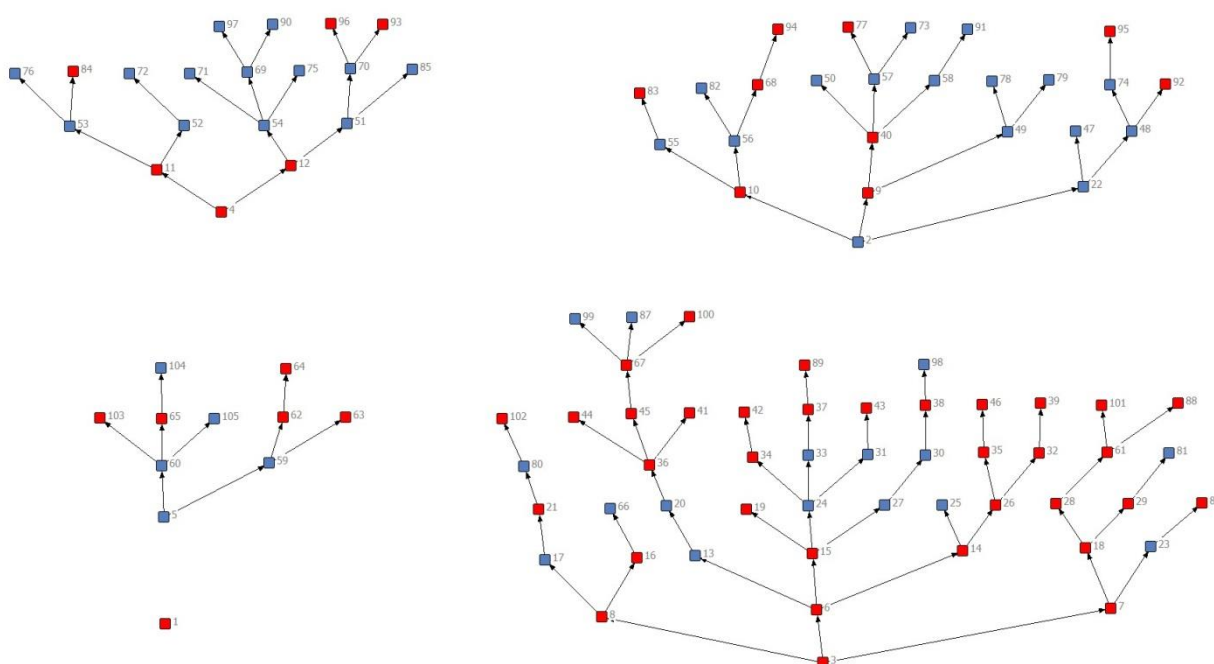


Рис. 5. Цепочки рекрутирования в Перми (красным указаны ВИЧ-позитивные участники по результатам тестирования образцов крови)

#### 1.4. Методы анализа данных

##### Простые распределения

По всем вопросам (показателям) вопросника были рассчитаны простые распределения (в % - для качественных признаков (вопросы с вариантами ответов), в средних (M), медианах (Me) и стандартных отклонениях ( $\delta$ ) – для количественных признаков (вопросы о возрасте, количестве, стаже употребления наркотических веществ и т.п.). Данный вид анализа проведен для каждого города отдельно.

В разделе «Половое поведение и половые партнеры» результаты показаны отдельно для мужчин, женщин и всей выборки. В связи с тем, что существуют значительные различия между мужчинами и женщинами в характеристиках полового поведения (гендерные нормы), а в выборках ПИН имеется значительное смещение по полу в пользу мужчин,

анализ полового поведения ПИН в целом по выборке, без учета пола, был бы некорректным. В таблицах приведены значения критерия хи-квадрат для оценки статистически значимых различий в половом поведении мужчин и женщин.

Результаты расчетов в табличной форме отдельно для каждого города представлены в Приложениях:

1. *Результаты исследования в Абакане*
2. *Результаты исследования в Барнауле*
3. *Результаты исследования в Волгограде*
4. *Результаты исследования в Набережных Челнах*
5. *Результаты исследования в Перми*

Порядок изложения результатов в тексте отчета соответствует порядку таблиц в Приложениях.

#### *Популяционные оценки распространенности показателей с использованием программы RDSAT*

Относительно свободное привлечение участников из социальной сети в выборке, управляемой респондентом значительно повышает репрезентативность данных. Однако вопрос о смещении в сторону более активных и общительных или менее стигматизированных представителей труднодоступной группы остается открытым. Кроме того, действие принципа привлечения рекрутерами участников, наиболее похожих на самих себя (явление гомофилии), также нарушает случайность такого отбора.

Для коррекции эффектов смещения при реализации выборки, управляемой респондентом, дополнительно проводится сбор количественных и качественных характеристик социальной сети каждого рекрутера. Это позволяет осуществлять статистические процедуры для повышения репрезентативности данных (например, взвешивание). Специально для такого статистического анализа RDS Incorporated разработала компьютерную программу RDSAT©, которая распространяется бесплатно через Интернет-сайт: <http://www.respondentdrivensampling.org/>.

Популяционные оценки с использованием программы RDSAT выполнены для ограниченного количества ключевых показателей: социально-демографических характеристик респондентов, типа региональных наркотиков, индикаторов ЮНГАСС, результатов тестирования образцов крови на наличие ВИЧ, вирусных гепатитов В и С и сифилиса.

Популяционные оценки с использованием программы RDSAT представлены в табличной форме в Разделе III. Различия между городами-участниками исследования и ключевые индикаторы ЮНГАСС (таблица 3).

Популяционные оценки отличаются от %-ных распределений тех же самых признаков в выборке, поскольку в программе RDSAT производится корректировка смещения выборки (например, в пользу ВИЧ-положительных ПИН, потребителей определенного типа наркотиков, клиентов профилактической программы), за счет чего достигается *репрезентативность полученных данных для популяции ПИН города.*

Таким образом, для того, чтобы корректно анализировать региональные различия результатов исследования, необходимо опираться на скорретированные, оценочные показатели, рассчитанные в RDSAT.

#### *Кросс-секционный анализ*

Данный вид анализа направлен на установление связей (корреляций). Этот статический анализ в исследованиях часто используется для выявления вероятных причинно-следственных связей, однако должен интерпретироваться с осторожностью, поскольку он основан на данных, относящихся к одному и тому же периоду времени.

В рамках данного исследования проведен кросс-секционный анализ с использованием критерия хи-квадрат Пирсона в двух случаях: 1) для установления связей социально-демографических и поведенческих характеристик респондентов с ВИЧ-статусом (по данным тестирования образцов крови), 2) для установления связей социально-демографических, поведенческих характеристик респондентов, результатов лабораторного тестирования их крови на инфекции - со статусом участника профилактической программы.

Результаты кросс-секционного анализа в табличной форме представлены в Приложениях:

*6. Связь ВИЧ-статуса с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, охватом профилактикой (кросс-секционной анализ).*

*8. Связь статуса участника профилактической программы с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, ВИЧ-статусом (кросс-секционной анализ).*

Описание результатов кросс-секционного анализа содержится в тексте отчета в разделах «Программы профилактики для ПИН» и «Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию» соответственно.

#### *Регрессионный анализ*

Регрессионный анализ — это статистический метод исследования влияния одной или нескольких независимых переменных (предикторов) на зависимую переменную. В данном исследовании регрессионный анализ использовался с целью определения вклада социально-демографических и поведенческих характеристик ПИН (независимых переменных) в вариацию зависимой переменной - результат тестирования образцов крови участников исследования на ВИЧ.

Наличие связи между независимыми и зависимой переменными является предпосылкой для применения этого вида анализа, поэтому в регрессионную модель для каждого города были включены только те демографические и поведенческие характеристики ПИН, которые были значимо связаны с ВИЧ-статусом (по результатам проведения кросс-секционного анализа).

Результаты регрессионного анализа в табличной форме представлены в Приложении:

## *7. Связь ВИЧ-статуса с демографическими характеристиками, видами наркотиков, рискованным поведением, охватом профилактикой (регрессионный анализ, метод – enter)*

Описание результатов регрессионного анализа содержится в тексте отчета в разделе «Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию».

### **Анализ сероэпидемиологических данных**

Изучение распространённости ВИЧ-инфекции и инфекций, имеющих сходные пути передачи, в рамках данного исследования проводилось методом связанного анонимного тестирования с информированным согласием. Сбор образцов крови осуществлялся на дозорных участках сразу после интервьюирования с соблюдением санитарно-эпидемиологического режима. Образцы крови получены путем забора 5 мл крови из вены с помощью современных закрытых вакуумных систем. Отбор образцов сопровождался до- и послетестовым консультированием. Образец крови кодировался по порядковому номеру вопросника и номеру купона респондента. Всем респондентам была предоставлена возможность получить результаты своих анализов при последующем обращении. Тестирование образцов крови на ВИЧ, ВГВ, ВГС и сифилис проводилось стандартными методами ИФА в лаборатории Центра по профилактике и борьбе со СПИД

## **II. Результаты исследования в городах-участниках**

### **1. Абакан: эпидемиологическая ситуация**

#### **Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г. Абакан**

ВИЧ-инфекция в г. Абакане регистрируется с 1999 г., когда было выявлено первых 4 случая заболевания. До 2008 года заболеваемость в городе оставалась на низком уровне, ежегодно регистрировалось не более 10-11 новых случаев.

Начиная с 2008 года, наметилась тенденция к росту, показатель заболеваемости увеличился в 2,5 раза по сравнению с предыдущим годом и составил 12,2 на 100 тыс. населения (в 2007 г.-4,9). В 2009 году был зарегистрирован самый высокий показатель заболеваемости за все периоды наблюдения - 20,1 на 100 тыс. населения, а в течение последующих четырех лет этот показатель варьировал от 10,8 до 17,7. За 10 месяцев 2014 года выявлено 30 новых случаев ВИЧ-инфекции, из них парентеральный путь передачи установлен у 11 потребителей инъекционных наркотиков или 36,6% случаев. Наибольшая доля парентерального пути передачи была выявлена в 2009 г. и составила 24,2%. Однако с ростом полового пути передачи в г. Абакане, доля парентерального пути начала снижаться и к 2013 г. составила 16,6%.

Доля ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков из общего числа обследованных ПИН, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения г. Абакана ежегодно составляет от 0,9% до 3,8%. Так, если в 2012 г. было обследовано 408 человек из числа потребителей инъекционных наркотиков и выявлено 8 ВИЧ-позитивных (2,0%), то

только за 10 месяцев 2014 года из обследованных 284 ПИН было выявлено 11 ВИЧ-инфицированных или (3,8%).

Профилактическая работа по ВИЧ-инфекции в группах риска, в том числе и в группе ПИН, ведется в Абакане с 2010 г. на регулярной основе.

### 1.1. Социально-демографические характеристики

Респонденты-ПИН в Абакане преимущественно представлены мужчинами (72,2%) все - русской национальности (100,0%) в возрасте от 31 до 40 лет (60,0%); средний возраст – 36 лет; размах – от 19 до 58 лет. В основном, опрошенные проживают в Абакане с рождения (74,3%). Из числа мигрантов, более половины проживают в Абакане более 20-ти лет и являются уроженцами других населенных пунктов Республики Хакасии или других регионов Российской Федерации. Половина мигрантов ранее жили в сельской местности.

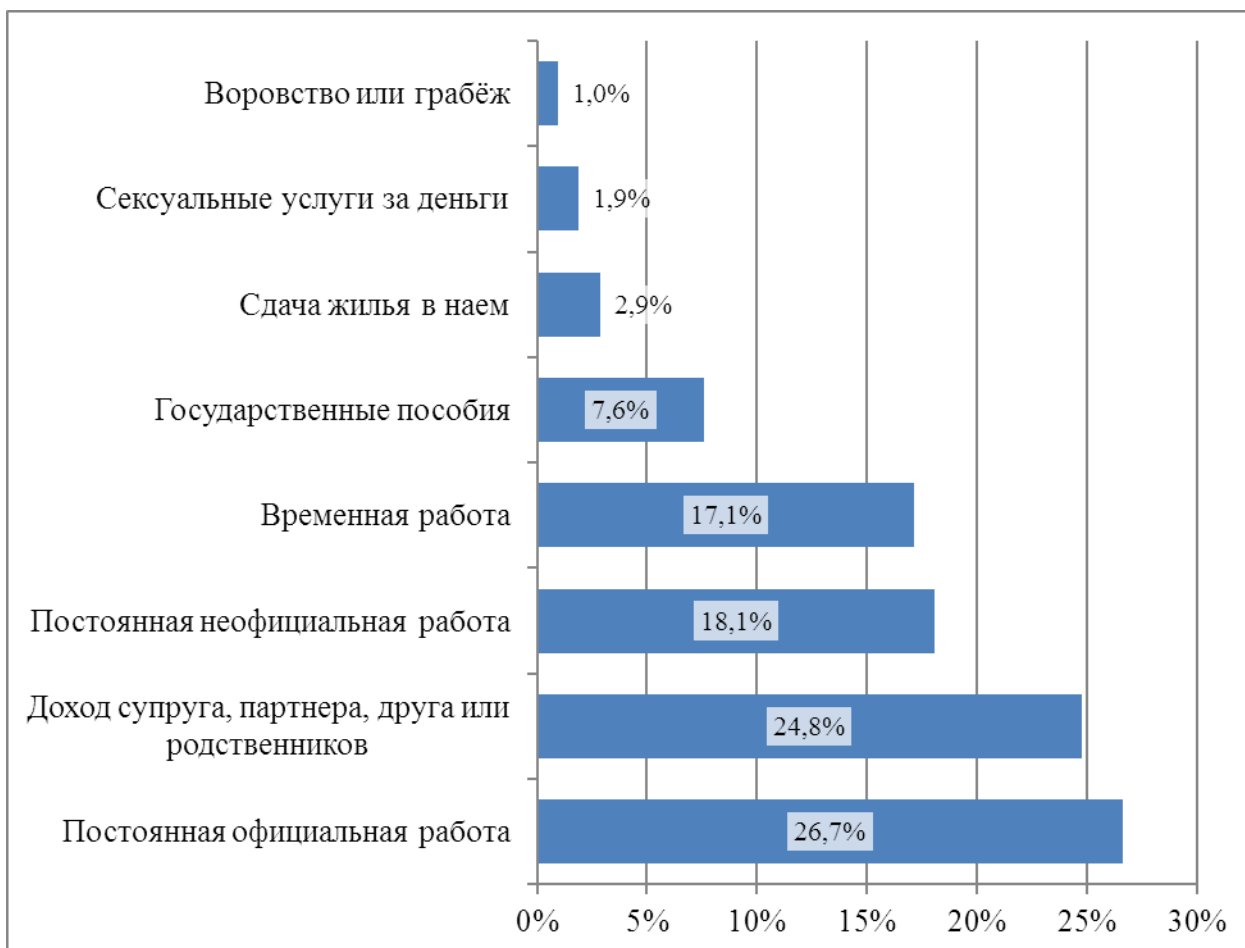
Для ПИН г. Абакана характерно либо отсутствие профессионального образования (9 или 11 классов школы – 29,5% и 22,9% соответственно), либо законченное начальное или среднее профессиональное образование - 34,3%.

Значительная часть ПИН –34,8% не состоят в зарегистрированном браке и не проживают с партнером в гражданском сожительстве, каждый третий не состоит в зарегистрированном браке, но проживает с партнером в гражданском сожительстве - 29,5%. Состоят в зарегистрированном браке и проживают совместно с супругой(ом) только 12,4%.

Более половины ПИН имеют детей -59,9%. Из них, почти у половины – один ребенок (46,8%), у каждого третьего ПИН (35,5%) – два ребенка, у каждого шестого ПИН – трое и больше детей.

Чаще всего в качестве *возможных источников дохода* ПИН упоминали временную работу (в том числе случайные заработки, неофициальная подработка, и пр.) 41,9%, доход супруга, партнера, друга или родственников - 41,9%, постоянную официальную работу с регулярной зарплатой (полная или частичная занятость) - 26,7%, постоянную неофициальную работу с регулярной зарплатой (полная или частичная занятость) (21,9%). Противоправные источники дохода (воровство, грабеж, сексуальные услуги), также как и государственные пособия, стипендии упоминались лишь в единичных случаях.

В качестве *основного источника дохода* чаще всего назывались постоянная официальная работа - (26,7%), доход супруга, партнера, друга или родственников - (24,8%), постоянная неофициальная работа - (18,1%) (рис. 1.1.)



*Рис. 1.1. Основной источник дохода в течение последних 6-ти месяцев*

В большинстве случаев уровень дохода позволяет ПИН удовлетворить лишь базовые нужды: на питание денег хватает, но покупка одежды затруднительна (46,7%), приобретение крупной бытовой техники затруднительно (45,7%). Менее 5% могут позволить себе приобрести крупную бытовую технику и прочие блага. Однако и таких, кто с трудом находит средства на питание – единицы (3 чел.; 2,9%).

Уровень криминализации ПИН демонстрируют следующие данные. Четверо из 10-ти ПИН (41,0%) сообщили, что задерживались правоохранительными органами в течение последних 12-ти месяцев. Каждый третий (34,3%) когда-либо отбывал срок в местах лишения свободы.

В большинстве случаев ПИН обеспечены необходимыми для получения медицинской помощи документами – паспортом и медицинским полисом (98,1% и 94,3% соответственно).



## 1.2. Опыт, частота и структура наркопотребления

Средний стаж употребления наркотиков составляет у ПИН Абакана 15 лет ( $\sigma = 7$  лет), а инъекционных наркотиков – 11 лет ( $\sigma = 7$  лет). ПИН, недавно вовлеченных в потребление инъекционных наркотиков (1 год и менее) – 1,9% (2 чел.).

Возраст первой пробы инъекционных наркотиков составляет 25 лет ( $\sigma = 6$  лет). В половине случаев, знакомство с инъекционными наркотиками произошло в возрасте 16-25 лет, в остальных случаях – в старших возрастных категориях. В целом, этот возраст варьирует от 13 до 50-ти лет.

Первым инъекционным наркотиком чаще всего был опий-сырец, маковая соломка (49,5%), героин (22,9%), реже - кустарно обработанный пищевой мак (12,4%), дезоморфин («Крокодил») - 10,5%. В большинстве случаев (97,1%) этот наркотик ранее не использовался как не инъекционный.

Первую инъекцию чаще всего помог сделать друг (подруга), приятель (приятельница) (48,6%), реже - половой партнер (14,3%) и родственник (11,4%).

Наиболее распространенными инъекционными наркотиками в регионе (по данным о пробе наркотиков в течение последнего года) являются дезоморфин («Крокодил») (87,6%), кустарно обработанный пищевой мак (31,4%), опий-сырец, маковая соломка (21,9%), фенамин (спид, скорость) (21,9%) (рис 1.2.).

Наркотиками, в отношении которых у ПИН сформирована зависимость (по данным 30-дневного потребления) являются дезоморфин («Крокодил») (85,7%) и, реже, - фенамин (спид, скорость) (14,3%). Отмечаются и единичные случаи сочетанного с вышеупомянутыми наркотиками потребления опиатов (героина, опия-сырца, маковой соломки, кустарно обработанного пищевого мака).

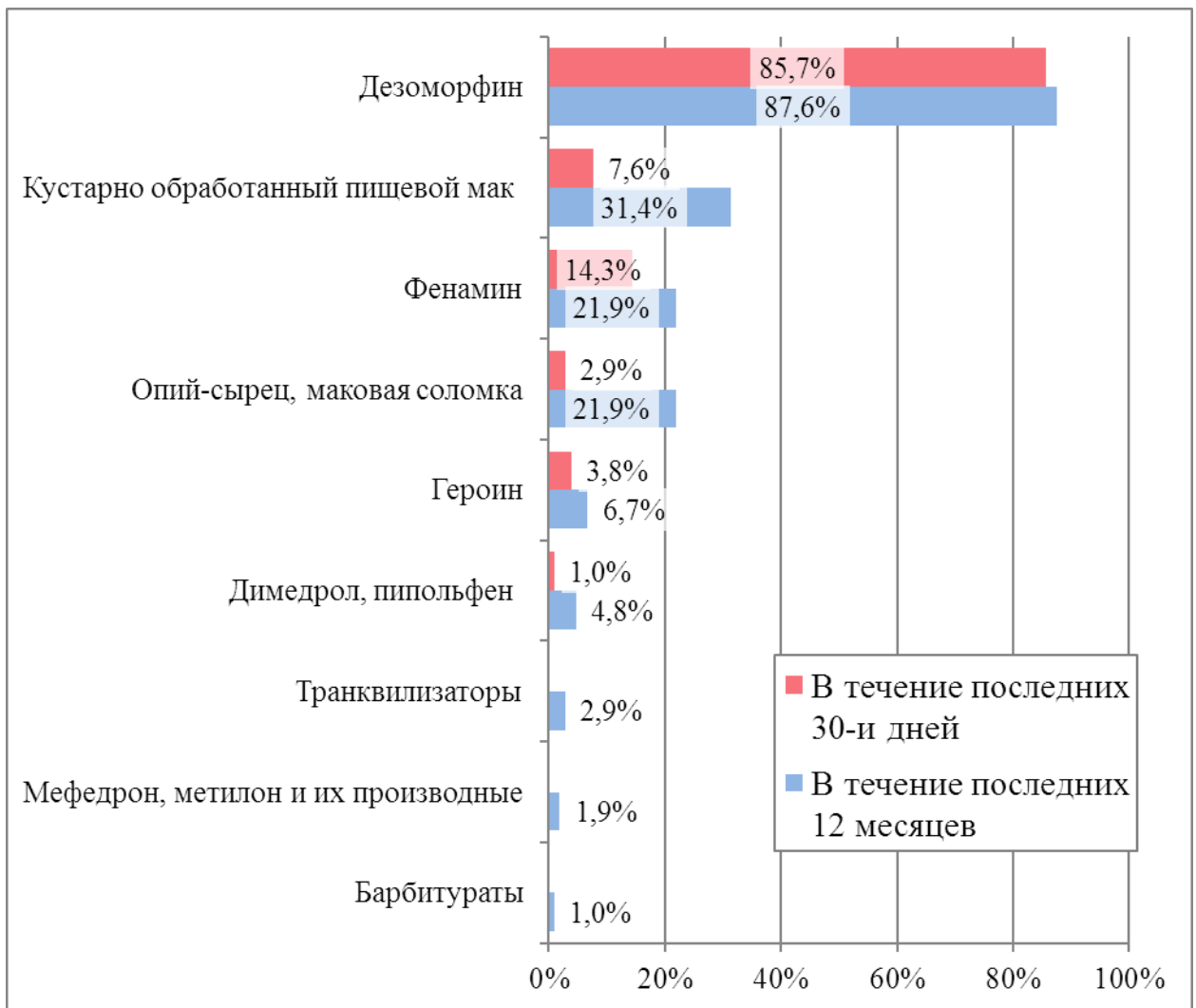


Рис. 1.2. Наркотики, использовавшиеся при помощи инъекций

Каждый третий употребляет наркотики ежедневно и чаще (30,5%), для остальных характерно более редкое употребление с разнообразной частотой: от 2-3 раз в месяц до 4-6 раз в неделю. Трое из четырех ПИН принимали алкоголь или лекарственные препараты одновременно с употреблением инъекционных наркотиков в течение последнего месяца перед опросом (76,2%).

### 1.3. Использование инъекционного инструментария

В среднем, за последнюю перед опросом неделю ПИН Абакана использовали для введения наркотиков 16 (медианное значение = 14) шприцев. Субъективная доступность стерильного инъекционного инструментария относительно высока: 62,9% утвердительно ответили на вопрос «Всегда ли вы можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы, когда они Вам нужны?»

Те, кто не испытывает проблем в доступе к инструментарию, приобретают шприцы в аптеках (57,6%), у друзей (53,0%), в консультационном пункте (КП) (53,0%), у других

потребителей наркотиков (48,5%). В качестве основных источников получения стерильного инструментария 53,0% респондентов выделили КП, 33% - аптеки.

Основной причиной недоступности инструментария, по мнению ПИН, которые сообщили, что не всегда могут получить стерильные иглы и/или шприцы, является отсутствие времени для его приобретения (48,7%), а также проблема, что иглы и/или шприцы не продают по одному (23,1%).

При последней инъекции использовали иглу и/или шприц, которыми до этого пользовался кто-то другой, 21,0% ПИН. Те респонденты, которые во время последней инъекции использовали свой инструментарий, в 95,2% пользовались стерильной иглой/шприцем.

Постоянно в последние 30-ти дней перед опросом использовали стерильные иглы и/или шприцы, т.е. те, которыми никто не пользовался ранее, в т.ч. сам ПИН, чуть более половины респондентов (55,2%).

Половина ПИН (50,4%) сообщили о повторном использовании собственных игл и/или шприцев в течение последних 30-ти дней перед опросом. ПИН, в среднем, 7 раз повторно использовали свои иглы и/или шприцы.

Сорок процентов респондентов в течение последних 30-ти дней перед опросом использовали иглу и/или шприц, которыми уже пользовался кто-то другой. В среднем, два других человека использовали иглу и/или шприц до респондента. Иглы и/или шприцы использовались, чаще всего, после приятеля, друга, подруги (в 59,5%) и кого-то из компании употребляющих наркотики (в 52,4%).

Из числа ПИН, пользовавшихся чужим инструментарием, только 7% всегда промывали или очищали перед инъекцией использованные иглы и/или шприцы. Остальные делали это «иногда» (66,7%) и «чаще всего» (21,4%). Для дезинфекции использованных игл и/или шприцев ПИН чаще всего просто промывали их холодной некипяченой водой (78,6%).

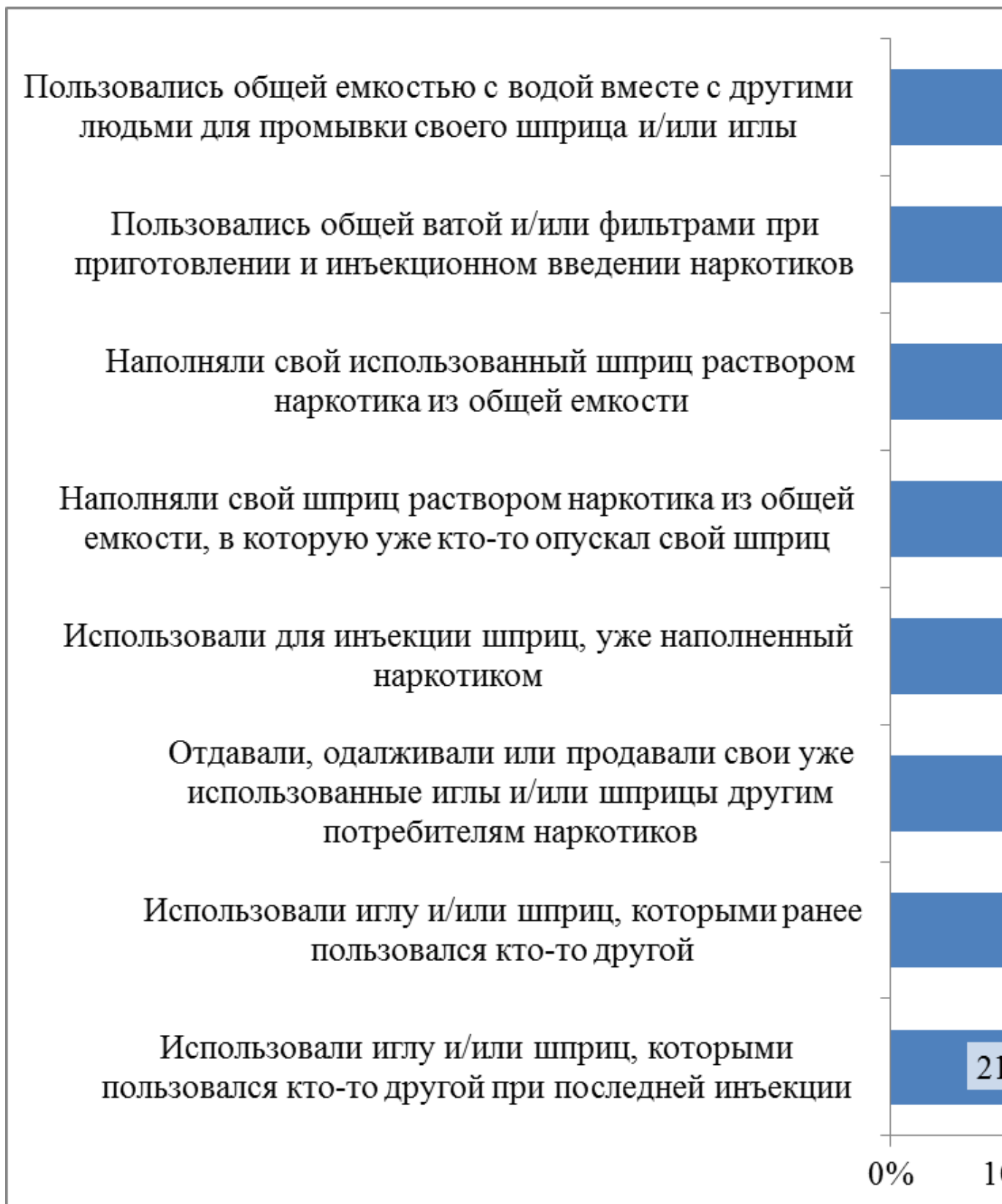
Около половины ПИН (53,3%) сообщили, что никогда не отдавали, не одалживали и не продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы другим потребителям наркотиков в течение последних 30-ти дней перед опросом. Оставшиеся 46,7% ПИН, 18,4% которых оказались ВИЧ-положительными, передавали свои уже использованные иглы и/или шприцы, в среднем, двум другим ПИН. Инструментарий передавали, чаще всего, приятелю, другу, подруге (63,3%), или кому-то в компании употребляющих наркотики (49,0%).

Половина и более ПИН Абакана практиковали и другие рискованные, с точки зрения парентерального инфицирования ВИЧ и сопутствующими заболеваниями, виды поведения (в порядке уменьшения частоты)<sup>4</sup>: наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости, в которую уже кто-то опускал свой шприц (61,9%), использовали для инъекции шприц, уже наполненный наркотиком (60%), пользовались общей ватой и/или фильтрами при приготовлении и инъекционном введении наркотиков

---

<sup>4</sup> Самоотчет за 30-дневный период.

(60%), наполняли свой использованный (нестерильный) шприц раствором наркотика из общей емкости (49,5%), для промывки своего шприца и/или иглы пользовались общей емкостью с водой вместе с другими людьми (45,7%). В основном, это были не однократные, а регулярные виды поведения. Относительная распространенность рискованных практик показана на рис. 1.3.



*Рис. 1.3. Рискованные практики при приготовлении и введении наркотиков в течение последних 30-ти дней*

Каждый 10-й ПИН сообщил, что в компании людей, с которыми он (она) употребляет наркотики, есть человек, инфицированный ВИЧ; каждый третий затруднился ответить на этот вопрос. Три человека (2,9%) сообщили, что им случалось употреблять наркотики, пользуясь иглой и/или шприцем после человека, у которого, подозревали наличие ВИЧ-инфекции; каждый третий затруднился дать ответ на этот вопрос.

#### **1.4. Передозировки**

Опыт передозировок наркотиками достаточно широко распространён среди ПИН Абакана. Каждый четвертый ПИН сталкивался за последний год с явлением передозировки (22,9%), а каждый третий был свидетелем передозировки у другого человека (30,5%).

ПИН знакомы со следующими действиями для предотвращения смерти в результате передозировки (в порядке частоты упоминания): ввести внутривенно солевой раствор, кипяченую воду (60,0%), поддерживать в сознании (45,7%), облить холодной, горячей водой (41,0%), проверить пульс, дыхание, провести искусственное дыхание, непрямой массаж сердца (35,2%), причинить физическую боль (33,0%), вызвать скорую помощь (7,6%). Ни один ПИН не был знаком с необходимостью ввести препарат Налоксон при передозировке. В среднем, каждый ПИН назвал два разных способа помощи при передозировке. Ни один участник исследования не смог назвать все семь способов помощи при передозировке (max – 5), в то же время, никто из участников не затруднился ответить на этот вопрос и назвал хотя бы один такой способ.

Только один человек обращался за скорой медицинской помощью из-за передозировки наркотика (у него (нее) или кого-либо другого) в течение последних 12 месяцев перед опросом. Трое обращались ранее. Ни один человек не применял препарат Налоксон в случае передозировки в течение последних 12 месяцев перед опросом. Трое имели опыт применения этого препарата ранее.

#### **1.5. Половое поведение и половые партнеры**

Опыт половой жизни имеется у всех ПИН, кроме одного – мужчины. Начало половой жизни, составило, в среднем, 18 лет, как у мужчин, так и у женщин. Сексуально активны (жили половой жизнью в течение последних 30-ти дней перед опросом) 68,4% мужчин и 72% женщин (различия статистически не значимо).

В среднем, за последние 12 месяцев у мужчин было 4 разных половых партнера, у женщин – 1 партнер ( $p \leq 0.05$ ). Число половых партнеров составило до 36-ти – у мужчин, и до 3-х – у женщин.

У 61,2% сексуально активных ПИН в течение последнего года был постоянный партнер (различия между мужчинами и женщинами статистически не значимы): у женщин - один

партнёр, у мужчин – преимущественно, один партнер, однако четверо сообщили о том, что у них было 2-5 постоянных партнеров.

Кроме того, 58,7% мужчин и 18,2% женщин сообщили, что у них были случайные партнеры в течение последнего года ( $p \leq 0.05$ ). В половине случаев, у мужчин было 4 и более случайных партнеров, у женщин во всех случаях было 1-3 случайных партнера.

Каждый десятый (9,3%) из числа сексуально активных мужчин сообщил, что у него были и коммерческие партнеры (т.е. он покупал сексуальные услуги). Женщины опыт коммерческого секса в течение последнего года отрицали, трое отказались отвечать на это вопрос.

При последнем по времени половом контакте презерватив использовали 16% ПИН (без статистически значимых различий между мужчинами и женщинами).

При последнем половом контакте с постоянным партнером презерватив использовался в 15,4% случаев. Основные причины не использования презерватива с постоянным партнёром: «не люблю презервативы» (34,1%; эта причина чаще называлась мужчинами), возражал партнер (20,5%, эта причина чаще называлась женщинами), использовали другой способ предохранения (18,0%; эта причина одинаково часто называлась как мужчинами, так и женщинами).

При последнем половом контакте со случайный партнером презерватив использовал каждый четвертый ПИН (24,4%), причем во всех случаях использования презерватива - это были мужчины. Женщины, при последнем контакте со случайным партнёром, презервативом не пользовались. Основными причинами неиспользования презервативов были «не люблю презервативы» (у мужчин) и возражал партнер (у женщин).

Презерватив использовался в 100% случаев при последнем коммерческом половом контакте.

В целом, каждый раз использовали презервативы в контактах с постоянным партнером 5,8% ПИН, в контактах со случайными партнерами – 9,8% ПИН, в контактах с коммерческими партнерами - 33,3% ПИН, у которых были такие контакты.

*Половые связи с людьми, не употребляющими наркотики, оказываются более распространенными среди ПИН-мужчин. Так, за последний год, такие контакты были у 69,0% мужчин и 36,4% женщин ( $p \leq 0.05$ ). Количество таких, не употребляющих наркотики, партнеров составило 1 (40,0%), 2 и больше (36,1%). Каждый четвертый (23,0%) затруднился ответить на вопрос о количестве сексуальных партнеров, не употребляющих наркотики.*

При последнем половом контакте с партнером, не употребляющим наркотики, презерватив использовался только в четверти (24,6%) случаев. Основные причина неиспользования презерватива: «не люблю презервативы» и «использовали другой способ предохранения». Все время использовали презерватив при половых контактах партнерами

не-ПИН 13,1% ПИН из числа тех, у кого такие партнеры были в течение последних 12 месяцев.

*Половые контакты с людьми, инфицированными ВИЧ*, были у 5,9% ПИН (5 чел.), каждый третий затруднился ответить, были ли ВИЧ-инфицированные среди их половых партнеров.

Каждый 10-й ПИН Абакана сообщил об опыте *сексуального насилия*, т.е. принуждения к вступлению в половую связь с применением силы или под угрозой применения силы (под давлением) в течение последних 12-ти месяцев (9 чел., из них 8 – женщины, т.е. каждая третья женщина-ПИН).

## **1.6. Охват медицинской помощью и профилактическими программами**

### **1.6.1. Наркологическая помощь**

Несмотря на значительный стаж употребления наркотиков среди ПИН Абакана, опыт взаимодействия с государственной наркологической службой - достаточно ограниченный. Каждый четвертый ПИН (24,8%) сообщил, что обращался когда-либо в жизни за наркологической помощью в любое наркологическое учреждение в любом российском городе. Из них, 73,1% обращались в наркологический диспансер Абакана за бесплатной неанонимной помощью, 19,2% обращались туда же за платной анонимной помощью, 3,8% обращались в реабилитационный центр, расположенный в Абакане, один человек не дал ответ на вопрос о том, куда он обращался за наркологической помощью. На наркологический учет были поставлены 73,1% обратившихся за наркологической помощью.

Осведомленность о возможностях наркологической помощи в Абакане среди ПИН невысока: 98,1% не знают, где можно вступить в группы самопомощи для потребителей наркотиков (напр., АН), 95,2% не знают, где получить реабилитационную помощь, 62,9% не знают порядка и мест получения бесплатной наркологической помощи, 70,5% не знают порядка и мест получения платной наркологической помощи. Низкие показатели осведомленности о возможностях такой помощи – результат того, что в действительности, помощь по реабилитации наркопотребителей в Абакане отсутствует.

В последние 12 месяцев за бесплатной наркологической помощью обращались 1,9% (2 чел.) ПИН, 1% (1 чел.) обращался за платной помощью, 1% (1 чел.) обращался за реабилитационной помощью. В группу самопомощи для ПИН не обращался ни один человек.

### **1.6.2. Программы профилактики для ПИН**

Большинство ПИН информированы о наличии в городе специализированных программ профилактики для ПИН (84,8%), из них лишь половина когда-либо сами принимали в них участие (51,7%), тогда как остальные слышали о них от подруг и друзей. Почти все респонденты, сообщившие об участии в данных программах, посещали их в течение

последних 12 месяцев и имеют код участника программы (97,8%; 45 из 46 чел.). В основном частота использования услуг программы профилактики составила от одного раза в месяц до 1 раза в неделю (48,9% и 42,2% соответственно, от числа участников программ).

Несколько чаще респонденты сообщали о том, что знают о существовании программ предоставления/обмена шприцев (85,8%), половина сами принимали в них участие, половина – слышали от друзей. О местах и порядке оказания данной помощи информированы лишь 55,2% ПИН. Треть опрошенных знают о том, где и как они могут бесплатно получить презервативы и смазки (33,3%). За последние 12 месяцев обращались за обменом игл и/или шприцев 42,9% ПИН, за презервативами и смазками – 22,9% ПИН.

Согласно расчетному показателю ЮНГАСС<sup>5</sup> охват ПИН профилактическими программами составил 21% (18,7% по данным, скорректированным в RDSAT).

### 1.6.3. Диагностика и лечение ИППП и вирусных гепатитов

За исключением одного человека, все ПИН слышали о вирусных гепатитах В и С. Большинство тестировались на гепатиты когда-либо в жизни: на гепатит В – 80,8%, на гепатит С – 82,7%. В течение последнего года на гепатит В тестировались 25,3%, на гепатит С - 29,7%.

Согласно самоотчетам распространенность гепатита В составила 0,9% (1 из 105), гепатита С – 15% (16 из 105). Шесть человек сообщили, что наблюдаются в настоящее время у врача в связи с одним из этих заболеваний.

Информированность о местах и условиях получения помощи в связи с гепатитами и ИППП следующая. Знают места и порядок получения в Абакане бесплатного тестирования и лечения ИППП 36,3%, бесплатного тестирования и лечения вирусных гепатитов – 40,0%. В последние 12 месяцев обращались за бесплатным тестированием и лечением ИППП 5,6% ПИН.

Распространенность гепатитов и ИППП по результатам тестирования оказалась следующей. Инфицированы гепатитом В 2,9% ПИН, гепатитом С – 61,9%, сифилисом – 15,2%. Скорректированная в RDSAT популяционная оценка распространенности гепатита С составляет 51,9% (ДИ 42,3% - 64,6%), сифилиса - 13,3% (ДИ 7% - 20,8%). Инфицированность гепатитом С значительно недооценена среди ПИН Абакана.

---

<sup>5</sup> Охваченными программой считаются лица, давшие положительные ответы одновременно на 3 вопроса:

1. Знаете ли Вы, куда обратиться, если Вы захотите пройти тестирование на ВИЧ?
2. Получали ли Вы за последние 12 месяцев презервативы бесплатно?
3. Получали ли Вы за последние 12 месяцев стерильные шприцы бесплатно?



#### 1.6.4. Диагностика и лечение туберкулеза

Подавляющее большинство опрошенных ПИН хотя бы раз в жизни проходили тестирование на туберкулез (94,3%), из них более трети (37,4%) делали это в течение последних 12 месяцев. У каждого третьего (29,7%) из обследованных был диагностирован туберкулез, каждый 10-й респондент (10 из 11 обследованных в последний год; 90,7%) состоит на учете в туберкулезном диспансере.

#### 1.6.5. Социальное сопровождение и психологическая помощь

Знают, где в Абакане можно получить помощь по восстановлению документов, 6,7% ПИН, бесплатные консультации по юридическим вопросам – 8,6% ПИН, бесплатную психологическую помощь – 13,3%. За последние 12 месяцев ни один ПИН не обращался за помощью по восстановлению документов, 1 чел. обращался за бесплатной консультацией по юридическим вопросам, 4,8% обращались за бесплатной психологической помощью.

#### 1.6.6. Медицинская и психосоциальная помощь в связи с ВИЧ-инфекцией

Информированность о доступности в Абакане медицинской и психосоциальной помощи в связи с ВИЧ можно охарактеризовать следующим образом. Знают, где получить *анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ*, 58% ПИН, информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа – 38,1%, знают о существовании в городе групп самопомощи для ВИЧ-позитивных людей 8,6%, осведомлены о местах и порядке получения медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом 9,5%. За *анонимным и бесплатным тестированием на ВИЧ* обращались в течение последних 12 месяцев 11,4% ПИН, получали информационные материалы 16,2% ПИН, за медицинской помощью в связи с ВИЧ обращались 5,7%, а 1,9% посещали группы самопомощи для ВИЧ-позитивных.

#### 1.7. Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

Большинство ПИН (86,7%) знают, куда обратиться за тестированием на ВИЧ. Проходили тестирование когда-либо в жизни 91,4%. Из тех, кто тестировался на ВИЧ когда-либо в жизни, каждый четвертый (25%) проходил *последнее тестирование в течение последних 12 месяцев*. В 9/10 случаев тестирование было добровольным. В порядке частоты мест тестирования, ПИН наиболее часто тестировались в поликлинике, больнице и женской консультации (в 43,4%, 28,9% и 10,5% соответственно). Только 4 чел. тестировались в СПИД центре (г. Абакан).

Дотестовое консультирование проведено в 42,1% случаев. Результаты своего последнего тестирования знают 89,5% тестировавшихся. Только треть тестировавшихся получили послетестовое консультирование. Из числа тестировавшихся 13,2% (10 чел.) был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Доля ПИН, тестирувавшихся на ВИЧ в течение последних 12-ти месяцев и знающих свой результат, составила 29,0% (95% ДИ 16,6% - 45,5%).

По результатам анализа крови положительный результат тестирования на ВИЧ был получен у 20 участников исследования (19,0%). Из них 8 человек были информированы о своем диагнозе (сообщили о нем в интервью), 10 сообщали в интервью, что ВИЧ у них не выявлялся, либо они не тестировались на ВИЧ, двое не ответили на вопрос о том, есть ли у них ВИЧ.

Кроме того, у двух человек, которые в интервью сообщили о том, что у них есть ВИЧ, результат при тестировании образцов крови был отрицательным. Ни один из них не принимает АРВТ, что могло бы объяснить данный результат.

Скорректированная RDSAT популяционная оценка распространенности ВИЧ среди ПИН составила 11.9% (5.4% - 19.8%), т.е. почти вдвое ниже выборочной. По-видимому, в выборке произошло некоторое смещение в пользу ВИЧ-положительных участников, что и было скорректировано программой RDSAT.

Кросс-секционный анализ позволил обнаружить значительное *количество взаимосвязей позитивного ВИЧ-статуса и различных поведенческих характеристик* ПИН.

По полу, возрасту, источнику дохода ПИН-ЛЖВ не отличались от ВИЧ-отрицательных ПИН. Значительные различия между ними наблюдаются в части информированности о ВИЧ: среди ПИН-ЛЖВ втрое больше знающих правильные ответы на все вопросы теста знаний о ВИЧ ( $p \leq 0.001$ ).

В сфере сексуального поведения по вопросам, касающимся наличия и количества постоянных и коммерческих партнеров и использования презерватива, различия между ПИН-ЛЖВ и ВИЧ-отрицательными ПИН отсутствуют, однако есть различия по наличию коммерческих и ВИЧ-положительных партнеров: среди ПИН-ЛЖВ значительно больше тех, у кого были такие партнеры ( $p \leq 0.05$  и  $p \leq 0.001$  соответственно).

Опыт сексуального насилия и заключения в местах лишения свободы не был статистически связан с наличием ВИЧ у ПИН.

Была выявлена связь ВИЧ-инфицирования с определёнными наркотиками, употребляемыми ПИН. ВИЧ-инфекция чаще выявлялась у тех, кто употреблял опиаты, и реже у тех, кто употреблял дезофорфин («Крокодил») ( $p \leq 0.01$ ). Также ВИЧ чаще был выявлен у ПИН, употреблявших наркотики ежедневно и несколько раз в день, против тех, кто употреблял их реже, чем один раз в день.

Практики совместного использования инструментария для приготовления и введения наркотиков, а также частота использования стерильного инструментария, не различались статистически значимо у ПИН-ЛЖВ и ПИН, не инфицированных ВИЧ. Отдавали, одалживали или продавали свои использованные иглы и/или шприцы одинаково часто как ПИН-ЛЖВ, так и ПИН, не инфицированные ВИЧ. Такое поведение может быть

следствием как незнания своего ВИЧ-положительного статуса, так и пренебрежительного отношения к риску инфицирования остальных, а также незнания рисков распространения инфекций другими путями, помимо совместного использования игл/или шприцев.

ПИН-ЛЖВ значительно чаще, по сравнению с ВИЧ-отрицательными ПИН, употребляли наркотики в одной компании с ВИЧ-инфицированными ( $p \leq 0.001$ ), а также сообщали о том, что у них был диагностирован туберкулез ( $p \leq 0.01$ ).

Среди ПИН-ЛЖВ вдвое больше, по сравнению с ВИЧ-отрицательными ПИН, участников профилактического проекта ( $p \leq 0.01$ ).

Положительный тест на ВИЧ у ПИН был связан с положительными результатом теста на гепатит С ( $p \leq 0.001$ ), что свидетельствует в пользу парентерального пути инфицирования ПИН.

В регрессионном анализе были выявлены следующие статистически значимые предикторы инфицирования ВИЧ (в порядке снижения их «вклада»): положительный результат тестирования на гепатит С, возраст до 25 лет, наличие ВИЧ-положительных ПИН в компании употребляющих наркотики, информированность о ВИЧ, частота употребления наркотиков в течение последних четырёх недель (ежедневно и чаще).

## 1.8. Антиретровирусная терапия

Из 10-ти человек, сообщивших в интервью о том, что им был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, 5-ти была назначена АРВТ, трое начали ее принимать и продолжали принимать на момент опроса.

## 1.9. Информированность о ВИЧ

В Абакане обнаружилось двое ПИН, не знающих, что такое ВИЧ. Итоговый показатель информированности о ВИЧ составил 29,5% - столько респондентов правильно ответили на 5 ключевых вопросов индикатора ЮНГАСС<sup>6</sup> (рис. 1.4.)

---

<sup>6</sup> Доля лиц, правильно ответивших на все 5 вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укусы комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

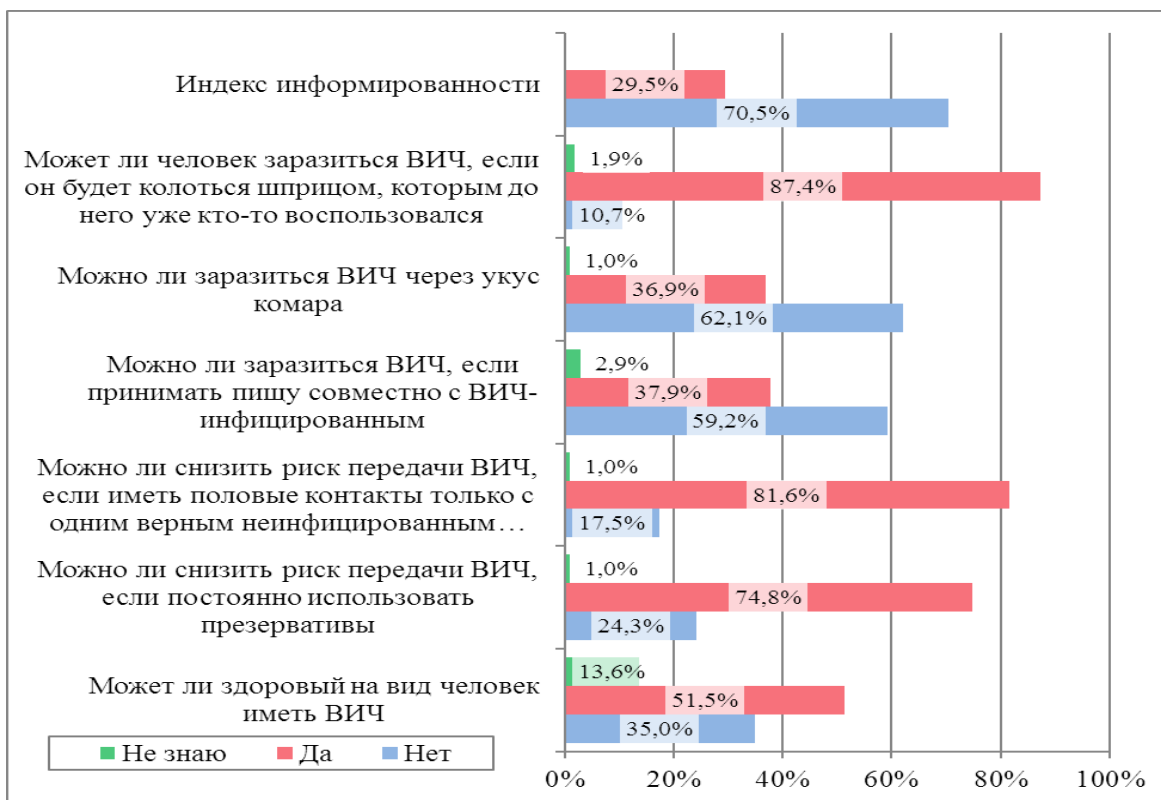


Рис. 1.3. Информированность о ВИЧ

Наибольшие сложности вызвали следующие тестовые вопросы: на вопрос «Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?» только 51,5% дали правильный ответ, 59,5% ответили верно на вопрос «Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?» , что можно заразиться ВИЧ от укуса комара, считают более трети респондентов (36,9%).

### 1.10. Стигма и дискриминация

ПИН Абакана сообщают о множестве случаев насилия и дискриминации, связанного с потреблением ими наркотиков: 82,9% сообщали, о том, что о них неоднократно сплетничали, «обсуждали за спиной»; 78,1% сообщали, о том, что на них неоднократно оказывали психологическое давление близкие им люди, члены семьи, неоднократно оскорбляли и угрожали 72,4% ПИН, сообщали о неоднократном применении физического насилия 69,5% ПИН, также 69,5% сообщали о том, что их неоднократно не допускали к семейным делам. Более половины сообщали об отказе в аренде жилья, участии в общественных мероприятиях, отказе от оказания медицинской помощи, отказе в получении социальных услуг, образования, в трудоустройстве или возможности работать. Три четверти подвергались преследованию со стороны правоохранительных органов.

## 1.11. Оценка проекта комплексной профилактики

### 1.11.1. Участники программ

Немногим менее половины ПИН в выборке является клиентами регионального профилактического проекта (42,9%). В среднем, клиент программы пользуется ее услугами в течение 16-ти месяцев, с разнообразной частотой – от 1 до 5 раз в месяц. Только 6,7% пользуются услугами проекта реже, чем 1 раз в месяц.

ПИН-клиенты программы, по сравнению с ПИН, не являющимися клиентами, характеризуются следующими особенностями (по результатам кросс-секционного анализа).

ПИН-клиенты программы, по сравнению с ПИН, не являющимися клиентами, значимо чаще сообщали о том, что всегда имеют доступ к стерильным иглам и/или шприцам (77,8% против 51,7%,  $p \leq 0.01$ ). ПИН-клиенты программы, по сравнению с ПИН, не являющимися клиентами, значительно лучше информированы о путях передачи и способах профилактики ВИЧ (правильно ответили на все вопросы индекса информированности о ВИЧ 42,2% клиентов против 20,0% среди ПИН, не являющихся клиентами;  $p \leq 0.05$ ).

Среди участников программы статистически значимо больше людей, инфицированных ВИЧ (31,1% против 10% среди ПИН, не являющихся клиентами;  $p \leq 0.01$ ) и гепатитом С (75,6% против 51,7% среди ПИН, не являющихся клиентами;  $p \leq 0.05$ ).

Социально-демографический профиль, сексуальное поведение, употребление наркотиков, опасные практики использования совместного инструментария для инъекций, использование стерильного инструментария, знакомство с препаратом Налоксон – значимо не различались между ПИН-клиентами и ПИН, не являющимися клиентами программы.

Все условия предоставления услуг проекта (график (часы) предоставления услуг, дружелюбность обстановки, безопасность условий получения услуг и др.) получили у ПИН высокую оценку («4» – 31,1%, «5» – 64,4%).

Большинство пользовались получением/обменом игл (93,3%), шприцев (100,0%), других средств для безопасных инъекций (дезинфицирующие салфетки, вода для инъекций) (77,8% ранее, 17,8% - в день опроса), презервативов (82,2% ранее, 2,2% - в день опроса), перевязочных материалов (вата, бинт, лейкопластырь) (84,4%), витаминов («Компливит», «Триавит») и сходных препаратов (гематоген) (68,9%), материальной помощи (одежда, обувь, продуктовые наборы) (55,6%), получение антисептических средств (перекись водорода, Мирамистин, Хлоргексидин) (48,9%).

Услугой «Выдача направлений в медицинские и иные организации - на тестирование на ВИЧ» воспользовались в день участия в исследовании 84,4% клиентов, ранее 4,4%, выдача направлений в медицинские и иные организации - на диагностику вирусных

гепатитов В и С - 82,2% - в день участия, ранее – 6,7%, около половины клиентов получали в проекте направления диагностики туберкулеза (53,3%)

В числе услуг реже отмечается получение средств для поддержания женского здоровья (гинекологические наборы, лубриканты, экспресс-тесты на беременность) (11,1%), получение направлений в медицинские и иные организации - на консультацию по назначению антиретровирусной терапии (4,4%), что может быть связано с меньшим процентом женщин среди клиентов программы.

Относительно часто клиенты получали консультации доверенных специалистов Проекта - фтизиатра (46,7%), нарколога (26,7%), инфекциониста (26,7%), дерматовенеролога (24,4%), реже – психолога (11,1%), гинеколога (8,9%), специалистов социальных служб (6,7%), юриста (6,7%).

Участвовали в информировании и обучении о профилактике и лечении ВИЧ и туберкулеза – 46,7% клиентов, в тренингах и обучающих семинарах – 37,8%. Получали услуги социального сопровождения - личное сопровождение в медицинские учреждения – 42,2%, содействие в получении услуг в медицинских учреждениях – 46,7%.

Удовлетворенность ПИН услугами проекта, касающимися выдачи средств и материалов (средств для поддержания женского здоровья, материальной помощи витаминов, антисептических средств, перевязочных материалов, презервативов, других средств для безопасных инъекций, получение (обмен) игл, шприцев), в большинстве случаев – частичная. При этом, однако, нет ни одного случая, когда клиент был бы совершенно не удовлетворён услугами по выдаче средств и материалов.

Удовлетворенность услугами Проекта - получением направлений в медицинские и иные организации - на диагностику вирусных гепатитов В и С и на консультацию по назначению антиретровирусной терапии – в большинстве случаев полная. Удовлетворенность направлением на диагностику туберкулёза – в половине случаев полная, в половине – частичная.

Удовлетворённость консультациями доверенных специалистов – нарколога, гинеколога, дерматовенеролога – в половине случаев была охарактеризована как полная, в половине – как частичная. Чаще всего клиенты были полностью удовлетворены консультациями доверенных специалистов – инфекциониста, психолога. Частичная удовлетворённость чаще возникала от консультаций с доверенным специалистом – фтизиатром. Ни один клиент не выразил неудовлетворенность консультациями доверенных специалистов проекта.

Информирование и обучение - о безопасности половых отношений при позитивном ВИЧ-статусе – чаще вызвала полную удовлетворённость у клиентов, информирование и обучение о профилактике и лечении ВИЧ и туберкулеза и участие в тренингах и обучающих семинарах – в половине случаев полная, в половине – частичная. Также, ни один клиент не выразил неудовлетворенность услугами проекта по информированию и обучению.

Услуги социального сопровождения - личное сопровождение в медицинские учреждения и содействие в получении услуг в медицинских учреждениях – в половине случаев вызвали полную, в половине – частичную удовлетворенность у клиентов.

Наиболее востребованные услуги Проекта - получение (обмен) игл, шприцев, других средств для безопасных инъекций – назвали более 90% клиентов, получение презервативов и перевязочных материалов – более 60% клиентов, антисептических средств и витаминов – более 40% клиентов. Для каждого третьего была важна материальная помощь, для 13% получение средств для поддержания женского здоровья (рис. 1.5.).

Из числа услуг по выдаче направлений в медицинские и иные организации, наиболее востребованы направления в медицинские и иные организации - на тестирование на ВИЧ (31,1%), на диагностику вирусных гепатитов В и С (22,2%). О приоритетности консультаций доверенных специалистов Проекта клиенты заявили в единичных случаях. То же относится к услугам по информированию и обучению и социальному сопровождению.



Рис. 1.5. Наиболее востребованные услуги проекта

Пять человек высказались о том, каких услуг в проекте не хватает. В их числе: выдача продуктовых наборов, выдача направлений на реабилитацию и предоставление жилья.

Что касается совершенствования существующих услуг, то свои предложения высказали 9 человек, из них 5 человек предложили увеличить объем выдаваемых материалов, остальные – включить выходные дни и вечерние часы в график работы проекта. Сообщили о том, что им было достаточно количества игл, которое они обычно получали в проекте, 50% ПИН, 37,8% сообщили, что им было достаточно выдаваемых шприцев, 55,3% сообщили, что им было достаточно выдаваемых презервативов<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Процент от числа тех, кто пользовался этими услугами.



Большинство (95,6%) подтвердили, что намерены в будущем пользоваться услугами проекта, а 93,3% намерены в будущем рекомендовать кому-нибудь из своего окружения обратиться к услугам Проекта.

### 1.11.2. ПИН, не участвующие в программе

Чуть более половины ПИН-участников исследования не участвовали в программе (57,1%). ПИН высоко оценили важность всех перечисленных условий при предоставлении услуг профилактики для потребителей инъекционных наркотиков (преимущественно, на 4 и 5).

В числе высоко актуальных услуг профилактики, ПИН назвали следующие: получение (обмен) игл (61,7%), получение (обмен) шприцев (61,7%), получение других средств для безопасных инъекций (60,0%), получение перевязочных материалов (56,7%), витаминов (50,0%) (рис. 1.6.). От 40% до 50% считают высоко актуальными услуги получения антисептических средств, мазей, презервативов, средств гигиены и материальной помощи.



Рис. 1.6. Оценка актуальности услуг проекта (на графике показаны услуги, которые более 40% ПИН считают высоко актуальными)

Редко в числе высоко актуальных ПИН называли такие услуги, как получение средств женской гигиены, средств для поддержания женского здоровья, средств для ухода за ребенком, детского питания, памперсов, смесей, детской одежды, игрушек, наборов для школы. Это может быть связано с малой численностью женщин среди ПИН.

Выдача направлений в медицинские и иные организации - на тестирование на ВИЧ и на диагностику вирусных гепатитов В и С – высоко актуальны для 18,3% ПИН. Консультации доверенных специалистов – фтизиатра, дерматовенеролога, инфекциониста – актуальны для каждого 10-го ПИН.

Из числа услуг по информированию и обучению высоко актуально получение информации о профилактике и лечении ВИЧ и туберкулеза – для 11% ПИН.

Из числа услуг по социальному сопровождению в числе наиболее актуальных были названы - содействие в получении услуг в медицинских учреждениях (8,3%), помощь в оформлении детских пособий, в устройстве детей в детский сад (8,3%).

Наиболее востребованными лично респондентами являются следующие услуги профилактики социально значимых заболеваний: получение (обмен) игл, получение (обмен) шприцев (100%), других средств для безопасных инъекций (дезинфицирующие салфетки, вода для инъекций) (95,0%), перевязочных материалов (вата, бинт, лейкопластырь) (80,0%), презервативов (66,7%), антисептических средств (перекись водорода, Мирамистин, Хлоргексидин) (63,3%), мазей («Троксерутин», «Левомеколь», Индовазин», гепариновая и других) (63,3%), витаминов (63,3%), средств гигиены (мыло антибактериальное, шампунь) (53,3%), материальной помощи (одежда, обувь, продуктовые наборы) (50,0%). Получение других средств и материалов было востребовано менее чем 5% ПИН.

Другие услуги профилактики социально значимых заболеваний (выдача направлений в медицинские и иные организации, консультации доверенных специалистов Проекта, информирование и обучение, услуги социального сопровождения, прочие услуги) были востребованы лично респондентами в единичных случаях.

Две трети ПИН, не являющихся участниками программы в настоящее время (70,0%), сообщили, что другие ПИН рекомендовали им обратиться в программу профилактики социально значимых заболеваний.

## 1.12. Выводы

1. Социальное благополучие ПИН - невысокое. Возраст средний, уровень образования - низкий. Источники дохода – разнообразные, но, как правило, некриминальные. В большинстве случаев уровень дохода позволяет ПИН удовлетворить лишь базовые нужды, однако и таких, кто с трудом находит средства на питание – единицы. Значительная часть ПИН имеют опыт задержаний полицией и лишения свободы. Обеспечение необходимыми для получения медицинской помощи документами – хорошее.

2. ПИН Абакана отличает длительный стаж употребления наркотиков. Основные наркотики: дезоморфин («Крокодил»), значительно реже - фенамин (спид, скорость). Структура потребления наркотиков с момента перовой пробы значительно изменилась: первыми наркотиками чаще всего были опиаты (опий-сырец, маковая соломка, героин). В выборке наблюдается разнообразная частота употребления наркотиков, однако большинство употребляют их реже одного раза в день.
3. Доступность инструментария для инъекций - относительно высокая: две трети ПИН не испытывают сложностей в доступе к нему. Основным источником получения инструментария для инъекций – консультационные пункты и аптеки. Барьеры доступности стерильного инструментария – отсутствие времени для его приобретения, а также проблема, что иглы и/или шприцы не продают поштучно.
4. Широко распространено использование нестерильного, в т.ч. собственного использованного инструментария, как правило – предварительно неочищенного. Вопрос о том, есть ли люди, инфицированные ВИЧ, в их компании, вызвал затруднения – об этом, вероятно, не задумываются.
5. Каждый четвертый ПИН сталкивался за последний год с явлением передозировки и каждый третий был свидетелем передозировки у другого человека. В ситуации передозировки ПИН, чаще всего, полагаются на собственные действия по оказанию помощи, но не на вызов «скорой помощи». Ни один ПИН не был знаком с препаратом Налоксон.
6. Более половины ПИН сексуально активны и вступают в половые контакты как с постоянными, так и со случайными партнерами. Случайные половые контакты значительно чаще бывают у мужчин, чем у женщин. Имеются случаи коммерческих сексуальных контактов у мужчин. Предоставление секс-услуг ПИН-женщинами отрицается.
7. Незащищенные половые контакты широко практикуются как с постоянными, так и со случайными партнерами.
8. Имеется потенциал передачи ВИЧ в общую популяцию половым путем: широко распространены половые связи с людьми, не употребляющими наркотики, в том числе незащищенные (в большей степени среди ПИН-мужчин, чем среди ПИН-женщин). Отмечаются и единичные случаи половых контактов с людьми, инфицированными ВИЧ. Подобное «сексуальное смешивание» является фактором увеличения числа инфицированных ВИЧ за счет людей, вступающих в половые контакты с потребителями инъекционных наркотиков.
9. Отмечается высокая распространенность сексуального насилия среди женщин-ПИН.
10. Охват ПИН наркологической помощью в Абакане очень низкий. В основном услуги наркологической помощи ПИН получают в государственном наркологическом диспансере, так как другие виды помощи в городе отсутствуют. Обращаемость за наркологической помощью - низкая.
11. Отмечается недостаточная информированность о местах и порядке тестирования на гепатиты В и С, а также охват ежегодным тестированием.

12. Скорректированная в RDSAT популяционная оценка распространенности гепатита С составляет 51.9% (95% ДИ 42.3% - 64.6%), гепатита В 3,3% (95% ДИ 0% - 7.9), сифилиса - 13.3% (95%ДИ 7% - 20.8%). Наличие гепатита С значительно недооценено среди ПИН Абакана, несмотря на достаточно хороший охват тестированием. Это может быть косвенным признаком роста опасных практик при приготовлении и введении наркотика в последние годы. Уровень распространенности инфекций свидетельствует об открытости как полового, так парентерального путей передачи ВИЧ.

13. Подавляющее большинство опрошенных ПИН хотя бы раз в жизни проходили диагностику туберкулеза. Отмечается высокая заболеваемость туберкулезом: у каждого 10-го это заболевания было диагностировано в последний год.

14. Информированность о социальной и психологической помощи, как и обращаемость за такой помощью среди ПИН в Абакане, – низкая.

15. Информированность о доступности в Абакане медицинской и психосоциальной помощи в связи с ВИЧ, а также охват ежегодным тестированием на ВИЧ – значительно более низкие, чем в других регионах.

16. Наиболее часто ПИН Абакана тестировались на ВИЧ в поликлинике, больнице и женской консультации; как следствие – зачастую не получали как до-тестового, так и послетестового консультирования. Из числа участников исследования, у которых был выявлен ВИЧ – менее половины знали о своем положительном статусе. Скорректированная RDSAT популяционная оценка распространенности ВИЧ среди ПИН составляет 11.9% (5.4% - 19.8%).

17. Среди ПИН-ЛЖВ значительно число ПИН, употреблявших опиаты, употреблявших наркотики не реже одного раза в день, у тех, кто сообщил о том, что у них был диагностирован туберкулез, и у тех, кто употреблял наркотики в одной компании с ВИЧ-инфицированными, а также тех, у кого были коммерческие и ВИЧ-положительные партнеры. Положительный тест на ВИЧ у ПИН был связан с положительными результатами теста на гепатит С, что свидетельствует в пользу парентерального пути инфицирования ПИН.

18. Информированность о ВИЧ среди ПИН Абакана (на основе 5-ти ключевых вопросов ЮНГАСС) оказалась достаточно низкой.

19. Стигма и дискриминация ПИН в связи с употреблением наркотиков – крайне высока по всем изучаемым проявлениям. Чаще всего ПИН ощущают стигму во взаимоотношениях с другими людьми (о них сплетничали, «обсуждали за спиной»; на них оказывали психологическое давление). Более половины сообщали о таких проявлениях дискриминации, как отказ в оказании медицинской помощи, социальных услуг, образования. Часто сообщается о преследованиях со стороны правоохранительных органов.

20. Чуть менее половины ПИН (42,9%) в выборке являются клиентами региональной профилактической программы. Как правило, это постоянные клиенты программы. Значительная часть остальных ПИН знают о существовании таких программ в городе и выражают готовность принять в них участие.

21. Наиболее востребованными услугами проекта являются получение игл и /или шприцев, других средств для безопасных инъекций, презервативов, получение направлений на

тестирование на ВИЧ и диагностику вирусных гепатитов, получение витаминов. Именно эти услуги считают наиболее актуальными для себя и те ПИН, которые не являются участниками программы.

22. Среди ПИН-клиентов профилактической программы больше людей, инфицированных ВИЧ и гепатитом С, что, вероятнее всего связано с наличием в программе услуг для ВИЧ-положительных (групп взаимопомощи, психологической поддержки и пр.). Клиенты профилактической программы выше оценивают субъективную доступность стерильного инструментария для инъекций, среди них несколько выше доля тех, кто делал последнюю инъекцию стерильным инструментарием и использовал презерватив во время последнего полового контакта по сравнению с ПИН, не являющимися участниками программы. Также среди ПИН-клиентов профилактической программы выше охват тестированием на ВИЧ.

## 2. Барнаул

### Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г. Барнаул

По данным Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД на 01.01.2015г., в Алтайском крае было зарегистрировано 19241 случай ВИЧ-инфекции, пораженность на 100 тыс. населения составила 632,8, что на 18% ниже, чем в Сибирском Федеральном округе (646,8). В 2014г. выявлено 2702 ВИЧ-инфицированных, заболеваемость составила 112,6 на 100 тыс. населения, что на 21% ниже показателя заболеваемости в целом по Сибирскому Федеральному округу (135,7). Алтайский край по показателю заболеваемости в 2014г. занимал 7 рейтинговое место в СФО (таблица 1).

Среди населения в возрасте 15-49 лет распространенность ВИЧ-инфекции составляла 1,6%, что выше среднероссийских показателей более чем в два раза (по России пораженность населения 15-49 лет ВИЧ-инфекцией - 0,7%). На г.Барнаул приходится 17% от всех случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в крае. Как и в целом по краю, начиная в 2012 года, в городе отмечался рост количества новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции, а основным фактором заражения на протяжении всей эпидемии является инъекционное употребление наркотиков нестерильным инструментарием.

Тенденция по распространению эпидемии ВИЧ-инфекции в Алтайском крае полностью соответствует по темпам прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, путям передачи ситуации в Сибирском Федеральном округе.

Рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди наркозависимых обусловлен, с одной стороны, изменением ситуации на наркосцене, с другой - увеличением обращаемости за медицинской помощью больных наркоманией, заразившихся ВИЧ-инфекцией много лет назад, в связи с ухудшением общего состояния здоровья, связанного не столько с ВИЧ-инфекцией, сколько с последствиями от употребления психоактивных веществ (дезомофин, наркотики амфетаминового ряда).

Так, по данным анализа, проведенного среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных наркопотребителей в 2012-2014г.г. - число наркозависимых, употребляющих героин, снизилось с 51% в 2012г. до 21% в 2014г., дезоморфин - с 23,7% до 6,5% соответственно, а психоактивных веществ амфетаминового ряда («Скорость») - увеличилось с 3,4% в 2012г. до 61,2% - в 2014г. (увеличение в 18 раз). Употребление «скоростных» наркотиков происходит в группе (коллективное употребление) и носит

запойный характер. Высокий риск заражения гемоконтактными инфекциями, ИППП связан с высокой частотой инъекций – до 10 и более раз в сутки, отсутствием термической обработки (разведением наркотика холодной водой), высокой сексуальной активностью, использованием общей емкости для разведения и выборки наркотика. При употреблении данного вида наркотиков, меры по снижению риска инфицирования ВИЧ уходят на второй план в связи с тяжелыми расстройствами психики и высокой частотой употребления наркотика.

Среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых, выявленных в 2013г.-2014г., более 75% ранее в ЛПУ не обращались, а 62% из тех, кому диагноз «ВИЧ-инфекция» был установлен в этот период, имели признаки давнего инфицирования (более 3-х лет) и были выявлены при поступлении на стационарное лечение. Преимущественно это мужчины старшей возрастной группы (30 лет и старше), инфицированные парентеральным путем.

**Таблица 1. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае и г.Барнауле в 2010-2014 г.г.**

<b>Показатель</b>	<b>2010г.</b>	<b>2011г.</b>	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>	<b>2014г.</b>
Количество новых случаев ВИЧ-инфекции в Алтайском крае (абс.)	1619	1606	1793	2005	2702
Заболеваемость ВИЧ по Алтайскому краю (на 100 тыс. населения)	65,0	66,4	74,5	83,3	112,6
Удельный вес парентерального пути передачи ВИЧ в Алтайском крае (%)	64,2	59,0	58,9	62,9	62,6
Количество новых случаев ВИЧ-инфекции в г.Барнауле (абс.)	250	287	461	603	890
Заболеваемость ВИЧ в г.Барнауле (на 100 тыс. населения)	38,4	44,0	67,6	92,0	128,6
Удельный вес парентерального пути передачи ВИЧ в г.Барнауле (%)	66,5	68,8	68,0	75,2	70,0

Ежегодно скрининговыми исследованиями на ВИЧ охватывается порядка 3 тыс. наркозависимых, что позволяет отследить основные тенденции по распространенности ВИЧ, но не позволяет определить ее истинную распространенность в данной целевой группе.

Комплексные программы профилактики ВИЧ-инфекции среди наркозависимых в г. Барнауле реализуются непрерывно, начиная с 1999г., при финансовой поддержке различных международных и российских организаций и фондов, а с 2011года - при поддержке НП «ЭСВЕРО» и включают следующие направления: аутрич работа, работа стационарного и мобильного пунктов доврачебной помощи, обследование на ВИЧ, ИППП

и гепатиты, консультации различных специалистов на базе Алтайского краевого Центра СПИД и других государственных учреждений и неправительственных организаций, социальное, юридическое сопровождение.

Кроме того, в г.Барнауле с 1999 г регулярно проводятся дозорные и мониторинговые исследования среди уязвимых групп населения.

## 2.1. Социально-демографические характеристики

Респонденты - ПИН в Барнауле преимущественно представлены мужчинами (67,6%), русскими по национальности (98,1%), в возрасте, в среднем, 32 лет (от 18 до 46 лет). В основном, опрошенные проживают в Барнауле с рождения (77,1%). Среди мигрантов (22,9%), имеются как недавно (каждый третий – год и менее), так и длительно проживающие в Барнауле. В основном, мигранты являются уроженцами областных или районных центров Алтайского края или других регионов Российской Федерации. Трое являются уроженцами других стран (Казахстана, Кыргызстана, Молдовы).

Для ПИН Барнаула характерно наличие профессионального образования (53,3%), либо незаконченное или законченное высшее образование (17,1% и 6,7% соответственно).

Половина ПИН – одиночки (50,5%; не состоят в зарегистрированном браке и не проживают с партнером в гражданском сожительстве), каждый третий не состоит в зарегистрированном браке, но проживает с партнером в гражданском сожительстве (31,4%). Состоят в зарегистрированном браке и проживают совместно с супругой(ом) только 9,5%.

Более половины ПИН имеют детей (54,3%). Из них, у 2/3 – один ребенок (в 75,4%), у остальных – двое и больше детей.

Чаще всего в качестве возможных источников дохода ПИН упоминали временную работу (в том числе случайные заработки, неофициальная, и пр.) (34,3%), доход супруга, партнера, друга или родственников (31,4%), постоянную неофициальную работу с регулярной зарплатой (полная или частичная занятость) (26,1%), постоянную официальную работу с регулярной зарплатой (полная или частичная занятость) (17,1%). Противоправные источники дохода (торговля наркотиками, воровство, грабеж, сексуальные услуги), так же как и государственные пособия, стипендии, пенсии упоминались лишь в единичных случаях (рис. 2.1.).

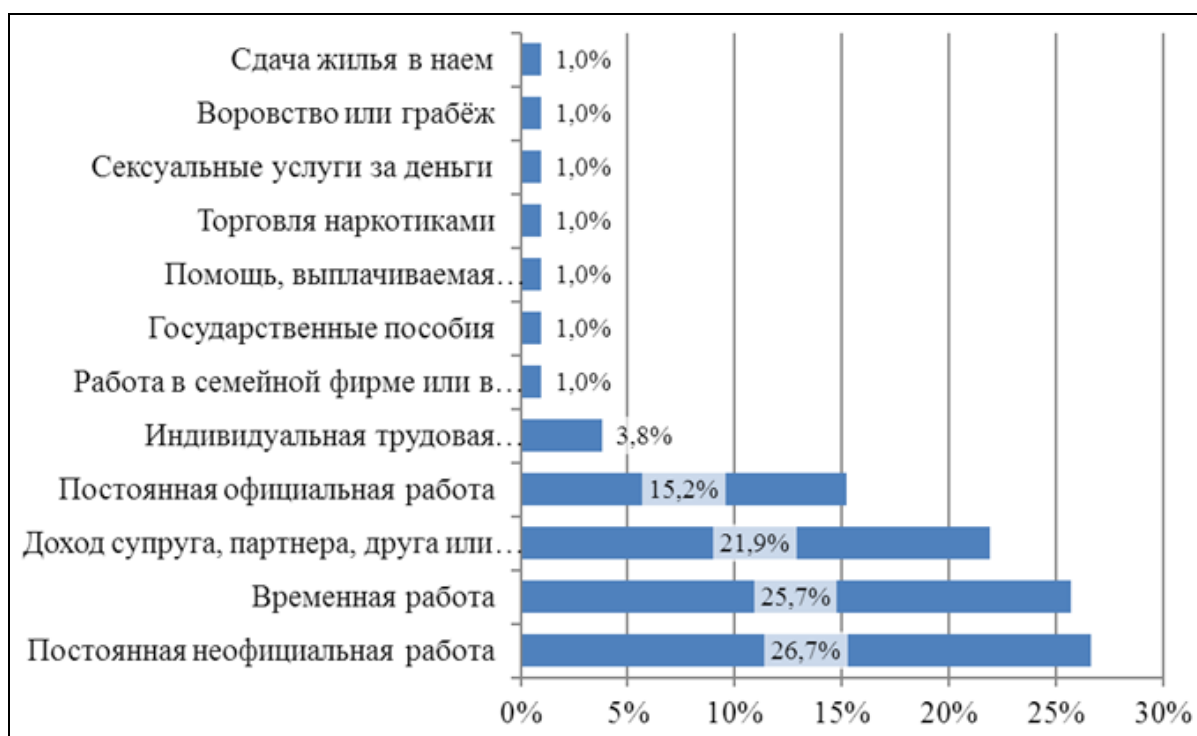


Рис. 2.1. Основной источник дохода в течение последних 6-ти месяцев

В качестве основного источника дохода чаще всего назывались постоянная неофициальная работа (26,7%), временная работа (25,7%), доход супруга, партнера, друга или родственников (21,9%).

В большинстве случаев уровень дохода позволяет ПИН удовлетворить лишь базовые нужды: на питание денег хватает, но покупка одежды затруднительна (41,9%), приобретение крупной бытовой техники затруднительно (32,4%). Каждый 10-й может позволить себе приобрести крупную бытовую технику и прочие блага. Однако и таких, кто с трудом находит средства на питание, – 14,3%.

Половина (52,4%) сообщили, что задерживались правоохранительными органами в течение последних 12-и месяцев. Половина ПИН (52,4%) когда-либо отбывали срок в местах лишения свободы.

В большинстве случаев ПИН обладают необходимыми для получения медицинской помощи документами – паспортом и медицинским полисом (99% и 96,2% соответственно).

## 2.2. Опыт, частота и структура наркопотребления

Средний стаж употребления наркотиков составляет у ПИН Барнаула 13 лет, а инъекционных наркотиков – 12 лет. ПИН, вовлеченных в потребление инъекционных наркотиков в течение последнего года – 4,8%, от 1 года до 5 лет назад включительно – 12,4%.



Средний возраст первой пробы инъекционных наркотиков составляет 19,6. В половине случаев, знакомство с инъекционными наркотиками произошло в возрасте 16-20 лет, каждый пятый начал употреблять инъекционные наркотики в возрасте 21-25 лет, 14,3% - в возрасте 15-ти лет и младше. В целом по выборке, этот возраст варьирует от 12 до 45-ти лет.

Первым инъекционным наркотиком чаще всего был опий-сырец, маковая соломка (в 47,6%) и героин (в 36,2%), реже - первитин (винт) (6,7%) и фенамин (спид, скорость) (4,8%). В 2/3 случаев (64,8%) этот наркотик ранее использовался как не инъекционный. Первую инъекцию чаще всего помог сделать друг (подруга), приятель (приятельница) (70,5%).

Наиболее распространенными инъекционными наркотиками в регионе в настоящее время (по данным о пробе наркотиков в течение последнего года) являются фенамин (спид, скорость) (84,8%), мефедрон, метилон и их производные («соли», «соли для ванн») (34,3%), кустарно обработанный пищевой мак (28,6%), героин (25,7%), первитин (винт) (16,2%), опий-сырец, маковая соломка (15,2%), дезоморфин («Крокодил») (12,4%) (рис. 2.2.)

Наркотиками, в отношении которых у ПИН сформирована зависимость (по данным «30-дневного потребления») являются фенамин (спид, скорость) (76,2%) и мефедрон, метилон и их производные («соли», «соли для ванн») (24,8%). Кроме того, употребляются героин (16,2%) и кустарно обработанный пищевой мак (16,2%).



*Рис. 2.2. Наркотики, использовавшиеся при помощи инъекций (в графике приведены только те наркотики, которые употреблялись в регионе хотя бы в единичных случаях)*

В выборке наблюдается разнообразная частота употребления наркотиков: 40% употребляют наркотики ежедневно (из них половина употребляют наркотики несколько раз в день), еще 40% употребляют наркотики от 2-х до 6-ти раз в неделю, остальные употребляют наркотики 1 раз неделю и реже.

Трое из четырех ПИН принимали алкоголь или лекарственные препараты одновременно с употреблением инъекционных наркотиков в течение последнего месяца перед опросом (74,3%).

### **2.3. Использование инъекционного инструментария**

В среднем, за последнюю перед опросом неделю ПИН Барнаула использовали для введения наркотиков 16 (медианное значение = 5) шприцев. Субъективная доступность стерильного инъекционного инструментария относительно высока: 61,9% утвердительно ответили на вопрос «Всегда ли вы можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы, когда они Вам нужны?»

Те, кто не испытывает проблем в доступе к инструментарию, как правило приобретают шприцы в аптеках (92,3%), получают в консультационных пунктах (47,7%), у других потребителей наркотиков (16,9%). В качестве основных источников стерильного инструментария 58,5% респондентов назвали КП, 38,5 - аптеки.

Основной причиной недоступности инструментария, по мнению ПИН, которые сообщили, что не всегда могут получить стерильные иглы и/или шприцы, является тот факт, что места продажи не работают в нужное время (30%), отсутствие времени (22,5%), отсутствие денег (17,5%).

При последней инъекции использовали иглу и/или шприц, которыми до этого пользовался кто-то другой, 9,5% ПИН. Из тех респондентов, кто при последней инъекции пользовался своим инструментарием, в 98,9% случаев использовали стерильные иглы/шприцы (т.е. все, кроме одного ПИН, который затруднился ответить на этот вопрос). Постоянно в последние 30-ти дней перед опросом использовали стерильные иглы и/или шприцы, т.е. те, которыми никто не пользовался ранее, в т.ч. сам ПИН, половина респондентов (55,2%).

Менее половины ПИН (43,8%) сообщили о повторном использовании собственных игл и/или шприцев в течение последних 30-ти дней перед опросом. ПИН, в среднем, 4 раза повторно использовали свои иглы и/или шприцы.

.

Четверть (25,7%) в течение последних 30-ти дней перед опросом использовали иглу и/или шприц, которыми уже пользовался кто-то другой. В среднем, два других человека

использовали иглу и/или шприц до респондента. Иглы и/или шприцы использовались, чаще всего, после приятеля, друга, подруги (в 81,5%), постоянного полового партнера (29,6%), и кого-то из компании употребляющих наркотики (в 25,9%).

Из числа ПИН, пользовавшихся чужим инструментарием, только 33% (9 из 27 чел.) всегда промывали или очищали перед инъекцией использованные иглы и/или шприцы. Остальные делали это «иногда» (44,4%), «чаще всего» (11,1%). Для дезинфекции использованных игл и/или шприцев ПИН чаще всего просто промывали их холодной некипяченой водой (в 88,0%).

Две трети ПИН (69,5%) сообщили, что никогда не отдавали, не одалживали и не продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы другим потребителям наркотиков в течение последних 30-ти дней перед опросом. Остальные ПИН передавали свои уже использованные иглы и/или шприцы, в среднем, двум другим ПИН. Важно отметить, что 37,5% из них имели ВИЧ-положительный статус. Инструментарий передавали, чаще всего, приятелю, другу, подруге (71,9%), кому-то в компании употребляющих наркотики (34,4%) или постоянному половому партнеру (28,1%)

Половина и более ПИН Барнаула практиковали и другие рискованные, с точки зрения парентерального инфицирования ВИЧ и сопутствующими заболеваниями, виды поведения (в порядке уменьшения частоты)<sup>8</sup>: наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости, в которую уже кто-то опускал свой шприц (56,2%), наполняли свой использованный (нестерильный) шприц раствором наркотика из общей емкости (42,9%), использовали для инъекции шприц, уже наполненный наркотиком (31,4%), пользовались общей ватой и/или фильтрами при приготовлении и инъекционном введении наркотиков (30,5%), для промывки своего шприца и/или иглы пользовались общей емкостью с водой вместе с другими людьми (26,7%). В основном, это были не однократные, а регулярные виды поведения. Относительная распространенность рискованных практик показана на рис. 2.3.

---

<sup>8</sup> Самоотчет за 30-дневный период.

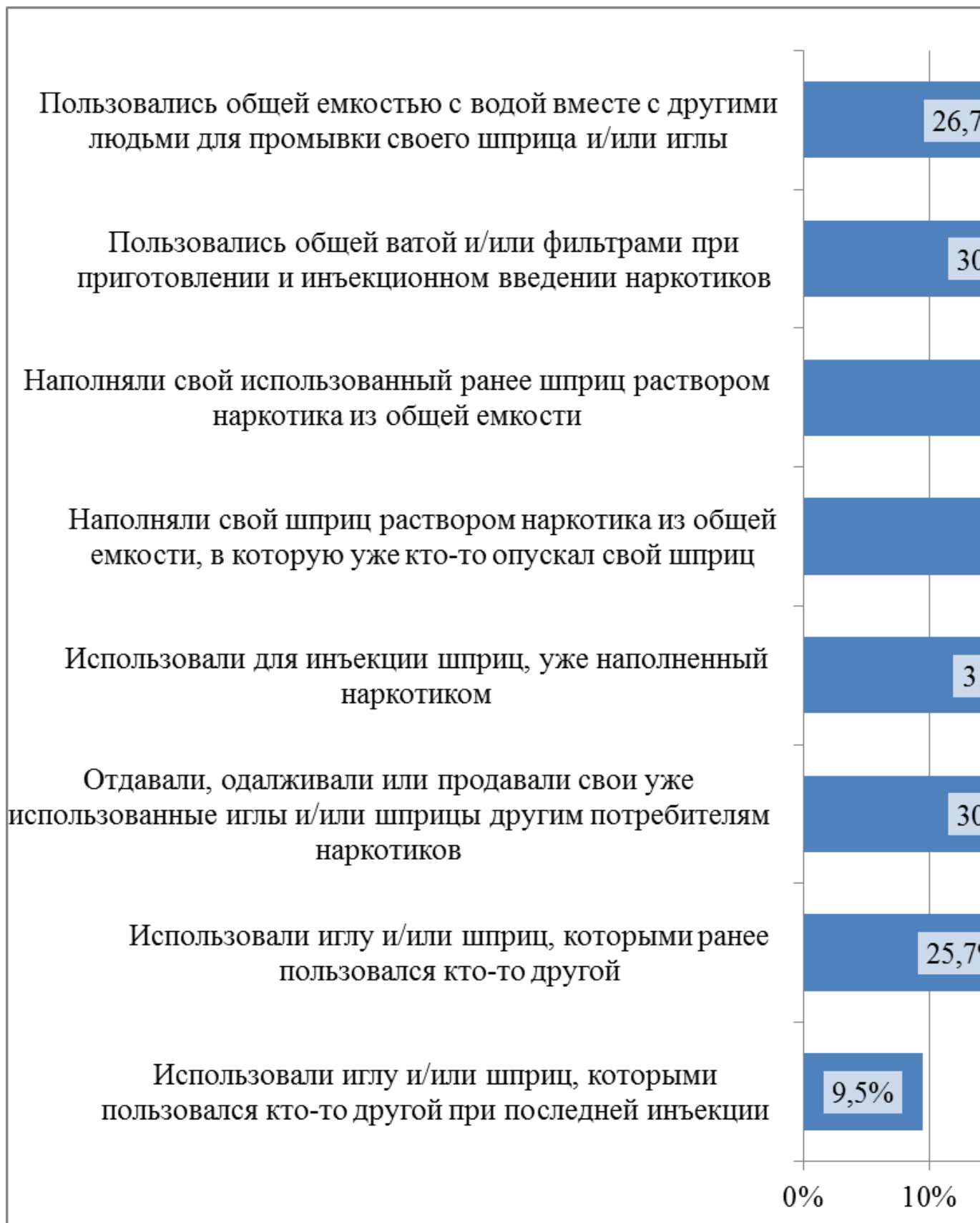


Рис. 2.3. Рискованные практики при приготовлении и введении наркотика в течение последних 30-ти дней

Две трети (67,6%) ПИН сообщили, что в компании людей, с которыми он (она) употребляет наркотики, есть человек, инфицированный ВИЧ; каждый третий затруднился ответить на этот вопрос. Семь человек (6,7%) сообщили, что им случалось употреблять наркотики, пользуясь иглой и/или шприцем после человека, у которого подозревали наличие ВИЧ-инфекции; 7,6% затруднились дать ответ на этот вопрос.

## 2.4. Передозировки

Опыт передозировок наркотиками достаточно широко распространён среди ПИН Барнаула. Каждый четвертый ПИН сталкивался за последний год с явлением передозировки (24,8%), а каждый второй был свидетелем передозировки у другого человека (44,8%).

ПИН знакомы со следующими действиями для предотвращения смерти в результате передозировки (в порядке частоты упоминания): вызвать скорую помощь (78,1%), поддерживать в сознании (49,5%), проверить пульс, дыхание, провести искусственное дыхание, непрямой массаж сердца (49,5%), облить холодной, горячей водой (41,0%), причинить физическую боль (31,4%), ввести внутривенно солевой раствор, кипяченую воду (26,7%), ввести препарат Налоксон (7,6%). В среднем, каждый ПИН назвал три разных способа помощи при передозировке.

Каждый третий обращался за скорой медицинской помощью из-за передозировки наркотика (у него (нее) или кого-либо другого) 11,4% - в течение последних 12-ти месяцев и 18,1% обращались ранее. Всего 6 человек применяли препарат Налоксон в случае передозировки; один - в течение последних 12 месяцев перед опросом, пятеро имели опыт применения этого препарата ранее.

## 2.5. Половое поведение и половые партнеры

Опыт половой жизни имеется у всех опрошенных ПИН Барнаула. Начало половой жизни составило, в среднем, 14 лет у мужчин и 16 лет женщин ( $p \leq 0.001$ ). Сексуально активны (жили половой жизнью в течение последних 30-ти дней перед опросом) 81,9% ПИН (различие между мужчинами и женщинами статистически не значимо).

В среднем, за последние 12 месяцев у ПИН было 4 разных половых партнера, без статистически значимых различий в числе партнеров у мужчин и женщин.

У 86,4% сексуально активных ПИН в течение последнего года был постоянный партнер (различия между мужчинами и женщинами статистически не значимы), как правило, один.

Кроме того, у половины ПИН (52,4%) были случайные партнеры в течение последнего года. В среднем, таких партнеров было 2. Среди мужчин, каждый 10-й покупал сексуальные услуги в течение последних 12-ти месяцев. Среди женщин, одна сообщила об опыте продажи сексуальных услуг. Мужчины о продаже сексуальных услуг не сообщали.

При последнем по времени половом контакте презерватив использовали 52,1% мужчин и 29,4% женщин ( $p \leq 0.05$ ).

При последнем половом контакте с постоянным партнером презерватив использовался в 36,0% случаев. Причины отказа от использования презерватива различались у мужчин и женщин ( $p \leq 0.05$ ). Основные причины не использования презерватива с постоянным партнером у мужчин: «не люблю презервативы» (48,5%), не было под рукой (18,2%), доверял партнеру (15,5%); у женщин – доверие (29,2%), не думают, что это необходимо (25,0%), возражал партнер (20,8%).

При последнем половом контакте со случайным партнером презерватив использовали больше половины ПИН, у которых были такие контакты (68,2%). Отказ от использования презервативов при случайных контактах чаще отмечается у мужчин, но различия не являются статистически значимыми. Основной причиной неиспользования презервативов было: «не люблю презервативы».

Из 8-ми респондентов, имевших коммерческие сексуальные контакты, шесть использовали презерватив при последнем половом контакте, один не использовал, один не ответил на вопрос; пять всегда использовали презерватив в контактах с коммерческим партнером за последние 12 месяцев.

В целом, каждый раз использовали презервативы в контактах с постоянным партнером 29,2% ПИН, в контактах со случайными партнерами – 57,4% ПИН, у которых были такие контакты.

*Половые связи с людьми, не употребляющими наркотики*, оказываются более распространенными среди ПИН-мужчин. Так, за последний год, такие контакты были у 58,0% мужчин и 26,5% женщин ( $p \leq 0.01$ ). Количество таких, не употребляющих наркотики, партнеров составило: один у женщин, два и больше у мужчин.

При последнем половом контакте с партнером, не употребляющим наркотики, презерватив использовался только в 50% случаев. Основная причина неиспользования презерватива: «не люблю презервативы» (45,8%). Все время использовали презерватив при половых контактах с партнерами не-ПИН 40% ПИН из числа тех, у кого такие партнеры были в течение последних 12 месяцев.

*Половые контакты с людьми, инфицированными ВИЧ*, были у 15,5% ПИН (16 чел.), каждый пятый (18,4%) затруднился ответить, были ли ВИЧ-инфицированные среди их половых партнеров. Об опыте *сексуального насилия*, т.е. принуждения к вступлению в половую связь с применением силы или под угрозой применения силы (под давлением), в течение последних 12-ти месяцев сообщили 1,9 % респондентов (две женщины).

## 2.6. Охват медицинской помощью и профилактическими программами

### 2.6.1. Наркологическая помощь

Опыт взаимодействия с государственной наркологической службой имеется у 2/3 ПИН (68,6% сообщили, что обращались когда-либо в жизни за наркологической помощью в любое наркологическое учреждение в любом российском городе). Из них, 69,4% обращались в наркологический диспансер Барнаула за *бесплатной неанонимной* помощью, 68,1% обращались в реабилитационный центр, расположенный в Барнауле, 26,4% обращались в наркологический диспансер Барнаула за *платной анонимной* помощью, 15,3% обращались в частную клинику. На наркологический учет были поставлены 75,0% обратившихся за наркологической помощью.

77,1% ПИН знают, где получить реабилитационную помощь, 68,6% знают порядок и места получения бесплатной наркологической помощи, 64,8% знают, где получить платную наркологическую помощь, 36,2% знают, где можно вступить в группы самопомощи для потребителей наркотиков (напр., АН).

В последние 12 месяцев за бесплатной наркологической помощью обращались 38,1% ПИН, 41% обращался за реабилитационной помощью, 11,4% обращались за платной наркологической помощью, 9,5% обращались в группу самопомощи для ПИН.

### 2.6.2. Программы профилактики для ПИН

Большинство ПИН информированы о наличии в городе специализированных программ профилактики для ПИН (62,9%), из них лишь половина когда-либо сами принимали в них участие (53%), тогда как остальные слышали о них от друзей и друзей (47%). Почти все респонденты, сообщившие об участии в данных программах, посещали их в течение последних 12 месяцев (97,1%) и все имеют код участника программы. У половины участников программ (51,9%) частота использования их услуг составила один раз в неделю, у остальных - реже.

Несколько чаще респонденты сообщали о том, что знают о существовании программ предоставления/обмена шприцев (71,4%): 32,4% сами принимали в них участие, 39,0% – слышали от друзей. О местах и порядке оказания данной помощи информированы лишь 62,9% ПИН. Две трети опрошенных (61%) знают о том, где и как они могут бесплатно получить презервативы и смазки. За последние 12 месяцев обращались за обменом игл и/или шприцев 32,4% ПИН, за презервативами и смазками – 31,4% ПИН.

Согласно расчетному показателю ЮНГАСС<sup>9</sup> охват ПИН профилактическими программами составил 31,4% , а скорректированная RDSAT популяционная оценка охвата ПИН Барнаула профилактическими программами составила 27,4%.

<sup>9</sup> Охваченными программой считаются лица, давшие положительные ответы одновременно на 3 вопроса:

1. Знаете ли Вы, куда обратиться, если Вы захотите пройти тестирование на ВИЧ?
2. Получали ли Вы за последние 12 месяцев презервативы бесплатно?
3. Получали ли Вы за последние 12 месяцев стерильные шприцы бесплатно?

### **2.6.3. Диагностика и лечение ИППП и вирусных гепатитов**

За исключением трех человек, все ПИН слышали о вирусных гепатитах В и С. Большинство тестировались на гепатиты когда-либо в жизни: на гепатит В – 71,6%, на гепатит С – 87,3%. В течение последнего года на гепатит В тестировались 57,1%, на гепатит С – 69,2%.

Информированность о местах и условиях получения помощи в связи с гепатитами и ИППП следующая: знают места и порядок получения в Барнауле бесплатного тестирования и лечения ИППП 69,5%, бесплатного тестирования и лечения вирусных гепатитов – 72,4%. В последние 12 месяцев обращались за бесплатным тестированием и лечением ИППП 24,8% ПИН, за бесплатным тестированием и лечением гепатитов – 41,9% ПИН.

Согласно самоотчетам распространенность гепатита В составила 0,0%, гепатита С – 76,9%. Из числа инфицированных гепатитом С 42% наблюдаются в настоящее время у врача в связи с этим заболеванием

Распространенность гепатитов и ИППП по результатам тестирования образцов крови респондентов оказалась следующая: инфицированы гепатитом В 3,8% ПИН, гепатитом С – 90,5%, сифилисом – 8,6%. Скорректированная в RDSAT популяционная оценка распространенности гепатита С составляет 86,0% (74,2% - 95,2%), сифилиса - 13,8% (1,7% - 22,0%). Таким образом, ПИН в Барнауле адекватно информированы о своем инфицировании гепатитом С, однако есть единичные случаи незнания о своем заболевании гепатитом В.

### **2.6.4. Диагностика и лечение туберкулеза**

Подавляющее большинство опрошенных ПИН хотя бы раз в жизни проходили диагностику туберкулеза (94,3%), из них более двух третей (67,7%) делали это в течение последних 12 месяцев.

Когда-либо был диагностирован туберкулез у 13,4% опрошенных из числа лиц, проходивших исследование в последний год, и большинство из них (8 из 9) состоят на учете в туберкулезном диспансере.

### **2.6.5. Социальное сопровождение и психологическая помощь**

Знают, где в Барнауле можно получить помощь по восстановлению документов, 28,6% ПИН, бесплатные консультации по юридическим вопросам – 31,4% ПИН, бесплатную психологическую помощь – 34,3%. За последние 12 месяцев 2,9% ПИН обращались за помощью по восстановлению документов, 1,9% обращались за бесплатной консультацией по юридическим вопросам, 8,6% обращались за бесплатной психологической помощью.



## 2.6.6. Медицинская и психосоциальная помощь в связи с ВИЧ-инфекцией

Информированность о доступности в Барнауле медицинской и психосоциальной помощи в связи с ВИЧ можно охарактеризовать следующим образом: знают, где пройти *анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ*, 81,9% ПИН, где получить информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа – 69,5%, знают о существовании в городе групп самопомощи для ВИЧ-позитивных людей 31,4%, осведомлены о местах и порядке получения медицинской помощи ВИЧ-инфицированным 45,7%. За анонимным и бесплатным тестированием на ВИЧ обращались в течение последних 12 месяцев 38,1% ПИН, получали информационные материалы 40,0% ПИН, за медицинской помощью в связи с ВИЧ обращались 12,4%, никто не посещал группы самопомощи для ВИЧ-позитивных.

## 2.7. Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

Большинство ПИН (97,1%) знают, куда обратиться за *тестированием на ВИЧ*. Проходили тестирование когда-либо в жизни 90,5%. Из них, более половины (53,7%) проходили последнее тестирование в течение последних 12 месяцев. В 96,8% случаев тестирование было добровольным. В порядке частоты мест тестирования, ПИН наиболее часто тестировались в центре СПИД, тюрьме и больнице (в 37,2%, 14,9% и 16,0% соответственно).

Дотестовое консультирование проведено в 94,7% случаев. Результаты своего последнего тестирования знают 97,9% тестирувавшихся, а 93,6% тестирувавшихся прошли послетестовое консультирование. Из числа тестирувавшихся 18,1% (17 чел.) сообщили о том, что им был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция.

По результатам анализа образца крови положительный результат тестирования на ВИЧ был получен у 33 участников исследования (31,4%). Таким образом, о своём ВИЧ-положительном статусе информированы 51,5% ПИН (17 из 33 чел.).

Скорректированная RDSAT популяционная оценка распространенности ВИЧ среди ПИН составляет 28% (17,8% - 41,3%).

Кроссекционный анализ позволил обнаружить значительное количество взаимосвязей позитивного ВИЧ-статуса и различных поведенческих характеристик ПИН.

По полу, возрасту, источнику дохода ПИН-ЛЖВ не отличались от ВИЧ-отрицательных ПИН. В сфере сексуального поведения ПИН-ЛЖВ отличаются *меньшей* сексуальной активностью (по показателям наличия половых контактов в течение последних 30-ти дней и числа половых партнеров в течение последних 12-ти месяцев, в обоих случаях на уровне  $p \leq 0.05$ ). Использование презерватива и типы половых партнеров не были значимо связаны с ВИЧ-статусом. Важным различием было то, что у ПИН-ЛЖВ по сравнению с ВИЧ-отрицательными ПИН значимо чаще имеется ВИЧ-положительный сексуальный партнёр ( $p \leq 0.01$ ).

Ряд поведенческих показателей оказались не связаны с ВИЧ-статусом у барнаульских ПИН. В их числе: сексуальное насилие, стаж инъекционного наркопотребления, опыт пребывания в местах лишения свободы, типы наркотиков, использовавшиеся в течение последних 30 дней, частота употребления наркотиков, диагноз туберкулеза.

Значимо чаще ПИН-ЛЖВ использовали иглу и/или шприц, которыми пользовался кто-то другой при последней инъекции, и не пользовались стерильной иглой и/или шприцем во время последнего употребления инъекционных наркотиков, а также использовали для инъекции шприц, уже наполненный наркотиком (во всех случаях на уровне  $p \leq 0.05$ ).

Важное эпидемиологическое значение имеет тот факт, что ПИН-ЛЖВ значительно чаще наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости и для промывки своего шприца и/или пользовались общей емкостью с водой вместе с другими людьми в течение последних 30-и дней (в обоих случаях на уровне  $p \leq 0.05$ ).

Отдавали, одалживали или продавали свои использованные иглы и/или шприцы одинаково часто как ПИН-ЛЖВ, так и ПИН, не инфицированные ВИЧ. Такое поведение может быть следствием как незнания своего ВИЧ-положительного статуса, так и пренебрежительного отношения к риску инфицирования остальных, а также незнания рисков распространения инфекций другими путями, помимо совместного использования игл и/или шприцев.

ПИН-ЛЖВ значительно чаще сообщали, что не могут получить стерильные иглы и/или шприцы, всегда, когда они нужны ( $p \leq 0.05$ ).

Охват профилактической программой ПИН-ЛЖВ ниже, чем ВИЧ-отрицательных ПИН ( $p \leq 0.05$ ).

По результатам тестирования, у ПИН-ЛЖВ чаще, чем у ВИЧ-отрицательных ПИН выявляется гепатит С ( $p \leq 0.05$ ).

В итоговой регрессионной модели значимыми предикторами ВИЧ-положительного статуса у барнаульских ПИН были наличие ВИЧ-положительных половых партнеров в течение последних 12 месяцев, наполнение своего шприца раствором наркотика из общей емкости в течение последних 30-и дней, и сниженная сексуальная активность (наличие и число сексуальных партнеров).

## 2.8. Антиретровирусная терапия

Из 17-ти человек, сообщивших в интервью о том, что им был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, 10-ти была назначена АРВТ, девять начали ее принимать и семь человек продолжали принимать на момент опроса.

## 2.9. Информированность о ВИЧ

В Барнауле не обнаружилось ни одного ПИН, не знающего, что такое ВИЧ. Итоговый показатель информированности о ВИЧ оказался очень высоким: 86,7% респондентов правильно ответили на 5 ключевых вопросов индикатора ЮНГАСС (рис. 2.3). На отдельные вопросы более 96% ПИН дали правильные ответы.

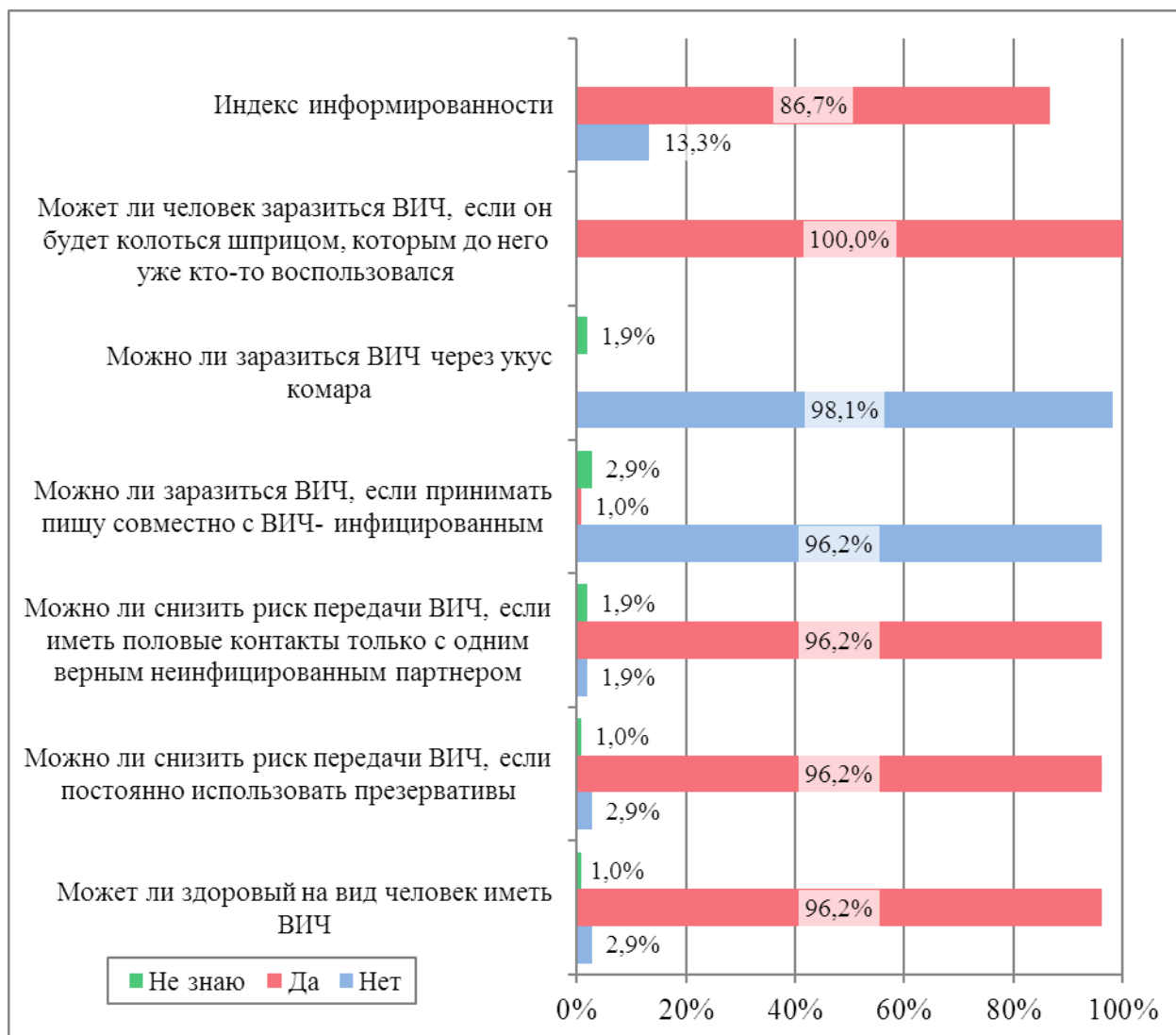


Рис. 2.4. Информированность о ВИЧ

## 2.10. Стигма и дискриминация

ПИН Барнаула сообщают о множестве случаев насилия и дискриминации, связанного с потреблением ими наркотиков: 64,8% сообщали о том, что о них неоднократно сплетничали, «обсуждали за спиной»; 53,3% сообщали, о том, что на них неоднократно оказывали психологическое давление близкие им люди, члены семьи, 29,5% подвергались преследованию со стороны правоохранительных органов. Менее 20% ПИН также сообщали о неоднократном применении физического насилия, об отказе в аренде жилья, участии в общественных мероприятиях, в трудоустройстве или возможности работать. Об

отказе от оказания медицинской помощи, социальных услуг, образования сообщали редко.

## 2.11. Оценка проекта комплексной профилактики

### 2.11.1. Участники программ

Треть ПИН в выборке является клиентами профилактической программы (32,4%). В среднем, клиент программы пользуется ее услугами в течение 17-ти месяцев (половина пользуются услугами более года) с разнообразной частотой – от 1 до 5 раз в месяц. Каждый четвертый (23,5%) пользуются услугами проекта реже, чем 1 раз в месяц.

Следующие поведенческие характеристики демонстрируют ПИН-клиенты программы по сравнению с ПИН, не являющимися клиентами (по результатам кросс-секционного анализа).

По социально-демографическому профилю ПИН-клиенты программы не отличаются от ПИН, не являющихся клиентами. ПИН-клиенты программы значительно чаще используют презерватив при половых контактах с «регулярными» партнерами ( $p \leq 0.001$ ) и с коммерческими партнерами ( $p \leq 0.001$ ) в течение последних 12-и месяцев. ПИН-клиенты программы чаще сообщают о наличии у них ВИЧ-инфицированного полового партнера ( $p \leq 0.05$ ).

ПИН-клиенты программы значительно выше оценили доступность для них стерильных игл и шприцев ( $p \leq 0.001$ ). При этом, однако, уровень рискованных практик при приготовлении и введении наркотика в течение последних 30-и дней (например, использование иглы и/или шприца, которыми пользовался кто-то другой при последней инъекции, использование стерильной иглы и/или шприца во время последнего употребления инъекционных наркотиков, использование для инъекции шприца, уже наполненного наркотиком, промывка или очищение использованных игл и/или шприцев, использование общей ваты/фильтров) не отличался от уровня у ПИН, не являющимися клиентами программы. Исключение составляет только следующее поведение, которые значительно реже встречается у ПИН – участников программы: наполнение своего шприца раствором наркотика из общей емкости (например, из общего шприца-дозатора, чужого шприца, ложки, кружки, флакона и т.д.), в которую уже кто-то опускал свой шприц и пользование общей емкостью с водой для промывки игл и/или шприцев вместе с другими людьми (в обоих случаях  $p \leq 0.001$ ).

Частота передозировок и знание препарата Налоксон у ПИН-клиентов программы не отличается от соответствующих показателей у ПИН, не являющихся клиентами.

Распространённость инфекций по результатам лабораторного тестирования (ВИЧ, гепатита В, гепатита С, сифилиса) также статистически значимо не различается у ПИН-клиентов программы и ПИН, не являющихся клиентами.

Все условия предоставления услуг проекта (график (часы) предоставления услуг, дружелюбность обстановки, безопасность условий получения услуг и др.) получили у ПИН высокую оценку («5», в единичных случаях «4»).

Наиболее часто ПИН получали следующие услуги проекта. 100% клиентов пользовались услугами получения (обмена) игл, шприцев, других средств для безопасных инъекций (дезинфицирующие салфетки, вода для инъекций), презервативов. К часто используемым услугам относятся и следующие: выдача направлений в медицинские и иные организации - на тестирование на ВИЧ (пользовался когда-либо ранее - 23.5%; пользовался сегодня - 70.6%), выдача направлений в медицинские и иные организации - на диагностику вирусных гепатитов В и С (пользовался когда-либо ранее - 26.5%; пользовался сегодня - 70.6%); консультации доверенных специалистов Проекта - фтизиатра (пользовался когда-либо ранее - 41.2%); консультации доверенных специалистов Проекта - нарколога (пользовался когда-либо ранее - 55.9%). Также были востребованы услуги дерматовенеролога, инфекциониста, психолога. Значительная часть была охвачена услугами информирования и обучения: о безопасности половых отношений при позитивном ВИЧ-статусе (пользовался когда-либо ранее) - 61.8%; о профилактике и лечении ВИЧ и туберкулеза (пользовался когда-либо ранее) - 61.8%.

Удовлетворенность услугами проекта была полной. Наиболее востребованными услугами проекта являются получение игл и /или шприцев, других средств для безопасных инъекций, презервативов, получение направлений на тестирование на ВИЧ и диагностику вирусных гепатитов, получение витаминов (рис. 2.5.).

Предложения ПИН по улучшению проекта содержали в себе введение круглосуточного режима работы и увеличение количества выдаваемых витаминов.

Все ПИН (кроме одного человека) намерены принимать участие в проекте в будущем. Все рекомендовали проект своим знакомым и намерены рекомендовать его в будущем.



Рис. 2.5. Наиболее востребованные услуги проекта

### 2.11.2. ПИН, не участвующие в программе

ПИН, которые не являются участниками программы, наиболее актуальными считают следующие услуги: получение игл и /или шприцев, других средств для безопасных инъекций, презервативов, получение направлений на тестирование на ВИЧ и диагностику вирусных гепатитов, получение витаминов (рис. 2.5.). Более половины ПИН (54,9%) сообщили о том, что им рекомендовали обращаться в проект профилактики.



Рис.

2.6. Оценка актуальности услуг проекта (показаны наиболее актуальные услуги)

## 2.12. Выводы

1. Социальное благополучие ПИН - невысокое. Возраст средний, имеется профессиональное образование. Источники дохода – разнообразные, но, как правило, некриминальные. Значительная часть ПИН имеют опыт задержаний полицией и лишения свободы. Обеспечение необходимыми для получения медицинской помощи документами – хорошее.

2. ПИН Барнаула отличает длительный стаж употребления наркотиков. Основные наркотики: фенамин (спид, скорость), реже - мефедрон, метилон и их производные («соли», «соли для ванн»). Структура потребления наркотиков с момента первой пробы значительно изменилась: первыми наркотиками чаще всего были опиаты (опий-сырец, маковая соломка, героин). В выборке наблюдается разнообразная частота употребления наркотиков.

3. Доступность инструментария для инъекций оценивается самими ПИН как высокая. Основной источник получения инструментария для инъекций – консультационные пункты, реже - аптеки–. Барьеры доступности стерильного инструментария – время работы мест продажи/получения стерильных игл/шприцев и отсутствие времени у ПИН.

4. Несмотря на то, что большинство ПИН употребляют наркотики в одной компании с людьми, инфицированными ВИЧ, практики совместного использования инструментария для инъекций широко распространены.

5. Каждый четвертый ПИН сталкивался за последний год с явлением передозировки и каждый второй был свидетелем передозировки у другого человека. В ситуации передозировки ПИН, чаще всего, полагаются на «скорую помощь», реже – на собственные

действия по оказанию помощи человеку, страдающему передозировкой. Знания о препарате Налоксон и использование этого препарата – единичны.

6. Большинство ПИН сексуально активны и вступают в половые контакты как с постоянными, так и со случайными партнерами. Имеются случаи коммерческих сексуальных контактов у мужчин. Предоставление секс-услуг ПИН-женщинами отрицается (кроме одного случая).

7. Незащищенные половые контакты широко практикуются (чаще – с постоянным партнером, реже – со случайным). Неиспользование презерватива при половых контактах с постоянным партнером чаще случается у женщин, при половых контактах со случайным партнером - у мужчин.

8. Имеется потенциал передачи ВИЧ в общую популяцию половым путем: распространены половые связи с людьми, не употребляющими наркотики (в большей степени среди ПИН-мужчин, чем среди ПИН-женщин). Также распространены половые контакты с людьми, инфицированными ВИЧ. Учитывая уровень распространённости ВИЧ среди ПИН в Барнауле, подобное «сексуальное смешивание» является фактором увеличения числа людей, инфицированных ВИЧ, за счет вступающих в половые контакты с потребителями инъекционных наркотиков.

9. Распространенность сексуального насилия в выборке ПИН Барнаула - низкая.

10. Охват ПИН разнообразной наркологической помощью в Барнауле широкий. Большинство состоят на учете в государственном наркологическом диспансере. Отмечается хорошая информированность о возможностях наркологической помощи в Барнауле и высокая обращаемость за такой помощью (по данным об обращаемости за последние 12 месяцев).

11. Каждый третий ПИН принимает участие в профилактической программе для ПИН. Значительная часть остальных ПИН знают о существовании таких программ и выражают готовность принять в них участие.

12. Отмечается хорошая информированность о местах и порядке тестирования на гепатиты В и С, а также охват ежегодным тестированием. Как следствие – практически все ПИН в выборке знали о наличии у них гепатита С.

13. Оценка распространенности гепатита С составляет 86,0% (95% ДИ 74,2% - 95,2%), сифилиса – 13,8% (95% ДИ 1,7% - 22,0%). Высокий уровень распространенности инфекций свидетельствует об открытости как полового, так и парентерального путей передачи ВИЧ. В то же время, высокий уровень распространения гепатита С является и вследствие длительного стажа потребления инъекционных наркотиков в выборке ПИН Барнаула.

14. Подавляющее большинство опрошенных ПИН хотя бы раз в жизни прошли диагностику туберкулеза. Отмечается высокий охват диагностиков в последний год.

15. Информированность о социальной и психологической помощи в выборке удовлетворительная, однако действительное обращение за такой помощью – единично.



16. Информированность о доступности в Барнауле медицинской и психосоциальной помощи в связи с ВИЧ можно охарактеризовать как высокую. Более половины ПИН тестировались на ВИЧ в течение последнего года.

17. Скорректированная RDSAT популяционная оценка распространенности ВИЧ среди ПИН составляет 28% (17,8% - 41,3%). О своем позитивном статусе был информирован только каждый второй ПИН.

18. Итоговый показатель информированности о ВИЧ среди ПИН Барнаула оказался очень высоким.

19. Стигма дискриминация ПИН в связи с употреблением наркотиков достаточно распространена. Чаще всего ПИН ощущают стигму во взаимоотношениях с другими людьми (о них сплетничали, «обсуждали за спиной»; на них оказывали психологическое давление). Часто сообщается о преследованиях со стороны правоохранительных органов. Достаточно редко ПИН сообщали о таких проявлениях дискриминации как отказ в оказании медицинской помощи, социальных услуг, образования.

20. Треть ПИН в выборке является клиентами региональной профилактической программы. Как правило, это постоянные клиенты программы. Наиболее востребованными услугами проекта являются получение игл и /или шприцев, других средств для безопасных инъекций, презервативов, получение направлений на тестирование на ВИЧ и диагностику вирусных гепатитов, получение витаминов. Именно эти услуги считают наиболее актуальными для себя и те ПИН, которые не являются участниками программы.

21. По социально-демографическому профилю ПИН-клиенты профилактической программы не отличаются от ПИН, не являющихся клиентами. ПИН-клиенты программы значительно чаще используют презерватив при половых контактах с «регулярными» и коммерческими партнерами, выше оценивают доступность стерильных игл и шприцев и реже практикуют отдельные виды поведения риска при приготовлении и введении наркотиков. Охват тестированием на ВИЧ за последние 12 месяцев в два раза выше среди ПИН-клиентов профилактических программ, чем среди ПИН, не являющихся клиентами.

22. ПИН-ЛЖВ чаще ВИЧ-отрицательных ПИН сообщают о совместном использовании инструментария для приготовления и введения наркотика, о наличии ВИЧ-инфицированного полового партнера и ВИЧ-инфицированных в компании употребляющих наркотики, а также о затруднениях в доступе к стерильному инструментарию. Охват ПИН-ЛЖВ профилактической программой – ниже, чем ВИЧ-отрицательных ПИН.

23. Есть определенные проблемы с приверженностью к антиретровирусной терапии: 20% пациентов, начавших АРТ, на момент опроса прекратили прием препаратов.

24. Наиболее значимым предиктором ВИЧ-положительного статуса у ПИН является наличие ВИЧ-положительного полового партнера. Вероятнее всего, это является проявлением тенденции у ЛЖВ связывать себя сексуальными отношениями с другими ЛЖВ.

### 2.13. Динамика изменений в уровне распространенности ВИЧ и ключевых индикаторов риска

Для выявления динамики изменений ключевых показателей было проведено сравнение результатов настоящего исследования с имеющимися опубликованными данными дозорных био-поведенческих исследований, проведенных в 2005 и 2012 годах.

В исследовании 2005 года распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН (N=200) составила 3,5%, а распространенность гепатита С - 74%<sup>10</sup>. Исследование 2005 года также позволило выявить наличие рискованных поведенческих практик при употреблении наркотиков. Так, 21,5% респондентов пользовались чужими, уже использованными иглами и шприцами для инъекций, а почти половина (49,4%) передавала свой использованный инъекционный инструментарий другим.

Согласно более позднему исследованию, имевшему место в 2012 г., распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН (N=500) возрасла многократно и составила 30,3% (95% ДИ 25.3% - 35.2%), распространенность гепатита С практически не изменилась - 72.7% (95% ДИ 67.5% - 77.7%)<sup>11</sup>. Распространенность среди наркозависимых рискованных формы поведения в 2012 году также была высока. Согласно опубликованным результатам 80,6% опрошенных ПИН в последний месяц практиковали совместное употребление наркотиков в группе до 5-ти человек (95% ДИ 75.0% - 88.3%) из них 59,1% (95% ДИ, 46,7% - 73,56%) сделали более 10-ти инъекций использованными иглами и шприцами и 85,3% (95% ДИ, 80,5% - 92,3%) совместно использовали другое оборудование для приготовления и введения наркотика.

По данным настоящего исследования, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН к концу 2014 г статистически значимо не изменилась по сравнению с 2012 г. 28% (95% ДИ 17,8% - 41,3%). В то же время возросла распространенность гепатита С – до 86,0% (95% ДИ 74,2% - 95,2%). (Рис.2.7)

Поскольку исследования в 2012г. и 2014г. проводились с использованием одной методики - выборки управляемой респондентом, это позволяет проводить сравнительный анализ полученных био-поведенческих данных с высокой долей достоверности. Сравнение полученных данных по распространенности ВИЧ-инфекции среди наркозависимых с данными официальной статистики (форма №4), показывают, что показатель дозорного исследования, проведенного в 2012г., превышал показатели официальной статистики – в 7,6 раза, а в 2014г.- в 2,6 раза. Это свидетельствует о том, что наркозависимые в 2014г. стали чаще попадать в поле зрения учреждений здравоохранения. Также стоит отметить, что на протяжении 8 лет существенно менялась структура наркопотребления. Если в 2006 году основными наркотиками были героин (61,5%), кустарно приготовленные опиаты (56,5%) и «винт» - 23,4%, то в 2012 году доля героина снизилась до 38.5% (95% ДИ 26.0% - 47.9%) , а значительную часть в структуре наркопотребления составил дезоморфин (19.0%, 95% ДИ 10.9% - 23.8%), что в большой степени объясняет выявленные поведенческие риски, характерные для употребления этого препарата. К 2014-му году картина же наркопотребления изменилась кардинально и на первое место по популярности вышли фенамин и «соли для ванн» (84,8% и 34,3% соответственно), доля

<sup>10</sup> Султанов Л.В., Демьяненко Э.Р., Трешутин В.А., Максимова С.Г. Эпиднадзор II поколения. Комплексное противодействие эпидемии ВИЧ/ИППП на региональном уровне (Алтайский край). Барнаул 2006.

<sup>11</sup> Sultanov, L., Zohrabyan, L., Demianenko, E., Vagaitseva, N., Malkin, J., & Toskin, I. (2013). P3. 101 Prevalence of HIV and HCV and HIV Transmission Related Risk Factors Among Persons Who Inject Drug (PWID) in Barnaul, Russia. Sexually Transmitted Infections, 89(Suppl 1), A179-A179.

же опиатов в структуре наркопотребления сократилась до 28,6% (кустарно обработанный пищевой мак) и 25,7% (героин). Как в 2012 году, так и в 2014 году ПИН практикуют высоко рискованное поведение при приготовлении и введении наркотиков.

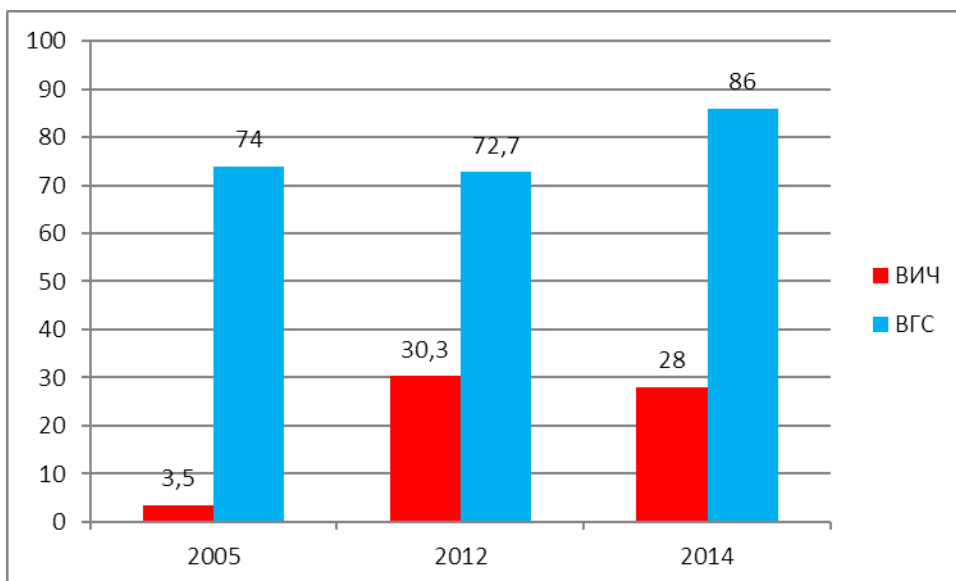
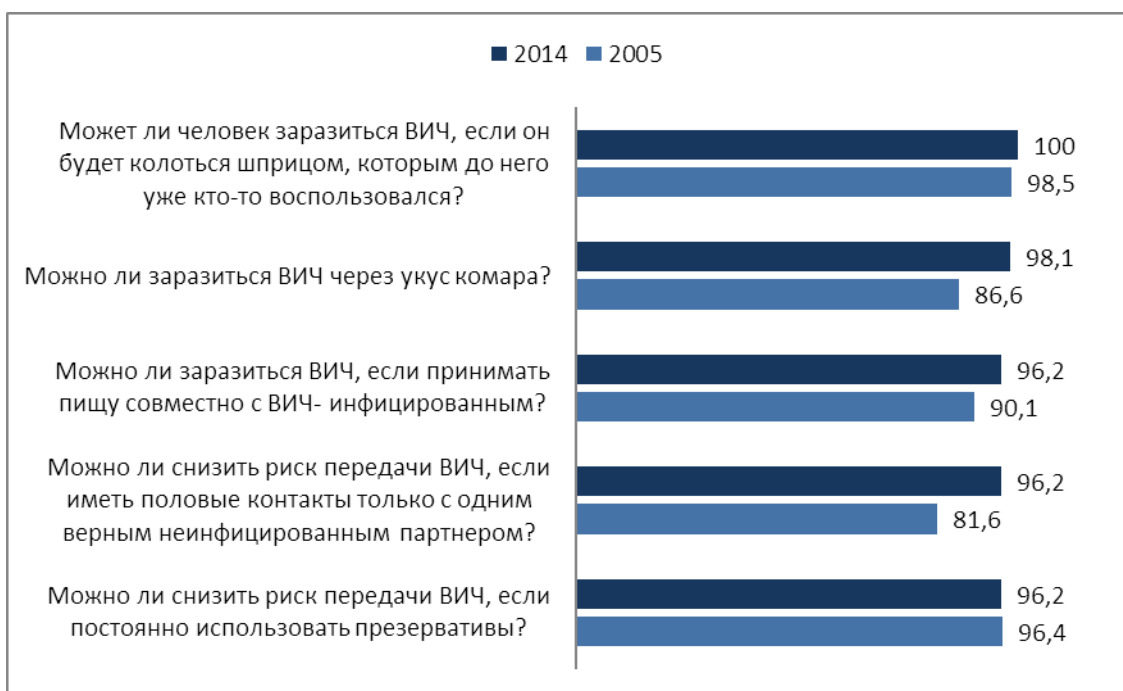


Рисунок 2.7. Динамика изменения распространенности ВИЧ-инфекции и гепатита С по результатам дозорных исследований 2005, 2012 и 2014 гг.

Динамика уровня знаний оценивалась путем сравнения поведенческих данных исследований 2005 и 2014 годов, поскольку подобные данные от 2012 были недоступны для анализа. Стоит отметить, что уровень информированности ПИН по всем вопросам, связанными с ВИЧ-инфекцией и ее профилактикой, в базовом исследовании 2005 года был и так довольно высок, а в 2014 году он стал еще выше. (Рис. 2.8).



*Рисунок 2.8. Динамика изменений уровня знаний о ВИЧ-инфекции и ее профилактики в 2005 и 2014 гг.*

### **3. Волгоград**

#### **Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г. Волгограде**

На территории Волгоградской области за все годы эпидемии зарегистрировано 11 061 ВИЧ-инфицированных, показатель пораженности 319,39 на 100 тысяч населения.

Основная часть ВИЧ-положительных (75,9%) проживает на территориях города Волгограда и в городском округе - город Волжский, а также прилегающих к ним Среднеахтубинском и Городищенском районах. В этих муниципальных образованиях Волгоградской области за пятнадцать лет сформировался большой резервуар ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Наиболее пораженными районами Волгограда являются Красноармейский (436,42 на 100 тыс. населения), Кировский (412,20), Дзержинский (355,49) и Тракторозаводский (319,77).

ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население: за весь период наблюдения у 64,7 % инфекция была диагностирована в возрасте до 30 лет.

Основным фактором риска заражения ВИЧ в 2014 году, как и в прошлом, было использование нестерильного инструментария при внутривенном введении наркотиков (53%). За весь период наблюдения этот фактор риска заражения установлен у 64% ВИЧ-положительных Волгограда.

Удельный вес лиц, заражение которых связано с практикой незащищённых сексуальных контактов, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года увеличился на 2% и составил 44%. Чаще при гетеросексуальных контактах инфицировались женщины (около 70% случаев), тогда как более 80% мужчин инфицированы при инъекционном употреблении наркотиков.

С 1998 года РОО «Мария»-МПН» в Волгограде осуществляется комплексная программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Работа осуществляется в мобильном и стационарном пунктах аутрич-работниками и заключается в распространении стерильного инъекционного оборудования и презервативов, консультирования по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, направления ПИН в лечебно-диагностические учреждения для анонимного обследования на ВИЧ, гепатиты, сифилис и консультаций врачей, обеспечении социального сопровождения, юридических услуг и др.

#### **3.1. Социально-демографические характеристики**

Типичный ПИН Волгограда – русский (90,5%) мужчина (75,2%), коренной житель Волгограда (76,2%). Те, кто не родился в Волгограде в половине случаев приехали в город из других регионов России, в остальных случаях – из сопредельных государств. Чаще всего наркопотребителям от 26 до 40 лет (77,2%), в среднем – 33 года. В основном респонденты имеют законченное начальное или среднее профессиональное образование (43,8%), либо окончили среднюю (24,8%) или начальную (17,1%) школу.

В качестве источников существования ПИН чаще всего использовали легальную, в большинстве случаев временную (50,5%) работу или же полагались на помощь близких (38,1%). Постоянная занятость среди ПИН чаще всего неофициальна (27,6%), официально трудоустроен каждый десятый (11,4%). Вышеперечисленные способы заработка также являются для ПИН теми, что дают им основной доход (рис. 3.1.).

Другие способы заработка характерны менее, чем для десятой части опрошенных. Основная часть респондентов склонна характеризовать свой доход в терминах «хватает на питание, но не на одежду» (37,1%) либо «хватает на покупку одежды, но не крупной бытовой техники» (31,4%). Каждый двенадцатый (8,6%) не может на свой доход обеспечить себе даже питание. В то же время такая же часть опрошенных могут позволить себе покупку машины или квартиры.

Каждый второй наркопотребитель (49,5%) имеет опыт отбывания наказания в местах лишения свободы. В течение последних 12 месяцев каждый четвертый опрошенный (24,8%) был задержан правоохранительными органами.

Половина респондентов на момент опроса не состоят ни в зарегистрированном, ни в фактическом браке (53,3%). Состоит в фактическом браке каждый четвертый респондент (25,7%), столько же состоят в зарегистрированном браке, однако далеко не всегда проживают вместе с супругой/супругом. Каждый третий наркопотребитель (38,1%) имеет детей: одного (21,9%) или нескольких (15,3%).



Рисунок 3.1. Основной источник дохода в течение последних шести месяцев

У каждого десятого ПИН (9,5%) отсутствует российский паспорт, у каждого третьего (32,4%) – медицинская страховка.

### **3.2. Опыт, частота и структура наркопотребления**

В среднем у ПИН с момента первой пробы наркотика прошло 13 лет ( $\sigma = 7$  лет), и 12 лет ( $\sigma = 7$  лет) – с момента первой инъекции наркотика. Доля «новых» наркопотребителей, употребляющих наркотика инъекционно не более года, крайне невелика – 3,8%.

В среднем первая инъекция наркотика приходилась на возраст 21 год ( $\sigma = 5$  лет), и в подавляющем большинстве случаев не позже 30 лет (95,2%). Инъекционное наркопотребление в большинстве случаев начиналось с опиатов: героина (43,8%) или опия-сырца (маковой соломки) (35,2%). Для данной группы не характерно предварительное употребление тех же препаратов неинъекционным путем (20,0%). Редко респонденты сделали свою первую инъекцию самостоятельно (13,3%), чаще им помогали друзья или знакомые (62,9%).

Для Волгограда характерно наличие достаточно широкого спектра наркотических средств, употребляемых инъекционно (рис. 3.2.), однако наиболее распространенными являются опиоиды (в особенности героин, обработанный пищевой мак и опий-сырец) и «соли». Эти же наркотики лидируют по данным об употреблении за последние 30 дней, то есть, вероятно, являются наркотиками, в отношении которых сформирована зависимость (рис. 3.2).

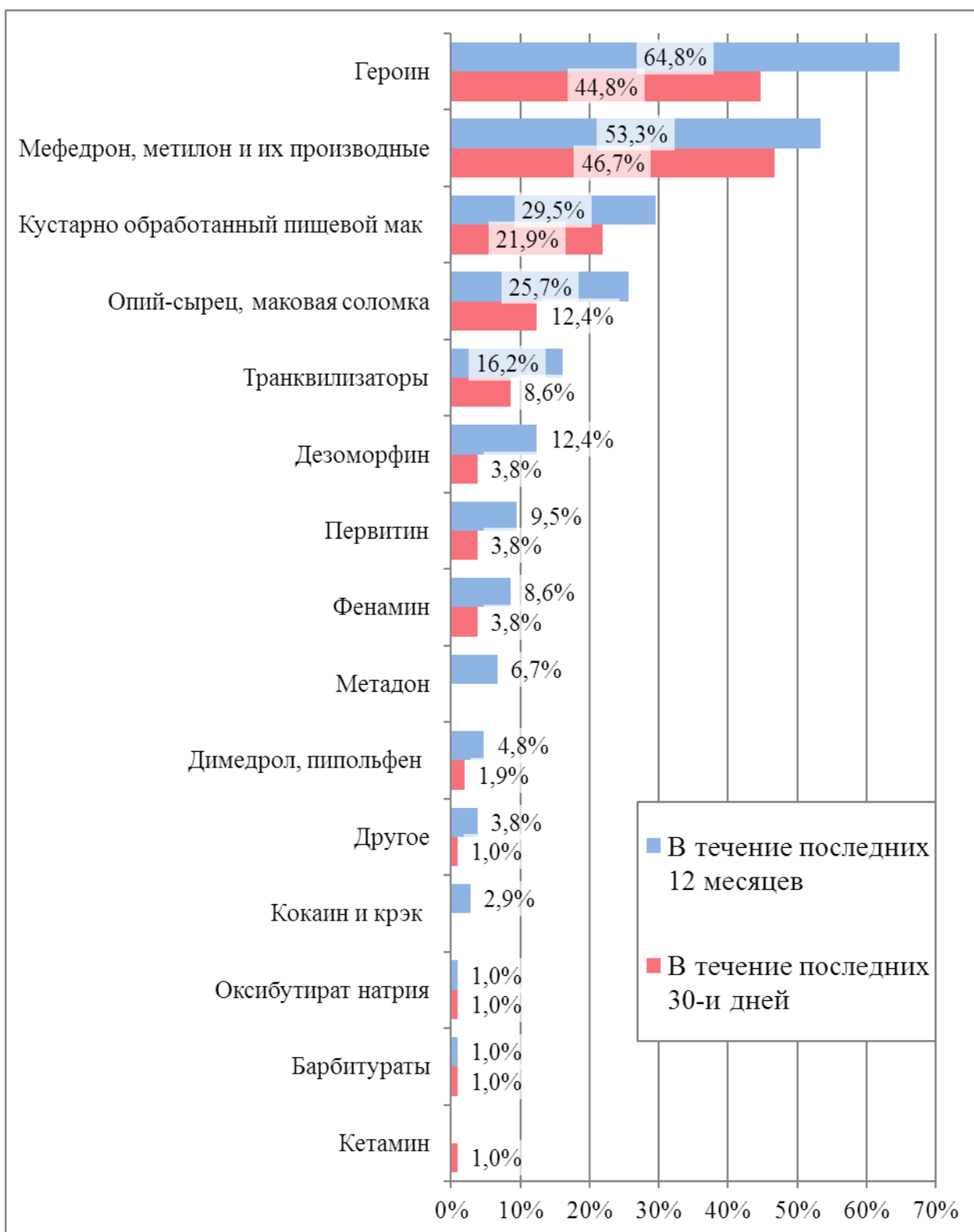


Рис. 3.2. Наркотические средства, употреблявшиеся при помощи инъекций

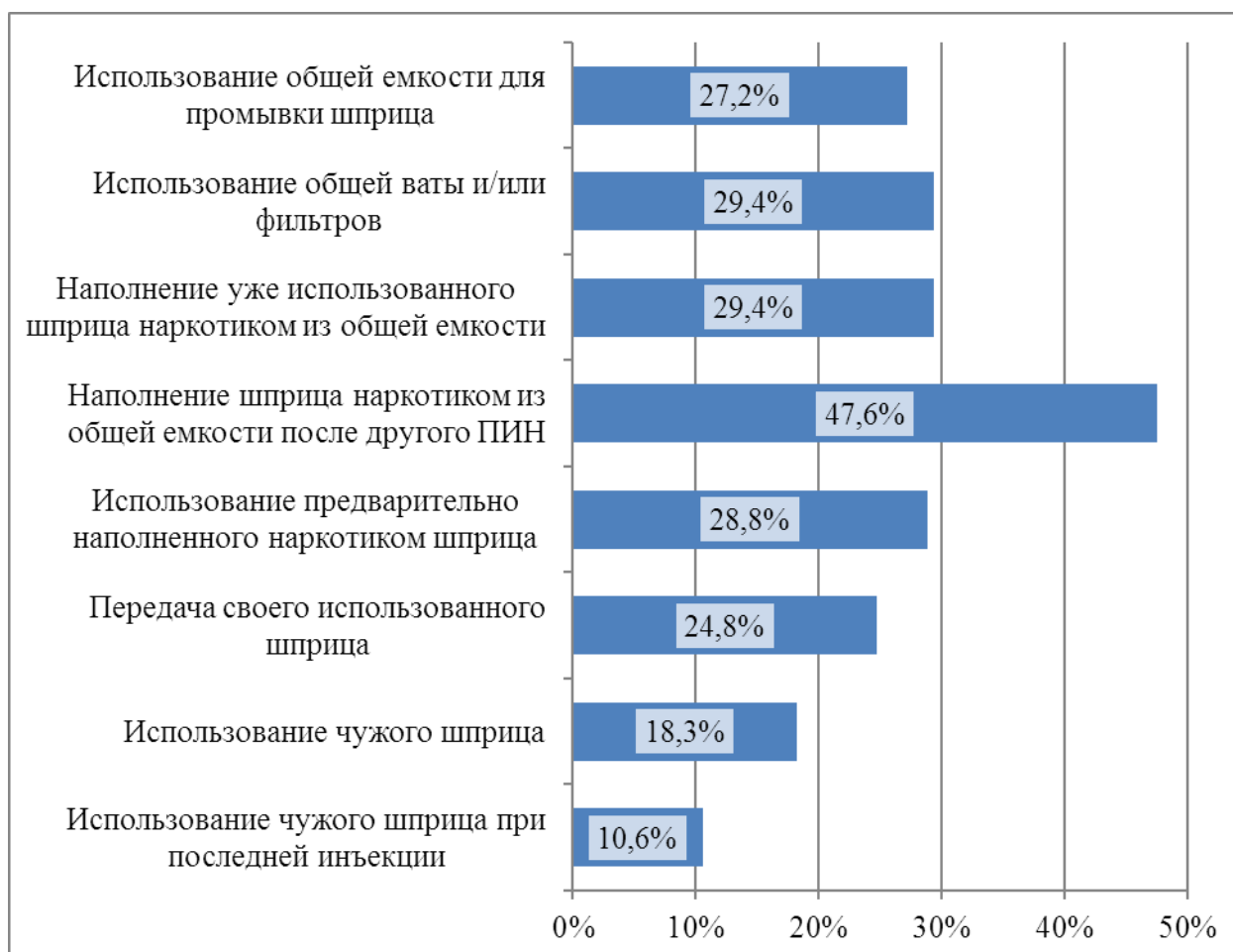
Для ПИН Волгограда характерен значительный разброс в частоте употребления наркотика. Для значительной части ПИН (55,2%) согласно самоотчетам характерно употребление инъекционных наркотиков 1-3 раза в неделю. Каждый пятый (19,0%) употребляет реже, чем раз в неделю, столько же (17,2%) – ежедневно или несколько раз в день.

Каждый второй (48,6%) в течение последнего месяца совмещал прием наркотических средств с употреблением алкоголя.

### 3.3. Использование инъекционного инструментария

В среднем за неделю ПИН используют порядка 9 шприцев (медианное значение – 4). Для четырех из пяти ПИН (77,1%) получить стерильные иглы и шприцы, когда им это необходимо, не вызывает затруднений. Чаще всего приобретение стерильного инструментария происходит через аптечные пункты – используют эту возможность 96,3% наркопотребителей. Вторым специфичным для региона каналом получения инструментария является использование ресурсов социального окружения: через друзей (39,5%), родственников (21,0%), сексуальных партнеров (16,0%), других ПИН (19,8%), региональный проект профилактики (9,1%). Тем не менее, данные каналы используются скорее как вторичные, основным источником получения стерильных игл и шприцев для большинства ПИН (80,2%) являются именно аптеки. Причинами, по которым ПИН не могут получить стерильные шприцы, чаще всего являются неудобный режим работы аптек (41,7%) и отсутствие времени (33,3%). Отсутствие денег и неудобное расположение мест покупки являются менее распространенными причинами (16,7% и 8,3% соответственно).

Лишь каждый второй наркопотребитель (55,2%) в течение последних 30 дней использовал исключительно стерильный инъекционный инструментарий. Не менее 37,2% опрошенных за указанный период использовали повторно собственные шприцы и 18,2% - чужие (рис. 3.3.).





*Рис. 3.3. Доля ПИН, практиковавших рискованные практики употребления наркотиков в течение последних 30 дней*

Большинство ПИН, использовавших чужой инструментарий, отмечают, что для них это не характерно, и они используют его лишь иногда. В среднем за месяц ПИН повторно используют шприцы трех людей: чаще не близких людей (друзей (40,0%), постоянных половых партнеров (20,0%)), а просто кого-то из компании наркопотребителей (70,0%). Каждый третий опрошенный (34,3%) осведомлен о том, что среди людей, с которыми он употребляет наркотики, есть ВИЧ-инфицированные, и каждый десятый (9,5%) когда-либо пользовался их уже использованными шприцами.

Каждый третий ПИН (30,0%), пользующийся чужими шприцами, никогда не промывает их перед повторным использованием, а всегда промывают чужие шприцы лишь 5,0% опрошенных. Основными способами дезинфекции инъекционного инструментария для ПИН Волгограда являются использование спиртовых растворов или простой, некипяченой холодной или горячей воды.

Распространенной рискованной практикой также является набор наркотика из общей емкости – за последний месяц половина опрошенных (48,6%) хотя бы раз это делали. По 30% респондентов использовали уже наполненный наркотиком шприц, общие вату и фильтр или емкость для промывания шприцев, либо опускали свой использованный шприц в общую емкость с наркотиком.

Сообщили о том, что в течение последнего месяца передавали свои использованные шприцы другим ПИН 24,8% опрошенных, из них 19,2% оказались ВИЧ-инфицированными. В среднем за месяц ПИН передают свои шприцы четырем другим наркопотребителям, чаще всего просто знакомым, реже – друзьям и половым партнерам.

При последней инъекции чужим инструментарием пользовались 10,5% респондентов.

### **3.4. Передозировки**

В течение последнего года у каждого шестого наркопотребителя (16,2%) была передозировка наркотиков, а 39,0% были свидетелями передозировки своего знакомого. За указанный период обращались в службу скорой помощи в связи с передозировкой 13,3% респондентов, и ни один из опрошенных не применял Налоксон. Всего имеют опыт применения Налоксона для помощи себе или кому-либо другому 2,9% респондентов.

В среднем респонденты смогли назвать два–три способа оказания помощи при передозировке. Чаще всего ПИН указывали на необходимость вызова скорой медицинской помощи при передозировке (74,3%), несколько реже упоминались искусственное дыхание/массаж сердца (46,7%) и обливание потерпевшего водой (40,0%). Другие способы оказания помощи при передозировке (внутривенные инъекции, поддержание в сознании, причинение физической боли) упомянули от 20 до 30% респондентов. Лишь трое опрошенных (2,9%) вспомнили о том, что в данной ситуации можно использовать Налоксон.

### **3.5. Половое поведение и половые партнеры**

За редким исключением (1,9% и 6,8% соответственно) все опрошенные имеют опыт половых контактов и вступали в них в течение последних 12 месяцев. За последние 30 дней сексуальные контакты имели две трети (67,0%).

Свой первый половой опыт опрошенные ПИН получили в 15 – 16 лет.

За последние 12 месяцев у половины опрошенных (51,4%) было более одного полового партнера. В среднем за указанный период ПИН вступали в половые контакты с четырьмя половыми партнерами (медианное значение – 2), при этом разброс значений у женщин значительно выше, чем у мужчин. Партнеры, которых они могли назвать постоянными, за указанный период были у 75,8% ПИН, случайные партнеры у 46,3% и коммерческие у 4,3% мужчин и 12,0% женщин.

Сообщили об использовании презерватива при последнем половом контакте только 27,2% опрошенных. Частота использования презерватива существенно различается в зависимости от типа партнера: самая низкая с постоянными половыми партнерами (использовали презерватив при последнем половом контакте – 20,8%, постоянно в течение последнего месяца – 13,9%), самая высокая – с коммерческими партнерами (85,7% и 28,6% соответственно). Мужчины несколько чаще женщин сообщали о постоянном использовании презервативов при случайных связях ( $p \leq 0.05$ ).

Основными причинами неиспользования презервативов среди ПИН является отсутствие соответствующей мотивации («не думаю, что это необходимо», «не пришло в голову») и осознанная негативная установка к использованию данного средства предохранения («не пришло в голову»).

Значительная часть ПИН имеют среди половых партнеров лиц, никогда не употреблявших наркотики (43,2%). При последнем контакте с такими партнерами пользовались презервативом 80% ПИН-женщин и 36,4% ПИН-мужчин ( $p \leq 0.05$ ).

Сообщили о наличии за последние 12 месяцев заведомо ВИЧ-позитивных среди половых партнеров 13,7% опрошенных.

Подвергались за последний год сексуальному насилию 16,0% опрошенных женщин и 2,9% опрошенных мужчин (2 человека) ( $p \leq 0.05$ ).

### **3.6. Охват медицинской помощью и профилактическими программами**

#### **3.6.1. Наркологическая помощь**

Чуть более половины опрошенных (57,1%) когда-либо обращались за наркологической помощью. В отличие от других регионов исследования для Волгограда характерно обращение ПИН за наркологическими услугами на платной основе – чаще в государственные учреждения (66,7%), реже в частные (20,0%). За бесплатной неанонимной помощью в государственные диспансеры когда-либо обращались лишь треть (35,0%) проходивших лечение. Менее половины обратившихся за лечением (43,3%) проходили также и реабилитацию (21,0% от общего числа ПИН).

Каждый пятый (21,0%) из числа опрошенных когда-либо состоял на наркологическом учете.

ПИН намного более информированы о возможностях получения в Волгограде платной наркологической помощи (78,1%) и реабилитационных услуг (61,9%), чем бесплатной наркологической помощи (42,9%). Знает о существовании групп самопомощи для наркопотребителей каждый третий ПИН (35,2%).

В течение последнего года чаще всего ПИН обращались за платной наркологической помощью (23,8%) и за услугами реабилитации (19,0%). И вдвое реже – в группы самопомощи (13,3%) и за бесплатными наркологическими услугами (9,5%).

### 3.6.2. Программы профилактики для ПИН

Лишь каждый третий опрошенный сообщил, что знает что-либо о существующих в Волгограде программах профилактики ВИЧ-инфекции (34,3%). Чуть больше ПИН известны данные программы как программы предоставления шприцев (38,1%). Лишь каждый десятый (9,5%) опрошенный когда-либо принимал в них участие. Все из них принимали участие в данных программах и в текущем году и имеют свой личный код участника. Большинство клиентов программ за последний год обращались к их услугам не чаще раза в месяц, остальные – примерно раз в неделю.

Знают о том, где и как они могут бесплатно получить презервативы и смазки, 41,9% наркопотребителей, и половина из них (21,0%) хотя бы раз за последний год воспользовались этой возможностью. Охват программами предоставления шприцев значительно ниже – знают об условиях бесплатного получения стерильного инструментария 26,7%, пользовались этой услугой за последний год – 8,6% респондентов.

Охват ПИН Волгограда профилактическими программами в терминах методологии ЮНГАСС<sup>12</sup> составил 8,6%.

### 3.6.3. Диагностика и лечение ИПП и вирусных гепатитов

Существенная часть респондентов (13,3%) сообщили, что не слышали ранее о гепатитах В и С.

Когда-либо проходили тестирование на гепатит С 61,9% ПИН, на гепатит В – 41,9%. При этом значительная часть ПИН проходили тестирование в течение последних 12 месяцев (гепатит С – 38,1%, гепатит В – 24,8%) и большинству из них был установлен диагноз гепатит С.

Реальная распространенность гепатита С в популяции составила 96,2%, скорректированная RDSAT - 94,7% (95% ДИ 83,8% - 99,5%). Сообщил о том, что когда-либо получил положительный результат анализа на гепатит В только один респондент (1,0%), по результатам тестирования в настоящее время ни одного случая гепатита В среди данной группы обнаружено не было.

Наблюдается в связи с вирусными гепатитами у врача каждый только каждый третий ПИН с установленным диагнозом.

Знают о том, где можно бесплатно пройти тестирование и лечение вирусных гепатитов, 40,0% наркопотребителей, и более половины из них (24,8%) обращались за этими услугами в течение последних 12 месяцев.

---

<sup>12</sup> Охваченными программой считаются лица, давшие положительные ответы одновременно на 3 вопроса:

1. Знаете ли Вы, куда обратиться, если Вы захотите пройти тестирование на ВИЧ?
2. Получали ли Вы за последние 12 месяцев презервативы бесплатно?
3. Получали ли Вы за последние 12 месяцев стерильные шприцы бесплатно?

Информированность о возможностях бесплатного тестирования и лечения ИППП находится примерно на том же уровне (41,0%), однако обращаются за этими услугами ПИН значительно реже (8,6%). По результатам исследования образцов крови распространенность маркеров сифилиса среди популяции составила 6,7%. Скорректированная RDSAT оценочная распространенность сифилиса – 4.5% (95% ДИ 1.1% - 8.8%).

#### **3.6.4. Диагностика и лечение туберкулеза**

Каждый пятый опрошенный (21,0%) никогда в жизни не проходил обследование на туберкулез. В течение последнего года проходили тестирование 38.1% опрошенных. У четырнадцати наркопотребителей (13,3%) был диагностирован туберкулез и практически все из них (11,4%; 12 человек) в настоящее время состоят на учете в наркологическом диспансере.

#### **3.6.5. Социальное сопровождение и психологическая помощь**

Не более четверти ПИН знают о том, каким образом они могут получить бесплатные психологическую (26,7%) и юридическую (16,2%) помощь, а также услуги по восстановлению документов (21,0%).

Их вышеперечисленных услуг наибольшей популярностью среди ПИН пользуется психологическая помощь – за ней за прошлый год обращались 18,1% респондентов. Лишь несколько человек сообщили о том, что получали в прошедшем году бесплатные юридические услуги (3 человека; 2,9%) и услуги, связанные с восстановлением документов (4 человека; 3,8%).

#### **3.6.6. Медицинская и социальная помощь в связи с ВИЧ-инфекцией**

Большинство опрошенных (94,3%) знают о том, где в Волгограде можно пройти тестирование на ВИЧ, в том числе 85,7% знают о том, где это можно сделать бесплатно и анонимно. Обращались за услугами бесплатного тестирования в течение последнего года 43,8% наркопотребителей.

Более половины опрошенных (58,1%) представляют, где можно получить информационные материалы по проблеме ВИЧ-инфекции и каждый четвертый (24,8%) обращался за данными материалами в течение последнего года.

О предоставляемых в городе медицинских услугах для ЛЖВ осведомлены 61,0% опрошенных, а о существовании групп самопомощи для данной группы – 15,2%. Обращались за данными услугами в течение последнего года 14,3% и 5,7% соответственно.

### **3.7. Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию**

Когда-либо проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию 7 из 10 ПИН (72,4%), в подавляющем большинстве случаев (82.9%) в течение последних двух лет.

Основными местами прохождения тестирования для ПИН являются Центр СПИДа (45,9%), поликлиники (14,9%), больницы (10,8%), наркологические клиники (9,5%) и тюрьмы (8,1%). Каждое десятое тестирование (9,5%) проходило не на добровольной основе.

Лишь половина опрошенных смогли уверенно сказать, что с ними проводилось дотестовое (56,8%) и послетестовое (55,4%) консультирование. Девять из десяти опрошенных (91,9%) знают о том, каков результат их последнего тестирования.

Сообщили в интервью о своем позитивном ВИЧ-статусе 13,3% опрошенных (14 человек, каждый пятый из числа тестирувавшихся), диагноз одного из них в последствие не подтвердился. Реальная распространенность ВИЧ-инфекции в группе составила 36,2%, скорректированная RDSAT - 40.4% (95% ДИ 27.9 – 54.4). Не осведомлены о своем ВИЧ-позитивном статусе по меньшей мере половина ПИН, живущих с ВИЧ (52,6%).

В исследовании не было обнаружено статистически значимых связей позитивного ВИЧ-статуса и актуальных рискованных практик, предпочитаемых наркотиков и социально-демографических характеристик. Напротив, для ЛЖВ характерно меньшее число половых партнеров ( $p \leq 0.05$ ) и более редкие покупка и продажа секс-услуг ( $p \leq 0.05$ ). ВИЧ-позитивные ПИН значительно чаще ВИЧ-негативных сообщали о наличии ЛЖВ среди половых партнеров (26% против 5%,  $p \leq 0.01$ ) и партнеров по употреблению наркотиков (50% против 25%,  $p \leq 0.05$ ). Однако это может быть как свидетельством данных путей передачи ВИЧ, так и практики серосортинга и более высокой информированности ЛЖВ о ВИЧ-статусе своих партнеров. Также позитивный ВИЧ статус связан с большей длительностью наркопотребления ( $p \leq 0.05$ ) и наличием диагностированного туберкулеза (26% против 6%,  $p \leq 0.01$ ). ВИЧ-позитивные ПИН также значимо чаще ВИЧ-негативных являются клиентами профилактического проекта (21% против 5%;  $p \leq 0.01$ ).

Регрессионный анализ показал, что из всех вышеперечисленных характеристик лишь наличие ЛЖВ среди половых партнеров и партнеров по употреблению, а также статус клиента профилактического проекта позволяет значимо предсказать позитивный ВИЧ-статус ПИН.

### 3.8. Антиретровирусная терапия

Более, чем половине ПИН, информированных о наличии у них ВИЧ-инфекции, когда-либо предлагалось начать прием АРВТ (64,3%; 9 из 14 человек). В большинстве случаев респонденты начинали прием препаратов (7 из 9 человек; 77,8%) и продолжают его до сих пор (6 из 9 человек; 66,6%).

В настоящее время находятся на АРВТ 5,7% всех наркопотребителей.

### 3.9. Информированность о ВИЧ

Согласно интегративному показателю ЮНГАСС доля ПИН, имеющих базовый уровень информированности о ВИЧ, в данной группе составляет 47,6%<sup>13</sup> (рис.3.4.).

Наиболее уязвимым аспектом знаний о ВИЧ в данной группе является вопрос о возможности передачи инфекции контактно-бытовым путем: знают о том, что ВИЧ не

<sup>13</sup> Доля лиц, правильно ответивших на все 5 вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укусы комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

передается через укус комара и совместный прием пищи 65,4% и 69,2% ПИН соответственно (рис.3.4.).

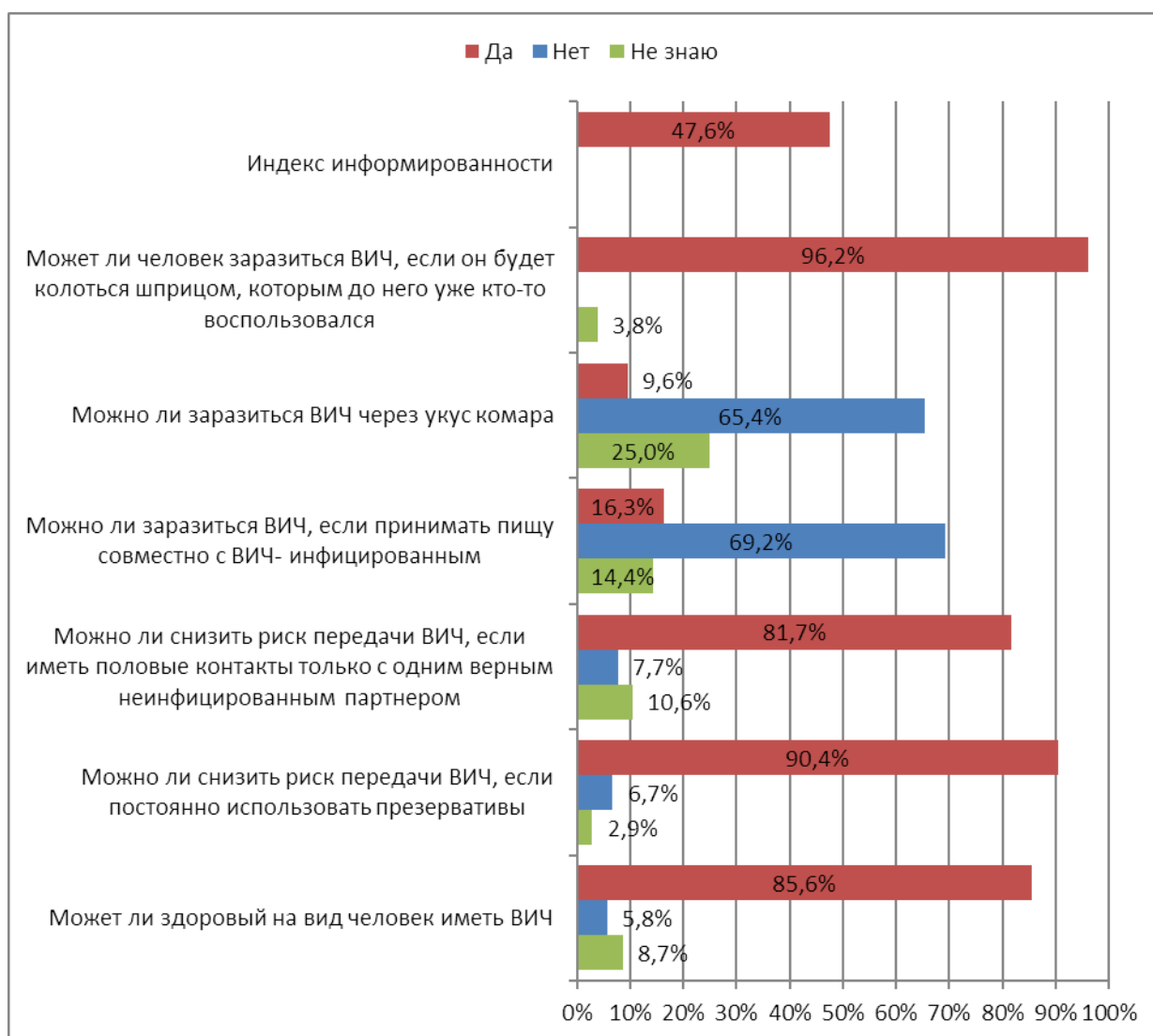


Рисунок 3.4. Информированность о путях передачи и способах профилактики ВИЧ

Не уверены в эффективности профилактики передачи ВИЧ половым путем таких стратегий как верность и использование презервативов 18,3% и 9,6% ПИН соответственно.

Каждый седьмой опрошенный (15,2%) считает, что ВИЧ-позитивного человека можно каким-то образом отличить по внешнему виду.

Более всего ПИН информированы о существовании парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции (96.2%).

Один респондент (1,0%) сообщил, что ранее не слышал о ВИЧ-инфекции.

### 3.10. Стигма и дискриминация

Наиболее частыми проявлениями в личном общении стигмы ПИН являются сплетни (78,1%) и психологическое давление (79,0%) в связи употреблением наркотиков. Около

половины опрошенных сталкивались с оскорблениями (55,2%) и отстранением от участия в семейных делах (54,3%). Каждый третий опрошенный перенес физическое насилие в связи с употреблением им/ей наркотических средств (35,2%). Если ПИН сталкивались с такими ситуациями, то чаще всего они происходили неоднократно.

Наиболее частым проявлением дискриминации ПИН является преследования представителей данной группы правоохранительными органами (50,5%), далее с большим отрывом идут отказ в трудоустройстве (29,5%), проживании в собственном или съемном жилье (20,0%) и недопущение к участию в общественных мероприятиях (17,1%).

Гораздо реже ПИН сталкиваются с отказом в получении медицинских (13,3%), образовательных (12,4%) и социальных услуг (8,6%).

### **3.11. Оценка проекта комплексной профилактики**

#### **3.11.1. Участники программ**

Лишь каждый десятый опрошенный (10,5%<sup>14</sup>; 11 человек) является клиентом профилактического проекта. В основном они пользуются его услугами от полугода до трех лет (72,8%; 8 человек) с частотой один раз в месяц или реже (7 человек; 63,7%).

Клиенты профилактического проекта по своим социально-демографическим характеристикам значимо не отличаются от ПИН, не имеющих такого опыта. Основным различием является ВИЧ-статус: среди клиентов проекта значимо больше ЛЖВ ( $p \leq 0.01$ ). Из поведенческих различий было отмечено более частое использования презерватива при коммерческих половых контактах клиентами проекта ( $p \leq 0.05$ ). Следует отметить, что отсутствие значимых различий по другим параметрам может быть связано в первую очередь с малым размером подвыборки клиентов.

*Материалы и средства.* Все 11 опрошенных пользовались предоставлявшимися в проекте шприцами, иглами и другими средствами для безопасных инъекций, а также презервативами. Большинство (72,7%; 8 человек) также получали перевязочные материалы, а каждый второй (по 5 человек; 45,4%) – витамины и мази. Одна потребительница наркотиков также сообщила, что ей предоставили предметы женской гигиены (9,1%).

Большинство клиентов сообщили, что им полностью хватает предоставляемых в проекте шприцев и игл (90,9%; 10 человек). Количество предоставляемых презервативов удовлетворяло потребности всех респондентов.

Подавляющее большинство клиентов были полностью или значительно реже – частично довольны предоставленными им средствами и материалами.

*Направления в медицинские организации.* Среди предлагающихся проектом направлений наиболее популярными являются связанные с диагностикой ВИЧ и сопутствующих заболеваний (вирусные гепатиты и туберкулез) (90,9%; 10 человек), а также консультациями по вопросам АРВТ (72,7%; 8 человек). Реже ПИН были заинтересованы в возможности пройти реабилитацию (54,5%; 6 человек) и сделать вакцинацию от гепатита В (36,4%; 4 человека). Ни один из опрошенных не воспользовался возможностью

---

<sup>14</sup> Незначительное расхождение в различных показателях охвата профилактическими программами (10 человек; 9,5% и 11 человек; 10,5%) вероятно связано с тем, что клиенты не всегда могут идентифицировать получаемые услуги как именно связанные с профилактикой ВИЧ-инфекции».

получить направление на консультацию у педиатра. Большинство ПИН остались полностью удовлетворены предоставленными услугами или, что значительно реже, сообщили, что удовлетворены частично.

*Консультации доверенных специалистов.* Среди доверенных специалистов проекта наиболее востребованными являются равный консультант (81,8%; 9 человек), психолог (72,3%; 8 человек) и инфекционист (63,6%; 7 человек). Значительная часть опрошенных (36-55%; 4-6 человек) также воспользовались услугами фтизиатра, специалиста по социальной работе или нарколога. Один – два респондента (9 -18%) сообщили, что в рамках участия в проекте получили консультацию гинеколога, хирурга или юриста.

В целом респонденты остались полностью или частично удовлетворены полученными консультациями доверенных специалистов.

*Информирование и обучение.* Наибольший охват обучением относится к тематике туберкулеза (90,9%; 10 человек), несколько меньший – профилактике полового пути передачи ВИЧ (63,6%; 7 человек) и репродуктивного здоровья (27,3%; 3 человека). Каждый третий клиент проекта (36,4%; 4 человека) получил профилактическую информацию с помощью семинаров или тренингов. Обучающиеся остались полностью или, реже, частично удовлетворены полученной информацией.

*Услуги социального сопровождения.* Среди ПИН наиболее востребованными оказались услуги социального сопровождения, связанные с получением медицинской помощи и личным сопровождением в медицинские учреждения (по 81,8%; 9 человек). Каждый второй (54,5%; 6 человек) воспользовался помощью по оформлению документов. Другие услуги, в частности в связи с трудоустройством, доставкой лекарств и защитой в суде получили один или два из опрошенных (9-18%). В основном ПИН остались полностью или, реже, частично удовлетворены полученным социальным сопровождением. Один респондент высказал неудовлетворенность полученной помощью по оформлению документов.

*Прочие услуги.* Относительно распространенным является участие клиентов проекта в группах взаимопомощи (27,3%; 3 человека). Участвовали в каких-либо акциях или воспользовались помощью по организации досуга по одному опрошенному (9,1%). Респонденты остались полностью или частично удовлетворены полученным опытом.

*Наиболее востребованные услуги проекта.*





Рисунок 3.5. Наиболее востребованные услуги проекта

В отличие от других регионов в перечень наиболее востребованных ПИН-клиентами профилактических услуг вошли предоставление презервативов, а также значительное количество различных услуг, а том числе диагностики (ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов), а также консультации психолога, инфекциониста и по назначению АРВТ (рис. 3.5). Также из предоставляемых материалов наиболее интересными для ПИН являются шприцы, витамины и перевязочные материалы.

Однако в связи с крайне малым размером подвыборки данные результаты могут быть поставлены под сомнение.

Клиенты крайне высоко оценивают все характеристики профилактического проекта (качество, безопасность, дружелюбность обстановки и пр.) (4,9-5,0 баллов по 5-балльной шкале). Чуть менее других респонденты удовлетворены такими аспектами

предоставляемых услуг как комфортность (4,7 баллов), соответствие потребностям (4,6 баллов) и график работы (4,5 баллов). Все респонденты планируют продолжать пользоваться услугами проекта и продолжать рекомендовать его своим знакомым.

Большинство опрошенных не высказали никаких пожеланий по совершенствованию работы проекта. По одному человеку высказали следующие рекомендации: сделать пункт стационарным и/или с круглосуточным режимом работы, а также предоставлять материальную помощь и лекарства для лечения печени.

### 3.11.2. ПИН, не участвующие в программе

Большинство опрошенных не являются клиентами профилактического проекта (89.5%) и им никто не рекомендовал туда обратиться (62,8%).

Среди характеристик профилактического проекта наиболее важными им представляются качество предоставляемых услуг и их соответствие потребностям ПИН (4,8 баллов по 5-балльной шкале), а также доступность информации об услугах проекта, анонимность и компетентность и уважительное отношение сотрудников (4,7 баллов). Наименее важным в представлении не-клиентов является график работы профилактического проекта (4,0 баллов).

Для ПИН Волгограда характерно значительное разнообразие приоритетов в профилактических услугах. К числу тех, что объединяют большинство опрошенных (не менее 50% считают эту услугу высоко актуальной и/или не менее 80% ПИН считают ее актуальной) относятся возможность бесплатного получения игл, шприцев и других средств для безопасных инъекций, а также возможность получить направление на реабилитацию (рис. 3.6.).

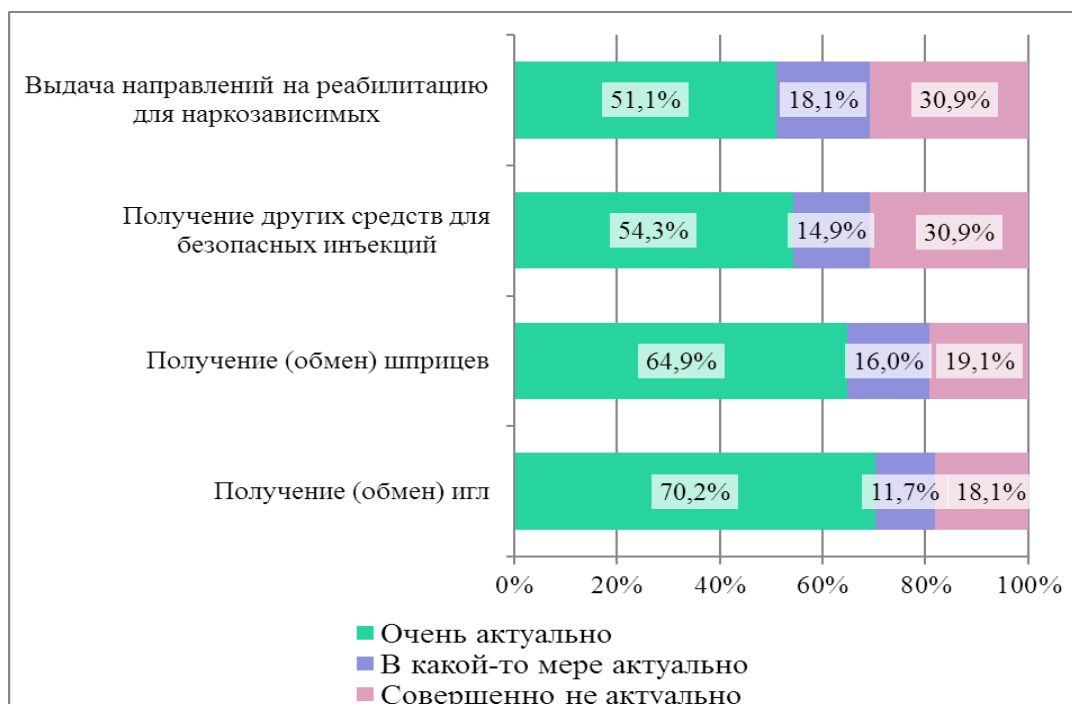


Рисунок 3.6. Наиболее актуальные услуги для ПИН, не являющихся клиентами профилактического проекта

При ограничении возможностей выбора (не более 10 услуг) вышеперечисленные 4 услуги остаются приоритетными – их выбрали от 40% до 75% наркопотребителей. Кроме них не менее пятой части опрошенных выбрали следующие услуги: предоставление презервативов, мазей, витаминов, перевязочных материалов и консультации врача-нарколога.

### 3.12. Выводы

1. Для ПИН характерен достаточно высокий средний возраст (26-40 лет) и средний или низкий уровень дохода. В качестве источников средств к существованию наиболее распространенными являются легальная трудовая занятость и помощь ближайшего социального окружения. Каждый второй наркопотребитель имеют законченное профессиональное образование. Половина ПИН имеют брачного партнера, каждый третий имеет детей. В отличие от других регионов исследования, для существенной части ПИН характерно отсутствие таких необходимых документов как полис и паспорт.
2. Как и в других регионах исследования стаж инъекционного наркопотребления очень высок (в среднем 12 лет). Наиболее распространено употребление опиоидов и «солей». Основная часть ПИН делают инъекции наркотика несколько раз в неделю.
3. По субъективным оценкам доступность стерильного инструментария для ПИН достаточно высока. Чистые иглы и шприцы в подавляющем большинстве случаев приобретаются в аптеках, либо, существенно реже – через друзей и знакомых. Невозможность приобрести стерильный инструментарий ПИН в основном связывают с неудобным режимом работы аптек и временными затратами.
4. Для пятой части ПИН характерно использование чужих игл и шприцев. Другими распространенными рискованными практиками являются забор наркотика из общей емкости и использование шприца, заранее кем-то наполненного наркотиком. Каждый третий наркопотребитель знает хотя бы одного ЛЖВ среди своих партнеров по наркопотреблению.
5. За год каждый шестой ПИН испытывает передозировку наркотиков, и чуть менее половины наблюдают передозировку своего знакомого. Основным способом помощи при передозировке для ПИН Волгограда является вызов скорой помощи. Информированность о Налоксоне и его использование – минимальны.
6. За последний год у большинства ПИН были постоянные половые партнеры, у половины – случайные. Порядка десятой части женщин-ПИН вовлечены в предоставление сексуальных услуг. Не ведут регулярную половую жизнь около трети наркопотребителей.
7. Половые контакты, особенно с постоянными половыми партнерами – в основном незащищенные. Чаще всего презервативы используются при покупке или продаже секс-услуг. Неиспользование презервативов в основном связано с отсутствием мотивации или неприятием презервативов. Один из восьми ПИН практикует сексуальные контакты с заведомо ВИЧ-позитивными.
8. Имеется высокий потенциал выхода ВИЧ-инфекции в общую популяцию за счет высокой распространенности незащищенных сексуальных контактов с не-ПИН, особенно среди ПИН-мужчин.
9. Каждая шестая женщина-ПИН за последний год подверглась сексуальному насилию. Также о совершении в отношении себя сексуального насилия сообщили несколько мужчин.
10. В отличие от других регионов исследования для Волгограда характерно обращение ПИН за наркологическими услугами на платной основе. ПИН редко обращаются за

- бесплатной помощью в государственные наркодиспансеры и в группы самопомощи и недостаточно информированы об их возможностях.
11. Осведомленность ПИН о существующих профилактических программах и их использование – низкие (знают о программах и их используют каждый третий и каждый десятый соответственно). Согласно скорректированной в RDSAT оценке охват ПИН профилактическими программами (в терминологии ЮНГАСС) – низкий (8,6%).
  12. Информированность о возможностях диагностики вирусных гепатитов, как и охват тестированием, относительно высоки. Однако лечением охвачены лишь порядка трети знающих о своем заболевании наркопотребителей, и существенная часть ПИН (13,0%) вообще не имеют информации о существовании данных заболеваний.
  13. Скорректированная в RDSAT оценка распространенности гепатита С составила 94.7% (95% ДИ 83.8% - 99.5%), сифилиса – 4.5% (95% ДИ 1.1% - 8.8%). Инфицированных гепатитом В в данной выборке обнаружено не было.
  14. Охват ПИН диагностикой на предмет выявления туберкулеза может быть оценен как средний.
  15. Не более четверти ПИН знают о том, каким образом они могут получить различные виды бесплатной психосоциальной помощи. Охват данными видами услуг является еще более низким и в основном выражается в получении психологической помощи.
  16. Информированность о различных медико-социальных услугах в связи с ВИЧ колеблется в пределах 60%-95%, за исключением возможности посещать группы самопомощи – о них ПИН осведомлены значительно меньше. Годичный охват тестированием средний – около половины наркопотребителей .
  17. Скорректированная RDSAT оценка распространенности ВИЧ среди данной группы составила 40.4% (95% ДИ 27.9 – 54.4), при этом каждый второй из ПИН-ЛЖВ не знает о своем ВИЧ-статусе. Каждый двадцатый ПИН принимает АРВТ.
  18. Позитивный ВИЧ-статус статистически значимо связан с наличием ЛЖВ среди половых партнеров и партнеров по употреблению наркотиков, статусом клиента профилактического проекта, а также большим стажем наркопотребления и наличием туберкулеза в анамнезе.
  19. Имеют удовлетворительный уровень информированности относительно путей передачи и способов профилактики ВИЧ менее половины ПИН.
  20. Стигматизация ПИН в основном проявляется в быту как сплетни, психологическое давление, оскорбления и отстранение от участия в семейных делах. Среди различных форм дискриминации, как и в других регионах исследования, лидируют преследования со стороны правоохранительных органов.
  21. Являются клиентами профилактического проекта 10,5% опрошенных. В основном они полностью удовлетворены получаемыми услугами, приоритетными из которых считают получение презервативов и шприцев, а также диагностику ВИЧ и туберкулеза. Среди ПИН-не клиентов приоритеты несколько другие, в том числе получение игл и других средств для безопасных инъекций, а также направления на реабилитацию.
  22. Основными особенностями клиентов профилактического проекта по сравнению с неклиентами является большая распространенность ВИЧ-инфекции, что может быть связано с наличием групп самопомощи и других сервисов для ЛЖВ в проекте профилактики. Также для клиентов профилактического проекта характерны более безопасное половое поведение и в два раза более высокий охват тестированием на ВИЧ, нежели ПИН, не являющихся клиентами.

### 3.13. Динамика изменений в уровне распространенности ВИЧ и ключевых индикаторов риска

Для выявления динамики изменения ключевых показателей результаты настоящего исследования были сравнены с опубликованными данными, полученными в ходе дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением, проведенного в Волгограде в 2005 году, в котором приняли участие 258 ПИН. Сравнение производилось по следующим параметрам: распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса, поведение риска (инъекционное и половое), используемые за последний месяц наркотики и информированность о ВИЧ-инфекции.

По сравнению с 2005 годом распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН увеличилась в несколько раз. В 2005 году антитела к ВИЧ были обнаружены у 9,7% участников исследования<sup>15</sup>, тогда как в 2014 г. у 40,4%, распространенность гепатита С возрасла в 2 раза с 47,7% в 2005 г. до 94,7% в 2014, распространенность сифилиса существенно не изменилась. (Рис.3.7)

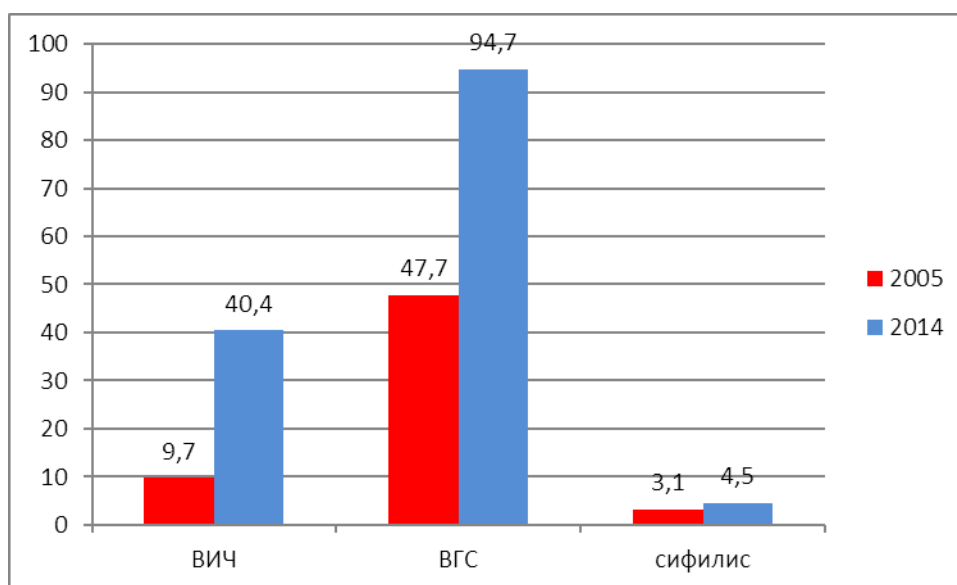
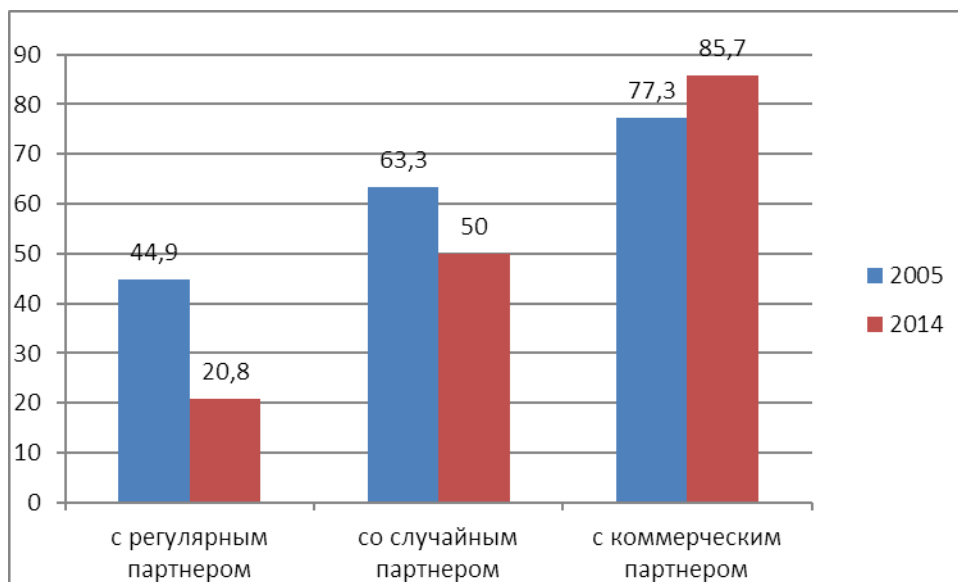


Рисунок 3.7. Распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса среди ПИН. По результатам дозорных исследований 2005 и 2014 гг.

Значительные изменения за 9 лет, прошедшие между двумя исследованиями, претерпала и наркосцена. Если в 2005 году подавляющее число ПИН отдавало предпочтение опиатам: 70,1% употребляли героин, 57,5% кустарно приготовленные опиаты, 21,4% - опиаты медицинского назначения, то в 2014 году наряду с героином и кустарно обработанным маком (44,8% и 21,9% соответственно) популярность приобрели производные мефедрона или «соли», их использовали 46,7% респондентов. Можно констатировать, что по сравнению с данными 2005 года уменьшилась доля ПИН, делавших в последний месяц себе инъекцию наркотика чужим, уже использованным шприцем с 27,2% до 18,3%. К сожалению, мы не можем провести сравнение других рисков, связанных с приготовлением и введением наркотика, поскольку в исследовании 2005 года они не изучались.

<sup>15</sup> Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в Волгоградской области в рамках проекта ООН «Комплексные стратегии противодействия распространения ВИЧ/ИППП среди молодежи в Российской Федерации»: Волгоград: «Станица-2», 2005.- 96с

Что же касается полового поведения, то по сравнению с 2005 годом доля ПИН, практикующих незащищенные половые контакты в целом возросла. Исключение составили только ПИН, сообщившие об опыте сексуальных контактов с коммерческими половыми партнерами. Использование презервативов с этим типом партнеров происходило чаще, чем в 2005 году (Рис.3.8)



*Рисунок 3.8 Частота использования презерватива ПИН при последнем контакте с различными видами сексуальных партнеров (%). Результаты дозорных исследований среди ПИН 2005 и 2014 гг.*

Уровень информированности о ВИЧ-инфекции изменился незначительно. Немного увеличилась доля ПИН, знающих, что можно снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно правильно использовать презерватив (84 % в 2005 г. и 90,4% в 2014) и иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером (70,4% и 81,7% соответственно). Также уменьшилась доля ПИН, считающих, что можно заразиться ВИЧ, принимая пищу с ВИЧ-инфицированным, с 33,5% до 16,3%. Информированность по остальным вопросам существенных изменений не претерпела.

## 4. Пермь

### Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Пермском крае

Пермский край входит в число регионов Российской Федерации с наиболее высокой заболеваемостью и распространенностью ВИЧ-инфекции. По итогам 2013 года по этим двум показателям он занимал 12 место в стране (табл. 2).

**Таблица 2. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Пермском крае и г. Пермь в 2010-2014 г.г.**

Показатель	2010	2011	2012	2013	10 мес. 2014 г.

Кол-во случаев (абс.)	1995	2352	2453	2318	2327
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией. по Пермскому краю (на 100 тыс. населения)	73,7	87,1	93,1	88,0	87,9
Распространенность ВИЧ-инфекции по Пермскому краю (на 100 тыс. населения)	424,1	501,4	591,5	665,5	739,6
Распространенность ВИЧ-инфекции в г. Пермь (на 100 тыс. населения)	579,2	701,2	806,2	907,0	975,3
Прирост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, %	19,2	17,9	4,3	-5,5	21,9

В городе Перми зарегистрировано 50,5% всех случаев ВИЧ-инфекции по краю.

За 10 мес.2014 год в Пермском крае выявлено 2327 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 21,9 % больше, чем за аналогичный период 2012 года. Показатель заболеваемости составил 87,9 на 100 тысяч населения.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекции на территории Пермского края выявлено 22240 случаев ВИЧ-инфекции, всего лиц живущих с ВИЧ/СПИД - 19498 человек, показатель распространенности составляет 739,6 на 100 тыс. населения.

В структуре путей инфицирования с 2013 года стал преобладать половой путь, при сексуальном контакте произошло заражение в 52,5 % случаев, при этом большая часть имела место среди половых партнеров наркопотребителей (61,7 %). В 55,2% случаев заражение половым путем регистрируется среди женщин. На наркотический путь передачи пришлось 45,8 % от всех инфицированных ВИЧ, причем мужчины инфицировались при внутривенном употреблении наркотиков значительно чаще, чем женщины – в 71,8% случаев. За 10 месяцев 2014 года доля наркотического пути составила 40,6%, а полового 58,5%.

#### 4.1. Социально-демографические характеристики

Респонденты - ПИН в Перми преимущественно представлены мужчинами (63,8%) русской национальности (93,0%) в возрасте от 26 до 40 лет (79,0%; средний возраст – 33 года). В основном опрошенные проживают в Перми с рождения (87,6%), мигрировавшие в Пермь чаще являлись жителями других населенных пунктов Пермского края или других территорий Российской Федерации.

Для ПИН Перми характерно либо отсутствие профессионального образования (9 или 11 классов школы – 21,0% и 24,8% соответственно) либо законченное начальное или среднее профессиональное образование (37,1%). Чаще всего в качестве источников дохода ПИН упоминали средства партнера или родственников (84,8%). На втором месте - криминальная деятельность – торговля наркотиками (41,9%) и воровство или грабежи (33,3%). В тоже время значительная часть опрошенных также зарабатывают деньги легальным путем: чаще всего это временные подработки (27,6%) и неофициальная занятость (18,1%); имеют постоянную официальную работу 17,1% респондентов. Следует отметить, что временные подработки и неофициальная легальная занятость крайне редко упоминались ПИН в качестве *основных* источников дохода. Из легальных источников дохода лишь официальное постоянное трудоустройство является для части ПИН основным источником заработка. Для большинства же ПИН основными источниками дохода является противоправная деятельность (воровство и торговля наркотиками) и несколько реже помощь родственников (рис. 4.1.).

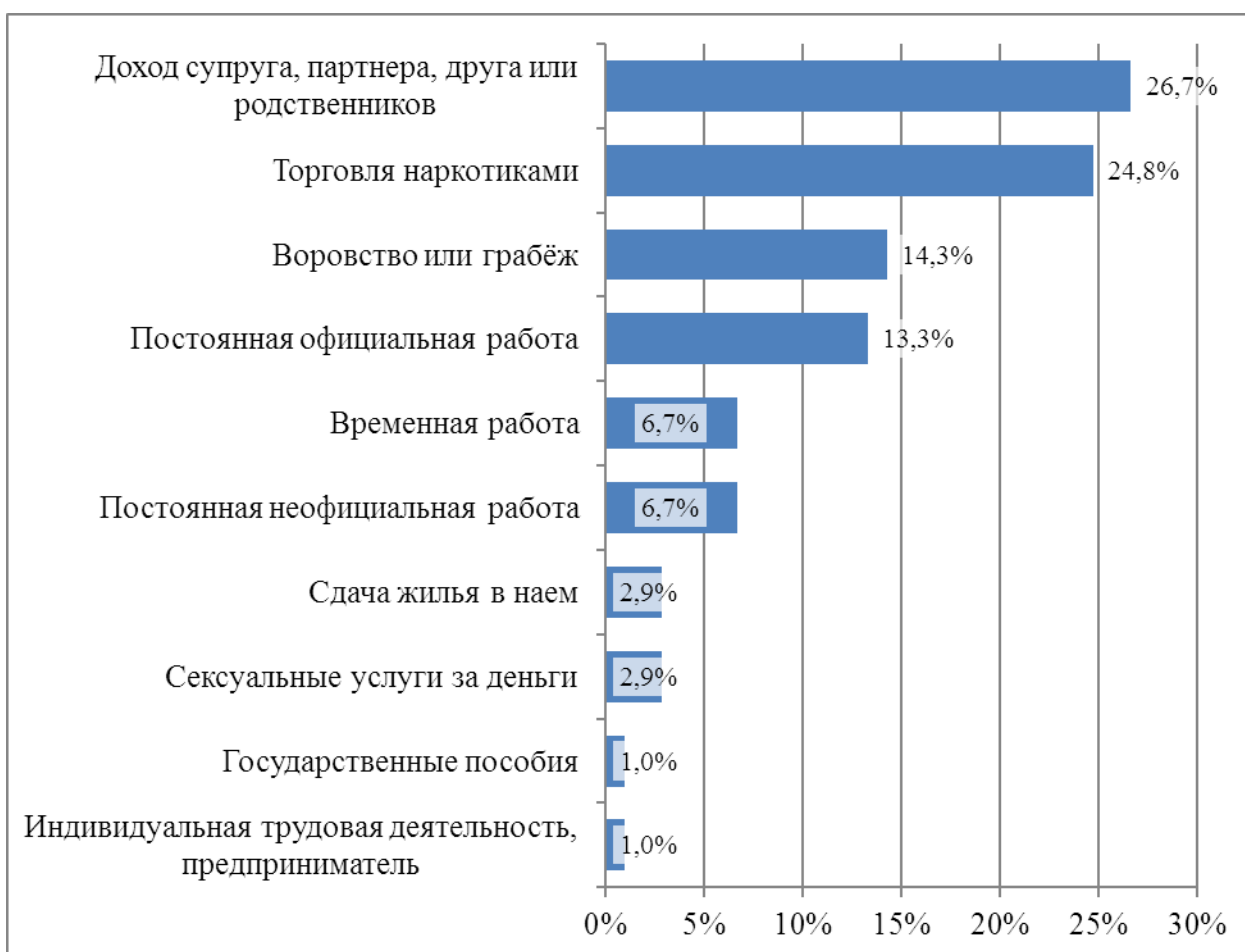


Рисунок 4.1. Основной источник дохода в течение последних шести месяцев

В большинстве случаев уровень дохода ПИН позволяет удовлетворить лишь базовые нужды: доходов хватает на питание (37,1%) или одежду (25,7%), реже – на крупную бытовую технику (14,3%). Каждому пятому опрошенному денег не хватает даже на еду (20,0%).



Большинство наркопотребителей на момент исследования не состояли в официально зарегистрированном браке и либо не имели постоянного партнера и проживали отдельно (46,7%) либо находились в фактическом, незарегистрированном браке (31,4%). При этом у большинства опрошенных (57,1%) есть хотя бы один ребенок, а у каждого шестого – двое или больше.

Учитывая распространенность противоправного поведения среди ПИН неудивителен достаточно высокий уровень криминализации – каждый второй опрошенный когда-либо отбывал наказания в местах лишения свободы (51,4%) и столько же задерживались правоохранительными органами в течение последних 12 месяцев (52,4%).

Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев ПИН обеспечены необходимыми для трудоустройства и получения медицинской помощи документами – паспортом и медицинским полисом (по 98,1%).

#### **4.2. Опыт, частота и структура наркопотребления**

Средний стаж употребления наркотиков у ПИН Перми составляет 14 лет ( $\sigma = 6$  лет), а инъекционного наркопотребления – 12 лет ( $\sigma = 6$  лет). Лишь каждый пятый (19,0%) употребляет наркотики при помощи инъекций менее 5 лет, и лишь каждый 15-й – менее одного года (6,7%). Большинство же опрошенных употребляли инъекционные наркотики на протяжении не менее 10 лет (59,1%).

Инъекционное наркопотребление в подавляющем большинстве случаев (84,7%) началось в возрасте не старше 25 лет (в среднем в 21 год ( $\sigma = 6$  лет)). с употребления героина (42,9%) или опия-сырца (31,4%) , реже – фенамина (12,4%). При этом в 38,1% случаев инъекции данного наркотика предшествовало его употребление иным, неинъекционным способом. Практически никогда первую инъекцию опрошенные не делали самостоятельно (1,2%), чаще всего респонденту помог кто-либо из его друзей или знакомых (85,7%).

Наиболее распространенными инъекционными наркотиками в регионе являются героин, мефедрон («соли») и тропикамид – хотя бы единожды за последний год их употребляли 83,8%, 71,4% и 53,3% ПИН соответственно (рис. 4.2.). Эти препараты так же являются наркотиками, в отношении которых у ПИН чаще всего сформирована зависимость (по данным самоотчета об употреблении за последние 30 дней) (рис. 4.2.).

Половина опрошенных (55,2%) делают себе инъекции наркотика каждый день, в большинстве случаев - однократно (26,7%), реже – 2-3 раза в день (19,0%) или чаще (9,5%). Другая половина ПИН употребляют наркотики реже, чем ежедневно: в основном – два-три раза (24,8%) или один раз (12,4%) в неделю. Значительная часть наркопотребителей сочетают прием наркотиков и употребление алкоголя (85,7%).

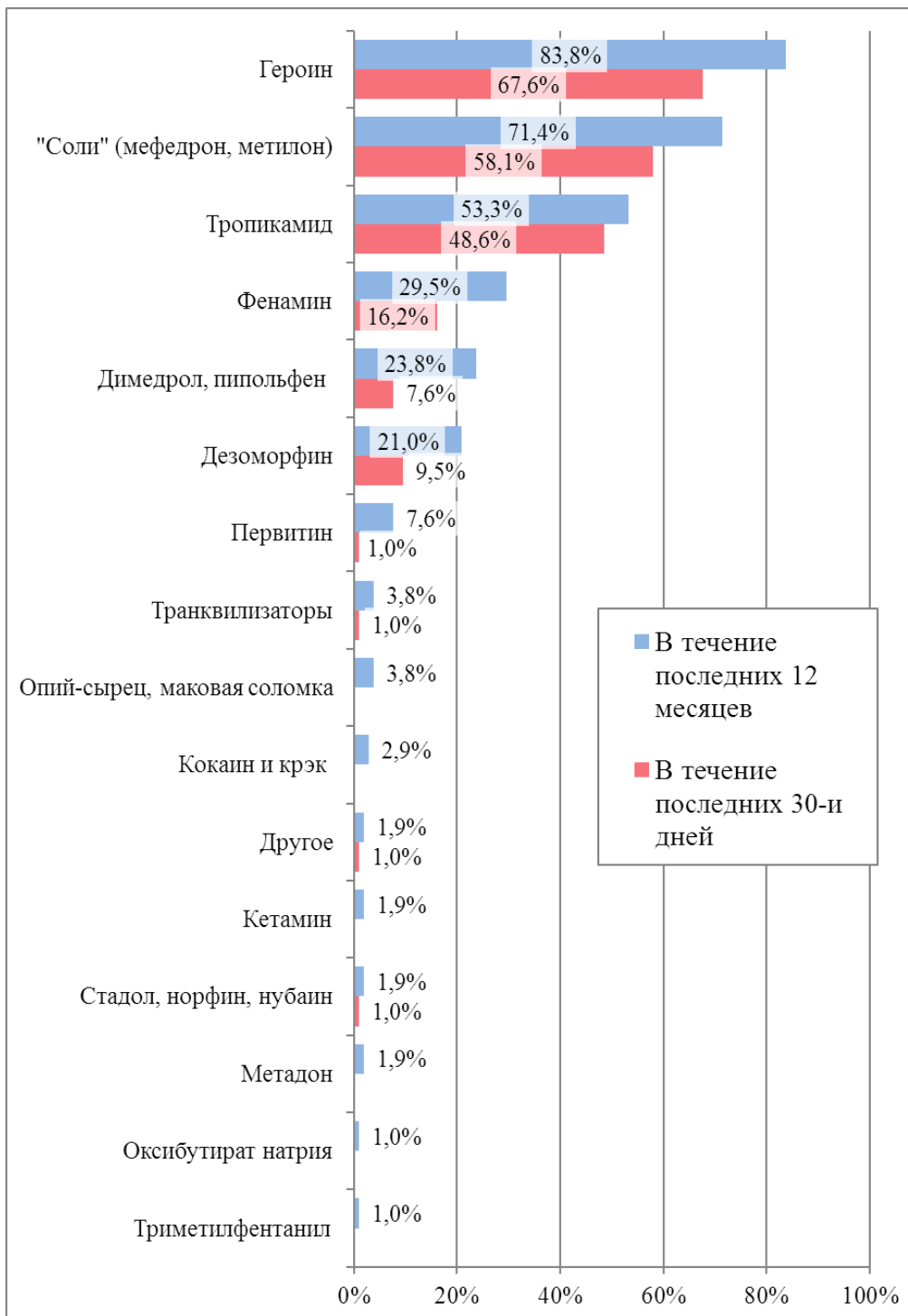


Рис. 5.2. Наркотические средства, употреблявшиеся при помощи инъекций

### 4.3. Использование инъекционного инструментария

В среднем в неделю ПИН Перми для введения наркотиков используют 12 (медианное значение = 10) шприцев. При этом субъективная доступность стерильного инъекционного инструментария может быть оценена как низкая: лишь 51,4% ПИН сообщили, что в любое время могут получить нужные им иглы и шприцы. Основной причиной субъективной недоступности инструментария является отсутствие времени для его приобретения (76,5%), часть наркопотребителей ссылаются на финансовые проблемы (19,6%).

В подавляющем большинстве случаев наркопотребители, не имеющие проблем в доступе к стерильному инструментарию, приобретают шприцы в аптеках (96,3%), значительно реже – в консультационных пунктах (31,5%) и через социальные сети (у друзей – 11,1%; у других ПИН – 14,8%). Однако последнее обычно используется эпизодически: основным местом приобретения шприцев являются либо аптека (64,8%), либо консультационные пункты (31,5%).

Постоянно пользуются стерильным инструментарием для инъекций лишь половина наркопотребителей (46,7%). Половина опрошенных в течение последнего месяца повторно использовали собственные шприцы (53,3%). Более трети ПИН за последние 30 дней хотя бы раз делали себе инъекции чужим, ранее использованным шприцем (37,1%) (рис. 4.3.). В большинстве случаев такое поведение случается эпизодически, хотя определенная часть респондентов сообщили об использовании чужих игл и шприцев в половине всех случаев или еще чаще (7,6%). В подавляющем большинстве случаев у респондентов имеется стабильный круг знакомых, чьими шприцами они пользуются (пользовались шприцами не более чем 5 различных человек за последний месяц 97,4% опрошенных; в среднем - 2-3 человека). Чаще всего ПИН используют шприцы после своих половых партнеров, как постоянных (41,0%), так и непостоянных (35,9%); в остальных случаях опрошенные сообщили, что используют шприцы друзей (23,1%) или других партнеров по употреблению наркотиков (59,0%).

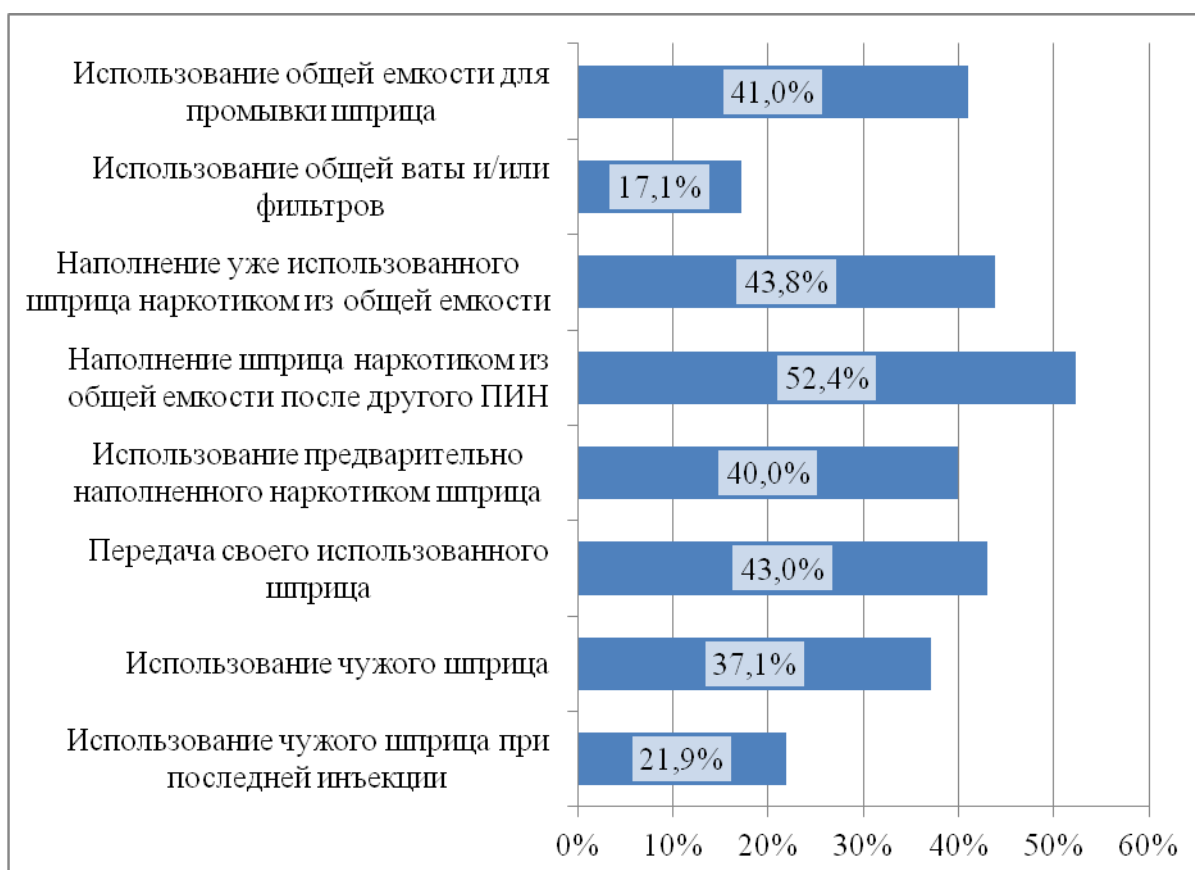


Рис. 4.3. Доля ПИН, практиковавших рискованные практики употребления наркотиков в течение последних 30 дней

В большинстве случаев ПИН осведомлены о наличии ЛЖВ среди их партнеров по наркопотреблению (75,2%), и каждый второй хотя бы раз пользовался шприцом, который до этого использовал ЛЖВ (50,5%).

Лишь четверть тех, кто пользуется чужими шприцами, все время очищают их перед использованием (25,6%), в основном же перед повторным использованием шприцы очищают лишь иногда (61,5%). Основным способом очистки нестерильного инструментария для ПИН Перми является промывание горячей водой (45,9%), несколько реже – промывание холодной кипяченой (35,1%) или некипяченой (32,4%) водой. Более сложные способы, такие как кипячение и использование хлорсодержащих или алкосодержащих средств практически не распространены среди данной группы.

Передача своих использованных шприцев другим наркопотребителям также достаточно распространена среди ПИН Перми, за последние 30 дней хотя бы раз передавали свои шприцы 43,3% респондентов, 66,7% из них оказались ВИЧ-инфицированными. Передача своих шприцев также в основном ограничена не более, чем пятью членами социальной сети (93,5%), в среднем – 2-3 человекам. В основном свои использованные шприцы ПИН отдают неблизким знакомым из числа наркопотребителей (65,2%) или своим половым партнерам (постоянным - 32,6%; непостоянным – 28,3%).

Другие рискованные с точки зрения парентерального инфицирования ВИЧ и сопутствующими заболеваниями практики включают в себя (в порядке уменьшения частоты)<sup>16</sup>: наполнение шприца раствором из общей емкости после кого-то (52,4%) или своим уже использованным шприцем (43,8%); использование общей емкости для промывки шприца (41,0%); использование уже наполненного наркотиком шприца (40,0%) и пользование общей ватой и/или фильтрами (17,1%).

При *последней* по времени инъекции использовали чужой шприц – 21,9% ПИН.

#### **4.4. Передозировки**

Каждый шестой наркопотребитель (17,1%) за последний год имел опыт передозировки, а каждый пятый был свидетелем передозировки у своего знакомого (21,9%). Лишь часть из них за указанный период обращались в случае передозировки за скорой медицинской помощью (13,3% от общего числа опрошенных) и ни один не использовал в качестве медицинской помощи Налоксон.

Когда-либо пользовались для помощи себе или знакомому Налоксоном 10,5% респондентов.

Большинство опрошенных назвали несколько способов помощи при передозировке (M=2,8). Подавляющее большинство в случае передозировки склонны вызвать бригаду скорой помощи (93,3%). Каждый второй вспомнил такие средства как причинение пострадавшему физической боли (41,9%) и искусственное дыхание и/или массаж сердца (45,7%). Каждый третий назвал необходимым поддержание пострадавшего в сознании

---

<sup>16</sup> Самоотчет за 30-дневный период.

(34,3%) или введение ему с помощью инъекции солевого раствора или кипяченой воды (31,4%). Каждый пятый (19%) считает эффективным обливание потерпевшего водой. Самостоятельно упомянули Налоксон в качестве средства помощи при передозировке лишь 11,4% респондентов.

#### 4.5. Половое поведение и половые партнеры

Все опрошенные наркопотребители имеют опыт сексуальных контактов. ПИН-мужчины в среднем начали вести сексуальную жизнь не достигнув пятнадцатилетнего возраста, а женщины – на год позже (14,6 лет против 15,7;  $p \leq 0.001$ ). В среднем за последние 12 месяцев у мужчин было 5, а у женщин – 7 половых партнеров (медианные значения – 3 и 1,5 соответственно). Такие различия в средних и медианных оценках обусловлены тем, что среди женщин больше тех, кто имеет только одного партнера, так и тех, у кого за последние 12 месяцев было крайне высокое число партнеров (20 и больше). У 71,9% опрошенных за указанный период были половые партнеры, которых они могли бы назвать постоянными, у 55,2% - случайные половые партнеры. Кроме того 28,4% мужчин ПИН за последний год покупали сексуальные услуги за какое-либо вознаграждение. О предоставлении сексуальных услуг сообщили 13,2% женщин ПИН (5 человек).

При последнем по времени половом контакте лишь треть ПИН (34,3%) пользовались презервативами. В целом уровень использования презервативов наиболее высок при половых контактах с коммерческими партнерами (76,9% использовали презервативы при последнем половом контакте; 65,4% использовали постоянно) и наиболее низок в случае контактов с регулярным партнером (22,1% и 11,6% соответственно). Со случайными партнерами постоянно использовал презервативы каждый третий опрошенный (34,5%), использовал их при последнем половом контакте с данным типом партнеров каждый второй опрошенный (50,0%). Основными причинами неиспользования ПИН обоих полов является осознанная негативная установка к данному средству предохранения («не люблю презервативы», «не думаю, что использование презерватива необходимо»). Для мужчин также характерны случаи неиспользования презерватива в связи с тем, что его не было под рукой в нужный момент, чаще всего это проявляется при контактах со случайными и коммерческими партнерами. Для женщин важной причиной неиспользования презервативов также остается возражение партнера.

Сексуальные контакты ПИН с людьми, не употребляющими наркотики, - достаточно частое явление: 40,0% респондентов сообщили, что у них были такие партнеры за последние 12 месяцев. Лишь пятая часть опрошенных (19,0%) всегда использовали презервативы при половых контактах с партнерами данного типа. При последнем половом контакте с партнером, не являющемся ПИН, пользовались презервативом 26,2% респондентов.

Каждый второй опрошенный (50,5%) сообщил о наличии ЛЖВ среди своих сексуальных партнеров за последний год.

Каждая третья потребительница наркотиков за последний год подвергалась сексуальному насилию (36,8%).

В настоящее время являются сексуально активными (имели половые контакты за последние 30 дней) 89,5% опрошенных.

#### **4.6. Охват медицинской помощью и профилактическими программами**

##### **4.6.1. Наркологическая помощь**

Несмотря на длительный стаж наркопотребления лишь 60,0% респондентов когда-либо обращались за наркологической помощью. Чаще всего ПИН пользовались бесплатными услугами государственных неанонимных медицинских учреждений (51,4%), значительно реже обращались туда же на платной анонимной основе (20,0%), лишь единицы пользовались услугами частных клиник. Когда-либо находились на наркологической реабилитации в каком-либо учреждении Перми четвертая часть всех опрошенных (25,7%). Лишь каждый второй ПИН когда-либо находился на наркологическом учете (52,4%).

Следует отметить, что информированность о получении отдельных видов наркологической помощи невысока: большинство опрошенных не знают о том, где и как они могут лечь на реабилитацию (68,6%), а каждый третий (33,3%) о возможностях платных наркологических услуг в Перми. Лучше всего ПИН осведомлены о порядке получения бесплатных наркологических услуг (80,0%). Знают о существовании в регионе групп самопомощи для потребителей наркотиков менее половины опрошенных (41,9%).

За последние 12 месяцев ПИН наиболее часто пользовались такими наркологическими услугами как бесплатная наркологическая помощь (26,7%) и группы самопомощи (20,0%). Каждый восьмой опрошенный (12,4%) за последний год проходил реабилитацию от наркотической зависимости. К платным наркологическим услугам обращались единицы из респондентов (3,8%; 4 человека).

##### **4.6.2. Программы профилактики для ПИН**

Информированы о наличии в городе специализированных программ профилактики для ПИН менее половины опрошенных (43,8%), из них лишь половина когда-либо сами принимали в них участие (54,3%), тогда как остальные слышали о них от друзей и знакомых. Знают эти программы как программы предоставления игл и шприцев 54,3% опрошенных, однако о местах и порядке оказания данной помощи информированы лишь 37,1% опрошенных. Каждый четвертый респондент (24,8) посещал эти программы в течение последних 12 месяцев и имеет код участника. В основном частота использования услуг программ профилактики составила 1 раз в неделю (80,8%).

Треть опрошенных знают о том, где и как они могут бесплатно получить презервативы и смазки (33,3%). За последние 12 месяцев четверть опрошенных сами обращались за данными услугами (по 24,8% опрошенных).

Согласно расчетному показателю ЮНГАСС<sup>17</sup> охват ПИН Перми профилактическими программами составил 31,0%, однако, оценка данного показателя с учетом сетевых характеристик выборки данных (в программе RDSAT) значимо более скромная – 12,4%.

#### 4.6.3. Диагностика и лечение ИППП и вирусных гепатитов

За редким исключением опрошенные ПИН знают о существовании вирусных гепатитов В и С (97,1%) и проходили тестирование на их наличие (по 78.1%). При этом в 40% случаев последнее по времени тестирование для обеих инфекций было в течение последнего года. Из числа недавно прошедших тестирование гепатита В был обнаружен у 42,1%, а гепатит С – у 71,1% и 40,0% из них наблюдаются у врача в связи с одним из этих заболеваний. Реальная распространенность вирусных гепатитов согласно результатам серологического исследования составила: гепатит В – 1,0% (1 человек), гепатит С – 83,8%. Скорректированная в RDSAT оценка распространенности гепатита С составила 72.8% (95% ДИ 57.2% - 89.2%), гепатита В - 3.5% (95% ДИ 0% - 11.1%),

Около половины опрошенных знают об имеющихся в городе возможностях тестирования и лечения вирусных гепатитов (61,0%), и каждый третий в течение последнего года обращался за этими услугами (31,4%).

Информированность о возможностях диагностики и лечения ИППП и уровень обращения за этими услугами несколько ниже (45,7% и 19,0% соответственно). Распространенность сифилиса согласно данным тестирования образцов крови составила 7,6%, после корректировки в RDSAT – 9,8% (95% ДИ 2.3% - 19.8%).

#### 4.6.4. Диагностика и лечение туберкулеза

Подавляющее большинство опрошенных ПИН хотя бы раз в жизни проходили тестирование на туберкулез (94,3%), из них половина (46,5%) делали это в течение последних 12 месяцев. Когда-либо был диагностирован туберкулез у 7,6% опрошенных из числа лиц, проходивших исследование в последний год, и большинство из них (6 из 8; 75,0%) состоят на учете в туберкулезном диспансере.

#### 4.6.5. Социальное сопровождение и психологическая помощь

Опрошенные ПИН наиболее информированы о возможностях получения бесплатной психологической помощи (41,9%) и реже о бесплатных юридических консультациях (31,4%) и бесплатной помощи по восстановлению документов (25,7%). Психологическая и юридическая поддержка оказались и наиболее востребованными социальными услугами: за последние 12 месяцев за ними обращались 28,6% и 21,0% ПИН

---

<sup>17</sup> Охваченными программой считаются лица, давшие положительные ответы одновременно на 3 вопроса:

1. Знаете ли Вы, куда обратиться, если Вы захотите пройти тестирование на ВИЧ?

2. Получали ли Вы за последние 12 месяцев презервативы бесплатно?

3. Получали ли Вы за последние 12 месяцев стерильные шприцы бесплатно?

соответственно. Помощью по восстановлению документов за последние 12 месяцев воспользовались лишь несколько опрошенных (5 человек; 4,8%),

#### 4.6.6. Медицинская и социальная помощь в связи с ВИЧ-инфекцией

ПИН достаточно часто информированы о том, где (90,5%) и как именно (88,6%) в городе можно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, и существенно реже знают о том, где ВИЧ-позитивным оказывается медицинская помощь (61,9%), где можно получить информационные материалы по проблемам ВИЧ-инфекции и ИППП (61,9%) и еще реже (34,3%) – о группах самопомощи. За последние 12 месяцев каждый второй опрошенный проходил *анонимное и бесплатное* тестирование на ВИЧ (54,3%), а каждый третий получал медицинскую помощь в связи с ВИЧ (30,0%), реже – посещал группы самопомощи для ЛЖВ (18,1%). Менее половины респондентов за последний год сталкивались с информационными материалами по проблемам ВИЧ-инфекции и/или ИППП.

#### 4.7. Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

Девять из десяти опрошенных имеют опыт тестирования на ВИЧ-инфекцию (88,6%). Около половины всех ПИН последний раз проходили тестирование в течение последнего года (54,3%), остальные в основном 1-2 (10,5%) или 3-4 (18,1%) года назад. В подавляющем большинстве случаев последнее тестирование ПИН прошли добровольно (96,8%) и ознакомились с его результатом (96,8%). Основным местом тестирования для данной целевой группы является Центр СПИДа (58,1%). В каждом третьем случае тестирование осуществлялось в непрофильных медицинских учреждениях (больницы - 10,8%; поликлиники - 8,6%; наркологические диспансеры - 8,6%), а в каждом десятом – в местах заключения (9,7%).

Охват представителей данной целевой группы обязательным до- и после тестовым консультированием невысок: лишь около половины опрошенных сообщили, что получили консультацию перед тестированием (57,0%) и при сообщении результатов тестирования (40,9%).

Среди ПИН, когда либо проходивших тестирование на ВИЧ, распространенность ВИЧ-инфекции согласно самоотчетам составила 41,9% (37,1% от общего числа ПИН). Реальная распространенность ВИЧ-инфекции по данным серологического исследования составила 52,4%. Скорректированная RDSAT оценка распространенности ВИЧ - 44,9% (95% ДИ 31,5 – 60,2). Правильно информированы о собственном ВИЧ-статусе 70,9% ВИЧ-позитивных ПИН. Каждый третий ВИЧ-позитивный наркопотребитель не знает о своем ВИЧ-статусе.

Кроссекционный анализ позволил обнаружить значительное количество значимых взаимосвязей позитивного ВИЧ-статуса и различных характеристик. Так, в целом позитивный ВИЧ-статус более характерен для женщин ( $p \leq 0.01$ ), лиц старше 25 лет ( $p \leq 0.05$ ) и имеющих стаж наркопотребления более 5 лет ( $p \leq 0.01$ ), полагающихся на криминальные, в противовес легальным, источники дохода ( $p \leq 0.01$ ) и имевшим опыт пребывания в местах лишения свободы ( $p \leq 0.001$ ). Также ВИЧ-положительный статус



позитивно связан с инъекционным употреблением тропикамида ( $p \leq 0.001$ ) и негативно – с употреблением фенамина ( $p \leq 0.01$ ).

Значительное количество практик употребления наркотиков оказались позитивно связаны с наличием ВИЧ-инфекции: использованием чужих ( $p \leq 0.001$ ) и нестерильных ( $p \leq 0.001$ ) игл и шприцев, предварительно наполненного шприца ( $p \leq 0.001$ ), использование общей емкости с наркотиком ( $p \leq 0.01$ ) или водой для промывки шприцев ( $p \leq 0.01$ ). ВИЧ-позитивные также значимо чаще оказывались заражены и гепатитом С ( $p \leq 0.001$ ).

Из сексуального поведения только пережитое насилие оказалось связано с позитивным ВИЧ-статусом ( $p \leq 0.05$ ).

ПИН-ЛЖВ также значимо чаще сообщали о наличии ЛЖВ среди своих половых партнеров ( $p \leq 0.001$ ) или партнеров по наркопотреблению ( $p \leq 0.001$ ). Для них более характерна высокая информированность о ВИЧ-инфекции ( $p \leq 0.01$ ), обращение к услугам профилактического проекта ( $p \leq 0.01$ ), а также более частое использование презерватива ( $p \leq 0.05$ ). Вышеперечисленные взаимосвязи очевидно следует рассматривать в свете достаточно высокой информированности ПИН-ЛЖВ о своем ВИЧ-статусе.

В итоговой регрессионной модели значимыми предикторами позитивного ВИЧ-статуса остались женский пол ( $p \leq 0.05$ ), опыт пребывания в местах лишения свободы ( $p \leq 0.05$ ), наличие ВИЧ-позитивных половых партнеров ( $p \leq 0.001$ ) и использование нестерильной иглы/шприца при последней инъекции ( $p \leq 0.05$ ).

#### 4.8. Антиретровирусная терапия

Большинству ПИН с диагностированной ВИЧ-инфекцией лечащим врачом был назначен прием антиретровирусной терапии (69,2%), однако лишь треть пациентов начали лечение (33,3%), причем половина (5 из 9 человек; 55,6%) впоследствии прекратили прием препаратов. В настоящее время находятся на АРВТ около 5% из числа всех ПИН.

#### 4.9. Информированность о ВИЧ

Абсолютно все опрошенные знают о существовании ВИЧ и СПИДа. Итоговый показатель информированности о ВИЧ составил 76,2% - столько респондентов правильно ответили на 5 ключевых вопросов индикатора ЮНГАСС<sup>18</sup>. Из использовавшихся тестовых вопросов на информированность о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции наибольшее затруднение вызвал вопрос о возможности передачи ВИЧ при укусе комара:

<sup>18</sup> Доля лиц, правильно ответивших на все 5 вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

6,7% опрошенных ответили на него неверно и еще 11,4% затруднились с ответом (рис. 4.4.) . Также около 8% опрошенных не уверены, что ВИЧ не может быть передан через совместный прием пищи.

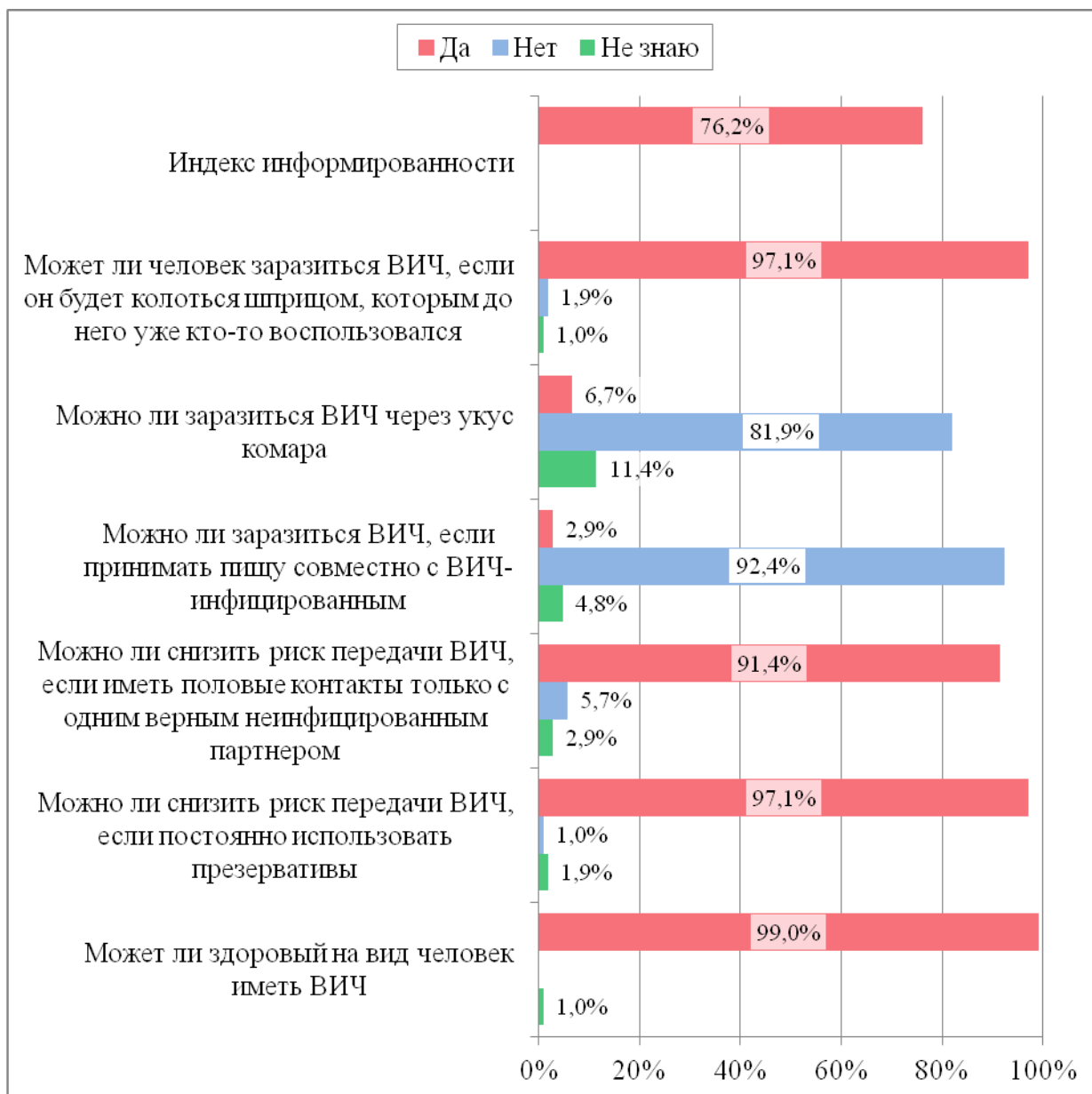


Рисунок 4.4. Информированность о путях передачи и способах профилактики ВИЧ

Следует отметить, в вопросах профилактики передачи ВИЧ при сексуальных контактах ПИН считают более эффективным использование презервативов (97,1%), чем верность одному партнеру (91,4%). Лишь несколько респондентов не знают о том, что ВИЧ может не проявляться внешне (1 человек; 1,0%) или не уверены, что заразиться ВИЧ можно используя чужой инъекционный инструментарий (3 человека; 2,9%).

#### 4.10. Стигма и дискриминация

подавляющее большинство опрошенных в личном общении сталкивались с проявлениями негативного отношения к ним в связи с употреблением наркотиков, в частности сплетнями (89,5%), оскорблениями и угрозами (80,0%), физическим насилием (75,2%). Также достаточно частыми являются внутрисемейные конфликты: психологическое давление (91,4%) и недопущение к участию в семейных делах (82,9%) в связи с употреблением наркотиков. В основном с вышеперечисленными ситуациями опрошенные ПИН сталкивались неоднократно в течение жизни.

Наиболее частыми проявлениями дискриминации в связи с употреблением наркотиков являются преследования со стороны правоохранительных органов (76,2%), отказы в трудоустройстве (58,1%) и проживании в собственном или арендованном жилье (53,3%). Существенно реже встречаются отказы в предоставлении медицинской помощи и образовательных услуг (по 9,5%) и отказы в посещении общественных мероприятий (11,4%). Только один из опрошенных (1,0%) упомянул о том, что ему не предоставили социальные услуги.

#### 4.11. Оценка проекта комплексной профилактики

##### 4.11.1. Участники программ

Каждый четвертый опрошенный ПИН является клиентом профилактической программы (24,8%). Типичный клиент программы пользуется ее услугами на протяжении двух лет с частотой 4-5 раз в месяц.

Среди клиентов программы значимо более представлены женщины ( $p \leq 0.01$ ), люди с гепатитом С ( $p \leq 0.05$ ) и позитивным ВИЧ-статусом ( $p \leq 0.01$ ), а также ВИЧ-позитивными партнерами по употреблению наркотиков ( $p \leq 0.001$ ). Клиенты программ значительно чаще не-клиентов сообщали об использовании презерватива как с постоянными ( $p \leq 0.05$ ), так и со случайными ( $p \leq 0.05$ ) и коммерческими ( $p \leq 0.01$ ) половыми партнерами. Также для клиентов программ характерны большая информированность о Налоксоне ( $p \leq 0.001$ ) и опыт его использования в реальной жизни ( $p \leq 0.001$ ).

*Материалы и средства.* Все опрошенные клиенты получали такие профилактические материалы как презервативы, мази, витамины, иглы, шприцы и других средства для безопасных инъекций, а также средства гигиены. Также более 90% опрошенных получали в проекте перевязочные материалы и материальную помощь. Чуть реже (85%) клиенты сообщали о получении с помощью проекта антисептических средств. Специфические товары для женщин (средства для женского здоровья и женской гигиены) получали около 60% опрошенных клиентов, товары для детей – около 50%. За редким исключением (1 респондент) все клиенты полностью удовлетворены предоставляемыми в проекте средствами и материалами. В тоже время каждый третий опрошенный сообщил, что ему не хватало предоставляемых в проекте шприцев, а каждый четвертый сообщил то же самое о предоставляемых иглах. Количество предоставляемых презервативов практически всегда (25 из 26 опрошенных; 96,2%) удовлетворяло потребности ПИН- клиентов программы.

*Направления в медицинские организации.* Чаще всего респонденты сообщали о получении направлений на тестирование крови на наличие ВИЧ-инфекции (88,5%) или гепатитов В и С (61,5%), значительно реже – на диагностику туберкулеза (38,5%). Когда-либо получал направление на реабилитацию от наркозависимости каждый четвертый опрошенный клиент профилактического проекта (26,9%). Столько же опрошенных сообщили о наличии направления на консультацию по вопросам назначения антиретровирусной терапии (26,9%). В подавляющем большинстве случаев респонденты остались полностью удовлетворены услугами по направлению в медицинские организации, в единичных случаях – удовлетворены частично.

*Консультации доверенных специалистов.* Наиболее востребованными специалистами, представляющими консультационные услуги в проекте, являются психолог, нарколог и юрист – к ним когда либо обращались не менее 80% клиентов проекта. Несколько реже (45-70% опрошенных) ПИН получали с помощью проекта консультации инфекциониста, равного консультанта и специалистов социальных служб. Реже всего респонденты сообщали о получении консультации врача фтизиатра – 26,9%. Респонденты в основном остались полностью удовлетворены оказанными им консультациями, сообщили о том, что удовлетворены частично не более одного-двух респондентов (0-8% в зависимости от специалиста).

*Информирование и обучение.* Охват клиентов проекта информированием по поводу ВИЧ-инфекции и туберкулеза достаточно высок: более 80% опрошенных сообщили, что получали консультации по профилактике и лечению этих заболеваний, а также по способам профилактики передачи ВИЧ-инфекции половому партнеру. Не связанную с ВИЧ информацию о репродуктивном здоровье и материнстве получили в рамках участия в проекте 30% опрошенных. Около 40% клиентов участвовали в активных формах обучения – тренингах и семинарах. Подавляющее большинство респондентов полностью удовлетворены полученным обучением, в единичных случаях – удовлетворены частично. Один респондент (4,5%) остался полностью неудовлетворен полученной информацией о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

*Услуги социального сопровождения.* Все респонденты сталкивались с услугами социального сопровождения, связанными с получением медицинской помощи: содействие в получении услуг в медицинских учреждениях (92,3%) и сопровождение в медицинские учреждения (100%). За помощью в оформлении документов и трудоустройстве обращался каждый десятый опрошенный. Ни один из респондентов не получал в рамках проекта услуги, связанные с представлением его интересов в суде и с социальными услугами, связанными с родительством. Все респонденты остались полностью, или, значительно реже, частично удовлетворены полученными услугами социального сопровождения.

*Прочие услуги.* Около 40% респондентов когда-либо участвовали в организуемых проектом группах взаимопомощи, еще чаще ПИН пользовались услугами проекта по организации досуга (около 55%). Каждый седьмой участвовал в проводимых проектом акциях и мероприятиях. Респонденты отмечали высокую или, реже, среднюю удовлетворенность оказанными им услугами данного типа.

*Наиболее востребованные услуги проекта.* К наиболее востребованным целевой аудиторией услугам проекта<sup>19</sup> можно отнести в первую очередь предоставление различных средств и материалов, причем как связанных с употреблением наркотиков, так и направленных на общее благополучие реципиентов. Не менее половины респондентов упомянули в списке необходимого предоставления им (перечислено в порядке убывания) шприцев, витаминов, материальной помощи, презервативов, игл, средств для поддержания женского здоровья и женской гигиены (рис. 4.5.). Из предоставляемых проектом услуг столь же востребованным является лишь личное сопровождение клиентов в медицинские учреждения (53,8%).

Все опрошенные оценили на «отлично» по пятибалльной шкале все выделенные характеристики программы (напр., доступность, безопасность, качество и пр.). Большинство респондентов также не высказали никаких пожеланий относительно совершенствования услуг проекта, единичные клиенты высказали пожелание территориально приблизить услуги проекта к их месту проживания («привозить на дом») и увеличить количество предоставляемых материалов (витаминов, презервативов, смазки).

Все респонденты намереваются и в дальнейшем пользоваться услугами проекта и рекомендовать его своим знакомым. При этом все клиенты уже когда-либо рекомендовали своим знакомым обращаться в проект за помощью.

---

<sup>19</sup> Оценено на основании внесения респондентами в список наиболее приоритетных для них.



Рисунок 4.5. Наиболее востребованные услуги проекта

#### 4.11.2. ПИН, не участвующие в программе

Три четверти опрошенных не являлись ранее клиентами профилактической программы. При этом половине из них когда-либо кто-то уже рекомендовал обратиться к услугам Проекта. ПИН, не имеющие опыта участия в проекте, предъявляют высокие требования к подобным проектам относительно таких параметров как компетентность и отношение специалистов, соответствие потребностям, анонимность и прочим (средний балл 4,9-5,0 из

5 возможных). Чуть менее других характеристик для респондентов критичны вопросы безопасности на проекте и график работы (4,8 баллов).

К числу особо актуальных для данной группы возможностей можно отнести предоставление таких материалов как иглы, шприцы, мази и витамины, а также предоставление услуг юриста, психолога и равного консультанта, содействие в получении медицинской помощи и непосредственное сопровождение в медицинские учреждения – эти услуги упомянули в качестве особо актуальных не менее 50% ПИН (рис. 4.6.). Кроме того в этот список также вошли услуги по организации досуга. Такие услуги как выдача направлений на реабилитацию от наркозависимости и предоставление других средств для безопасных инъекций (салфетки, вода и пр.) являются особо актуальными для меньшей части опрошенных, однако считают их хотя бы в какой-то степени актуальными для себя более 80% респондентов.



Рисунок 4.6. Наиболее актуальные услуги для ПИН, не являющихся клиентами профилактического проекта

При ограничении числа выборов (возможность выбрать не более 10 услуг) картина наиболее востребованных услуг несколько изменяется. Услугами, которые могут привлечь в проект наибольшее число ПИН являются предоставление шприцев (83,5%), игл (51,9%) и витаминов (67,1%), а также личное сопровождение в медицинские учреждения (48,1%). В число других услуг, выбранных не менее 30% ПИН вошли консультации психолога, материальная помощь, предоставление мазей и презервативов, тестирование на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, а также содействие в получении медицинской помощи.

#### 4.12. Выводы

1. Для ПИН Перми характерна высокая вовлеченность в криминальное поведение (воровство и торговлю наркотиками) с целью получения дохода. Другими источниками их дохода (в основном среднего или низкого) является помощь ближайшего социального окружения. Большинство ПИН находится в возрасте 26-40 лет, чуть менее половины имеют профессиональное образование. Также для каждого второго ПИН характерно наличие брачного партнера и детей.
2. Как и в других регионах исследования стаж инъекционного наркопотребления очень высок (в среднем 12 лет). Среди употребляемых наркотиков лидируют героин, мефедрон («соли») и тропикамид. Наркотики в основном употребляются ежедневно, реже – несколько раз в неделю.
3. Доступность стерильного инъекционного инструментария может быть оценена как низкая, особенно на фоне других регионов. Основной причиной невозможности приобрести шприцы для ПИН региона является отсутствие времени, существенно реже – финансовые затруднения. Основными каналами приобретения инструментария являются аптеки и консультационные пункты.
4. Практикуют использование чужого инъекционного инструментария не менее трети ПИН. Другие рискованные практики употребления наркотиков, такие как использование общих емкостей для наркотиков и промывания шприцев и использование заранее наполненного шприца также широко распространены среди данной группы. При этом большинство ПИН осведомлены, что употребляют наркотики совместно с ЛЖВ.
5. Каждый шестой наркопотребитель за последний год имел опыт передозировки, а каждый пятый был свидетелем передозировки у своего знакомого. Основным способом помощи при передозировке для ПИН Перми является вызов скорой помощи. Знаком с таким средством, как Налоксон только каждый десятый.
6. Подавляющее большинство ПИН ведут регулярную половую жизнь. Половые партнеры чаще всего постоянные, существенно реже – случайные. Кроме того до трети ПИН-мужчин практикуют покупку секс-услуг, а каждая восьмая женщина ПИН – предоставляет сексуальные услуги.
7. Как и в других регионах чаще всего презервативы используются с коммерческими партнерами и реже всего – с постоянными. В целом в большинстве случаев половые контакты не защищенные. Презервативы не используются в основном в связи с негативным к ним отношением, значительно реже – в связи с возражением партнера или их отсутствием в конкретный момент. Каждый второй наркопотребитель практикует половые контакты с заведомо ВИЧ-позитивными людьми.
8. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Перми имеет признаки генерализации, с большой долей вероятности можно предположить, что распространение ВИЧ-инфекции будет нарастать, в последнюю очередь за счет высокой частоты незащищенных сексуальных контактов ПИН с людьми, не употребляющими наркотики.
9. Каждая третья потребительница наркотиков за последний год подвергалась сексуальному насилию (36,8%).
10. Чаще всего за помощью в связи с наркопотреблением ПИН обращаются в наркологические диспансеры на бесплатной основе, также распространено участие в группах самопомощи. Хуже всего ПИН осведомлены о возможностях получения реабилитационных услуг.
11. Каждый четвертый ПИН принимал участие в программах профилактики, столько же знают о подобных программах, однако не имеют подобного опыта. Охват ПИН профилактическими программами (в терминологии ЮНГАСС) может быть оценен как



средний (при использовании выборочных данных) или низкий (скорректированная RDSAT оценка).

12. Информированность о возможностях диагностики вирусных гепатитов, как и охват тестированием, достаточно высоки.
13. Скорректированная в RDSAT оценка распространенности гепатита С составила 72.8% (95% ДИ 57.2% - 89.2%), гепатита В - 3.5% (95% ДИ 0% - 11.1%), сифилиса – 9.8% (95% ДИ 2.3% - 19.8%). Полученные данные свидетельствуют об открытости как полового, так и парентерального пути передачи инфекций.
14. Охват ПИН диагностикой на предмет выявления туберкулеза может быть оценен как высокий.
15. Менее половины ПИН информированы о возможностях получения различных видов бесплатной психосоциальной помощи. Получение помощи в основном связано с необходимостью юридической и психологической поддержки.
16. Информированность о различных медико-социальных услугах в связи с ВИЧ колеблется в пределах 60%-90%, за исключением возможности посещать группы самопомощи – о них ПИН осведомлены несколько меньше. Годичный охват тестированием средний – около половины наркопотребителей.
17. Скорректированная RDSAT оценка распространенности ВИЧ среди данной группы составила 44.9% (95% ДИ 31.5 – 60.2). Осведомлены о своем позитивном ВИЧ-статусе двое из трех ПИН-ЛЖВ.
18. Наблюдаются серьезные проблемы с приверженностью к АРТ. Только треть ПИН начала назначенный врачом прием антиретровирусных препаратов, и на момент опроса около половины респондентов прекратили прием терапии.
19. В исследовании обнаружено значительное количество значимых взаимосвязей позитивного ВИЧ-статуса и различных рискованных инъекционных, реже - сексуальных практик, а также социально-демографических и иных характеристик.
20. Большинство ПИН (трое из четырех) имеют удовлетворительный уровень информированности относительно основных путей передачи и способов профилактики ВИЧ, что является одним из наиболее высоких показателей среди регионов исследования.
21. Подавляющее большинство ПИН сталкивались с различными формами стигматизации, в том числе – физическим насилием. Также высоко распространены преследования правоохранительных органов, отказы в трудоустройстве и проживании в собственном или арендованном жилье.
22. Четверть опрошенных являются клиентами профилактического проекта и в основном полностью удовлетворены получаемыми в нем услугами. Приоритетными для себя услугами они считают получение различных материалов (шприцы, витамины, презервативы и пр.), а также возможность личного сопровождения в медицинских учреждениях. Для ПИН, пока не являющихся клиентами программы, также вышеперечисленные услуги являются наиболее актуальными. Кроме вышеперечисленных также важны возможности диагностики различных заболеваний и услуги психолога.
23. В профилактический проект значимо чаще обращаются женщины и люди с ВИЧ-инфекцией и гепатитом С. Клиенты проекта отличаются от не-клиентов более безопасным сексуальным поведением, большей информированностью, гораздо более высоким охватом тестированием на ВИЧ и практикой использования Налоксона в качестве средства помощи при передозировках.

## 5. Набережные Челны

### Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г. Набережные Челны

В г.Набережные Челны эпидемия ВИЧ-инфекции, как и по всей стране, нарастает. За 2013 год зарегистрирован 281 случай ВИЧ-инфекции, в 2012г. – 273, в 2011г. – 207. На начало 2014г. в городе кумулятивно выявлено 2386 ВИЧ-инфицированных, показатель на 100 тыс. населения составляет 460,2 (рис. 5.1, 5.2.).

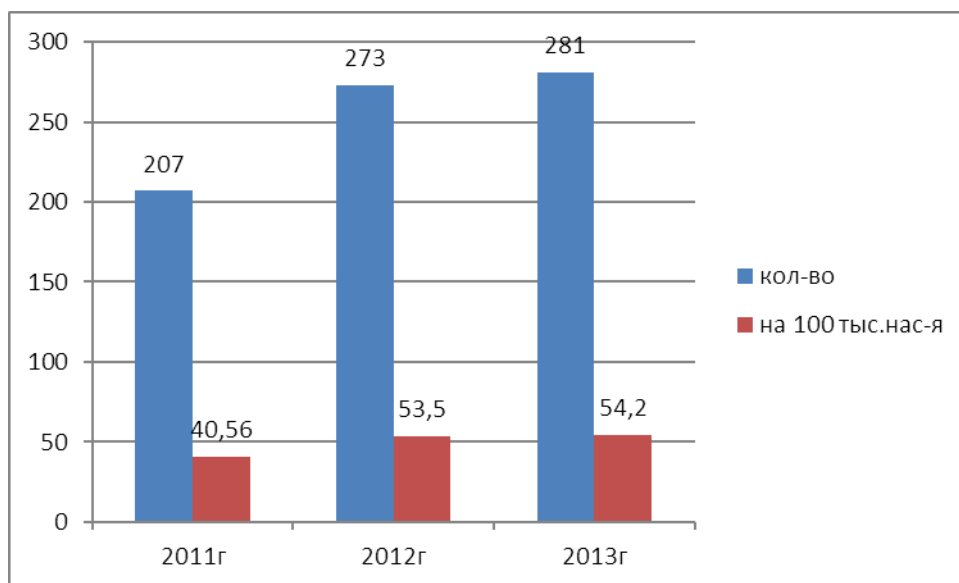


Рис. 5.1. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в за 2011-2013гг

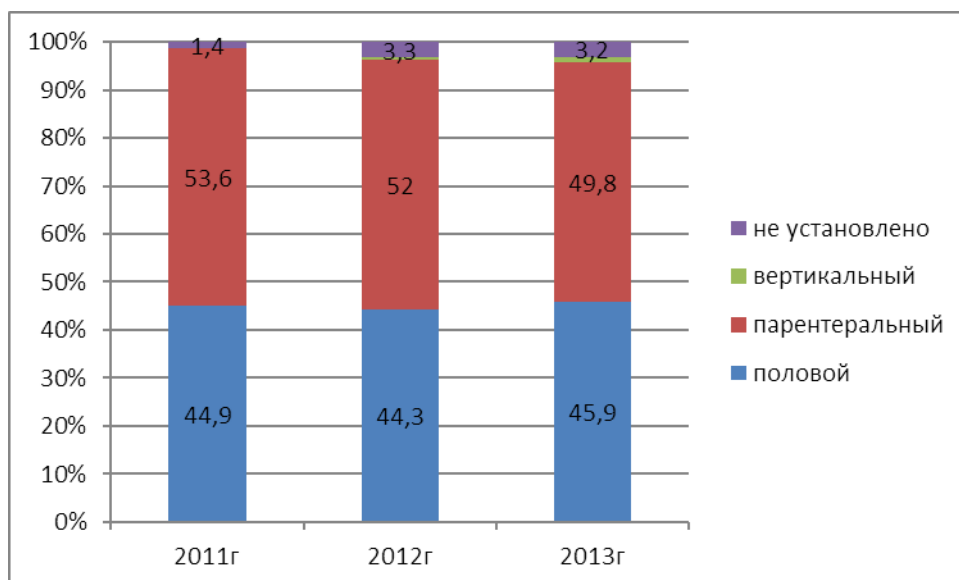


Рис. 5.2. Структура путей заражения среди новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 2011-2013гг.

В последние годы растет количество лиц, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем, однако, ведущим пока остается инъекционный путь. Актуальность парентерального пути передачи не в последнюю очередь поддерживается напряженной

ситуацией с распространенностью наркотиков в городе. По результатам эпид.расследования случаев, выявленных в 2013 году с установленным инъекционным путем заражения установлено, что:

38% - на момент заражения употребляли героин

26% - «соли для ванн»

14% - опиоиды кустарного производства (мак и т.д.)

20% - указали на употребление нескольких видов наркотиков

Более детальный анализ свидетельствует, что число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в 2013 году увеличилось на 24% по сравнению с 2010 годом. 2/3 ВИЧ-положительных ПИН составляют мужчины в возрасте 30-40 лет, 80% имеют стаж употребления наркотических веществ более 5-10 лет, 70% перешли с употребления героина на употребление новых «кустарных» наркотиков (мака, «солей» и дезоморфина).

### 5.1. Социально-демографические характеристики

Мужчины составляют немногим более половины ПИН Набережных Челнов (59,0%). Подавляющее большинство респондентов находится в возрасте 26-40 лет (81,0%), средний возраст – 34 года. Каждый второй ПИН самоопределяет себя как русский (55,0%), каждый третий – как татарин (37,0%). Большинство опрошенных проживают в Н. Челнах с рождения, либо длительное время. К мигрантам (проживающим на данной территории менее 10 лет) могут быть отнесены порядка 9% опрошенных, ранее в основном проживавших в других населенных пунктах Татарстана или регионах России.

У половины ПИН образование ограничивается законченными 9-ю или 11-ю классами школы (54,0%), у каждого третьего (36,0%) есть законченное начальное или среднее профессиональное образование. Отмечается сравнительно высокий уровень трудовой занятости ПИН как на постоянной (официально трудоустроены - 23,0%; неофициально – 28,0%), так и на временной основе (27,0%). Другими относительно распространенными источниками дохода являются государственные пособия (11,0%) и помощь родственников и партнеров (13,0%). Также можно выделить группу ПИН, вовлеченных в нищенствование (5%) и криминальную активность (продажа наркотиков – 4,0%; воровство или грабеж – 8,0%). Однако для большинства наркопотребителей (более 70%) именно легальная трудовая деятельность является основным способом получения дохода (рис. 5.3.).

Уровень дохода представителей данной группы может быть оценен как низкий. У двух из трех опрошенных доход покрывает лишь расходы на питание (31,0%) или не покрывает даже их (32,0%).

Несмотря на то, что согласно самоотчетам, уровень вовлеченности ПИН в криминальное поведение относительно низкий, две трети опрошенных (67,0%) имеют опыт тюремного заключения, а 47,0% в течение последних 12 месяцев задерживались полицией.

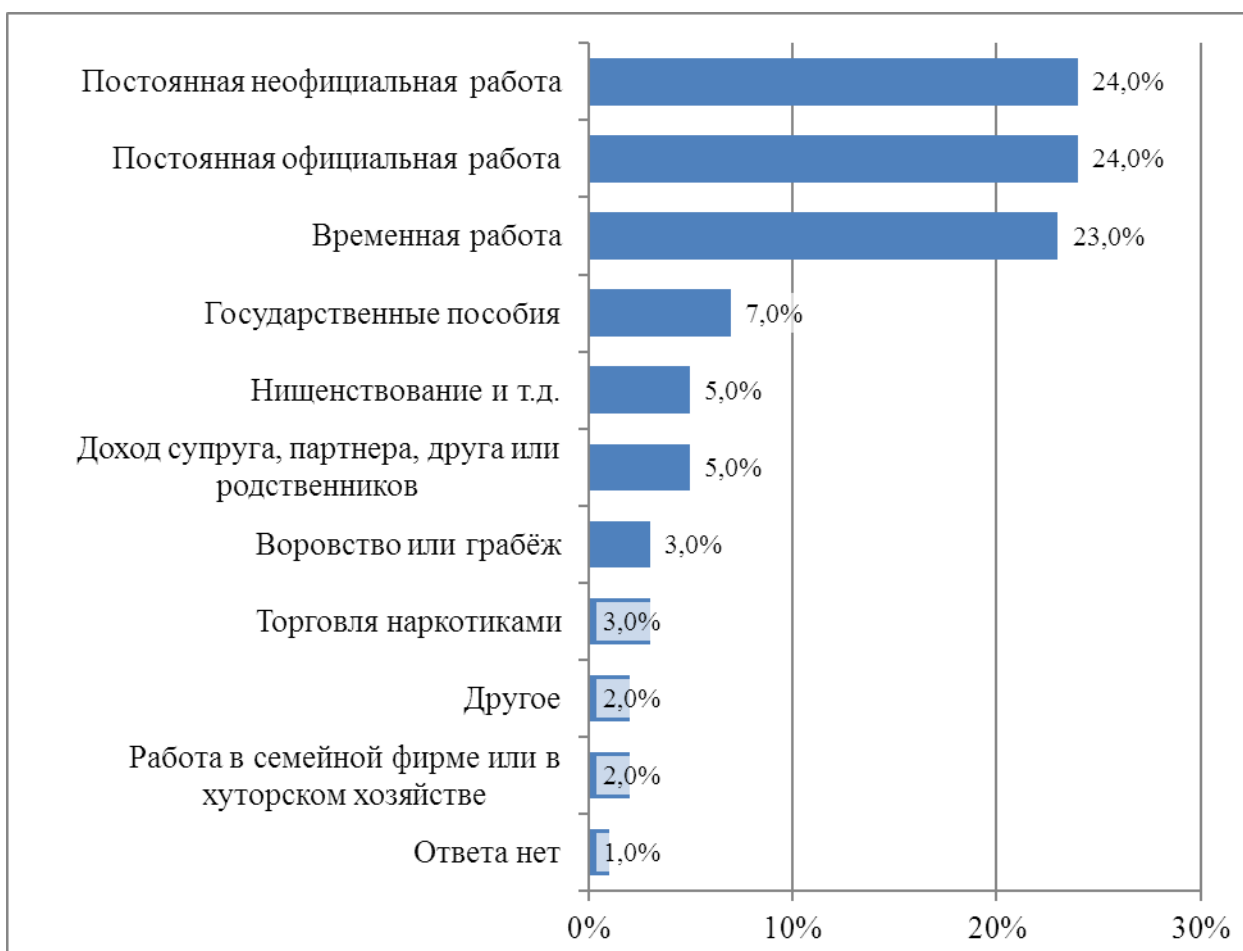


Рисунок 5.3. Основной источник дохода в течение последних шести месяцев

Большинство опрошенных не состоят в официально зарегистрированном браке и проживают либо одни (47,0%) либо с «гражданским» мужем/женой (30,0%). Семьдесят процентов респондентов сообщили о том, что у них есть несовершеннолетние дети, в половине случаев – двое или больше.

За редким исключением опрошенные ПИН обладают основными необходимыми документами, в частности паспортом (99,0%) и медицинским полисом (98,0%).

## 5.2. Опыт, частота и структура наркопотребления

В среднем стаж употребления наркотиков в данной группе составляет 14 лет ( $\sigma = 6$  лет), в том числе 12 лет ( $\sigma = 7$  лет) инъекционного наркопотребления, впервые сделали инъекцию наркотика менее года назад 7,0% опрошенных.

Первая проба инъекционных наркотиков в подавляющем большинстве случаев приходилась на возраст до 30 лет (90,0%), в среднем - 21-22 года ( $\sigma = 7$  лет). Чаще всего первым употребленным с помощью инъекций наркотиков был героин (61,0%), реже – маковая соломка (18,0%) или «соли» (14,0%). В половине случаев тот же наркотик (54,0%) респонденты ранее уже употребляли иным способом. Достаточно редко первую инъекцию ПИН делали себе самостоятельно (12,0%), чаще всего ее делал кто-то из друзей или знакомых (62,0%).

Для региона характерно преобладание среди инъекционных наркотиков кустарно обработанного пищевого мака и опия-сырца, а также «солей» - их за последние 12 месяцев употребляли 42,0%, 41,0% и 55,0% ПИН соответственно (рис. 5.4.).

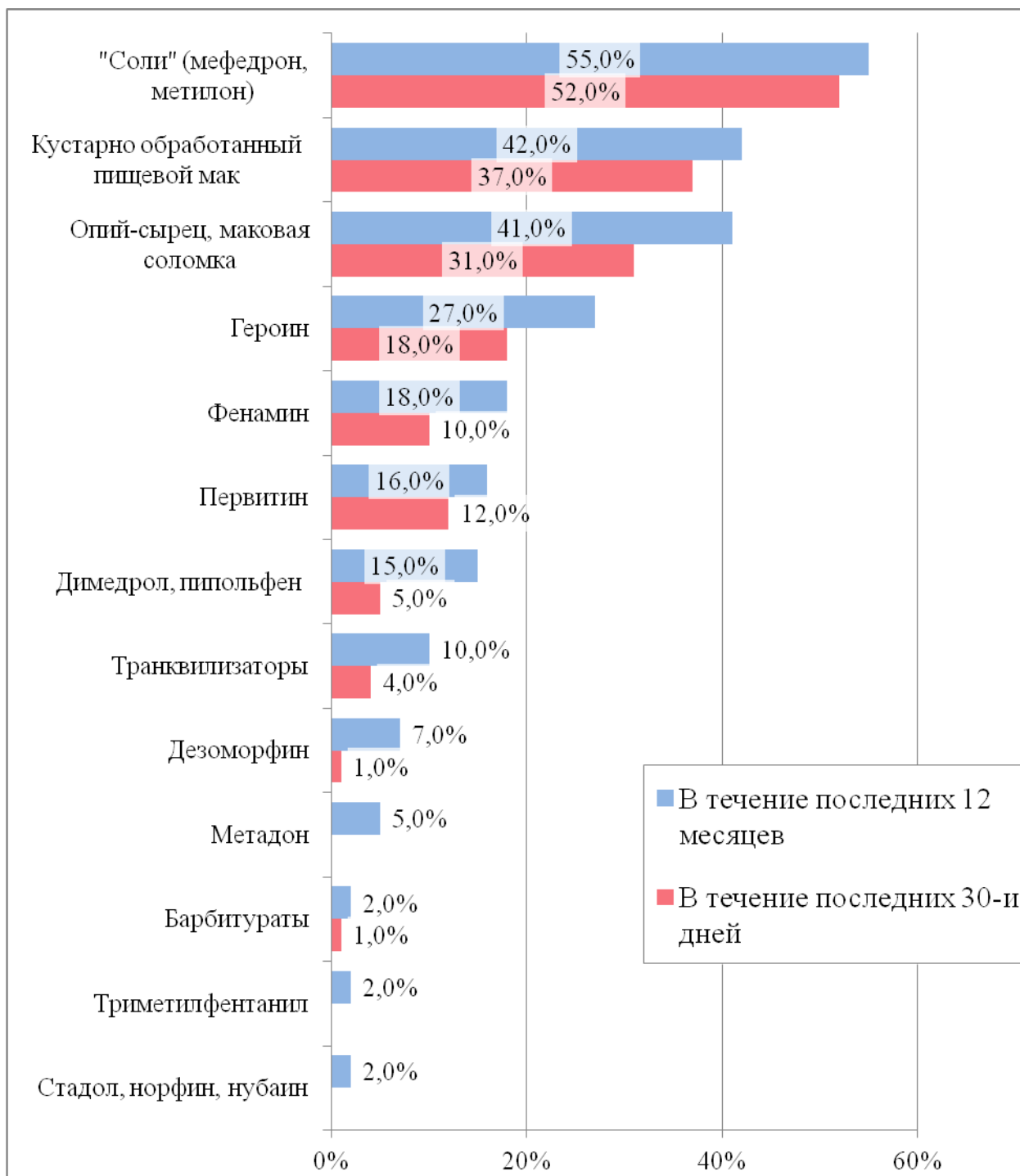


Рис. 5.4. Наркотические средства, употреблявшиеся при помощи инъекций

Эти же средства чаще всего употреблялись ПИН и в течение последних 30 дней, что позволяет предположить наличие зависимости от данных препаратов (рис. 5.4.)<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Следует отметить, что согласно перерасчетам в программе RDSAT распространенность потребления кустарно переработанного пищевого мака по данным за последние 30 дней может быть существенно ниже – 22,6% против 37,0%.

Определенная часть наркопотребителей также сообщали о недавнем потреблении героина, первитина или фенамина.

Существенная часть ПИН потребляют наркотики реже, чем ежедневно – до 2-3 раз в неделю (62,0%). Доля опрошенных сообщивших об инъекциях наркотика несколько раз в день относительно невысока – 17,0%.

Совмещают прием наркотиков с употреблением алкоголя 61,0% респондентов.

### **5.3. Использование инъекционного инструментария**

Половина ПИН используют за одну неделю 10 и более шприцев (среднее значение – 25), что не согласуется с декларируемой относительно низкой частотой наркопотребления. Доступность стерильного инъекционного инструментария для ПИН относительно высока – 84,0% опрошенных при необходимости всегда могут достать чистые иглы и шприцы. Среди возможностей приобретения шприцев ПИН преимущественно упоминали аптеки (89,4%), КП (40,0%), а также через социальные контакты (у сексуального партнера – 4,7%; друзей – 10,6%, других ПИН – 5,9%). Вместе аптеки (69,4%) и КП (16,5%) являются основным местом приобретения шприцев для абсолютного большинства ПИН. Не представляется возможным выделить какую-то одну основную причину недоступности чистых шприцев для ПИН. Среди называемых причин как отсутствие времени (25,0%) или денег (12,5%) на приобретение инструментария, так и отсутствие, аптек, работающих в ночное время – 31,3%, и патрулирование аптек полицией (12,5%).

Сообщили о том, что за последние 30 дней использовали лишь стерильный инъекционный инструментарий 64,0% опрошенных ПИН. Используют повторно собственные шприцы 36,0% респондентов. Чужими использованными иглами и шприцами пользуются 20,0% опрошенных (рис. 5.5.). В среднем за месяц ПИН используют повторно шприцы трех-четырех других наркопотребителей (медианное число – 2), при этом одинаково часто это шприцы близких друзей (45,0%), половых партнеров (постоянный партнер – 25,0%; непостоянный – 15%) или просто кого-то из компании потребителей наркотиков (45,0%). Подавляющее большинство опрошенных (81,0%) знают о том, что среди их партнеров по употреблению наркотиков есть люди с положительным ВИЧ-статусом и 17% респондентов когда-либо пользовались их использованными шприцами.

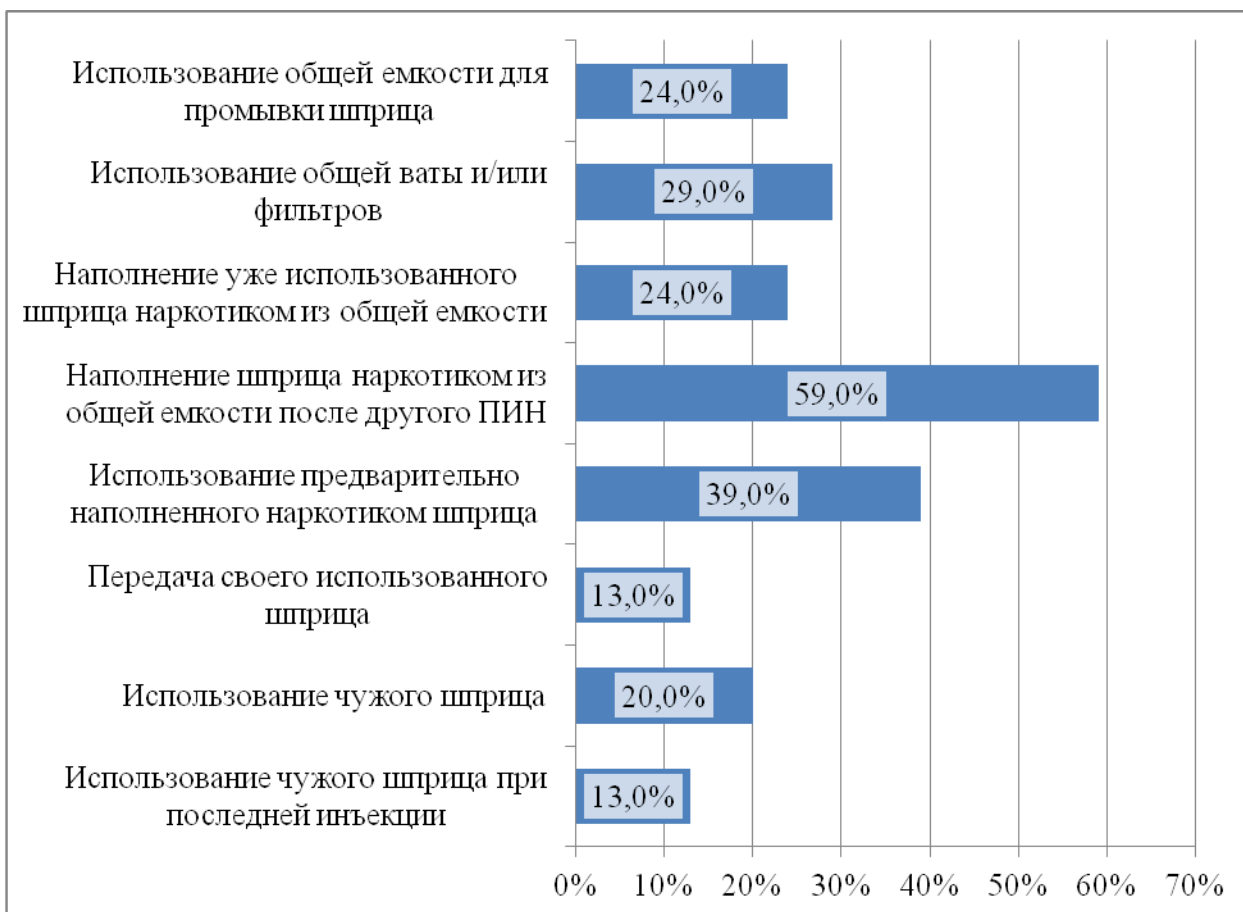


Рис. 5.5. Доля ПИН, практиковавших рискованные практики употребления наркотиков в течение последних 30 дней

При использовании чужих шприцев лишь половина наркопотребителей (45,0%) их всегда предварительно очищают. В основном для очистки шприцев ПИН используют просто холодную воду (55,0%), реже – кипяченую (25,0%) или горячую (35,0%) воду.

К другим распространенным рискованным инъекционным практикам можно отнести забор наркотика из общей емкости после других ПИН (59,0%) и использование уже кем-то наполненного наркотиком шприца (39,0%). Пользуются общими ватой или фильтром 29,0% респондентов, общей емкостью для промывки шприца - 24,0%. Хотя бы раз за последний месяц набирали из общей емкости раствор своим уже использованным шприцом 24,0%.

Согласно самоотчетам передача своих уже использованных шприцев другим ПИН – относительно редкое явление среди наркопотребителей Набережных Челнов: только 13,0% сообщили о том, что практиковали это в течение последних 30 дней, 53,8% из них оказались ВИЧ-инфицированными. В среднем ПИН передают свои шприцы ограниченному кругу лиц – двум-трем людям; чаще всего – половым партнерам и неблизким знакомым из компании потребителей наркотиков.

При последней инъекции пользовались стерильным инструментарием 85,0% респондентов, чужим - 13%.

#### 5.4. Передозировки

В течение последних 12 месяцев 26,0% опрошенных были свидетелями передозировки, а 14,0% переживали ее сами. Однако только 9,0% воспользовались услугами скорой

помощи. Несколько чаще при передозировках ПИН прибегали к Налоксону 15,0% респондентов использовали его в течение последнего года.

В среднем респонденты называли лишь один-два известных им способа оказания помощи при передозировке ( $M=1,8$ ;  $Me=1$ ). Чаще всего упоминались звонок в службу скорой помощи (48,0%), внутривенное введение солевого раствора или кипяченой воды (32,0%) или Налоксона (26,0%). Остальные способы помощи при передозировке упомянули менее 20% опрошенных.

## **5.5. Половое поведение и половые партнеры**

Все респонденты имеют опыт половых контактов. Первый сексуальный опыт ПИН – мужчины в среднем получили в 15, а женщины – в 17 лет ( $p \leq 0.001$ ). За последний месяц не имели сексуальных контактов 17,0% опрошенных.

У половины опрошенных обоих полов (55,0%) за последние 12 месяцев был только один половой партнер. Однако в среднем ПИН - мужчины за указанный период имеют большее число сексуальных партнеров: за последний год них в среднем было 4-5 половых партнеров, у женщин – 2 партнера (медианное значение – 2 и 1 соответственно) ( $p \leq 0.05$ ). Для подавляющего большинства респондентов (90,2%) характерно наличие постоянных половых партнеров. Случайные сексуальные связи за последний год были у каждого четвертого ПИН (22,4%). Сообщили о покупке сексуальных услуг за указанный период 8,5% опрошенных мужчин, об оказании сексуальных услуг за вознаграждение – одна женщина (2,6%).

При последнем половом контакте использовали презерватив порядка трети опрошенных (30,0%). Именно контакты с постоянными половыми партнерами реже всего бывают защищенными: использовали презерватив при последнем контакте 27,0% опрошенных, всегда пользовались средствами предохранения с половыми партнерами данного типа 23,6% респондентов. Аналогичные показатели для половых контактов со случайными партнерами составляют 59,1% и 36,4% соответственно; с коммерческими партнерами – 66,7% и 50,0% соответственно. К основным причинам неиспользования презервативов в данной группе можно отнести собственную негативную установку к данному средству предохранения («не люблю презервативы») и подобную установку у партнера («возражал партнер»), а также отсутствие мотивации для их использования («не думаю, что это необходимо»). Значительная часть опрошенных сообщили, что за последний год у них были половые контакты с ВИЧ-положительными партнерами, причем наличие подобных партнеров несколько более характерно для ПИН – женщин (46,2% против 39,0%;  $p \leq 0.05$ ).

Половые контакты с партнерами, не употребляющими наркотики, значительно более характерны для респондентов – мужчин (39,0% против 15,4%;  $p \leq 0.05$ ). Уровень использования презервативов в такого типа партнерствах относительно невысок: лишь каждый третий использовал презервативы при последнем половом контакте (34,5%) и каждый пятый (27,6%) использовал их при каждом половом контакте.

За последний год пережили сексуальное насилие 7,7% женщин – ПИН (3 человека).

## **5.6. Охват медицинской помощью и профилактическими программами**

### **5.6.1. Наркологическая помощь**

Когда-либо обращались за наркологической помощью 57,0% наркопотребителей. В основном лечение проходило в государственной клинике на бесплатной неанонимной



основе (78,9%), существенно реже – там же, но платно и анонимно (21,1%). Обращения за помощью в связи с употреблением наркотиков в частные медицинские учреждения достаточно редки – лишь 5,0% опрошенных (8,8% от числа проходивших лечение) когда-либо туда обращались. Пользовались услугами расположенных в Набережных Челнах реабилитационных программ 17,0% ПИН (каждый третий когда-либо обращавшийся за лечением). Каждый второй наркопотребитель (50,0%) сообщил, что состоял на наркологическом учете в государственном наркологическом диспансере.

Трое из четырех ПИН знают о том, где и как они могут на платной или бесплатной основе получить наркологическую помощь или пройти реабилитацию (по 76,0%-78,0%). О существовании групп самопомощи для ПИН знают 62,0% респондентов.

За последний год наиболее востребованной услугой наркологического профиля являлась бесплатная государственная наркологическая помощь – за ней обращались 23,0% опрошенных. Существенно реже ПИН проходили реабилитацию в связи с проблемным наркопотреблением (12%), пользовались услугами групп самопомощи (11,0%) или обращались за платной наркологической помощью (8,0%).

### 5.6.2. Программы профилактики для ПИН

За последний год принимали участие в программах профилактики 37,0% опрошенных, все из которых являются постоянными клиентами программы и имеют свой личный код. Большинство клиентов (73,0%) за последний год прибегали к услугам программы не чаще одного раза в месяц.

В целом информированы о наличии в городе подобных программ менее 80% ПИН: 77,5% знают эти программы как программы обмена шприцев, 64,0% - как программы профилактики ВИЧ для наркопотребителей. Из тех, кто знает о предоставлении в городе подобных услуг, лишь половина когда-либо ими пользовались.

О том, что у них есть возможность бесплатно получить презервативы и смазки знают 64,0% респондентов, и половины из них обращались за этой услугой за последний год (34,0%).

Согласно расчетному показателю ЮНГАСС<sup>21</sup> охват ПИН Набережных Челнов профилактическими программами составил 25,0% (скорректированная оценка RDSAT – 17,4%, различие статистически незначимо).

### 5.6.3. Диагностика и лечение ИППП и вирусных гепатитов

Практически все опрошенные знают о существовании вирусных гепатитов В и С (99,0%) и более 90% когда-либо проходили тестирование на один или оба заболевания. В течение последнего года каждый третий ПИН (36,0%) прошел тестирование на гепатит В, и 41,0% - на гепатит С. У значительной части из них был когда-либо установлен диагноз гепатит В (47,8%) и гепатит С (89,1%). Наблюдается у врача каждый третий (31,0%) из информированных о своем заболевании. Реальная распространенность гепатита В среди ПИН Набережных Челнов составила 6,0%, а гепатита С – 89,0%. Скорректированная

<sup>21</sup> Охваченными программой считаются лица, давшие положительные ответы одновременно на 3 вопроса:

1. Знаете ли Вы, куда обратиться, если Вы захотите пройти тестирование на ВИЧ?
2. Получали ли Вы за последние 12 месяцев презервативы бесплатно?
3. Получали ли Вы за последние 12 месяцев стерильные шприцы бесплатно?

RDSAT оценка распространенности гепатита С составила 78.9% (95% ДИ 62.2% - 90.7%), гепатита В - 7.1% (95% ДИ 0.5% - 18.2%),

Только двое из трех опрошенных (67,0%) знают, где в городе можно бесплатно протестироваться и пройти лечение по поводу вирусных гепатитов и каждый четвертый (26,0%) обращался за этими услугами в предшествующие 12 месяцев.

Сходные значения получены и по охвату диагностикой и лечением ИППП: знают о возможностях тестирования и лечения данных заболеваний в городе 68,0% респондентов, обращались за ними в последний год 25,0% опрошенных. Результат тестирования на сифилис оказался положительным у 15,0% респондентов, после корректировки в RDSAT – 11.1% (95% ДИ 3.5% - 23,0%)..

#### **5.6.4. Диагностика и лечение туберкулеза**

Охват группы тестированием на туберкулез достаточно высок – 92,0% опрошенных проходили тестирование хотя бы раз в жизни и 67,0% делали это в течение последнего года. Когда-либо был диагностирован туберкулез у 10 опрошенных (10,0%) и 8 из них (8,0%) в настоящее время состоят на учете в туберкулезном диспансере.

#### **5.6.5. Социальное сопровождение и психологическая помощь**

Порядка 55-65% ПИН информированы о возможностях бесплатного получения в их городе таких услуг как психологическая и юридическая помощь, а также помощь по восстановлению документов. Наиболее востребованной из этого списка оказалась психологическая помощь – за ней в течение последнего года обращались 26,0% ПИН. Вдвое реже (12,0%) ПИН обращались за бесплатными юридическими консультациями, и еще реже – за помощью в восстановлении документов (6,0%).

#### **5.6.6. Медицинская и социальная помощь в связи с ВИЧ-инфекцией**

Большинство ПИН (90,0%) знают, где они могут пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию и трое из четырех знают, где это можно сделать бесплатно и анонимно (77,0%). Доля информированных о других услугах, связанных с ВИЧ (информационные материалы по проблеме, медицинская помощь и группы самопомощи для ЛЖВ) колеблется от 64,0% до 71,0%.

В течение последних 12 месяцев около трети ПИН (31,0%) обращались за *анонимным и бесплатным тестированием* на ВИЧ-инфекцию, столько же (35,0%) обращались за медицинской помощью в связи с ВИЧ. Каждый четвертый (24,0%) наркопотребитель посещал за указанный период группы самопомощи для ЛЖВ. Несмотря на высокую потребность в тестировании и лечении ВИЧ, информационные материалы по тематике ВИЧ/СПИДа за последний год попадались на глаза лишь 25,0% опрошенных.

#### **5.7. Опыт и результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию**

За редким исключением (3,0%) практически все ПИН когда-либо *проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию*. Большинство респондентов проходили тестирование в течение последнего года (36,0%) либо от одного до четырех лет назад (40,0%). Давность результатов тестирования каждого пятого опрошенного (20,0%) – более четырех лет. Чаще всего последнее тестирование проходило в Центре СПИДа (37,5%), реже – в больнице или поликлинике (14,6% и 17,7% соответственно). Также местами, где ПИН

достаточно часто проходят тестирование на ВИЧ, являются наркологические клиники (8,3%) и тюрьмы (9,4%). В каждом двенадцатом случае (8,3%) тестирование не было добровольным.

Значительная часть проходивших тестирование не помнят, чтобы с ними проводилось дотестовое (36,5%) и послетестовое (40,6%) консультирование. Определенная часть респондентов-ПИН не узнавали результат последнего по времени тестирования (6,3%).

Почти половина опрошенных (48,0%) считают себя ВИЧ-позитивными. При проведении лабораторных исследований у трех из них (3,0%) данный диагноз не подтвердился. Реальная распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН Набережных Челнов фактически равна распространенности по самоотчетам и составила 49,0%. Скорректированная RDSAT оценка распространенности ВИЧ среди данной группы составила 36.3% (95% ДИ 21.3 - 51.6), Не знал о своем ВИЧ-позитивном статусе каждый двенадцатый из ПИН – ЛЖВ (8,2%; 4 человека).

Следует отметить, что для ПИН в данном регионе ВИЧ-инфекция значимо более характерна для лиц более младшего возраста - до 25 лет ( $p \leq 0.01$ ), а также ПИН, имеющих гепатит С ( $p \leq 0.01$ ). Также обнаружилось значимые взаимосвязи с типом употребляемого наркотика – лица, употреблявшие фенамин ( $p \leq 0.01$ ) и «соли» ( $p \leq 0.05$ ) значимо чаще получали положительный результат тестирования на ВИЧ-инфекцию. ПИН-ЛЖВ чаще ВИЧ-негативных сообщали об использовании чужого ( $p \leq 0.05$ ) и нестерильного ( $p \leq 0.05$ ) инструментария при последней инъекции, однако значимо чаще и промывали их перед повторным использованием ( $p \leq 0.05$ ).

Как и в ряде других регионов ВИЧ-позитивный статус оказался связан с наличием заведомо ВИЧ-позитивных людей среди половых партнеров ( $p \leq 0.001$ ) и партнеров по употреблению наркотиков ( $p \leq 0.001$ ) и участием в профилактическом проекте ( $p \leq 0.001$ ). Данные результаты, очевидно, связаны в том числе с практически стопроцентной осведомленностью ПИН-ЛЖВ о своем ВИЧ-статусе.

В регрессионной модели значимыми факторами ВИЧ-инфекции остались лишь употребление фенамина ( $p \leq 0.01$ ) и наличие ВИЧ-позитивных половых партнеров в течение прошедшего года ( $p \leq 0.001$ ), также к ним добавилось отсутствие половых контактов в течение последнего месяца ( $p \leq 0.05$ ).

## **5.8. Антиретровирусная терапия**

Большинству опрошенных с установленным ранее ВИЧ-позитивным статусом (72,9%; 35,0% от всех ПИН) когда-либо назначали антиретровирусную терапию. При этом лишь половина из них (57,1%) начали ее прием, и, начав прием, впоследствии каждый второй перестал ее принимать (45,0%).

В настоящее время находится на АРВТ 11,0% всех наркопотребителей (22,9% ПИН, информированных о позитивном ВИЧ-статусе).

## 5.9. Информированность о ВИЧ

Показатель информированности о ВИЧ в данной группе составил 56,0% - столько респондентов правильно ответили на все 5 вопросов о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции<sup>22</sup> (рис. 5.6.).

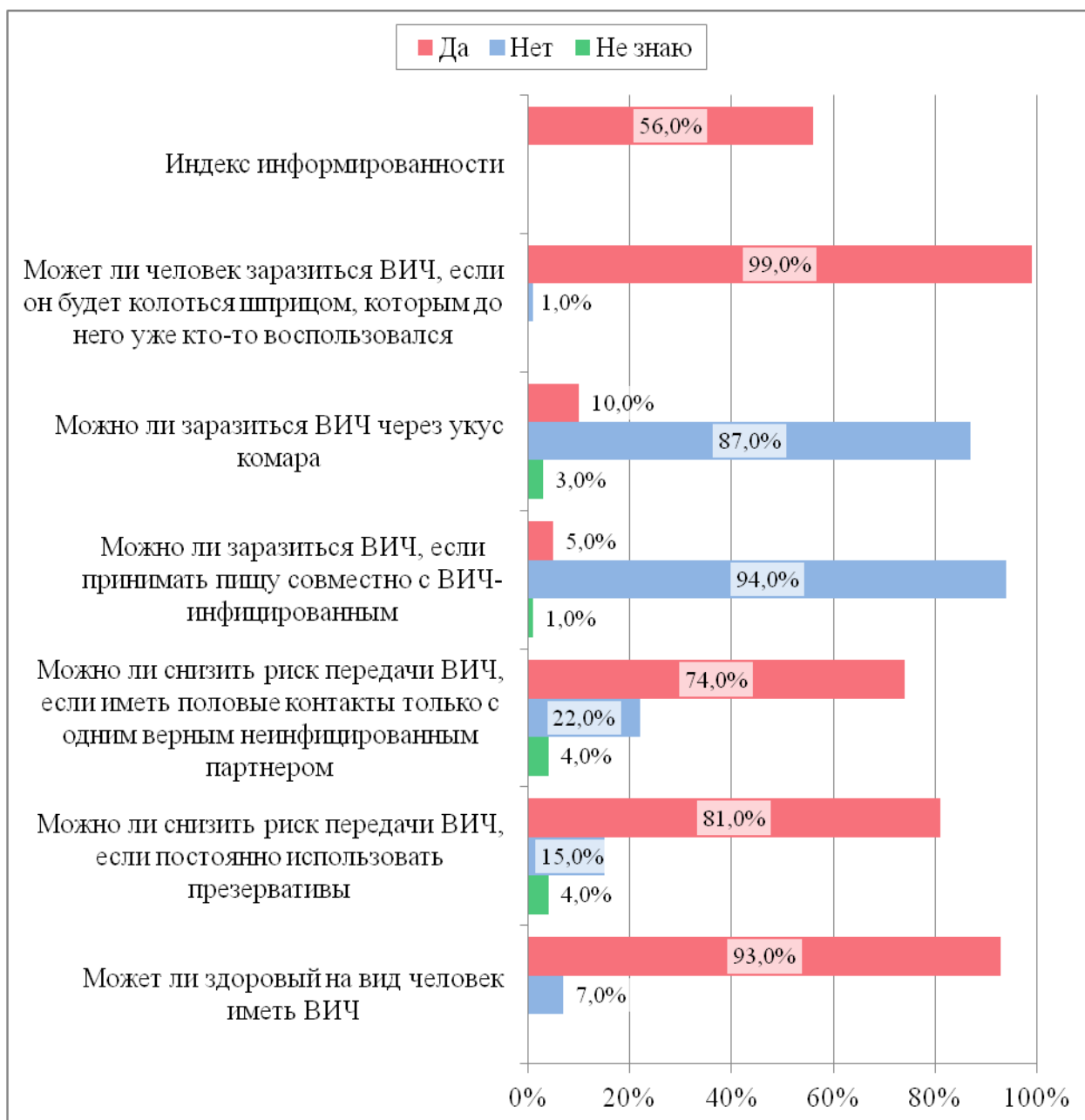


Рисунок 5.6. Информированность о путях передачи и способах профилактики ВИЧ

<sup>22</sup> Доля лиц, правильно ответивших на все 5 вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Наибольшие затруднения вызвал вопрос о профилактике сексуальной передачи ВИЧ-инфекции: существенная часть респондентов не уверены в возможности с помощью использования презервативов и верности одному партнеру снизить риск инфицирования (19,0% и 26,0% соответственно). В возможность же передачи ВИЧ через нестерильный инъекционный инструментарий верят практически все опрошенные (99,0%).

Также не всегда респонденты владеют информацией о невозможности передачи ВИЧ в быту (при совместном приеме пищи - 6,0%; через укусы комара – 13,0%). Кроме того, определенная часть респондентов (7,0%) не осведомлены, что ВИЧ может никак не проявляться внешне.

Один респондент сообщил, что никогда прежде не слышал о ВИЧ или СПИДе.

## **5.10. Стигма и дискриминация**

Большинство опрошенных сталкивались с такими проявлениями стигматизации наркопотребителей как сплетни и обсуждения (81,0%). Несколько менее распространены в межличностном общении такие проявления стигмы как оскорбления (63,0%), психологическое давление (60,0%) и отстранения от участия в семейных делах (40,0%). Каждому третьему опрошенному (32,0%) пришлось испытать физическое насилие в связи с употреблением наркотиков.

Основным проявлением дискриминации по отношению к ПИН являются преследования со стороны правоохранительных органов – с ними когда-либо сталкивались 74,% опрошенных, в том числе 55,0% - неоднократно. Также в связи со статусом ПИН респонденты испытывали трудности с трудоустройством (42,0%), проживанием в своем или съемном жилье (33,0%) и получением медицинского обслуживания (32,0%). Несколько меньше (16-20%) распространены отказы наркопотребителям в получении образовательных или социальных услуг и участия в общественных мероприятиях.

## **5.11. Оценка проекта комплексной профилактики**

### **5.11.1. Участники программ**

Каждый третий опрошенный (36,0%) является клиентом профилактического проекта. В среднем опрошенные ПИН пользуются услугами проекта уже более полутора лет ( $Me = 1$  год). Каждый второй клиент проекта прибегает к его услугам не чаще двух раз в месяц (52,7%), еще 40% - от трех до десяти раз в месяц<sup>23</sup>. Более частое использование услуг проекта встречается достаточно редко (2 человека; 5,6%).

Среди клиентов проекта значимо выше, чем среди не-клиентов распространенность ВИЧ-инфекции ( $p \leq 0.001$ ) и гепатита В ( $p \leq 0.05$ ). Они также чаще информированы о наличии ЛЖВ среди тех, с кем он/она употребляет наркотики ( $p \leq 0.01$ ). Для клиентов проекта несколько более характерно использование презервативов со случайными половыми партнерами ( $p \leq 0.001$ ), предварительное промывание чужих шприцев перед повторным использованием ( $p \leq 0.05$ ). Также им менее свойственны такие рискованные практики, как наполнение шприца раствором из общей емкости ( $p \leq 0.01$ ) и использование заранее кем-то наполненного шприца ( $p \leq 0.05$ ). Кроме того, клиенты

---

<sup>23</sup> Наблюдается расхождение между ответами респондентов на аналогичные индикаторы, расположенные в разных частях опросника. Пользовались услугами не чаще одного раза в месяц: услугами программ предоставления шприцев - 73% опрошенных, услугами профилактического проекта - 27,7%. Возможно смещение связано с формулировками вопросов либо с используемыми шкалами для вариантов ответа.

проекта значительно чаще осведомлены о Налоксоне ( $p \leq 0.01$ ) и чаще имеют опыт его применения ( $p \leq 0.05$ ).

*Материалы и средства.* За редким исключением (1 – 2 человека) все респонденты получали в проекте иглы, шприцы и другие средства для безопасных инъекций, презервативы, перевязочные материалы и антисептические средства. Чуть реже (86,1%) ПИН обращались в проект за мазями и витаминами или материальной помощью (69,1%). Каждый второй наркопотребитель получал в проекте товары для женщин - предметы женской гигиены (47,2%) или средства для поддержания женского здоровья (44,4%). Каждый третий с помощью проекта получал какие-либо средства по уходу за ребенком (36,1%). Очевидно, единичными случаями являлось предоставление клиентам проекта средств общей гигиены, таких как мыло или шампунь – 5,6% опрошенных (2 человека) сообщили о получении этих материалов в проекте. В большинстве случаев респонденты остались полностью удовлетворены предоставленными им материалами, реже (0-6%) частично удовлетворены. Один респондент (2,9%-3,1% от числа получавших данные услуги клиентов) негативно оценил опыт получения в проекте презервативов, игл, шприцев и других средств для безопасных инъекций. В основном респонденты также были удовлетворены количеством предоставляемых им профилактических материалов. Сообщили о том, что им не хватает распространяемых презервативов, шприцев или игл 11,4%, 8,8% и 2,9% респондентов соответственно.

*Направления в медицинские организации.* Более половины респондентов с помощью проекта получили направления на диагностику ВИЧ-инфекции (66,6%) и сопутствующих заболеваний (гепатиты В и/или С – 55,6%; туберкулез – 63,9%). Каждый второй клиент проекта также получал направления на реабилитацию от наркозависимости (52,8%) или на консультацию по вопросам назначения антиретровирусной терапии (47,2%). Значительно реже помощь проекта требовалась для получения наркопотребителями консультации узких специалистов (педиатр – 29,0%; маммолог – 11,1%) и вакцинации от гепатита В (19,4%). Абсолютно все респонденты остались полностью удовлетворены оказанными им услугами. Нарекания возникли лишь к получению направлений на реабилитацию – двое респондентов (10,5% от получавших эту услугу) остались полностью ей неудовлетворены.

*Консультации доверенных специалистов.* Чаще всего из всех доверенных специалистов проекта клиенты обращались к равному консультанту (91,7%). Также востребованными услугами являются консультации таких врачей как фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог, инфекционист, хирург и терапевт – за ними обращался фактически каждый второй из опрошенных (от 40% до 60%). По очевидным причинам обращаемость к гинекологу несколько ниже – 33,3%. Из немедицинских специалистов наибольшей популярностью пользуются специалисты социальных служб (50,%) и психологи (61,1%). Несколько реже клиенты проекта получали консультацию у юриста (33,3%). Все респонденты, оценившие данные услуги, остались ими полностью удовлетворены.

*Информирование и обучение.* Более половины опрошенных с помощью проекта получили информацию по вопросам безопасности половых отношений при позитивном ВИЧ-статусе (61,1%), профилактике и лечении ВИЧ и туберкулеза (63,9%). Каждый второй клиент (50,0%) был проинформирован по вопросам репродуктивного здоровья и материнства. При этом две трети респондентов (69,4%) принимали участие в активных методах обучения: тренингах и семинарах. Все ответившие остались полностью удовлетворены полученным в рамках проекта обучением.

*Услуги социального сопровождения.* Чаще всего клиенты проекта пользовались услугами социального сопровождения, связанными с медицинской помощью – ее получением

(55,6%) и личным сопровождением в медицинские учреждения (54,8%). Несколько реже – услугами, связанными с оформлением документов (36,1%), доставкой лекарств на дом (38,9%), постановкой на учет в центры занятости (25,0%) и получением инвалидности (25,0%). Помощь в оформлении различных пособий на ребенка либо получением сопровождения в суде потребовалась 13,9% клиентов проекта. Все респонденты остались полностью удовлетворены оказанными им услугами социального сопровождения.

*Прочие услуги.* Практически каждый второй клиент проекта (40-60%) также получал в нем такие услуги как участие в группах взаимопомощи, различных организуемых проектом акциях и досуговых мероприятиях, а также экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию. Треть опрошенных получили услуги для особых категорий ПИН: родителей (обучение детей) и ЛЖВ (паллиативная помощь). Все клиенты остались полностью удовлетворены полученными услугами данного типа.

*Наиболее востребованные услуги проекта.* В перечень наиболее востребованных услуг проекта вошли исключительно услуги по предоставлению различных средств и материалов (в порядке убывания): шприцев, средств для безопасных инъекций, игл, витаминов, презервативов, мазей, средств женской гигиены и материальной помощи (рис. 5.7.). Остальные услуги проекта выбрали в список приоритетных не более 11,1% респондентов.



*Рисунок 5.7. Доля ПИН-клиентов профилактического проекта, охарактеризовавших профилактическую услугу как важную для себя, при возможности выбора не более 10 услуг*

Подавляющее большинство респондентов оценили на «отлично» все выделенные характеристики проекта (пр. комфортность, доступность, компетентность специалистов), средний балл оценок составил 4,9-5,0 для всех характеристик, за исключением графика работы (4,8). Среди дополнительных пожеланий к работе проекта встречаются: выдача проектом медицинских сертификатов, расширение помещения (помещений) и предоставление бытовых услуг (возможность принять душ, постирать, отдохнуть), увеличение числа сотрудников. Несколько опрошенных также упомянули в качестве желательных предоставление услуг стоматолога. Отдельным респондентам интересно получение в проекте иного типа материалов (отдельные лекарства, памперсы и пр.). Кроме того клиенты выразили озабоченность финансовой устойчивостью проекта. Все опрошенные клиенты не планируют прекращать пользоваться услугами проекта. Также практически все респонденты уже рекомендовали своим знакомым обратиться за помощью в проект, и намерены продолжать это делать в дальнейшем.

### **5.11.2. ПИН, не участвующие в программе**

Двое из трех респондентов ранее не являлись клиентами проекта, хотя большинству из них (84,4%) уже когда-либо рекомендовали обратиться за его услугами.

Все или почти все респонденты считают крайне важными такие характеристики проекта, как дружелюбность обстановки, безопасность, качество предоставляемых услуг, их соответствие потребностям ПИН и анонимность, а также компетентность сотрудников проекта и их уважительное отношение к ПИН (средний балл 5,0 – 4,9 по шкале от 1 до 5). Чуть менее важными для опрошенных являются такие особенности проекта как степень комфорта для клиентов (4,8%) и режим работы (4,7%).

Особенно актуальными для более чем половины всех ПИН является (в порядке уменьшения частоты упоминания) предоставление шприцев, игл и иных материалов для безопасных инъекций, витаминов, презервативов, мазей и материальной помощи, а также выдача направлений на реабилитацию, тестирование на ВИЧ-инфекцию, туберкулез и гепатита В и С (рис. 5.8).

Кроме того, можно выделить те услуги, которые считают для себя особо актуальными меньшая доля ПИН, но которые хотя бы в какой-то степени актуальны для подавляющего большинства респондентов (более 80%) (рис. 5.8). К ним в первую очередь можно отнести консультации доверенных специалистов проекта (в порядке уменьшения частоты): юриста, равного консультанта, инфекциониста, терапевта, психолога, нарколога, фтизиатра и хирурга. Также в это число попали экспресс-тестирование на ВИЧ, некоторые информационные услуги (по профилактике вирусных гепатитов и вертикального пути передачи ВИЧ, а также на тему домашнего насилия), а также ряд услуг социального сопровождения (защита интересов в суде, содействие в получении медицинской помощи и трудоустройстве).





Рисунок 5.8. Наиболее актуальные услуги для ПИН, не являющихся клиентами профилактического проекта

При ограничении возможностей выбора (не более 10 услуг) перечень наиболее востребованных услуг проекта выглядит следующим образом: выдача шприцев (82,8%), других средств для безопасных инъекций (78,1%), игл (68,8%), витаминов (50,0%), презервативов (43,8%) и мазей (26,6%). Другие услуги выбрали для себя менее четверти опрошенных.

## 5.12. Выводы

1. Для ПИН характерен средний возраст (26-40 лет) и отсутствие законченного профессионального образования. Легальная трудовая занятость является высоко распространенной, однако уровень дохода скорее низкий. Почти половина наркопотребителей имеет опыт тюремного заключения и/или задержаний полицией. По национальной принадлежности среди ПИН преобладают русские и татары; по семейному положению – несостоящие в браке и имеющие детей.

2. Стаж инъекционного наркопотребления среди данной группы очень высок (в среднем 12 лет). Среди употребляемых инъекционных наркотиков преобладают опиаты (кустарно обработанный пищевой мак и опий-сырец), а также «соли». Существенная часть ПИН сообщают, что для них не характерно ежедневное употребление наркотиков.
3. Субъективная доступность стерильного инъекционного инструментария достаточно высока, основными каналами приобретения шприцев являются аптеки и консультационные пункты. Частыми причинами недоступности шприцев является исключительно дневной режим работы аптек и отсутствие времени у ПИН.
4. Повторное использование чужого инъекционного инструментария характерно для пятой части ПИН. Также распространенными рискованными инъекционными практиками являются забор наркотика из общей емкости и использование шприца, заранее кем-то наполненного наркотиком. Подавляющее большинство ПИН осведомлены, о том, что среди их партнеров по наркопотреблению есть ЛЖВ.
5. Ежегодно один из семи ПИН переносит передозировку наркотика и каждый четвертый наблюдает передозировку своего знакомого. Среди упоминаемых ПИН способов оказания помощи при передозировке лидирует обращение в скорую помощь, введение солевого раствора и использование Налоксона, который на практике используется наркопотребителями даже чаще, чем услуги службы скорой помощи.
6. Половые партнеры ПИН чаще постоянные, значительно реже - случайные. Среди мужчин присутствуют потребители секс-услуг. Подавляющее большинство женщин ПИН отрицают вовлеченность в секс-бизнес. Не живет регулярной половой жизнью один из шести наркопотребителей.
7. Как правило, половые контакты, являются незащищенными, что наиболее характерно для контактов с постоянными половыми партнерами. Неиспользование презерватива в подавляющем большинстве случаев связано с их неприятием или возражением партнера, а не с недоступностью презервативов. Широко распространены половые контакты с заведомо ВИЧ-позитивными партнерами, причем в большей степени среди женщин-ПИН.
8. Имеется высокий потенциал выхода ВИЧ-инфекции в общую популяцию за счет высокой распространенности незащищенных сексуальных контактов с не-ПИН, особенно среди ПИН-мужчин.
9. О совершении в отношении себя сексуального насилия за последний год сообщила каждая тринадцатая наркопотребительница.
10. Значительная часть ПИН обращаются за наркологическими услугами, причем в основном в государственные наркологические диспансеры. Информированность о возможностях получения различных услуг в связи с наркоманией находится в пределах 60,0%-80,0%. Ниже других в перечне услуг ПИН информированы о возможности участия в группах самопомощи.
11. Каждый третий ПИН принимал участие в программах профилактики, столько же знают о подобных программах, однако не имеют подобного опыта. Согласно скорректированной в RDSAT оценке охват ПИН профилактическими программами (в терминологии ЮНГАСС) – низкий и составляет (17,4%).

12. Установлен высокий уровень информированности ПИН о возможностях диагностики вирусных гепатитов. Однако, если охват тестированием, достаточно высокий, то лечением охвачены лишь треть знающих о своем заболевании наркопотребителей.

13. Скорректированная в RDSAT оценка распространенности гепатит С составила 78.9% (95% ДИ 62.2% - 90.7%), гепатита В - 7.1% (95% ДИ 0.5% - 18.2%), сифилиса – 11.1% (95% ДИ 3.5% - 23,0%). Полученные данные свидетельствуют о реализации как полового, так и парентерального путей передачи инфекций.

14. Охват ПИН диагностикой на предмет выявления туберкулеза может быть оценен как высокий.

15. Почти половина ПИН информированы о возможностях получения бесплатной психосоциальной помощи. К сожалению, непосредственные обращения ПИН за помощью были и в основном касались получения психологической поддержки.

16. Информированность ПИН о различных медико-социальных услугах в связи с ВИЧ-инфекцией колеблется в пределах 65,0%-90,0%. Годовой охват тестированием низкий - порядка трети наркопотребителей .

17. Скорректированная RDSAT оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди данной группы составила 36.3% (95% ДИ 21.3 - 51.6), при этом подавляющее большинство ВИЧ-позитивных ПИН знают о своем диагнозе. Причем, большинство случаев инфицирования произошло относительно недавно.

18. Наблюдаются серьезные проблемы с приверженностью АРТ среди ВИЧ-положительных ПИН. Только половина ПИН начала прием назначенных им антиретровирусных препаратов и почти половина уже прекратила прием на момент опроса.

19. Позитивный ВИЧ-статус статистически значимо связан с наличием гепатита С, использованием нестерильного инъекционного инструментария, наличием ЛЖВ среди половых партнеров и партнеров по употреблению наркотиков, вовлеченностью в профилактический проект, а также употреблением определенных наркотиков (фенамин и «соли»), и возрастом младше 25 лет.

20. Почти половина ПИН информированы относительно путей передачи и способов профилактики ВИЧ-инфекции.

21. Стигма и дискриминация в связи с наркопотреблением в основном проявляются в быту как сплетни, оскорбления и психологическое давление, а также в форме преследований со стороны правоохранительных органов. Наибольшее число различных форм дискриминации отмечено при решении вопросов трудоустройства, проживания и получения медицинского обслуживания.

22. Треть опрошенных ПИН являются клиентами профилактического проекта и в основном они полностью удовлетворены получаемыми в нем услугами. Как для клиентов, так и для не-клиентов проекта наиболее важными профилактическими услугами представляются предоставление шприцев, игл, других средств для безопасных инъекций, а также презервативов и витаминов.

23. В профилактический проект значительно чаще обращаются лица с ВИЧ и гепатитом В. Клиентов проекта характеризуют несколько более безопасные практики употребления наркотиков и сексуальной жизни, а также большая информированность и использование Налоксона для помощи при передозировке. Охват тестированием на ВИЧ клиентов профилактических программ несколько ниже, чем ПИН, не являющихся клиентами, что а значительной степени связано с большой долей ВИЧ-положительных, уже осведомленных о своем статусе ПИН, среди клиентов проекта.

#### 4.13. Динамика изменений в уровне распространенности ВИЧ и ключевых индикаторов риска

Для выявления динамики изменения ключевых показателей результаты настоящего исследования были сравнены с данными, полученными в ходе «Исследования распространенности ВИЧ-инфекции и поведенческих рисков в группе потребителей инъекционных наркотиков», осуществленного при технической поддержке ВОЗ и финансировании UNODC в 2008 году. В исследовании приняли участие 335 представителей целевой группы.

По сравнению с 2008 годом распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН увеличилась в несколько раз. В 2008 году антитела к ВИЧ были обнаружены у 13,5% респондентов, а в 2014 г. уже у 36,3%. Распространенность гепатита С возрасла с 44,8% в 2008 г. до 78,9% в 2014, также в несколько раз выросла и распространенность сифилиса с 2,5% до 11,1%. (Рис. 5.9)

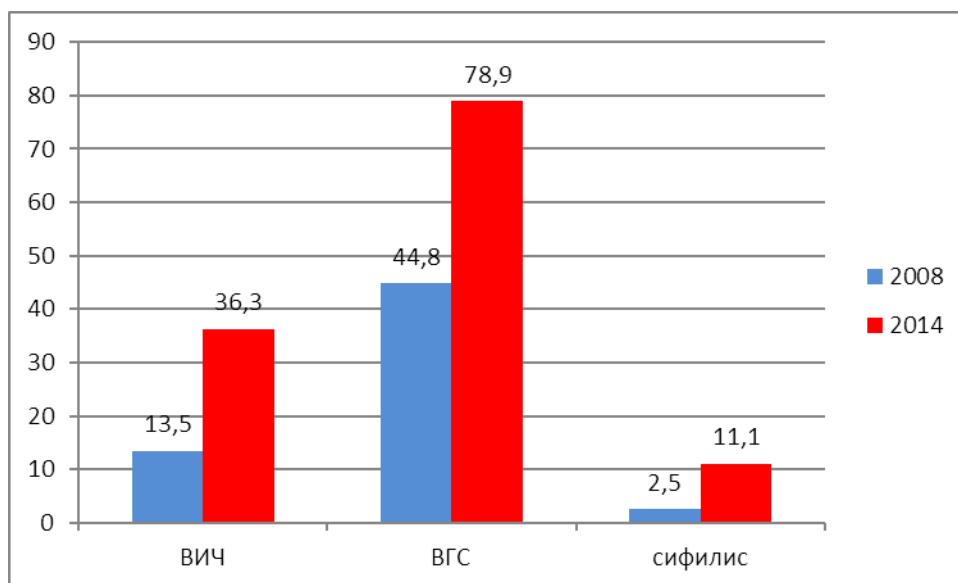


Рисунок 5.9. Распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса среди ПИН. в 2008 и 2014 гг

По сравнению с 2008 годом значительные изменения претерпела наркосцена. Если в 2008 году практически все (99,7%) ПИН употребляли героин и от 0,4 до 25,1% другие наркотики, то в 2014 году наркопотребление характеризовалась большим разнообразием: 52% респондентов употребляли «соли», 37% кустарно обработанный пищевой мак, 31% опий-сырец, 18% героин, 10-12% препараты амфетаминового ряда, употребление других наркотических веществ не превышало 5% .

Сравнение стажа наркопотребления ПИН выявило постарение популяции с небольшим притоком новых наркопотребителей (7% употребляющих меньше года и 14% от года до 5 лет) в 2014 году. (Рис.5.10)

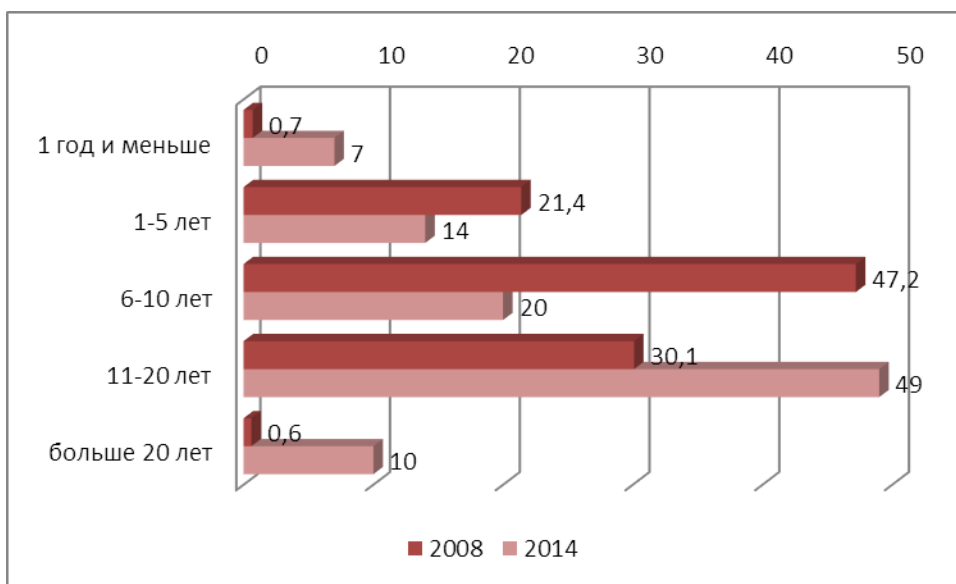


Рисунок 5.10. Сравнительные данные по стажу наркопотребления в 2008 и 2014 гг.

Что же касается рискованных инъекционных практик, то по сравнению с 2008 годом более, чем в 2 раза увеличилось количество респондентов, делавших последнюю инъекцию чужим уже использованным шприцем с 5.8% до 13% и почти в два раза увеличилось количество тех, кто вводил наркотик из уже наполненного шприца (с 21.7% до 39%). Доля же тех, кто наполнял свой шприц наркотиком из общей емкости снизилась с 80.6% до 59% равно как и доля тех, кто использовал общие фильтры, вату и пр. в процессе приготовления наркотика с 81% до 29%. (Рис. 5.11)

Увеличился также процент тех, кто передавал свои уже использованные шприцы другим ПИН с 13% до 18,9%. Стоит отметить, что более половины тех, кто передавал свои шприцы в исследовании 2014 года, оказались ВИЧ-положительными (53.8%) .

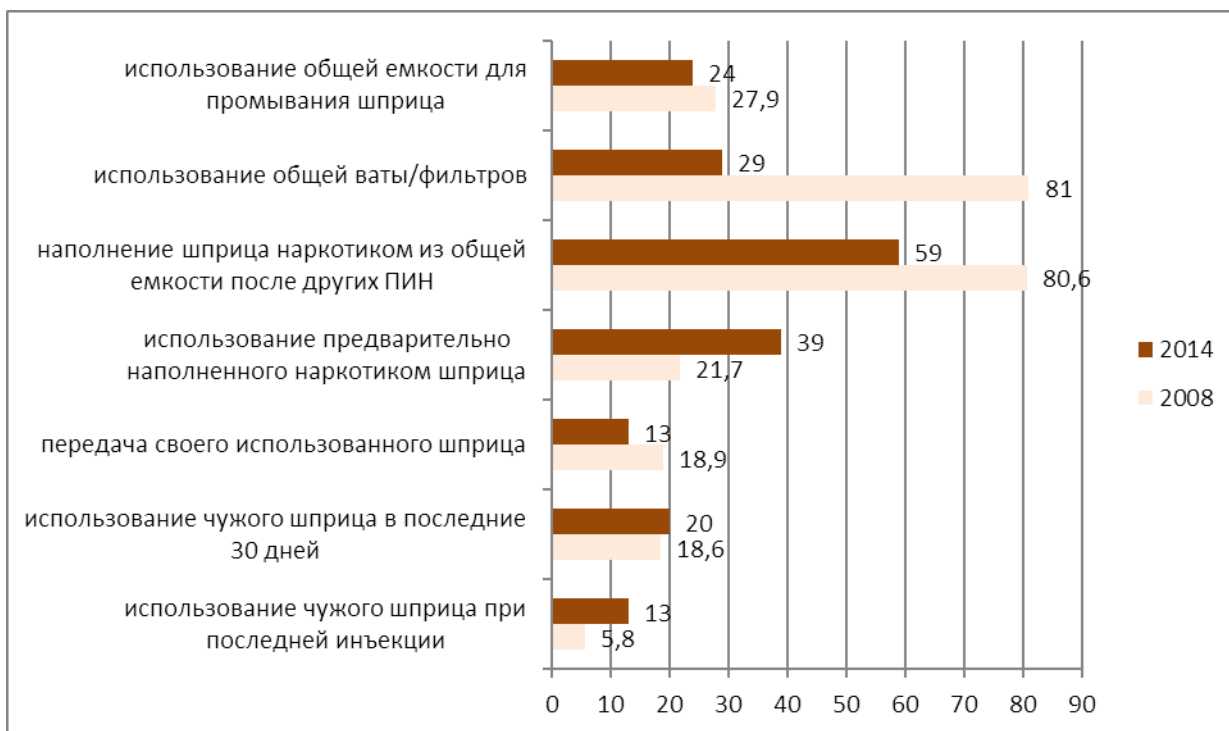


Рисунок 5.11. Сравнительные данные поведенческих рисков среди ПИН в 2008 и 2014 гг.

Необходимо особо отметить изменения, произошедшие в половом поведении ПИН. В целом, ПИН в 2014 г. стали практиковать менее безопасное сексуальное поведение, а именно: реже использовали презерватив как с постоянными, так и со случайными партнерами. (Рис. 5.12). Увеличилась доля ПИН, вступавших в половую связь с заведомо ВИЧ-положительным партнером. Учитывая выявленные в исследованиях высокие риски сексуального поведения ПИН необходимо использовать эти данные при прогнозировании распространения ВИЧ-инфекции половым путем.

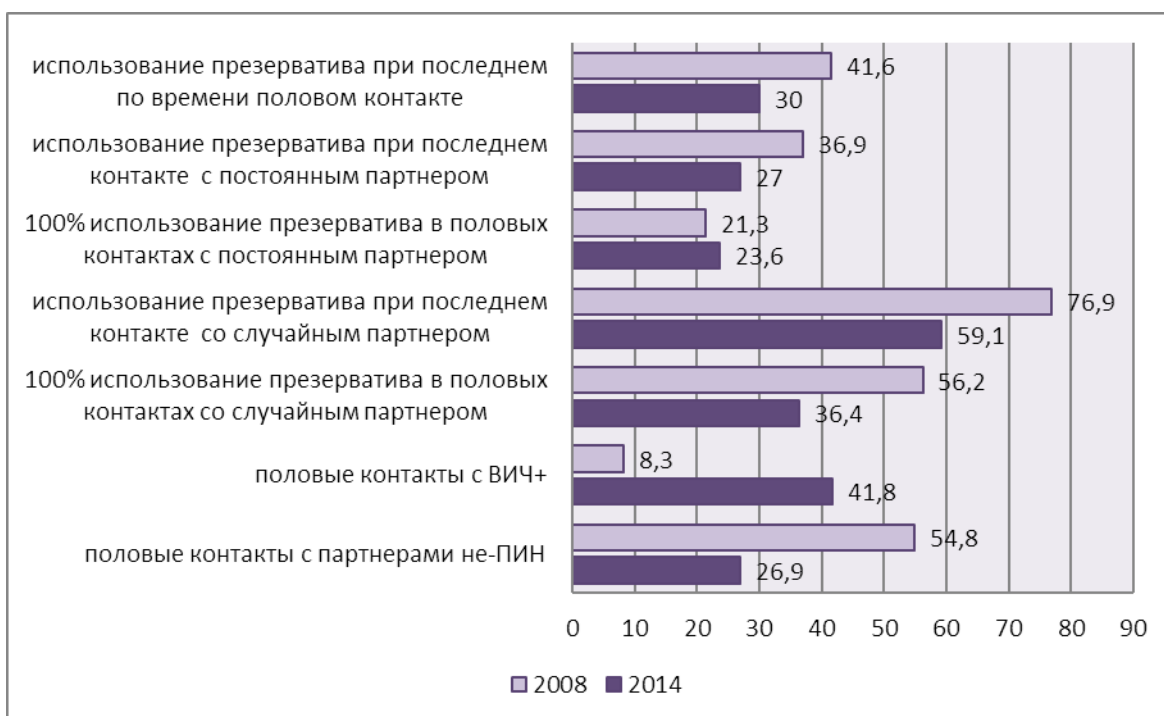


Рисунок 5.12. Сравнительные данные полового поведения ПИН в 2008 и 2014 гг.

При сравнении уровня знаний по ВИЧ-инфекции среди ПИН за периоды 2008 и 2014 гг. наблюдается некоторое снижение уровня информированности за счет снижения доли правильно ответивших ПИН на вопросы по профилактике полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Так, на 11,4% меньше ПИН ответили правильно на вопрос о том, можно ли снизить риск инфицирования, используя презерватив при половых контактах и почти на 14% меньше ПИН знают о том, что можно снизить риск заражения, вступая в контакты только с одним верным неинфицированным партнером (Рис.5.13). Несомненно, недостаточная информированность о способах профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции в 2014 г. внесла свою лепту в формировании более рискованного сексуального поведения ПИН по сравнению с 2008 годом.

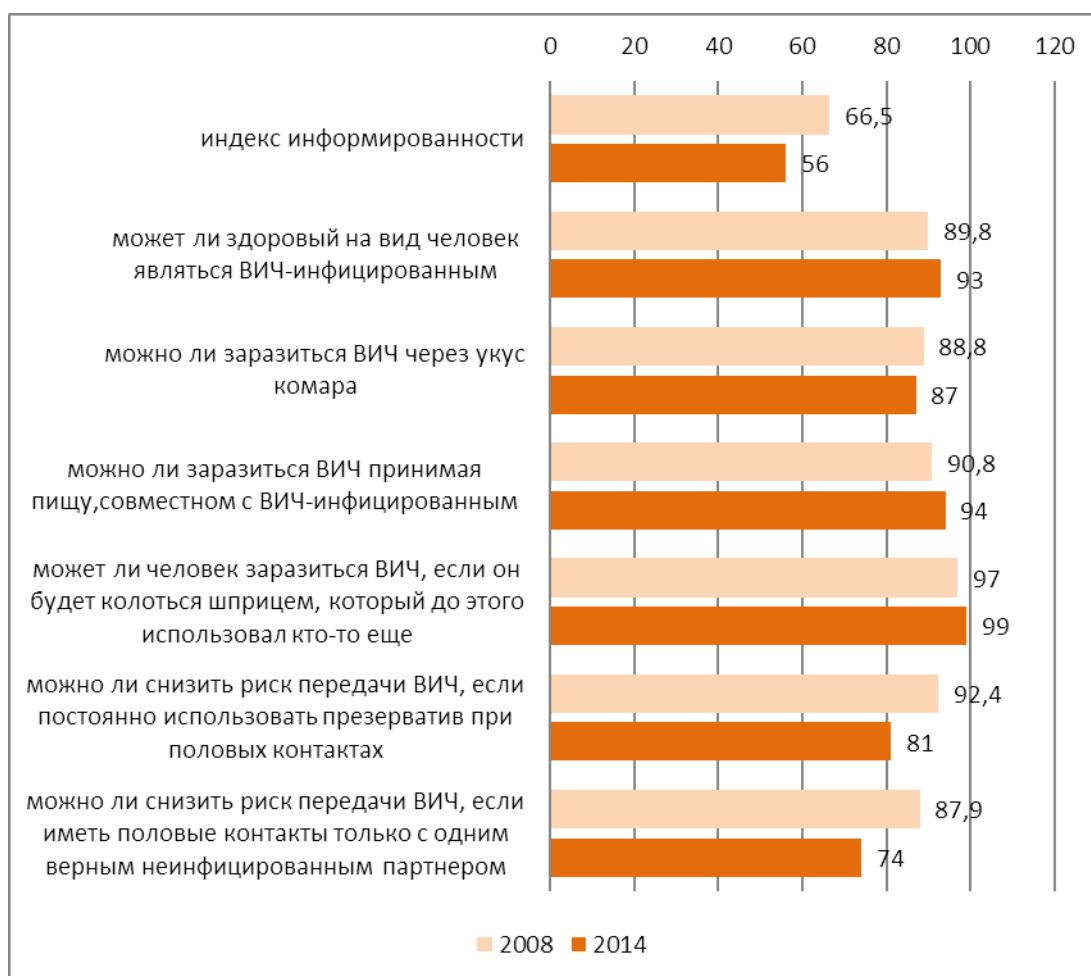


Рисунок 5.13. Оценка информированности о путях передачи и способах профилактики ВИЧ в 2008 и 2014 гг. (Доля правильно ответивших на вопрос, %.)

Также необходимо отметить, что охват программой профилактики ВИЧ-инфекции ПИН в Набережных Челнах увеличился по сравнению с 2008 годом в два раза. Если в 2008 г. 17,9% респондентов обращались в последние 12 месяцев в профилактическую программу, то в 2014 году таких уже было 36%.

### III. Различия между городами-участниками исследования и ключевые индикаторы ЮНГАСС

В каждом из городов было опрошено одинаковое количество респондентов ПИН – по 105 человек. В таблице 3 представлены популяционные оценки социально-демографического состава ПИН в городах-участниках исследования, основные виды наркотиков, употребляемых в этих городах, и ключевые индикаторы ЮНГАСС, характеризующие прогресс в сфере профилактики передачи ВИЧ-инфекции половым и парентеральным путями, а также охват данной группы тестированием на ВИЧ<sup>24</sup>.

Популяционные оценки получены путем анализа данных исследования в программе RDSAT (подробнее см. раздел 1.4. Методы анализа данных).

Популяционные оценки отличаются от %-ных распределений тех же самых признаков в выборке, поскольку в программе RDSAT производится корректировка смещения выборки (например, в пользу ВИЧ-положительных ПИН, потребителей определенного типа наркотиков, клиентов профилактической программы), за счет чего достигается *репрезентативность полученных данных для популяции ПИН города*.

В таблице 3 помимо точечной оценки показан 95%-доверительный интервал (ДИ), т.е. диапазон значений, внутри которого (с вероятностью 95%) лежат истинные значения (изучаемого показателя) всей популяции ПИН. О статистически значимых различиях между городами можно говорить в том случае, если доверительные интервалы показателей не перекрываются. В большинстве случаев, доверительные интервалы достаточно широки, что обусловлено небольшим размером выборок.

Во всех городах ПИН представлены, преимущественно мужчинами (от 50,5% до 77%), в возрасте 25-ти лет и старше (78%-95%). Популяции ПИН значительно различаются в зависимости от основных наркотиков, распространенных в каждом из городов. Так, самый распространённый наркотик, героин – преобладает в Перми и Волгограде и является третьим по частоте выбора в Барнауле, в других городах практически не представлен. Значительное распространение опия-сырца, маковой соломки отмечается только в Набережных Челнах. Дезоморфин употребляется только в Абакане. Мефедрон, метилон («соли») получили распространение во всех городах, кроме Абакана. Фенамин («спид», «скорость») является основным наркотиком в Барнауле. Тропикамид («тропик») распространён в Перми.

Индикаторы, характеризующие прогресс в сфере профилактики половой и парентеральной передачи ВИЧ-инфекции в среде ПИН, показывают, что в наибольшей степени это прогресс достигнут в сфере парентеральной передачи ВИЧ – от 80% до 90% ПИН использовали стерильный инструментарий при последней инъекции (рис. 6 и рис. 7).

Что касается профилактики передачи ВИЧ половым путем, то здесь это показатель не превышает 50%, с наиболее низкими значениями в гг. Абакан и Набережные Челны. Охват ПИН регулярным тестированием – наиболее низкий в Абакане, и наиболее высокий в Волгограде. Охват ПИН профилактическими программами (т.е. участие в них ПИН) –

---

<sup>24</sup> В соответствии с: Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. Режим доступа: [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215\\_Global\\_AIDS\\_Response\\_Progress\\_Reporting\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf)



наименьший в Волгограде и Перми, наибольший – в Абакане и Барнауле. В целом, охват не превышает 30% ПИН во всех изученных городах.

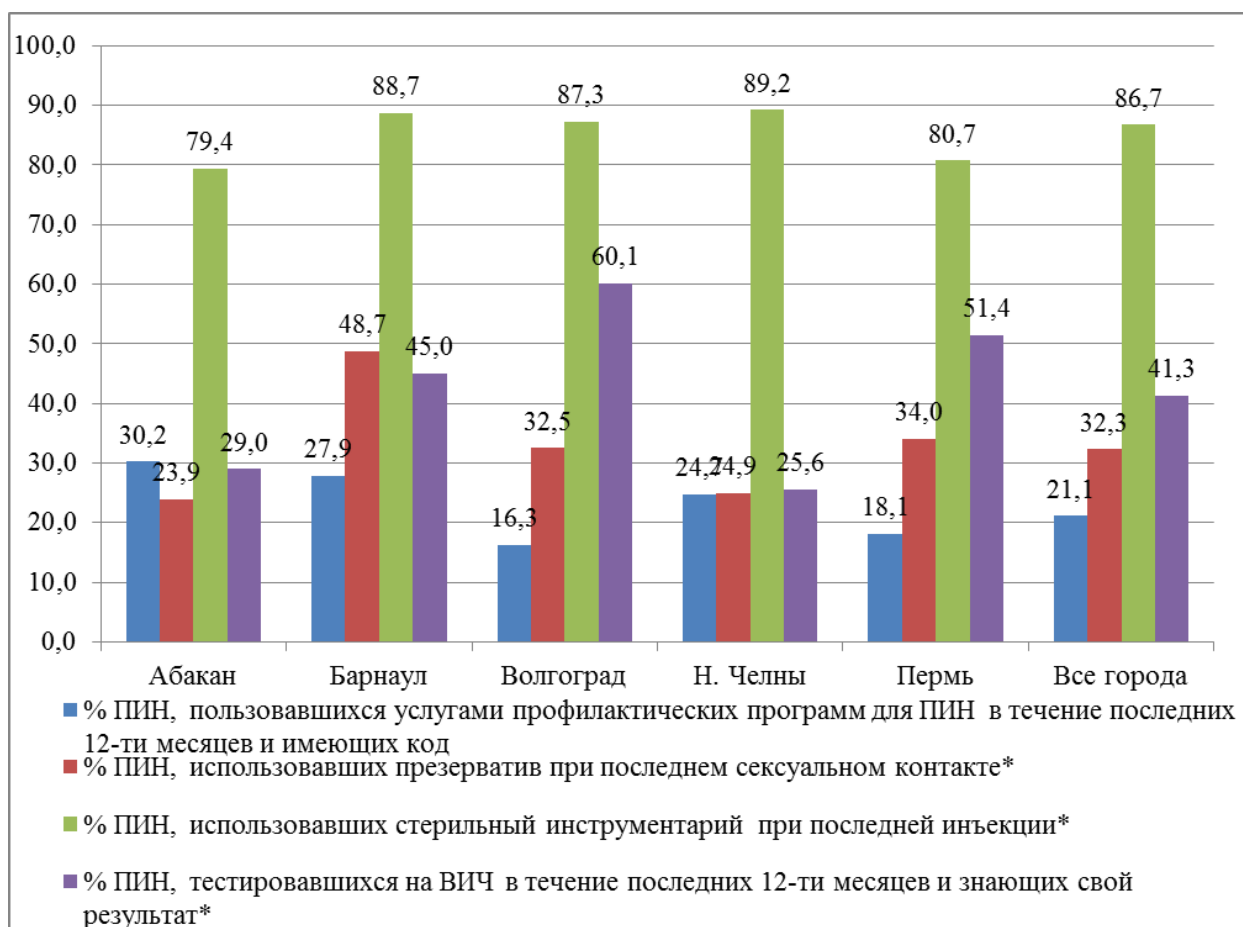


Рис. 6. Ключевые индикаторы ЮНГАСС в городах-участниках

Высокий уровень распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН наблюдается в четырех из пяти городов: Перми, Волгограде, Набережных Челнах и Барнауле – от 28% до 45%. Статистически значим низкий уровень распространённости ВИЧ-инфекции среди ПИН в Абакане. По распространённости гепатита С лидируют ПИН Волгограда и Барнаула, несколько меньше – в Набережных Челнах и Перми. Самый низкий уровень распространённости гепатита С среди ПИН выявлен в Абакане. Сифилис наиболее распространен в Абакане и Барнауле., гепатит В – в Набережных Челнах.

В целом, можно сказать, что наибольший прогресс в сфере профилактики половой и парентеральной передачи ВИЧ-инфекции в среде ПИН, а также в охвате данной группы риска тестированием на ВИЧ наблюдается в городах, наиболее пораженных ВИЧ.

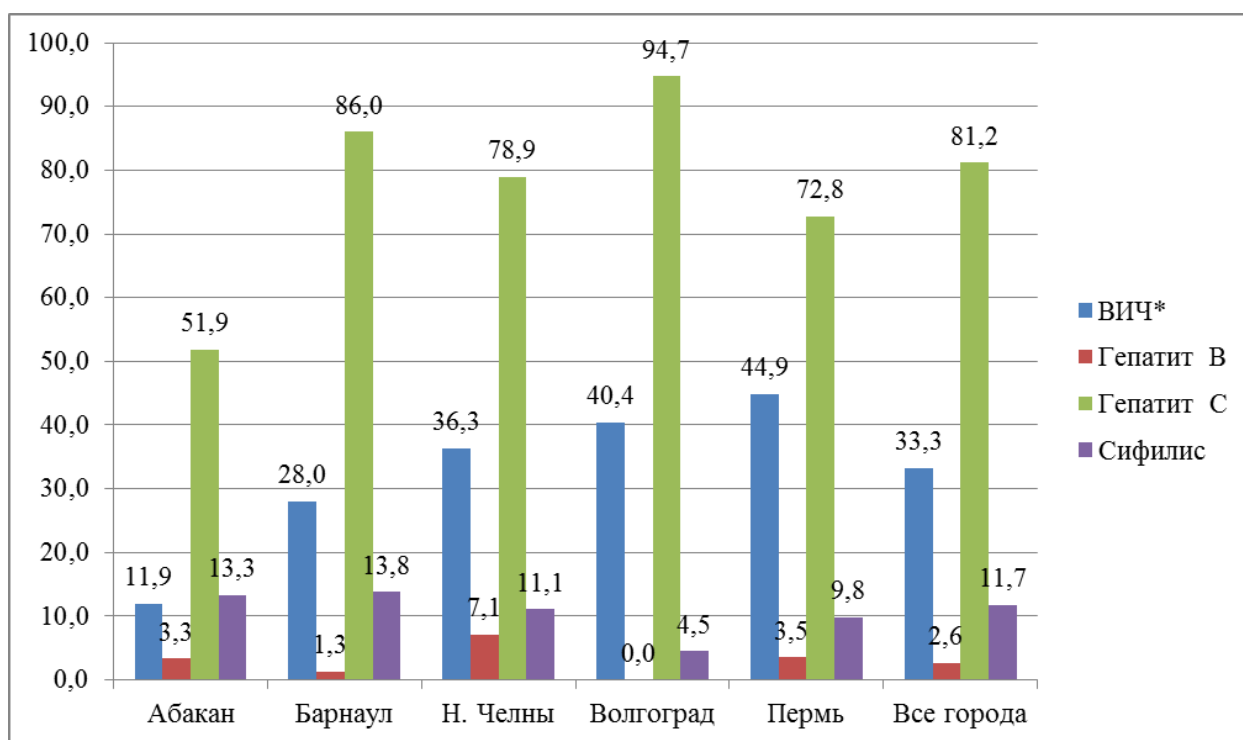


Рис.7. Результаты лабораторного тестирования ПИН в пяти городах-участниках исследования

Примечание: \* - индикатор ЮНГАСС

Таблица 3. Различия между городами-участниками исследования и ключевые индикаторы ЮНГАСС

	Популяционная оценка (RDSAT)					Все города
	Абакан	Барнаул	Волгоград	Н. Челны	Пермь	
<i>Социально-демографические характеристики</i>						
Пол мужской	70,6 (60,7 - 81,7)	63,4 (52,7 - 75,9)	76,9 (61,8 - 87,6)	50,5 (34,1 - 70,3)	61,0 (47,4 - 73,3)	63,8 (57,6 - 70,3)
Пол женский	29,4 (18,3 - 39,3)	36,6 (24,1 - 47,3)	23,1 (12,4 - 38,2)	49,5 (29,7 - 65,9)	39 (26,7 - 52,6)	36,2 (29,7 - 42,4)
В возрасте до 25-ти лет	14,5 (4,8 - 25,8)	15,1 (5 - 27,4)	22,4 (8,4 - 47,5)	5,1 (1,6 - 10,0)	11,9 (3,4 - 23,5)	12,6 (8,5 - 17,9)
В возрасте 25-ти лет и старше	85,5 (74,2 - 95,2)	84,9 (72,6 - 95)	77,6 (52,5 - 91,6)	94,9 (90,0 - 98,4)	88,1 (76,5 - 96,6)	87,4 (82,1 - 91,5)
<i>Наиболее распространённые в регионе наркотики</i>						
Героин	-	16,5 (8,1 - 28,9)	52,2 (37,5 - 68,5)	-	62,8 (48,2 - 75,1)	27,7 (21,6 - 34,9)
Опий-сырец, маковая соломка	-	-	-	38,0 (22,1 - 54,1)	-	14,9 (10 - 20,7)

	Популяционная оценка (RDSAT) % (95%ДИ)					Все города
	Абакан	Барнаул	Волгоград	Н. Челны	Пермь	
Кустарно обработанный мак	4,5 (1,6 - 8,8)	14,6 (7,2 - 23,8)	19,4 (10,9 - 31,5)	22,6 (12,0 - 35,2)	-	16,2 (11,7 - 21,2)
Дезоморфин («Крокодил»)	85,0 (72,9 - 94,5)	-	-	-	-	16,4 (10,3 - 23,7)
Мефедрон, метилон («соли»)	-	22,8 (13,8 - 33,3)	33,7 (22,7 - 48,9)	37,3 (21,4 - 56,5)	54,7 (40,8 - 71,2)	31,6 (25,5 - 38,8)
Фенамин (спид, скорость)	15,3 (7,0 - 24,6)	74,2 (61,1 - 84,3)	-	-	-	20,7 (14,6 - 26)
Тропикамид («тропик»)	-	-	-	-	25,8 (16,5 - 40,3)	2,4 (1 - 4,3)
<i>Охват профилактикой и безопасное поведение</i>						
% ПИН, пользовавшихся услугами профилактических программ для ПИН в течение последних 12-ти месяцев и имеющих код	30,2 (19,2 - 42,4)	27,9 (17,6 - 43,5)	16,3 (3,8 - 34,0)	24,7 (10,5 - 42,9)	18,1 (10,6 - 28,5)	21,1 (16,4 - 27,2)
% ПИН, использовавших презерватив при последнем сексуальном контакте*	23,9 (12,9 - 35,6)	48,7 (35,8 - 62,7)	32,5 (17,7 - 50,8)	24,9 (13,6 - 39,6)	34 (19,1 - 51,3)	32,3 (25,6 - 39,6)
% ПИН, использовавших стерильный инструментарий при последней инъекции*	79,4 (70,3 - 87,1)	88,7 (79 - 95,7)	87,3 (78,3 - 95,3)	89,2 (78,4 - 97,5)	80,7 (68,3 - 89,2)	86,7 (81,6 - 90,3)
% ПИН, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12-ти месяцев и знающих свой результат*	29,0 (16,6 - 45,5)	45,0 (30,1 - 58,3)	60,1 (47,6 - 72,1)	25,6 (16 - 37,2)	51,4 (38,8 - 64,6)	43,1 (37,7 - 51,1)
<i>Распространенность инфекций среди ПИН по результатам тестирования</i>						
ВИЧ*	11,9 (5,4 - 19,8)	28,0 (17,8 - 41,3)	40,4 (27,9 - 54,4)	36,3 (21,3 - 51,6)	44,9 (31,5 - 60,2)	33,4 (27,9 - 41)
Гепатит В	3,3 (0 - 7,9)	1,3 (0,1 - 3)	-	7,1 (0,5 - 18,2)	3,5 (0 - 11,1)	2,6 (0,9 - 4,8)
Гепатит С	51,9 (42,3 - 64,6)	86 (74,2 - 95,2)	94,7 (83,8 - 99,5)	78,9 (62,2 - 90,7)	72,8 (57,2 - 89,2)	81,2 (76,1 - 87,3)

	Популяционная оценка (RDSAT)					Все города
	% (95%ДИ)					
	Абакан	Барнаул	Волгоград	Н. Челны	Пермь	
Сифилис	13,3 (7,0 - 20,8)	13,8 (1,7 – 22,0)	4,5 (1,1 - 8,8)	11,1 (3,5 - 23)	9,8 (2,3 - 19,8)	11,7 (7,2 - 15,4)

*Примечание: \* - индикатор ЮНГАСС*

## Заключение

Социально-демографический портрет ПИН довольно типичен для всех городов исследования. Сегодняшний ПИН - это: мужчина, имеющий невысокий уровень дохода, в возрасте 26-40 лет, со средним и низким уровнем образования. Во всех городах, кроме Перми, основной заработок ПИН связан с легальной деятельностью. Широко распространен опыт тюремного заключения и/или задержания полицией. Выявлен высокий уровень стигмы и дискриминации в связи с наркопотреблением, есть случаи отказа в оказании медицинской и социальной помощи. Весьма распространено преследование со стороны правоохранительных органов. Стаж наркопотребления у большинства ПИН длителен и составляет в среднем 12-14 лет. В четырех из пяти городов отмечен высокий уровень пораженности ВИЧ-инфекцией, даже в Абакане, где отмечен наименьший уровень распространенности ВИЧ среди ПИН, он выше данных официальной статистики. Города, в которых ранее проводились дозорные исследования среди ПИН, отметили, что произошел значительный рост распространенности ВИЧ-инфекции в этой группе.

Для ВИЧ-положительных ПИН характерен высокий уровень осведомленности о своем статусе; исключение составляют ВИЧ-инфицированные ПИН из г. Абакан, что может быть связано с недостаточным охватом тестированием этой группы. В остальных городах охват тестированием и уровень осведомленности о местах, где можно обследоваться на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, равно как и осведомленность о своем ВИЧ-статусе являются несомненным достижением всех структур, вовлеченных в работу с целевой группой.

По результатам анализа лабораторных исследований было установлено, что ВИЧ-положительный статус ПИН связан с инфицированностью гепатитом С, что подтверждает инъекционный путь распространения ВИЧ в популяции. Кроме того, доля ПИН, практикующих небезопасное инъекционное поведение весьма высока, что в свою очередь связано с особенностями приготовления и употребления новых видов наркотиков, вышедших в последние годы в лидеры наркопотребления в исследуемых регионах. При реализации профилактических программ рекомендуется обратить внимание своих клиентов не только на необходимость непосредственного использования стерильного инструментария во время инъекции, но и на важность обезопасить себя от возможного инфицирования во время приготовления наркотика, набора раствора, промывания шприцев и пр. Данная работа приобретает особенную актуальность, если учесть, что от 30% до 80% ПИН отметили наличие ВИЧ-положительных среди своих партнеров по наркопотреблению.

Еще один важный аспект профилактики – работа с ВИЧ-позитивными ПИН. Значительная доля респондентов, среди которых было немало ВИЧ-инфицированных, передавала свои уже использованные шприцы и иглы для инъекций другим ПИН; также было отмечено, что ВИЧ-позитивные ПИН на некоторых территориях чаще наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости и промывали свои шприцы и/или

иглы в общей емкости с водой совместно с другими наркопотребителями, что, может быть связано как с незнанием своего ВИЧ-статуса и незнанием путей передачи ВИЧ, так и с безразличным отношением к риску инфицирования других.

Необходимо отметить, что ПИН клиенты профилактических программ характеризуются более безопасным инъекционным поведением, чем те, кто не являлся клиентом. Они гораздо чаще использовали стерильные иглы и шприцы и, в целом, значительно выше оценивали доступность чистого инструментария для инъекций. Кроме того, им менее свойственны такие рискованные практики, как наполнение шприца раствором из общей емкости, пользование общей емкостью с водой для промывания игл и/или шприцев вместе с другими людьми и использование заранее кем-то наполненного шприца. Данный результат является важным достижением профилактической работы, подчеркивает значимость и эффективность низкопороговых сервисов, в т. ч. аутрич работы и распространения стерильного инъекционного инструментария среди наркопотребителей.

ПИН являются сексуально активной группой, и данное исследование выявило открытость полового пути инфицирования как в самой группе ПИН, так и высокого потенциала для выхода ВИЧ-инфекции в общую популяцию за счет широкой распространенности незащищенных сексуальных контактов с не-ПИН, особенно среди ПИН-мужчин. Нужно отметить, что ПИН-клиенты профилактических программ в среднем демонстрировали более безопасное сексуальное поведение и чаще использовали презерватив с постоянными и коммерческими партнерами, чем ПИН, не являющиеся клиентами программ. Этот факт является важным достижением профилактической работы.

Данные исследования показали, что в нескольких городах высока доля ВИЧ-положительных среди клиентов профилактических программ. Это наблюдалось преимущественно на территориях с высоким охватом тестированием, высокой осведомленностью ПИН о своем ВИЧ-положительном статусе, наличием услуг для ЛЖВ в самих программах и тесным сотрудничеством с региональным СПИД центром. Необходимо подчеркнуть, что среди клиентов профилактических проектов охват тестированием на ВИЧ-инфекцию в последние 12 месяцев, в два раза выше, чем среди ПИН, не являющихся клиентами. Единственным исключением явился г. Набережные Челны, но, в этом городе отмечался высокий процент ВИЧ-положительных среди клиентов профилактической программы и практически стопроцентная осведомленность их о своем статусе, что исключало необходимость регулярного повторного тестирования.

Во всех городах-участниках исследования выявлен различный уровень информированности ПИН о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи и способах предотвращения заражения. Наименьший уровень отмечен – в Абакане, где профилактическая программа имеет наименьший стаж; в Волгограде и Набережных Челнах уровень информированности средний. В Перми и Барнауле - высокий. Однако, как показывают поведенческие данные, не всегда высокий уровень знаний трансформируется в более безопасное поведение. Данные показатели демонстрируют потенциал для организации дальнейшей работы, как в области расширения информирования ПИН о ВИЧ-инфекции и ее профилактике, так и для практических мероприятий по изменению поведения наркопотребителей на более безопасное.

Проведенное исследование показало, необходимость проведения дополнительной работы по приверженности к антиретровирусной терапии, в двух из трех городов-участников исследования уровень приверженности к лечению является субоптимальным.

Имеется огромный потенциал для расширения охвата ПИН профилактическими мероприятиями. На сегодняшний день, согласно данным исследования, охват ПИН программами профилактики колеблется в диапазоне от низкого до среднего, ни в одном городе, принимавшем участие в исследовании охват не достигает 60% ПИН, что, если следовать критериям ВОЗ/ЮНЭЙДС, является одним из необходимых и первостепенных условий для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в группе ПИН.