

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

ФГУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель Научного Совета
по наркологии РАМН

Член-корр. РАМН, профессор
Н.Н. Иванец

« _____ » _____ 2007 г.

**ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ
(профилактика и лечение)**

Пособие для врачей

МОСКВА 2009

АННОТАЦИЯ

В пособии дана характеристика современного этапа развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России, рассмотрены основные пути заражения и закономерности, связанные с распространением эпидемии. Определены основные принципы дифференцированного профилактического вмешательства для различных целевых групп потребителей инъекционных наркотиков. Обоснована необходимость внедрения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на разных этапах оказания наркологической помощи. Рассмотрены особенности такой деятельности в условиях наркологического диспансера и стационара, в малодоступных и закрытых группах потребителей инъекционных наркотиков. Лечение наркотической зависимости рассматривается как важнейший компонент профилактики ВИЧ-инфекции в связи с употреблением наркотиков. В качестве универсального инструмента изменения рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков предложена доказавшая свою эффективность методика мотивационного консультирования. Рассмотрены особенности оказания наркологической помощи ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков в условиях инфекционного стационара. Обсуждается современный подход к лечению ВИЧ-инфекции — высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). Особое внимание уделено вопросам приверженности медицинского персонала предоставлению ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков.

Пособие предназначено для психиатров-наркологов, медицинских психологов и других специалистов, принимающих участие в оказании наркологической помощи.

Авторы:

К. м. н. Должанская Н.А.,
К. м. н. Андреев С.А.,
К. псих. н. Бузина Т.С.,
К. м. н. Корень С.В.

Рецензенты:

Академик Российской академии естественных наук, академик Академии медико-технических наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии с курсом психиатрии ФПДО, ППС и ПК ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, д.м.н., профессор А.К. Зиньковский;

Руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, д.м.н., профессор А.Л. Игонин.

Издано ФГУ ННЦ наркологии Росздрава при поддержке голландской гуманитарной организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West, AFEW*).

ВВЕДЕНИЕ

Появившееся в конце 80-х годов заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека — ВИЧ, стало стремительно распространяться в так называемых группах риска, среди которых с самого начала лидирующее положение заняли потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Причина такого явления связана с тем, что употребление психоактивных веществ приводит к изменениям в поведении, способствующим активизации основных путей передачи ВИЧ-инфекции: полового, через кровь и вертикального — от матери плоду. Тесная взаимосвязь этих заболеваний имеет не только выраженную медицинскую, но и социальную и экономическую значимость, так как их распространение происходит в основном в возрастных группах высокой профессиональной дееспособности и сексуальной активности — от 15 до 30 лет. Высокая социальная значимость этих болезней определяется еще и тем, что, несмотря на различия в природе этиологических факторов, они относятся к контагиозным заболеваниям, с тяжелым клиническим течением, значительными трудностями в лечении и часто с неблагоприятным прогнозом.

Проблемы профилактики и лечения наркоманий при сопутствующей ВИЧ-инфекции в значительной степени взаимосвязаны, требуют комплексного подхода к их решению и свидетельствуют о необходимости совершенствования оказания специализированной помощи различным группам потребителей наркотиков.

1. СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

В России ведущим фактором развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции с 1996 года была передача вируса через совместно используемый инъекционный инструментарий.

Согласно данным Федерального центра по борьбе со СПИДом, в настоящее время Россия занимает второе место в мире (первое — Украина) по показателям роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией. На 31 октября 2008 года официально зарегистрированы 452 912 случаев ВИЧ-инфекции (таблица), но, по некоторым экспертным оценкам, реальное количество случаев ВИЧ-инфекции превышает полтора миллиона.

Таблица

Основные показатели по ВИЧ-инфекции в РФ

Распространенность на 100 000 населения (на 31.10.2008 г.)	Зарегистрировано всего с 1987 г. (на 31.10.2008 г.)	Численность ЛЖВ (на 31.10.2008 г.)	Умерло ЛЖВ, всего (на 31.12.2007 г.)	Кол-во выявленных случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 обследованных ПИН в 2007 г.
297,8	452 912	422 872	27 168	2046,3

Как правило, после того как ВИЧ-инфекция поражает сообщество потребителей инъекционных наркотиков, она начинает распространяться среди других групп населения половым путем. Этому в значительной степени способствуют вовлеченность потребителей инъекционных наркотиков в секс-индустрию (оказание сексуальных услуг за деньги или за наркотики), распространенность среди общего населения практик незащищенного секса и отсутствие знаний о методах и средствах защиты.

Процесс активизации полового пути передачи ВИЧ-инфекции отмечается эпидемиологами с 2001 года. По данным исследований, проведенных в разных городах РФ, от 30 до 60% женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату, были потребителями инъекционных наркотиков и страдали различными заболеваниями, передающимися половым путем (ИППП), в том числе сифилисом, вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией (Онищенко Г.Г., 2004).

В 2007 году среди людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем, доля женщин составила около 70%, от ВИЧ-положительных матерей родились 25 520 детей. Данные факты свидетельствуют о развивающейся тенденции перехода инфекции из относительно замкнутого сообщества потребителей наркотиков в другие группы населения. В результате этого эпидемический процесс становится более стремительным и неуправляемым.

По результатам исследований, проведенных в ННЦ наркологии, свыше 40% психиатров-наркологов сталкивались с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции у своих пациентов. В связи с этим все большую актуальность приобретают вопросы оказания лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным потребителям психоактивных веществ (ПАВ).

До настоящего времени многие потребители наркотиков по целому ряду причин не получали антиретровирусной терапии (АРВ-тера-

пии). Она была недоступна не только из-за высокой стоимости противовирусных препаратов и лабораторной базы, но также из-за отсутствия системы, обеспечивающей такое лечение людям с зависимостью от ПАВ, и практического опыта врачей — наркологов и инфекционистов.

Для достижения устойчивого результата высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) необходимо длительное время принимать большое количество препаратов при непременном соблюдении целого ряда условий. В противном случае могут развиться устойчивые штаммы вирусов, которые в дальнейшем могут привести к тому, что лечение ВИЧ-инфекции окажется неэффективным и эпидемия превратится в неуправляемый процесс.

В настоящее время развитие у потребителей наркотиков стадий ВИЧ-инфекции, требующих медикаментозного вмешательства, и появление высокоактивной антиретровирусной терапии знаменуют новую стадию развития эпидемического процесса и ставят перед специалистами, оказывающими наркологическую помощь, новые задачи, связанные с необходимостью овладения навыками приверженности лечению.

Все вышесказанное определяет необходимость комплексного подхода к оказанию наркологической помощи и включения вопросов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции во все этапы лечебно-реабилитационного процесса.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Распространенность ВИЧ-инфекции, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: исследование в нескольких городах

(Tim Rhodes, Lucy Platt, Svetlana Maximova, Evgeniya Koshkina, Natalia Latishevskaya, Matthew Hickman, Adrian Renton, Natalia Bobrova, Tamara McDonald, John V. Parry. — *Addiction*. Vol. 101; № 2: P. 252–266).

В исследование были привлечены ПИН из трех городов России: Москвы, Волгограда и Барнаула. Анонимное кросс-секционное исследование с забором образцов слюны на антитела к ВИЧ и ВГС и анализ на сифилис были проведены среди 1473 ПИН.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил: в Москве — 14%, в Волгограде — 3%, в Барнауле — 9%. Показатель заболеваемости ВГС составил: в Москве — 67%, в Волгограде — 70%, в Барнауле — 54%. Половина респондентов с диагностированной в процессе проведения исследования ВИЧ-инфекцией и одна треть с диагностированным вирусом гепатита С (ВГС) не знали о том, что инфицированы. Наиболее распространенными факторами риска, связанными с заражением

ВИЧ и ВГС, были прямой и непрямой обмен инъекционным инструментарием и инъекционное употребление опиаатов домашнего приготовления. При изучении факторов риска в окружающей среде исследователи обнаружили, что в Москве дополнительный повышенный риск наличия антител к ВИЧ ассоциирован с пребыванием в местах лишения свободы, менее выраженная ассоциация наблюдалась между наличием антител к ВИЧ и ВГС и официальной регистрацией в наркологической службе. Во всех трех городах не были выявлены связи между рискованным сексуальным поведением и наличием антител к ВИЧ.

«Распространенность ВИЧ среди ПИН в этих городах была заметно выше, чем предполагают обычные эпидемиологические данные, и показатели находятся на потенциально критическом уровне в смысле профилактики, — делают вывод авторы исследования. — Показатели заболеваемости ВГС были высокими во всех трех городах. Распространенность сифилиса указывает на наличие потенциала для полового пути передачи ВИЧ. Несмотря на широкий охват программ тестирования, уровень знаний о позитивном статусе был низким. Срочным приоритетом для России должно стать расширение программ снижения вреда для ПИН, включая интервенции, направленные на снижение сексуального риска».

2. ПОТРЕБИТЕЛИ НАРКОТИКОВ КАК ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

2.1. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Парентеральный путь:

- использование нестерильного инструментария (в частности, многократное использование одноразового инструментария);
- совместное использование игл и шприцев при парентеральном употреблении наркотиков;
- использование общего раствора при употреблении кустарно изготовленных наркотиков;
- приобретение готового раствора в шприце.

Необходимо подчеркнуть, что риск заражения ВИЧ парентеральным путем существует при эпизодическом и даже однократном употреблении наркотиков. При этом чаще всего происходит заражение «неопытных», случайных лиц, преимущественно молодого возраста и

подростков, которым свойственно поисковое наркотическое поведение и которые из-за отсутствия навыков редко соблюдают стерильность инструментария и безопасность процедуры инъекционного употребления ПАВ.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

В остатках крови в шприце при комнатной температуре ВИЧ сохраняет жизнеспособность и инфекционность до четырех недель (Abdala N., Stephens P.C., Griffith B.P., Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*. 1999; 20(1):73-80).

Половой путь (рискованное сексуальное поведение):

- растормаживание полового влечения;
- снижение критики при выборе сексуального партнера;
- пренебрежение средствами предохранения;
- вступление в сексуальные контакты с лицами, употребляющими ПАВ;
- вступление в сексуальные контакты с лицами, не употребляющими ПАВ;
- промискуитет;
- проституция, как средство заработка на очередную дозу наркотика.

Вертикальный путь (от ВИЧ-инфицированной матери ребенку):

- внутриутробное вынашивание;
- роды;
- грудное вскармливание.

Женщины, употребляющие ПАВ, являются группой повышенного риска заражения и передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП в силу многообразных биологических, социальных и поведенческих факторов.

2.2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЯЗИ С ИНЪЕКЦИОННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ:

- пациенты наркологических стационаров;
- пациенты наркологических диспансеров;
- малодоступные потребители ПАВ (нуждаются в наркологической помощи, но в силу объективных причин — особенности местожительства, удаленность, неудобное время работы, боязнь разглашения тайны диагноза, избегание правовых, социальных и прочих последствий — не могут самостоятельно обратиться за ней);

- закрытые потребители ПАВ (не считают себя нуждающимися и не имеют потребности самостоятельно обращаться за наркологической помощью — не информированы о возможностях прохождения наркологического лечения, разочарованы в нем и т.п.).

Такое деление позволяет лучше планировать комплекс мероприятий для профилактического воздействия и повышать их адресность и эффективность.

2.3. ОСОБЕННОСТИ ПИН КАК ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Потребителями инъекционных наркотиков могут быть представители самых различных социальных и культурных слоев населения. При этом для них характерны некоторые общие характеристики.

К **специфическим особенностям** потребителей наркотиков относятся: периоды измененного состояния сознания, высокий уровень распространенности коморбидной инфекционной соматической патологии, высокая частота встречаемости сопутствующей психической патологии и психосоциальная нестабильность.

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

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

Высокая распространенность среди ПИН психической и коморбидной инфекционной и соматической патологии существенно осложняет весь процесс оказания наркологической помощи и требует от специалистов большой эрудиции и широкого клинического мышления, а также необходимости учета возможных различных лекарственных взаимодействий. Коинфекции ВИЧ и вирусных гепатитов часто приводят к необходимости терапии хронического гепатита до начала или одновременно с назначением ВААРТ. Крайне актуальна для ПИН проблема туберкулеза — оппортунистического заболевания, сопутствующего ВИЧ-инфекции, лечить которое у таких больных должны врачи-фтизиатры.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Крупномасштабное исследование в США (1990 г.), проведенное Национальным институтом психического здоровья, показало, что у 72% людей с диагнозом наркомания встречается по крайней мере еще одно сопутствующее психическое расстройство

(Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. 'JAMA', 264:2511–2518, 1990).

Вышечисленные специфические особенности ПИН, наряду с высокой частотой сопутствующей психической патологии, существенно осложняют лечебно-профилактическую работу с такими пациентами и, что особенно важно на современном этапе, могут существенно снизить приверженность ВААРТ.

Роль социальных факторов в контексте профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков

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

Дискриминация — наиболее распространенный ответ общества на «социальную неприемлемость» людей, употребляющих наркотики. Кроме того, они бывают отвергнуты даже своим ближайшим окружением, включая трудовые коллективы и семью.

Проблемы с законом — как правило, все потребители инъекционных наркотиков испытывают страх перед законом, так как связанная с употреблением наркотиков криминальная активность преследуется в административном и уголовном порядке. При этом в тюремном заключении повышается вероятность участия в рискованных практиках употребления наркотиков («один шприц на барак») и заражения туберкулезом и другими инфекциями. Обусловленное изоляцией даже краткосрочное задержание (на 1–2 дня) приема АРВ-препаратов резко повышает риск формирования резистентных штаммов ВИЧ у инфицированных ПИН.

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

Низкая обращаемость к медицинским специалистам — связана со спецификой нестабильного и нередко криминализированного образа жизни пациентов, а также со страхом перед негативным отношением к ним со стороны медицинского персонала. Проявлением дискриминации даже в стенах ЛПУ могут быть отказы в лечении из-за проблем наркологического характера, оценочные высказывания, порицания и т.п.

В результате потребители наркотиков оказываются оторванными от необходимой информации и, в силу перечисленных причин, лишены необходимой социальной и медицинской помощи. Все это неизбежно приводит к снижению их социального статуса, к утяжелению психического и физического состояния, способствует развитию многочисленных осложнений, включая вирусные парентеральные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, туберкулез и др.

Для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков еще сложнее обратиться в государственные медучреждения по причине их двойной стигматизации в обществе. Помочь таким пациентам преодолеть подобные барьеры могут **равные консультанты** или **сотрудники программ снижения вреда**.

Довольно частой причиной, затрудняющей доступ ПИН/ЛЖВ к лечению, является **отсутствие необходимых документов** для получения лечебных услуг: паспорта и медицинского полиса. Особенно это касается ПИН, недавно освободившихся из мест лишения свободы, не имеющих постоянного места жительства или регистрации по месту жительства. Чтобы получить лечение, им сначала необходима помощь социальных работников для восстановления документов или, при отсутствии регистрации, получения направления на лечение из местного комитета здравоохранения.

Особенности поведения ПИН довольно часто являются поведенческим ответом на недружественное отношение со стороны окружающих и могут быть в достаточной мере скомпенсированы в ходе планомерной и последовательной психокоррекционной работы в процессе консультирования. Деятельность медицинского персонала, построенная на доверительном отношении с пациентами, является необходимым компонентом и залогом успешности проводимых лечебных и профилактических мероприятий для людей с зависимостью от ПАВ.

3. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Употребление ПАВ и связанные с ним инфекционные осложнения представляют собой сложную комплексную медико-социальную проблему, поэтому их эффективная профилактика невозможна без комплексного подхода и без участия различных государственных и общественных институтов.

Принципы организации профилактических мероприятий для потребителей инъекционных наркотиков:

- ориентация на существующие потребности целевой группы;
- комплексность проводимых мероприятий;
- последовательность и непрерывность проводимой профилактической работы.

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

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

Комплексный подход к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у ПИН

Призван обеспечивать потребителям наркотиков доступ к различным специализированным медицинским, социальным, правовым, образовательным и прочим услугам. Услуги могут оказываться в государственных учреждениях, некоммерческих и общественных организациях. Наиболее полно комплексный подход реализуется мультидисциплинарными командами, в которых специалисты различного профиля (наркологи, инфекционисты, терапевты, психологи, социальные работники, равные консультанты и др.) могут оценить потребность пациента в лечебно-профилактических мероприятиях и разработать план их предоставления в необходимом объеме. Среди задач, стоящих перед

мультидисциплинарными командами, особое внимание следует обратить на формирование у пациентов **приверженности лечению ВИЧ-инфекции и зависимости от ПАВ.**

Для повышения результативности комплексного подхода к деятельности мультидисциплинарных команд целесообразно привлекать представителей различных сообществ, действующих по принципу «равный равному» (участников программ «12 шагов», групп взаимопомощи, людей, живущих с ВИЧ, — ЛЖВ). Представителей этих групп, прошедших специальное обучение и проводящих информационную работу с ПИН, называют **равными консультантами**. Комплексный подход подразумевает коммуникацию не только на уровне специалистов, но и между различными организациями и учреждениями. Достижение разумного баланса усилий всех партнеров является одной из важнейших задач построения эффективной модели профилактической работы.

Последовательность и непрерывность проводимых лечебно-профилактических мероприятий являются непременным условием их реализации. Одноразовые акции доказали свою малую эффективность. Профилактическая работа, направленная на изменение рискованного поведения конкретного потребителя наркотиков, должна осуществляться по принципу «от простого к сложному» и предоставляться на том уровне и в том объеме, который он готов принять в конкретных условиях. Не следует задавать недостижимую в данный момент планку требований. Любые рекомендации должны быть легко реализуемы. Отказ от наркотиков при этом является главной, но не всегда достижимой целью.

Так, в подходах к профилактике рисков от инъекционного употребления наркотиков выстроилась своего рода «иерархия», которая с успехом применяется в практике работы проектов снижения вреда. В ней нашли отражение все ступени профилактики — от первичной, ориентированной на неупотребление наркотиков, до третичной, направленной на минимизацию последствий их употребления.

1. Не начинайте употреблять наркотики.
2. Если вы начали употреблять наркотики, постарайтесь прекратить их прием.
3. Если вы не можете бросить употребление наркотических веществ, не употребляйте их инъекционно.
4. Если вы вынуждены делать инъекции, пользуйтесь только стерильным инъекционным оборудованием (шприцы, «фурики», ложки и т.п.).
5. Если нет стерильного шприца, пользуйтесь только своим. Не делитесь им ни с кем.

6. Если вы вынуждены делать инъекцию чужим шприцем, предварительно продезинфицируйте его.

В ходе последовательной профилактической работы клиента программы снижения вреда постепенно переводят с одного уровня иерархии риска на другой.

Преимущество программ профилактики также играет важную роль в повышении их эффективности. Так, профилактическая работа, начатая в наркологическом стационаре, должна быть продолжена во внебольничных условиях силами наркологических диспансеров, сотрудников социальных служб и НПО.

4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН)

В настоящее время основная роль в профилактике ВИЧ-инфекции принадлежит мерам неспецифической профилактики, в связи с тем, что эффективных средств специфической профилактики — вакцин и сыровоток — пока не существует.

К мерам неспецифической профилактики относятся:

- информирование,
- обучение навыкам,
- предоставление необходимых средств защиты.

В зависимости от конкретной целевой группы потребителей ПАВ, на которую направлено профилактическое вмешательство, может меняться удельный вес или соотношение каждого из этих компонентов, но, как правило, они представлены во всех программах, и только их сочетание может обеспечить необходимый профилактический эффект.

4.1. ВИДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ

Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков и среди их ближайшего окружения в зависимости от решаемых задач может быть первичной, вторичной и третичной.

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ направлена на изменение их рискованного поведения с целью предотвращения возможного инфицирования. Целевыми группами этой профилактики являются не столько сами потребители наркотиков, сколько их сексуальные партнеры и молодежь как группа повышенного

«наркотического» и сексуального риска. **Основные инструменты первичной профилактики:** предоставление достоверной информации медицинским персоналом ЛПУ наркологического профиля, средствами СМИ, до- и посттестовое консультирование.

Вторичная профилактика направлена на изменение рискованного поведения потребителей ПАВ. Ее цель — предотвратить передачу ВИЧ-инфекции от уже инфицированных потребителей наркотиков к другим потребителям наркотиков, их сексуальным партнерам и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, употребляющих ПАВ. **Основные инструменты вторичной профилактики:** предоставление достоверной информации медицинским персоналом ЛПУ наркологического профиля, инфекционных отделений и программами снижения вреда, лечение наркотической зависимости, консультирование, обучение более безопасному поведению (формирование навыков), предоставление профилактических средств защиты, профилактический курс антиретровирусной терапии в период беременности женщин — потребителей наркотиков.

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

Врачу-психиатру-наркологу в своей работе чаще приходится встречаться с необходимостью проведения комплекса мер вторичной и третичной профилактики среди лиц, употребляющих ПАВ.

4.2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Работа медицинского персонала наркологических учреждений (подразделений) должна строиться с учетом того, что **любой пациент может быть инфицирован ВИЧ**, хотя сам факт заражения не всегда удается подтвердить в силу особенностей этого заболевания и существующих возможностей лабораторной диагностики.

В связи с тем что носители ВИЧ-инфекции не всегда знают о своем носительстве, а лабораторные исследования не всегда выявляют наличие антител к возбудителям этих болезней, основополагающим

следует признать принцип универсальности мер профилактики. Этот принцип подразумевает рассмотрение каждого больного в качестве потенциального источника этих инфекций и требует соответствующего обращения с ним и его биологическими жидкостями, независимо от конкретного диагноза.

Несмотря на некоторые организационные различия, существует ряд общих профилактических мероприятий, которые необходимо осуществлять на всех этапах оказания наркологической помощи потребителям инъекционных наркотиков.

К таким мероприятиям относятся:

- информирование о методах защиты и укрепления здоровья;
- проведение до- и посттестового консультирования;
- мотивирование на изменение рискованного поведения (уменьшение общего уровня наркотизации, уменьшение количества возможных инъекций);
- предоставление доступа к профилактическим средствам;
- стабилизация психоэмоционального состояния потребителя ПАВ;
- обеспечение доступности медицинской и социальной помощи, включая доступ к АРВ-терапии и обеспечение приверженности проводимому лечению;
- привлечение ближайшего социального окружения;
- систематическое обучение медицинского персонала правилам работы в условиях повышенного профессионального риска;
- лечение наркотической зависимости.

4.3. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ — ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН

Употребление наркотиков, особенно с использованием инъекций, активизирует три основных пути передачи ВИЧ-инфекции: через кровь, половой и вертикальный. Именно поэтому лечение зависимости является одним из ведущих факторов предупреждения распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.

Эффективное лечение наркотической зависимости позволяет стабилизировать психическое состояние потребителя ПАВ, снизить общее количество употребляемых наркотиков, уменьшить количество инъекций, снизить уровень криминальной активности и связанный с этим

риск тюремного заключения, а также способствует ресоциализации и повышению качества жизни пациентов.

Анализ эффективности лечения наркозависимости для профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, базирующийся более чем на 100 научных исследованиях, показал, что **все способы лечения наркотической зависимости** в той или иной мере способны снижать риск распространения ВИЧ-инфекции (Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. — Всемирная организация здравоохранения, 2004).

Место поддерживающей (стабилизирующей) терапии во вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ

В процессе оказания наркологической помощи ВИЧ-инфицированным потребителям ПАВ у некоторых пациентов могут возникнуть препятствия и ограничения к применению абстинентной модели лечения, основанной на полном отказе от наркотиков.

К ним относятся:

- ВИЧ-инфицированные ПИН, у которых лечение, направленное на отказ от наркотиков, оказалось недостаточно эффективным;

ВАЖНО ЗНАТЬ!

В Национальном исследовании результатов лечения, США (National Treatment Outcome Research Study), в котором приняли участие 242 опиоидно-зависимых пациента, на третий месяц после лечения было обнаружено, что 34% из них вернулись к употреблению героина в течение трех дней, 45% — в течение семи дней, 50% — в течение 14 дней, 60% — в течение 90 дней

(Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction* 2002;97:1259–67).

- потребители ПАВ, самостоятельно и добровольно не обращающиеся в наркологическую службу.

Достаточно большой процент ВИЧ-инфицированных ПАВ, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции, по тем или иным причинам не прибегают к наркологической помощи. В отсутствие адекватной наркологической помощи данная категория лиц может окончательно исчезнуть из поля зрения медицинской службы;

- случаи внеплановой госпитализации ВИЧ-инфицированных ПИН в состоянии абстиненции в другие соматические отделения (инфекци-

онные, терапевтические, хирургические и др.). Развивающаяся абстинентная симптоматика может влиять как течение соматического (инфекционного и пр.) заболевания, так и осложнять процесс ведения такого больного, что связано с возможными с его стороны нарушениями режима работы отделения, обусловленными поиском наркотика;

- ВИЧ-инфицированные женщины ПИН, у которых применение стандартных схем купирования развивающейся абстинентной симптоматики во время беременности и в родах повышает риск невынашивания беременности, выкидыша, токсического влияния применяемых медикаментов на плод и осложнений в родах;

Поддерживающая терапия у беременных с зависимостью от опиатов является методом выбора, если планируется сохранение беременности. При проведении детоксификации крайне высок риск спонтанного аборта или преждевременных родов. У женщин, получающих заместительную терапию, реже развиваются осложнения беременности и родов и лучше состояние здоровья у новорожденных (Finnegan L., 1994).

- крайне ослабленные и истощенные пациенты с ВИЧ-инфекцией и с другой коморбидной инфекционной и соматической патологией, которые нуждаются при оказании наркологической помощи в сокращении или отмене психотропных и прочих препаратов (Айзберг О.Р., 2004);
- ВИЧ-инфицированные ПИН с развившейся или обострившейся сопутствующей латентной психопатологической и депрессивной симптоматикой в случае полного отказа от наркотиков.

Международный опыт указывает, что избежать нежелательных осложнений, возникающих при предоставлении ВИЧ-инфицированным ПИН стандартного наркологического лечения, позволяют программы так называемой поддерживающей или заместительной терапии. Она заключается в назначении длительных курсов агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов в стабилизирующих дозах под строгим медицинским контролем.

В мировой практике заместительной терапии (ЗТ) отводится особая роль в профилактике ВИЧ/СПИДа. Это связано с тем, что большинство препаратов, рекомендуемых для проведения ЗТ, применяется перорально, и это позволяет существенно снизить инъекционный риск заражения ВИЧ-инфекцией.

К препаратам, применяемым за рубежом в виде заместительной терапии и рекомендованным к применению ВОЗ, в том числе относятся: метадон, бупренорфин и пр. В нашей стране часть из этих препаратов (например, метадон) входит в список запрещенных к применению (Список 1 Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их

прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации). Еще одним важным ограничением применения поддерживающей терапии в России является существующий запрет на применение препаратов 2-го Списка (например, бупренорфина) для лечения наркотической зависимости. Еще одним важным ограничением применения поддерживающей терапии в России является закон, запрещающий применение препаратов 2-го списка (например, бупренорфина) для лечения наркотической зависимости.

Появление в последние годы высокоактивной антиретровирусной терапии сделало заместительную терапию одним из важных компонентов лечения ВИЧ-инфекции у ПИН, которые нуждаются в таком лечении, но из-за сложностей с соблюдением режима, связанного с употреблением нелегальных наркотиков, не могут им воспользоваться. В таких случаях ЗТ дает им возможность эффективно проходить курс ВААРТ и тем самым способствует не только уменьшению риска распространения ВИЧ-инфекции, но и повышению качества и продлению продолжительности их жизни.

Высокая социальная значимость и актуальность проблемы ВИЧ-инфекции требует оценки всех существующих возможностей и подходов к профилактике и лечению наркотической зависимости и сопутствующих инфекций (Айзберг О.Р., 2004). Возможное внедрение программ поддерживающей терапии агонистами-антагонистами опиоидных рецепторов позволило бы создать дополнительную мотивацию у представителей закрытых групп ПИН на обращение за специализированной помощью.

4.4. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

В настоящее время в отечественной наркологии при лечении наркотической зависимости принят подход, направленный на полный одномоментный отказ от наркотиков. В случае наркотической зависимости с выраженными проявлениями абстинентного синдрома лечение обычно начинается с госпитализации потребителя ПАВ в специализированный стационар с целью купирования наркотической абстиненции.

К особенностям организации профилактических мероприятий в условиях стационара следует отнести следующие:

- **Лечебно-охранительный режим и изоляция от внешних воздействий.** Позволяет сконцентрировать внимание пациентов на проводимых внутри отделения реабилитационных и профилактических мероприятиях, существенно повышает их эффективность.

- **Полное исключение активного употребления наркотиков и других ПАВ внутри отделения.** Предполагает комплекс организационных мероприятий, полностью исключающих занесение наркотиков в отделение и употребление их внутри отделения — крайне важная составляющая профилактики распространения внутрибольничных инфекций и передозировок.
- **Интенсификация лечебно-профилактических мероприятий и проведение широкого спектра дополнительных медицинских услуг в одном и том же месте.** Максимально возможное расширение доступа ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ к медицинским услугам является одним из важнейших принципов реализации профилактических программ. Комплексность предоставляемых услуг и их высокая концентрация в одном месте позволяют повысить их качество и разносторонность. Помимо врача-нарколога пациент может быть осмотрен врачом-инфекционистом, терапевтом, невропатологом, гинекологом, медицинским психологом и др.
- **Одномоментное нахождение в отделении лиц, находящихся на разных этапах становления ремиссии.** Спецификой работы наркологического отделения является одномоментное нахождение в отделении лиц, находящихся на разных стадиях ремиссии: с острого абстинентного состояния до устойчивой стабилизации и готовности к выписке. Это приносит ряд особенностей в организацию лечебно-профилактической работы. Учитывая, что у людей в состоянии абстиненции ограничена способность адекватного восприятия подаваемой информации, рекомендуется после прекращения острых проявлений синдрома отмены включать их в консультативную группу. Работу по профилактике ВИЧ-инфекции с пациентами наркологического профиля целесообразнее всего начинать после купирования абстинентного синдрома, на фоне снижения доз психофармакотерапии.

В процессе оказания стационарной наркологической помощи любой контакт с пациентом для целенаправленной работы по профилактике инфекционных осложнений, в первую очередь ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов В и С. Залогом эффективности такого взаимодействия могут служить доверительные отношения, складывающиеся в подавляющем большинстве случаев между врачом-психиатром-наркологом и пациентом с зависимостью от ПАВ.

В данной связи следует еще раз напомнить о роли **консультирования** до и после теста на ВИЧ, которое позволяет врачу наиболее полно реализовывать задачи профилактики парентеральных инфекций.

Свободная от наркотиков атмосфера специализированного наркологического стационара требует **крайней осторожности** при проведении консультирования. Следует избегать тем «безопасного» употребления наркотиков, передозировки и других, так или иначе связанных с вопросами активного употребления. У некоторых пациентов они могут повлечь за собой актуализацию влечения к наркотикам и привести к дезорганизации работы отделения.

4.5. ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПИН В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

При предоставлении больному с наркотической зависимостью противовирусной терапии в **условиях инфекционного стационара** инфекционисты могут столкнуться с нестабильным психическим статусом пациента, коморбидной психической патологией, риском развития абстинентных расстройств и другими тяжелыми клиническими проявлениями зависимости от ПАВ. Все это может спровоцировать вынужденное прекращение лечения ВИЧ-инфекции, преждевременную выписку пациента из стационара и привести к росту осложнений, связанных с прогрессированием ВИЧ-инфекции, включая повышение риска развития резистентности вируса к проводимой противовирусной терапии. Для обеспечения непрерывности лечения ВИЧ-инфекции в таких случаях необходимо оказание специализированной наркологической помощи с возможным применением заместительной терапии при соблюдении режима полной изоляции от нелегальных наркотиков.

Одним из возможных путей решения подобных ситуаций могло бы быть расширение доступа ВИЧ-инфицированным лицам с зависимостью от ПАВ к лечению ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля.

Очевидно, что подобное решение потребует определенных организационных изменений и дополнительной подготовки медицинского персонала инфекционных и наркологических отделений.

4.6. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Для психиатра-нарколога наркологического диспансера (кабинета) сохраняются те же цели и задачи, что и на этапе оказания стационарной помощи. При этом, в отличие от наркологического стационара, первоочередным вопросом становится удержание пациента в амбулаторной лечебной программе и взаимодействие с партнерскими организациями

(другими медицинскими службами, правоохранительными органами, общественными организациями и т.п.).

Одной из важных задач, стоящих перед амбулаторной наркологической службой, является **обеспечение максимально полного охвата** популяции потребителей ПАВ на данной территории. В этой связи на первый план выходит необходимость организации профилактической работы в закрытых и малодоступных группах потребителей наркотиков.

4.7. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАЛОДОСТУПНЫХ И ЗАКРЫТЫХ ГРУППАХ ПИН

При организации профилактической работы с **малодоступными популяциями** основной рекомендацией является максимально возможное приближение и адаптация наркологического сервиса к потребностям целевой группы (изменение часов работы, открытие наркологических кабинетов на производстве, расширение оказания анонимных услуг, работа мобильных профилактических пунктов и др.).

Задача профилактического вмешательства в **закрытых группах** ПИН складывается из поиска оптимальных путей получения доступа к этой группе и максимально возможного приближения всего комплекса необходимых мероприятий.

Решение этой задачи стало возможным благодаря стратегии снижения вреда, направленной на профилактику негативных медицинских, социальных, экономических и правовых последствий среди **закрытых групп** потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Эта стратегия широко используется в программах снижения вреда (СВ), которые составляют важный компонент в организации вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, продолжающих употреблять психоактивные вещества инъекционным путем.

Организация профилактической работы в малодоступных и закрытых группах ПИН

Основной профилактической задачей программ СВ является снижение распространенности в закрытых группах ПИН различных форм рискованного наркотического и сексуального поведения.

Одним из организационных компонентов деятельности проектов СВ является процедура обмена шприцев, т.е. обмен использованного ПИН инъекционного инструментария на чистый. Принципиальное отличие обмена шприцев от бесплатной раздачи состоит в том, что при обмене из оборота изымается потенциально инфицированный инъекционный инструментарий и тем самым снижается риск распространения парентеральных инфекций.

Кроме того, именно обмен шприцев дает возможность профессионалам «приблизиться» к ранее недоступной популяции «закрытых ПИН» — группе наиболее высокого инъекционного и сексуального риска и проводить в ней целенаправленную лечебно-профилактическую работу. Многие ПИН благодаря обмену шприцев смогли получить не только доступ к профилактической информации и средствам защиты, но и возможность задуматься о своем здоровье и обратиться к медицинским услугам, включая наркологическую помощь.

Существуют стационарные и мобильные пункты обмена шприцев (ПОШ).

• **Стационарные ПОШ** — специально отведенные помещения, куда потребители инъекционных наркотиков приходят для того, чтобы обменять инъекционный инструментарий, получить необходимую информацию, проконсультироваться со специалистами. Здесь может предоставляться консультирование, медицинская помощь, тестирование на ВИЧ, гепатиты и т.д. Посещение стационарного пункта может стать для потребителя ПАВ первым шагом на пути его включения в широкий спектр лечебно-профилактических программ.

• **Передвижные ПОШ** — располагаются обычно в микроавтобусах, где производится обмен игл и шприцев и предоставляются консультирование и первичная медицинская помощь. К преимуществам передвижных ПОШ следует отнести их мобильность и максимальную приближенность к малодоступным и закрытым группам ПИН.

К основным формам организации работы с закрытыми целевыми группами также относится аутрич-работа, направленная на установление контакта с ПИН в привычных для них условиях: на улице, дома, в клубах или в других местах (Европейский центр по мониторингу наркотиков и наркозависимости EMCDDA, 1999).

Задачи аутрич-работы:

- получение достоверной информации о ситуации на наркосцене и потребностях ПИН;
- установление контактов и доверительных отношений с ПИН, не охваченных другими службами;
- информирование ПИН о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов и др. заболеваний;
- обеспечение доступа и предоставление ПИН средств защиты (презервативы, обмен шприцев);
- обеспечение доступа ПИН к медицинским услугам, направление к медицинским специалистам;

- предоставление помощи ПИН в критических ситуациях (например, при передозировке наркотиками).

К профессиональным качествам аутрич-работника предъявляются особые требования. Одним из главных качеств является способность устанавливать контакт с представителями целевой группы и поддерживать с ними равные доверительные отношения. Поэтому очень часто к этой работе привлекаются люди, ранее имевшие отношения или соприкасавшиеся с целевой группой, прошедшие специальную подготовку: бывшие потребители наркотиков, родственники потребителей наркотиков и др.

Различные формы работы с закрытыми группами потребителей инъекционных наркотиков могут осуществляться специально подготовленным персоналом наркологических учреждений (средний медперсонал, медицинские психологи, социальные работники) в контакте с сотрудниками действующих на базе других ЛПУ и/или неправительственных организаций (НПО) проектов СВ.

5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПИН — УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

5.1. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Медицинская помощь потребителям наркотиков оказывается в основном специализированными наркологическими учреждениями, в которых проводится тестирование на ВИЧ-инфекцию. По существующему в России законодательству тест на ВИЧ-инфекцию должен обязательно сопровождаться до- и послетестовым консультированием.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции — это доверительное, честное общение между консультантом и пациентом, основанное на принципах профессиональной этики.

Основными целями консультирования являются:

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

В ходе консультирования уточняются возможные риски ВИЧ-инфицирования пациента, производится разъяснение целесообразности тестирования на ВИЧ-инфекцию, обсуждаются полученные результаты (как положительный, так и отрицательный), определяется и объясняется необходимость повторного тестирования.

Консультант должен довести до сознания пациента тот факт, что особенность его поведения является источником повышенного риска ВИЧ-инфицирования. Необходимо также отметить, что благодаря аналогичным путям передачи он подвержен и таким заболеваниям, как вирусные гепатиты В и С и венерические болезни.

В процессе беседы следует выяснить уровень информированности пациента о ВИЧ-инфекции, степень рискованности его поведения и, исходя из этого, дать подробные разъяснения по мерам безопасности.

Следует помнить, что отказ от употребления ПАВ желателен, но не является целью консультирования. Беседа может повлиять на отношение клиента к приему ПАВ и стать первым шагом отказа от них. Если же клиент считает это невозможным для себя, следует постараться его убедить в необходимости хотя бы изменить рискованное поведение и перейти от опасных способов употребления наркотиков к менее опасным.

Консультирование могут осуществлять подготовленные врачи, психологи, медицинские сестры, социальные работники. Возможно также привлекать специалистов по санитарному просвещению, религиозных и общественных деятелей, активистов групп само- и взаимопомощи.

Принципы консультирования

В своей работе консультант должен руководствоваться следующими принципами:

• Доверительность

Одним из неперемных и необходимых условий успешного консультирования является установление в самом начале беседы доверительных отношений между консультантом и пациентом.

В общении между консультантом и пациентом не должно быть фальши. Консультант должен допускать, что определенные жизненные обстоятельства могли привести пациента к приему наркотиков. Даже если поведение пациента вызывает у него однозначный протест, консультанту следует оставаться искренним и всячески избегать осуждения и прямой конфронтации. Понимая и принимая точку зрения своего собеседника, консультант создает основу для дальнейшего успешного сотрудничества.

• Конфиденциальность

Неперемным условием успешного консультирования является конфиденциальность. Пациент должен быть уверен, что сообщаемые им факты не будут использованы против него и останутся его личным секретом. Следует различать конфиденциальность и анонимность. Анонимность предполагает, что пациент не раскрывает своей личности и может назваться любым именем, и поэтому сообщаемые им сведения

не могут быть отнесены к нему лично. Конфиденциальность же предполагает ответственность консультанта за неразглашение полученной от клиента информации или гарантию того, что она не будет использована ему во вред.

• Компетентность

Знания врача в области ВИЧ-инфекции могут послужить основой для построения доверительных отношений с пациентами, нередко подвергающихся стигматизации и отторжению со стороны близких и врачей.

Консультант-нарколог должен знать о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции, иметь представление о видах рискованного поведения, свойственного потребителям ПАВ, уметь оценить степень риска пациента в отношении ВИЧ-инфекции и предоставить конкретные рекомендации по предупреждению заражения.

В ряде случаев консультант может не знать всех нюансов рискованного поведения потребителей ПАВ. В подобной ситуации не следует стесняться и просто выяснить необходимые подробности у пациента.

• Безоценочность суждений и психологическая поддержка

Выясняя причины и обстоятельства рискованного поведения, следует конструктивно обсуждать его последствия, а не выносить оценочных суждений в категорической форме. Лица, злоупотребляющие наркотическими средствами, зачастую страдают низкой самооценкой и подвержены депрессивным состояниям. Часто их внешне вызывающее поведение скрывает неуверенность в себе. Во время консультации необходимо оказать им психологическую поддержку и попытаться убедить в том, что они в состоянии изменить свое поведение. Отношение консультанта к пациенту должно быть безоценочным и конструктивным и не развивать у пациента чувство вины.

• Ориентация пациента на самостоятельное решение

Как правило, пациент ждет от консультанта готовых советов и точных рекомендаций. Однако прежде чем их предоставлять, консультант должен убедиться, что пациент действительно решил изменить свое поведение и готов что-то для этого сделать. Зачастую потребители наркотических средств склонны объяснять свои поступки внешними обстоятельствами. Их поведение легко меняется под воздействием ситуации, а не в силу внутренних установок и убеждений. Задача врача — помочь пациенту осознать необходимость безопасного поведения и понять, что не внешние обстоятельства — он сам управляет своими поступками.

Этапы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции

Наиболее приемлемой и эффективной формой ВИЧ-консультирования является индивидуальная беседа, которая проводится в два

приема: перед тестированием на ВИЧ-инфекцию и после получения результата теста.

Дотестовое консультирование включает:

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

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

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

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

Получение отрицательного ответа на антитела к ВИЧ не всегда свидетельствует об отсутствии инфекции, так как тестирование может

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

Сообщение положительного результата должно происходить в строго конфиденциальной обстановке. Формулировка сообщения должна быть короткой и нейтральной. Пациенту нужно дать время на обдумывание информации и затем помочь принять ее. Важно выяснить, правильно ли он понимает смысл результата, и еще раз обсудить, что означает диагноз ВИЧ-инфекция (но не стоит делать прогнозов и оценивать продолжительность жизни).

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

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

В наркологической практике известие о ВИЧ-положительном статусе может привести к отказу от лечения. Считая себя обреченным, пациент усомнится в целесообразности борьбы с зависимостью.

Можно выделить три этапа консультирования после получения положительного результата:

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

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

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

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

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

Что необходимо обсудить во время консультации?

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

Для успешного консультирования важно обсудить с пациентом возможные риски в его сексуальном поведении и при употреблении наркотиков (см. раздел 2.1).

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

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

5.2. ИЗМЕНЕНИЕ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Здоровое поведение — это комплексный процесс, на который влияет множество разных факторов. Консультирование является признанным и эффективным инструментом влияния на изменение рискованного поведения. Одна из главных задач консультирования — предоставить потребителям наркотиков возможность **понять** рискованность собственного поведения и **помочь** им **осознано его изменить**.

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

- 1. Преднамерение.** На этом этапе пациент не осознает, что у него существует проблема, не задумывается о том, что что-то нужно менять. Это может происходить из-за отсутствия у него достаточной информации по теме. Задача данного этапа состоит в предоставлении пациенту недостающих сведений и информации.
- 2. Намерение.** Взвешивание всех «за» и «против», осознание противоречий. На данной стадии происходит «персонализация проблемы», то есть ПИН начинает осознавать проблему рискованного поведения как собственную.
- 3. Решение.** Пациент принимает решение: изменять или не изменять проблемное поведение. Он осознает проблему и получает от консультанта информацию о том, как можно с ней справиться. Но для изменений в поведении пациенту необходима мотивация. Задача консультанта заключается в том, чтобы помочь пациенту мотивировать («настроить») себя на изменение поведения.
- 4. Действие.** Реализация решения на практике, конкретные поступки. Потребитель наркотиков начинает практиковать новый способ поведения и, конечно, встречается с различными препятствиями. Именно на этом этапе очень важна грамотная поддержка со стороны специалистов (врача-нарколога, психолога, социального работника, близких и др.), т.к. не всегда человек может самостоятельно справиться с трудностями.

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

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

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

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

При работе с ПИН необходимо помнить о двух моментах (Фрэнкин, 2003):

1. В большинстве своем употребление ПАВ связано с тем, что человек не умеет справиться с неприятными эмоциями, поэтому полезно обучать клиентов техникам работы с эмоциями.
2. Наличие деятельности, удовлетворяющей психологические потребности человека, позволяет сократить или прекратить употребление ПАВ. Некоторые люди отказываются от наркотиков, когда понимают, что наркотики мешают им в реализации позитивной деятельности и при общении (Peele, 1989). Любые социальные отношения, которые не связаны с употреблением ПАВ, положительно влияют на тенденцию к изменению поведения.

Когда работаешь с зависимым человеком, необходимо помнить: невозможно просто отказаться от употребления наркотика — важно найти адекватную замену разрушающей деятельности и научиться справляться с неприятными эмоциями и трудностями в жизни без ПАВ.

6. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

6.1. ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОТСУТСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Заражение ВИЧ приводит к поражению и последующей гибели клеток иммунной системы, к развитию и медленному прогрессированию состояния иммунодефицита, сопровождающемуся присоединением оппортунистических заболеваний инфекционной, паразитарной или онкологической природы.

Характер ВИЧ-инфекции зависит от основных определяющих и взаимодействующих факторов:

- уникального свойства ВИЧ ослаблять иммунную систему человека;
- специфического иммунного ответа хозяина, развивающегося в процессе развития заболевания.

Основными показателями процесса развития инфекции признано считать:

- количество CD4-лимфоцитов,
- уровень вирусной нагрузки,
- характер присоединившихся оппортунистических заболеваний.

Согласно клинической классификации существует несколько стадий ВИЧ-инфекции, характеризующихся различной продолжительностью, зависящей от свойств самого возбудителя и от состояния макроорганизма.

6.2. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Диагностика заболевания может быть существенно затруднена в «период окна». В это время еще не определяются антитела к ВИЧ, а клинические проявления заболевания недостаточно выражены.

Когда диагноз ВИЧ-инфекция установлен, клиническая картина определяется влиянием двух взаимодействующих факторов: течением наркотической зависимости и инфекционного процесса. У ВИЧ-инфицированных потребителей героина в клинике абстинентного синдрома оказалась более резко выражена вегетативная симптоматика. Потливость по ночам, кашель, глоссит, длительная лихорадка, затылочная аденопатия, длительная диарея достоверно ассоциируются с ВИЧ-инфекцией. У них отмечалась высокая частота различных психических нарушений: глубокие депрессии, суицидальное поведение, тревожно-ипохондрические состояния, психопатические реакции (Беляева

В.В., Покровский В.В., 2003; Покровский В.И., Покровский В.В., 1988).

Заслуживают особого внимания клинические особенности болезни зависимости от ПАВ, оказывающие влияние на течение и лечение ВИЧ-инфекции. Так, например, нарушенный при алкоголизме процесс всасывания в желудочно-кишечном тракте может привести к развитию кандидозного эзофагита и гастрита, а часто встречающийся в анамнезе больных алкоголизмом панкреатит может стать противопоказанием к проведению антиретровирусной терапии.

Известно влияние, которое оказывают наркотики на иммунную систему организма. При опиийной и эфедроновой наркозависимости установлено развитие иммунодефицита по Т-клеточному типу. У эфедроновых потребителей отмечается также дефицит В-клеток, а у потребителей опиатов имеет место В-клеточная активация. Различный иммуносупрессивный эффект обнаружен у героина, органических растворителей, барбитуратов, транквилизаторов и других ПАВ (Гамалея Н. Б., Наумова Т.А., 2002).

Под влиянием каннабиоидов (марихуаны, гашиша) происходит ослабление гуморального иммунного ответа. Их употребление может вызвать ослабление функциональных свойств гранулоцитов, макрофагов и естественных киллеров, однако эти изменения будут носить умеренный характер.

Кроме того, прием наркотиков способствует развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Прием стимуляторов может ускорять репликацию вируса за счет ускорения обменных процессов, приводить к нарастанию вирусной нагрузки и утяжелению клинической картины ВИЧ-инфекции.

Среди оппортунистических инфекций у ВИЧ-положительных ПИН чаще, чем у гомосексуалов, встречается пневмоцистная пневмония. Бактериальные пневмонии у ВИЧ-положительных потребителей наркотиков наблюдаются значительно чаще и отличаются более тяжелым течением. В то же время у лиц, употребляющих наркотики парентеральным путем, существенно реже, по сравнению с лицами, заразившимися половым путем, развивается саркома Капоши.

Огромное медико-социальное значение приобретает распространенность среди ВИЧ-положительных ПИН парентеральных вирусных гепатитов: гепатитом С страдают около 95% потребителей, гепатитом В — около 78% (www.aidsalliance.org.ua/namsunsubscribe; Покровский В.И., Покровский В.В., 1988).

В последние годы к перечню инфекционных заболеваний, наиболее часто ассоциируемых с ВИЧ-инфекцией, добавился туберкулез. Около 40% зараженных ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков страдают туберкулезом легких. Среди них в 50 раз чаще, чем в общей популяции, развиваются формы туберкулеза, резистентные к фармакотерапии. Данное обстоятельство вызывает особую озабоченность, так как в стране отмечается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом, в том числе среди больных алкоголизмом и наркоманией (Lezhentsev K., 2006).

6.3. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (ВААРТ)

Изучение свойств вируса и патогенеза ВИЧ-инфекции позволило определить основные направления и мишени терапевтического воздействия. В настоящее время существует четыре семейства антиретровирусных препаратов:

- **Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)** — «нуклеозиды» или «ньюки» и **нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)**. Оказываемое воздействие — блокируют фермент «обратную транскриптазу». Способностью подавлять фермент обладают аналоги нуклеозидов или ингибиторы других классов.
- **Ингибиторы протеазы (ИП)**. Оказываемое воздействие — тормозят процесс сборки готовых вирусных частиц.
- **Ингибиторы слияния (ИС)**. Оказываемое воздействие — блокируют внедрение вирусных частиц в клетки иммунной системы.

Процесс создания эффективных препаратов значительно усложняет скорость мутации ВИЧ в организме (в 1000 раз быстрее любого другого микроорганизма), которая сопровождается развитием новых форм вируса, устойчивых к лечению. Вирус становится нечувствительным к лекарственным веществам. Лекарственная устойчивость возбудителя к назначаемым препаратам является одним из основных препятствий к достижению стойкого вирусологического ответа на антиретровирусную терапию. Согласно исследованиям, проведенным в разных странах, распространенность резистентности ВИЧ встречается от 3 до 29% случаев. В этой связи еще одним непреклонным требованием к терапии является ее способность препятствовать развитию медикаментозной устойчивости вируса и инфекционных осложнений различного генеза.

Клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют о том, что ни одно из существующих в настоящее время средств не способно самостоятельно подавить размножение вируса. Поэтому, чтобы минимизировать опасность развития устойчивости, необходимо использовать одновременно комбинацию нескольких лекарственных

средств (Worth L.A., Volberding P.A., 1994). Одновременный прием трех или четырех антиретровирусных препаратов получил название высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Современные противоретровирусные препараты способны блокировать размножение ВИЧ и снижать содержание вируса в крови до неопределяемого уровня, но добиться полного очищения организма от вируса и, следовательно, излечения от ВИЧ-инфекции пока еще невозможно, поскольку ВИЧ может находиться не только в крови, но и в лимфатических узлах и в других органах человека.

Высокоактивная антиретровирусная терапия позволяет восстановить иммунную систему, предупредить развитие оппортунистических инфекций, значительно улучшить качество жизни и сохранить трудоспособность человека.

Лечение рекомендуется начинать при снижении количества CD4-клеток до 350 кл./мл и ниже, стабильном увеличении вирусной нагрузки более 100 000 копий/мл и при наличии клинических симптомов болезни, свидетельствующей о недостаточности иммунной системы.

Назначение менее трех противовирусных препаратов значительно повышает риск развития лекарственной устойчивости и может привести к полной потере эффективности многих антиретровирусных препаратов (www.aidsalliance.org.ua/namssubscribe).

6.4. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Противовирусные препараты и наркотики

Существует много исследований и информации относительно взаимодействия антиретровирусных препаратов и других назначенных врачом медикаментов, но надежной информации по взаимодействию АРВ-препаратов и наркотиков пока недостаточно (www.aidsalliance.org.ua/namssubscribe; Стратегический обучающий проект, 2004). Это обусловлено как юридическими и этическими трудностями в организации подобных исследований с ВИЧ-положительными ПИН, принимающими ВААРТ, так и с качественным и количественным непостоянством состава уличных наркотиков (в частности, с наличием различных примесей).

Представители фармацевтической компании «Эбботт» изучали взаимодействие ингибитора протеазы ритонавира с наиболее употребляемыми наркотиками. Исследования показали, что при взаимодействии ритонавира с уличными наркотиками происходило повышение в крови: в 2–3 раза — уровня экстази, на 50% — уровня героина, в 2–3

раза — уровня амфетаминов. С кокаином не было выявлено никакого серьезного взаимодействия.

Обзор взаимодействия антиретровирусных препаратов и наркотиков, основанный на проведенных исследованиях, позволил разработать некоторые рекомендации в отношении их взаимодействия (www.aidsalliance.org.ua/namssubscribe; Стратегический обучающий проект, 2004).

Экстази — возможно взаимодействие с ингибиторами протеазы (Ostrow, 1994). Рекомендуемые меры предосторожности: принимать 25% обычного количества экстази, пить много воды и избегать смешивания с алкоголем. **Амфетамины** — потенциально опасное взаимодействие с ритонавиром. Данной комбинации по возможности следует избегать.

Кетамин — не существует исследований или зарегистрированных случаев взаимодействия кетамина и антиретровирусных препаратов. Прием ингибиторов протеазы может привести к риску кетаминовой интоксикации из-за накопления наркотика.

PCP — употребление PCP с ингибиторами протеазы и эфавиренцем может вызвать повышенную концентрацию PCP и привести к развитию интоксикации, поэтому пациентам, получающим АРВ-терапию, необходимо употреблять PCP меньше обычного количества.

ЛСД — действие данного наркотика не изучено полностью. Пациенты, употребляющие ЛСД и принимающие АРВ-терапию, должны быть предупреждены о возможности взаимодействия, знать признаки интоксикации ЛСД и, возможно, употреблять ЛСД меньше обычной нормы.

Кокаин — взаимодействие кокаина и антиретровирусных препаратов описано крайне скудно. Достоверных взаимодействий не отмечено. Считается, что взаимодействие с неврипином или эфавиренцем может увеличить риск интоксикации печени, но исследований, подтверждающих это, нет.

Героин — существуют данные, что героин при использовании с ингибиторами протеазы и эфавиренцем быстрее усваивается, вызывая симптомы отмены.

Применение ВААРТ у потребителей инъекционных наркотиков

Эпидемия ВИЧ-инфекции поставила новые задачи в отношении организации лечения больных наркоманией. Они заключаются в необходимости совмещения противовирусной (ВААРТ) и иммунокорректирующей терапии с лечебными программами по купированию острого абстинентного синдрома, подавлению патологического влечения к наркотикам и лечению различных психических нарушений, характерных для наркомании.

Потребители инъекционных наркотиков составляют 82% всех ВИЧ-положительных, но их доля среди лиц, получающих какую-либо разновидность противовирусной терапии, составляет всего 23% (Бартлетт Дж., Галлант Дж., 2006). В некоторых странах потребителей наркотиков исключают из программ ВААРТ, считая, что они не смогут достичь положительных результатов лечения из-за своего образа жизни.

Но это ложное мнение (Саймон Коллинз, 2006; Стратегический обучающий проект, 2004). Результаты проведенного в Западной Европе масштабного исследования эффективности АРВ-терапии не выявили существенной разницы в показателях CD4 между ПИН и людьми, не употреблявшими наркотики. Исследование в Канаде показало, что у тех потребителей наркотиков, которые соблюдали правила лечения, наблюдалось такое же повышение уровня CD4, как и у пациентов, не употреблявших наркотики. При АРВ-терапии, предоставляемой потребителям наркотиков американской мобильной программой обмена шприцев, у 77% клиентов было достигнуто снижение уровня вирусной нагрузки до менее 400 копий/мл, а через шесть месяцев их показатели CD4 возросли на 25%. Французское исследование показало, что пациенты, которые принимали бупренорфин и АРВ-терапию, достигли более высокого уровня приверженности (78,1%), чем бывшие потребители наркотиков (65,5%) или активные ПИН, которые не принимали бупренорфин (42,1%) (Стратегический обучающий проект, 2004).

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о необходимости расширения доступа и создания благоприятных условий для предоставления ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков.

Службы для ПИН должны располагаться в доступных местах (например, на территории клиник для ВИЧ-положительных пациентов) и включать:

- консультирование,
- доступ к лечению зависимости,
- доступ к АРВ-препаратам,
- профилактику и лечение оппортунистических болезней,
- программы снижения вреда,
- социальную поддержку (Стратегический обучающий проект, 2004).

6.5. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Пациент и предписанные врачом лекарственные препараты являются взаимообусловленными компонентами процесса лечения ВИЧ-инфекции.

Факторы, которые могут повлиять на приверженность (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003).

Факторы, связанные с препаратом:

- кратность и число единиц приема лекарственных препаратов;
- наличие побочных эффектов.

Одной из перспективных стратегий повышения приверженности ВААРТ является использование однократных схем приема 1–2 единиц лекарственных препаратов, обладающих минимальными побочными эффектами, особенно такими, как тошнота, рвота, диарея (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003; www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe; Frank I., 2002).

Факторы, связанные с пациентом:

- социодемографические (невысокий образовательный уровень, бездомность, молодой возраст);
- наличие психических заболеваний (депрессия, зависимость от алкоголя и наркотиков);
- особенности психического состояния (переживание тревоги, чувство подавленности, болевые ощущения, которые могут привести к снижению приверженности);
- пониженная самооценка;
- хорошее самочувствие, когда пациент не видит смысла (сомневается) в начале или продолжении лечения.

Знание данных факторов может пригодиться для прогнозирования приверженности терапии (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003; www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe), но оно не может быть единственной причиной отказа в ее начале.

Высокий социально-экономический статус, уровень образования и отсутствие злоупотребления наркотиками и т.п. не могут гарантировать адекватную приверженность лечению.

Важными предпосылками для развития приверженности являются социально-психологические и биологические особенности пациента, профессиональные навыки врача, высокая степень изменчивости ВИЧ и его способность к селекции штаммов, устойчивых к принимаемым

препаратам, а также особенность лекарственных препаратов и их взаимодействие друг с другом.

Назначение ВААРТ требует жесткого соблюдения режима приема лекарств. Не все пациенты способны выполнять строгие указания врача. А это, в свою очередь, приводит к появлению штаммов ВИЧ, устойчивых к тому или иному лекарственному препарату, и, следовательно, к снижению эффективности терапии.

Приверженность терапии означает, что пациент:

- соблюдает режим приема лекарств;
- принимает лекарства в необходимом, предписанной врачом дозировке;
- соблюдает рекомендации врача по диете.

При ВИЧ-инфекции, как и при любом хроническом заболевании, достичь 100%-ной приверженности довольно сложно. В случае с ВИЧ-инфекцией даже употребление 80% назначенных лекарств недостаточно, т.к. приводит к развитию резистентности, а следовательно, к неэффективности назначенной терапии. Напротив, повышение приверженности на 10% приводит к снижению риска прогрессирования заболевания на 21% (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003).

Приверженности лечению могут препятствовать:

- недостаток информированности о течи ВИЧ-инфекции и существующем лечении;
- отсутствие доступа к первичной медицинской помощи или к самому лекарственному препарату;
- неверие пациента в эффективность лечения;
- наличие побочных эффектов препаратов, страха или перенесенного опыта известных побочных эффектов при ВААРТ;
- плохо налаженные взаимоотношения между врачом и больным;
- активное употребление наркотиков и алкоголя;
- психические заболевания в активной фазе, в частности депрессия;
- неспособность разобраться в схеме назначенных лекарств;
- насилие в семье и дискриминация.

Тем не менее наличие этих условий не может быть препятствием к предоставлению по показаниям антиретровирусной терапии. Активное употребление наркотиков тоже не является достаточным основанием для исключения пациента, нуждающегося в ВААРТ, из лечебной программы.

Врачу-наркологу важно осуществлять постоянный мониторинг приверженности пациента лечению, при необходимости (в периоды снижения приверженности) увеличивая интенсивность работы (например, за счет более частых визитов пациента к врачу, привлечения семьи, друзей, направления в наркологическую службу). Особое внимание он должен уделять возможности использования ВИЧ-статуса пациента как

фактора мотивации к отказу от употребления наркотиков (http://www.narkotiki.ru/expert_3997.html).

По возможности следует создать «команду приверженности», состоящую из пациента, членов его семьи, лечащего врача-нарколога, врача-инфекциониста и равного консультанта (Беляева В.В., 2005).

Врач должен выступать в качестве основного источника информации, осуществляя мониторинг и оказывая пациенту постоянную поддержку.

Консультирование — основной элемент формирования приверженности ВААРТ у ПИН

Консультативная работа по повышению приверженности ВААРТ играет важную роль в формировании самооценки пациентов, способствует созданию устойчивых положительных отношений между врачом и пациентом (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; www.aidsalliance.org.ua/namssubscribe).

Для пациента важно своевременно сформулировать цели терапии:

- уменьшение вирусной нагрузки,
- поддержание иммунитета,
- снижение заболеваемости оппортунистическими инфекциями и смертности.

До начала терапии важно выявить у пациента такие особенности, как, например, подавленное настроение. По данным М. Чесни (Cbesney M.A., et al., 2000), 24% пациентов в качестве причины прерывания терапии указывали на подавленное настроение.

Своевременное и полное информирование пациента стимулирует принятие им решения о начале ВААРТ, а также поддержание его мотивации на продолжение лечения. Повысить мотивацию лечения возможно при сочетании информирования с элементами групповой психотерапии.

Вопросы, которые рекомендуется рассмотреть в процессе консультирования:

- Цель АРВ-терапии, механизм действия антиретровирусных препаратов.
- Ежедневная схема приема препаратов.
- Правила приема препаратов (взаимосвязь с едой, другими препаратами).
- Правила хранения препаратов.
- Негативные последствия нарушения режима и дозирования антиретровирусных препаратов.
- Организация приема препаратов (если пациент работает).
- Правила и режим получения антиретровирусных препаратов в лечебно-профилактическом учреждении.

Улучшения приверженности ВААРТ у пациента врач может добиться несколькими способами. Важно обсудить стратегию лечения: она должна

быть понятна пациенту, и он готов был ей следовать. Во время повторных встреч следует проинформировать пациента о специфике лечения, объяснить цели лечения и необходимость приверженности соблюдению назначенной схемы. Может быть, стоит предоставить пациенту памятки с иллюстрациями лекарственных препаратов, показать специальные коробочки для таблеток, рассчитанные на день или на неделю, рекомендовать к использованию часы со звонком для напоминания, пейджеры.

Полезно предоставить пациенту ежедневную схему лечения в письменном виде с указанием названия каждого препарата, его дозы, количества таблеток (капсул) на один прием, времени приема. По возможности выбор схемы лечения должен быть обусловлен меньшей частотой приемов и количеством таблеток (капсул). Важно указать время приема препаратов в зависимости от приема пищи и распорядка дня. Предпочтительно выбирать схемы лечения с более простыми диетологическими требованиями. Следует избегать отрицательных взаимодействий между назначенными лекарствами и принимаемыми пациентом вне схемы ВААРТ. Пациент должен знать о возможных побочных эффектах и нарушениях самочувствия, при которых необходимо срочно обратиться за медицинской помощью. Врач должен дать особые указания по использованию и хранению лекарств.

Практика показала, что посредством консультирования можно оказывать влияние на все составляющие, от которых зависит приверженность терапии.

Консультирование пациента лечащим врачом считается важным моментом подготовки к началу приема ВААРТ. Весьма полезно также активное участие медицинской сестры, психолога, социального работника-консультанта, подготовленных по вопросам антиретровирусной терапии (ВААРТ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К наиболее тяжелым медицинским последствиям инъекционного употребления наркотиков относится распространение ВИЧ-инфекции. Употребление наркотиков связано с активизацией всех путей передачи вируса иммунодефицита человека: через кровь, полового и вертикального (от матери ребенку).

Современный этап эпидемии характеризуется увеличением количества потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в лечении. Появление современных эффективных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции повысило потребность в разработке новых подходов к поддержанию приверженности пациентов с зависимостью от ПАВ высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Все это определяет необходимость повышения уровня знаний специалистов, оказывающих помощь потребителям наркотиков, в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. При этом особое место в реализации лечебно-профилактических мероприятий принадлежит специалистам наркологической службы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ-терапия — антиретровирусная терапия
ВААРТ — высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ИППП — инфекции, передающиеся половым путем
ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ
НПО — неправительственная организация
ПАВ — психоактивные вещества
ПИН — потребители инъекционных наркотиков
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Айзберг О.Р. Заместительная терапия зависимости от опиоидов (обзор литературы). /Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. — Казань, 2004.
2. Беляева В.В. и др. Стратегии повышения приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. — 9th European AIDS Conference (EACS); Poland, 2003, №10. 1/1.
3. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции/Пособие для врачей различных специальностей.— М., 2003.
4. Богословская Е.В., Башкирова Л.Ю., Шипулин Г.А. Развитие лекарственной устойчивости ВИЧ у пациентов, получавших противоретровирусную терапию больше года // Сборник тезисов 4-й Всероссийской научно-практической конференции. Генодиагностика инфекционных заболеваний. — М., 2002.
5. Гамалея Н.Б., Наумова Т.А., Хотовицкий А.В., Кузьмина Т.И., Гамалея А.А. Исследование влияния тактивина на процессы внутриклеточной передачи в ответ на стимуляцию опиоидных, дофаминовых и серотониновых рецепторов на лимфоцитах периферической крови у здоровых и больных героиновой наркоманией//Вопросы наркологии. — 2002, № 3. С. 66–75.
6. Бартлетт Дж., Галлант Дж. «Клинические аспекты лечения ВИЧ-инфекции» (<http://www.eurasiahealth.org/rus/aids/helth/resources/82168>. «КС» № 2, 2006).
7. Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. — Всемирная организация здравоохранения, 2004.
8. Лечение ВИЧ/СПИДа на практике// Электронное периодическое издание, выпуск № 1, 2006 (www.aidsalliance.org.ua/namssubscribe).
9. Международная встреча на тему: «Готовность к работе по организации лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»/ Итоговый отчет — Кейптаун, Южная Африка, 13–16 марта 2003.
10. http://www.narkotiki.ru/expert_3997.html — Информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам».
11. Онищенко Г.Г. Приоритеты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации на современном этапе/ Материалы Международной научно-практической конференции. — Суздаль, 2004.
12. Покровский В.И., Покровский В.В. СПИД. — М.: Медицина, 1988.
13. Коллинз С. Роль пациентов в АРВ-терапии/ Встреча во Всемирном банке. — Лондон, 21 февраля, 2006.
14. Стратегический обучающий проект по лечению (STEP — Strategic Treatment Education Project)/ Материалы для обучения. Обучающий семинар по лечению ВИЧ и поддержке приверженности. — Киев, 26–29 октября, 2004.
15. Стратегический обучающий проект по лечению (STEP — Strategic Treatment Education Project)/ Материалы для обучения. Обучающий семинар по лечению ВИЧ и поддержке приверженности. — Киев, 26–29 октября, 2004.
16. Фрэнкин Р. Мотивация поведения. — Спб.: Питер, 2003.
17. Шайдукова Л.К., Тиханов Р.А., Овсянников М.В. Асоциальный тип поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами// Вопросы наркологии, 2005, № 2. С. 6–12.
18. Abdala N., Stephens P.C., Griffith B.P., Heimer R. Survival of H I V-1 in syringes. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*. 1999; 20(1):73–80
19. Ball J. C., Lange W. R., Myers C. P., & Friedman S. R. (1998) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 214–226
20. Belyaeva V., et al. Strategy for increasing adherence among patients treated with HAART at the acute stage of HIV-infection. 9th European AIDS Conference (EACS), 2003, Warsaw, Poland № 10.1/1.
21. Cbesney M.A., et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. *AIDS Care* 2000; 12 (3): 255–66.
22. Clarke S., Keenan E., Ryan M., Barry M., Mulcahy F. Directly Observed Antiretroviral Therapy for Injection Drug Users With HIV Infection. *AIDS Read* 12 (7): 305–316, 2002.
23. Finnegan L. Perinatal morbidity and mortality in substance using families: effects and intervention strategies. // *Bull Narc.* — 1994. — Vol. 46, № 1. — P. 19–43.
24. Frank I. Once-Daily HAART: Toward a New Treatment Paradigm. *JAIDS* 2002;31:S. 10–S15.
25. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction* 2002;97:1259–67.
26. Kozlov A.A., Dorovskih I.V., Doljanskaia N.A., Buzina T.S., Polunina A.G. Psychopathological disorders in heroin addicts and administration of risperidone during rehabilitation. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 7:(4) 31–42, 2005

27. Lezhentsev Konstantin, MD, program manager, IHRD-Budapest Methadone — the cornerstone of access to Antiretroviral treatment for HIV-positive ID-users 17.05.2006
28. Ostrow D.G. Substance abuse and HIV infection. Psychiatr Clin North Am. 1994 Mar; 17(1):69–89. Review.
29. Peele S. The Diseaseing of America, Lexington, MA: Lexington Books, 1989.
30. Prochanska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how peoples change. American Psychologist, 47, 1102–1114.
31. Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Ares (ECA) Study. 'JAMA', 264:2511–2518, 1990.
32. Tim Rhodes; Lucy Platt; Svetlana Maximova; Evgeniya Koshkina; Natalia Latishevskaya; Matthew Hickman; Adrian Renton; Natalia Bobrova; Tamara McDonald; John V. Parry Addiction Vol. 101; No. 2: P. 252-266.
33. Wörth L.A., Volberding P.A. Clinical applications antiretroviral therapy. // In "The AIDS knowledge base". 1994. — 4.5 — 1 — 33

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1. Современный этап развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России.....	5
2. Потребители наркотиков как целевая группа программ профилактики ВИЧ-инфекции.....	8
2.1. Основные пути заражения ВИЧ-инфекцией в связи с употреблением наркотиков.....	8
2.2. Основные целевые группы профилактики ВИЧ-инфекции в связи с инъекционным употреблением наркотиков.....	9
2.3. Особенности ПИН как целевой группы профилактики ВИЧ-инфекции.....	10
3. Принципы организации профилактических мероприятий для потребителей инъекционных наркотиков.....	13
4. Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).....	15
4.1. Виды профилактической работы в зависимости от целевой группы.....	15
4.2. Профилактические мероприятия на разных этапах оказания наркологической помощи.....	16
4.3. Лечение наркотической зависимости — важнейший компонент программ профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН.....	17
4.4. Некоторые особенности профилактики ВИЧ-инфекции в условиях наркологического стационара.....	20
4.5. Оказание наркологической помощи ВИЧ-инфицированным ПИН в условиях инфекционного стационара.....	22
4.6. Профилактика ВИЧ-инфекции во внебольничных условиях.....	22
4.7. Профилактика ВИЧ-инфекции в малодоступных и закрытых группах ПИН.....	23
5. Консультирование ПИН — универсальный инструмент профилактической работы.....	25
5.1. Консультирование потребителей инъекционных наркотиков по профилактике ВИЧ-инфекции.....	25
5.2. Изменение рискованного поведения как основной показатель эффективности профилактической работы.....	31
6. Современные подходы к лечению ВИЧ-инфекции.....	33

6.1. Течение ВИЧ-инфекции в отсутствие лечения.....	33
6.2. Особенности течения ВИЧ-инфекции в связи с употреблением ПАВ.....	33
6.3. Современный подход к лечению ВИЧ-инфекции. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ).....	35
6.4. Особенности лечения ВИЧ-инфекции у пациентов с наркотической зависимостью.....	36
6.5. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) — необходимое условие лечения ВИЧ-инфекции.....	39
Заключение.....	43
Список сокращений.....	43
7.1. Библиография.....	44