

Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»

Игумнов С.А., Станько Э.П., Гелда А.П.

КАРТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом
для динамической оценки эффективности лечения



Учебно-методическое пособие

Минск, 2012 г.

Учреждение - разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»).

Авторы: директор ГУ «РНПЦ психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор Игумнов С.А., доцент кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент Стенько Э.П., заведующий лабораторией клинико-эпидемиологических исследований ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Гелда А.П.

Рецензенты: главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук Осипчик С.И.; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук Кирпиченко А.А.

Обсуждено и одобрено на заседании Ученого Совета ГУ «РНПЦ психического здоровья» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Секретарь Ученого совета ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Каминская Ю.М.

Обсуждено и одобрено на заседании кафедры психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Заведующий кафедрой, д.м.н. Кирпиченко А.А.

УДК [616.89–008.441.33:615.032]:[616.98:578.828:611.7]–08

ББК

А.

Пособие посвящено разработке способа оценки эффективности современных методов лечения наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом. Предлагаемая медицинская технология представляет собой карту аддиктивного поведения (КАПИН) в виде структурированного интервью с психометрической оценкой психического и физического состояния потребителей наркотиков для динамической оценки результатов лечения наркозависимости с учетом ВИЧ-статуса.

КАПИН заполняется врачом на основании полученной информации о пациенте. Количественно оцениваются параметры, формирующие клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата. Предлагаемый способ контроля результативности лечения наркозависимости позволяет максимально определить спектр проблем пациента, связанных с потреблением ПАВ, сделать доступной информацию о проблемах пациента для специалистов мультипрофессиональной команды (врачей, психологов, социальных работников) и, тем самым, повысить слаженность работы команды, также получить пациенту в необходимом для него объеме индивидуально подобранные лечебные услуги. КАПИН является информативным и удобным инструментом многофакторной оценки связанных с зависимостью клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов при поступлении, после завершения лечения и в динамике наблюдения.

КАПИН предназначена для использования врачами психиатрами-наркологами в клинической практике и при проведении научных исследований.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	–	антиретровирусные препараты
АРВТ	–	антиретровирусная терапия
ВГВ	–	вирусный гепатит В
ВГС	–	вирусный гепатит С
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВНН	–	ВИЧ-негативные потребители инъекционных наркотиков
ВПН	–	ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков
ГПНИ	–	Государственная программа научных исследований
ЖСБ	–	женщины, занимающиеся секс-бизнесом
ЗБТ	–	заместительная бупренорфиновая терапия
ЗМТ	–	заместительная метадоновая терапия
ИТЗ	–	индекс тяжести зависимости
ИПН	–	инъекционное потребление наркотиков
КАПИН	–	карта аддиктивного поведения ПИН
ЛРП	–	лечебно-реабилитационный процесс
МСП	–	медико-социальная помощь
ПАВ	–	психоактивное вещество
ПИН	–	потребители инъекционных наркотиков
ППК	–	полипрофессиональная команда
ПСФ	–	показатели социального функционирования
СНЗ	–	синдром наркотической зависимости

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление запрещенными наркотиками является одной из крупнейших проблем современности. Это явление существует во всех странах – от самых богатых до самых бедных, затрагивает все слои населения и постепенно охватывает все возрастные группы, питает преступность, коррупцию и терроризм во всем мире, приносит немыслимые доходы отдельным людям и причиняет колоссальный вред массе других, уносит миллионы жизней и угрожает существованию целых общин. В силу своей масштабности и последствий мировая проблема, связанная с наркотиками и наркопотреблением является серьезным испытанием для систем здравоохранения, образования, уголовного правосудия, социальной защиты, экономики, а иногда и политической системы различных стран (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2011 год (E/INCB/2011/1). ООН, Нью-Йорк, 2012).

Наркотическая зависимость представляет сложную медико-социальную проблему, оказывает негативное воздействие на здоровье наркопотребителей, благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно при инъекционном потреблении наркотиков. Несмотря на предпринимаемые усилия по борьбе с потреблением наркотиков и других ПАВ, рост наркопотребления, заболеваемости наркоманией и последующих медико-социальных последствий остаются актуальной проблемой как для стран Европейского Союза (Harm Reduction International, 2012), так и СНГ (Киржанова В., 2009). В настоящее время в мире к категории «проблемных» наркопотребителей относится примерно 27 млн. человек, что составляет 0,6% взрослого населения. Около 230 млн. человек, или 5% взрослого населения, по крайней мере, один раз употребляли какой-либо запрещенный наркотик. Героин, кокаин и другие наркотики ежегодно убивают более 200 000 человек, разрушают семьи и приносят бедствия тысячам людей. Запрещенные наркотики подрывают социально-экономическое развитие стран и способствуют росту преступности, нестабильности и распространению ВИЧ-инфекции (Федотов Ю.В. 2012).

В Беларуси еще с начала 90-х годов наблюдалось увеличение числа лиц, страдающих наркозависимостью (Лелевич Е.В. и др., 1997). За последние 7 лет в стране наблюдается неуклонный рост немедицинского употребления наркотиков и заболеваемости наркоманией. В частности, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в период с 2004 по 2010 гг., в 2,5 раза отмечено увеличение числа впервые зарегистрированных в наркологическом учете потребителей наркотиков. Только в 2010 г. за помощью в связи со злоупотреблением наркотиками в наркологическую службу республики обратились 1636 граждан, количество состоящих на учете наркопотребителей на конец года составило 94,2 на 100 тыс. населения; коэффициент наглядности по отношению к 2000 г. +196,8%; темп прироста +11,2%; 1% прироста составил +0,85. (Станько Э.П., 2011). Вместе с тем реальные данные о потреблении наркотических средств, болезненности и заболеваемости наркоманиями значительно выше официальных, поскольку, по оценкам специалистов, на каждого выявленного пациента приходится примерно 7 невыявленных (Кошкина Е.А., 2001).

Одной из причин распространения наркоманий и ВИЧ-инфекции является низкая эффективность проводимых лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. Наркологическая помощь, в основном, ограничивается купированием синдрома отмены, а

также острых психотических и соматических расстройств вследствие употребления ПАВ. Малоэффективность терапии наркозависимых пациентов объясняется игнорированием, прежде всего, этапности и комплексности в лечении наркологических пациентов, отсутствием клиент-центрированного подхода, особенностью течения наркологических расстройств, носящих системный, хронический характер (Bobrova N. et al., 2006). Поэтому более 70% наркозависимых пациентов в течение года многократно находятся на лечении, а 90% пациентов в течение года после однократного курса стационарного лечения возобновляют прием наркотиков (Илюк Р.Д. и др., 2012). На низком уровне организована биопсихосоциальная реабилитация наркозависимых пациентов, целью которой является обеспечение полноценного функционирования наркопотребителей в обществе. Так, в течение года полная ремиссия наблюдается лишь у 7-9,1% наркозависимых пациентов, имевших опыт участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров (Дудко Т.Н. и др., 2009).

Существующий подход к оценке эффективности лечебно-реабилитационной работы с наркозависимыми пациентами сводится преимущественно к определению длительности полной ремиссии, под которой подразумевается отказ от приема наркотиков. Подобная оценка представляется явно недостаточной, так как наркотическая зависимость (особенно опиоидная) является хроническим рецидивирующим заболеванием, с которым трудно бороться из-за навязчивой и непреодолимой тяги к наркотику, заставляющей человека прибегать к нему даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья (Geneva, WHO, 2004). Кроме того, для лиц, зависящих от наркотиков характерен ряд медицинских, психологических и социальных проблем, которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи, особенно в случаях присоединения ВИЧ-инфекции. Поэтому, мониторинг медико-социальной помощи с оценкой результатов лечения и проведением биологического контроля потребления ПАВ является наиболее адекватной оценкой терапевтического результата наркотической зависимости.

В настоящей работе рассмотрены современные подходы к оценке результатов лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом с помощью разработанной авторами КАПИН.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Распространенность злоупотребления наркотиками в мире составляет около 5% населения. По оценкам ЮНОДК, во всем мире 155 – 250 млн. человек (3,5-5,7% населения) в возрасте 15-64 лет хотя бы раз принимали запрещенные наркотические средства (ЮНОДК, Всемирный доклад о наркотиках, 2010). В мире среди запрещенных наркотиков большинство потребителей (129-190 млн. человек) употребляют каннабис. На втором месте наиболее часто употребляемыми наркотиками являются стимуляторы амфетаминового ряда, за ними следуют кокаин и опиаты. Главные проблемы в мировом масштабе связаны с потреблением опиатов, особенно героина (World Drug Report, 2008). Основным проблемным наркотиком для большинства стран Европы и Азии являются опиаты, которые составляют около 62% всего объема потребления наркотиков. Основным проблемным наркотиком в последние 10 лет в Европе (55% спроса на лечение) и Азии (более 60% спроса на лечение) остаются опиаты, о чем свидетельствуют показатели спроса на лечение. Спрос на лечение в связи со злоупотреблением опиатами возрос в Африке – с 8% в конце 1990-х годов до 20% в 2008 г. В Северной Америке рост злоупотребления синтетическими опиоидами вызвал резкий рост масштабов лечения с 10% в 2006 г. до 23% в 2008 г.

Во всем мире оценочное число людей, живущих с ВИЧ в конце 2010 г. составляло 34 млн. (31,6 – 35,2 млн.) человек, или на 17% больше чем в 2001 г. В 2010 году число новых случаев ВИЧ-инфекции составило 2,7 млн. (2,4 – 2,9 млн.), включая 390000 (340000 – 450000) новых ВИЧ-инфекций среди детей, или на 15% меньше чем в 2001 г. Показатель заражения ВИЧ снизился в 33 странах, 27 из которых находятся в Африке к югу от Сахары – регионе, более всего затронутом эпидемией СПИДа (ЮНЭЙДС. Доклад к Всемирному дню борьбы со СПИДом, 2011). В странах Восточной Европы и Центральной Азии число людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с 2001 годом, в 2010 году увеличилось на 250%. Почти 90% бремени региональной эпидемии в Восточной Европе и Центральной Азии приходится на Российскую Федерацию и Украину. Употребление инъекционных наркотиков остается основной причиной заражения ВИЧ в регионе, хотя значительная доля случаев ВИЧ регистрируется среди половых партнеров ПИН. После замедления в начале 2000-х годов распространения ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, с 2008 г. вновь наблюдается рост быстрых темпами ВИЧ-инфекции. Увеличивается смертность вследствие СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии в отличие от большинства других регионов (ЮНЭЙДС. Доклад к Всемирному дню борьбы со СПИДом, 2011).

В Республике Беларусь, по данным республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (РЦГЭиОЗ), общее число ВИЧ-инфицированных граждан с начала регистрации ВИЧ-инфекции (1987 г.) на 01.01.2012 г. составило 12955 человек. Показатель распространенности ВИЧ среди населения республики составил 108,0 на 100 тыс., то есть около 0,1% населения страны. За весь период наблюдения зарегистрирован 2691 летальный случай среди ВИЧ-инфицированных, СПИД диагностирован у 3025 человек, из них умерло – 1457 человек. Темп прироста в 2011 г. по сравнению с 2010 г. составил 11,9%; уровень заболеваемости – 12,6 на 100 тыс. населения. Из них, 61,6% (7975) от общего числа случаев ВИЧ-инфекции составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет, удельный вес женщин составляет 39,2% (5075 чел.), мужчин – 60,8% (7880 чел.). Парентеральный путь был

превалирующим в период с 1996 по 2004 гг. В 2004 г. его удельный вес снизился до 46,2%. С 2004 г. отмечается рост передачи ВИЧ-инфекции половым путем, на протяжении 2010-2011 гг. на этот путь инфицирования пришлось 75,1-76,1% вновь выявленных случаев. По кумулятивным данным (1987-01.01.2012 гг.), удельный вес лиц, инфицирование которых произошло парентеральным путем (ИПН) составляет 47,2% (6113 случаев), половым путем – 50,3% (6511 случаев). Таким образом, движущей силой эпидемического процесса ВИЧ почти в половине случаев, остается наркозависимость, захватывающая новые административные территории и значительную часть молодого населения республики. Поэтому одним из направлений профилактики распространения ВИЧ-инфекции является проведение упреждающей работы с распространением наркотизма среди населения.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех областях страны. Наибольшее количество ВИЧ-позитивных лиц (77,6% от общего количества зарегистрированных случаев) проживают в трех регионах республики: в Гомельской области – 6439 человек (показатель распространенности 331,4 на 100 тыс. населения), Минской области – 1764 человек (показатель распространенности 105,5 на 100 тыс. населения) и в г. Минске – 1852 человек (показатель распространенности 87,5 на 100 тыс. населения). Самый низкий показатель распространенности ВИЧ-инфекции отмечен в Гродненской области (529, или 39,1 на 100 тыс.). Максимальный и минимальный показатели распространенности ВИЧ-инфекции различались в 8,5 раза. Несмотря на то, что наибольшее количество ВИЧ-инфицированных являются городскими жителями, на протяжении последних 4-5 лет отмечается увеличение заболеваемости сельского населения, при этом темп прироста новых случаев среди сельских жителей (72,3%) выше, чем среди городского населения (12,9%).

Анализ наркологической ситуации показал, что число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании в 2010 г. в лечебно-профилактических организациях Министерства здравоохранения Республики Беларусь составило 1636 человек, или 17,5 в расчете на 100 тыс. населения. Общее число состоящих на учете потребителей наркотиков на конец 2010 г. составило 8943 пациента, или 94,1 на 100 тыс. населения. Среди наркозависимых пациентов, зарегистрированных в 2010 г., преобладают пациенты с опийной зависимостью. Подавляющее большинство опийных наркопотребителей (95,3%) используют инъекционный способ введения наркотиков; 81,3% из них – мужчины (Лелевич В.В., 2009). Возраст начала приема наркотиков у 69,6% ПИН составляет до 20 лет, 30 лет и старше – 28,9% (Лелевич В.В., 2007). Общая оценочная численность ПИН в Беларуси на конец 2007г. составила 76201 человек (69200-83400) или примерно 1,3% (1,2-1,4%) населения республики в возрасте 15-54 лет (Виницкая А.Г. и др., 2008).

По официальным статистическим данным, число находящихся под диспансерным наблюдением пациентов с психическими расстройствами за последние 10 лет уменьшилось на 10% и составило в 2010 г. 1079 на 100 тыс. населения. Вместе с тем, число состоящих на учете наркологических пациентов в период с 2000 по 2010 гг. увеличилось в 1,4 раза и составило в 2010 г. 193374 человека, или 2035 на 100 тыс. населения. Если уровень заболеваемости населения психическими расстройствами за 10 лет изменился незначительно (130/100 тыс. населения в 2000 г. и 136,4/100 тыс. в 2010 г.), то заболеваемость населения наркологическими расстройствами в период с 2000 по 2010 гг. увеличилась в 1,5 раза и составила в 2010 г. 28588 случаев, или 301,2 на 100 тыс. населения.

Несмотря на то, что большинство наркологических пациентов – это пациенты с алкогольной зависимостью, по росту показателей распространенности на первое место выходит проблема наркозависимости, которая наиболее актуальной стала в последние 10 лет. За 10 лет число находящихся под наблюдением наркологических диспансеров больных наркоманиями увеличилось в 2 раза и составило в 2010 г. 8943 человека, или 94,2 на 100 тысяч населения, в 2000 г. – 45,5 на 100 тыс. населения. Среди территорий республики на первом месте по величине показателя болезненности наркоманиями находится г. Минск (260,1 на 100 тыс. населения), на втором – Гомельская область (74,2 на 100 тыс.), третье место занимает Минская область (64,4 на 100 тыс.). Среднереспубликанский уровень болезненности наркоманиями в 2010 г. составил 94,2 на 100 тыс. Минимальный уровень болезненности наркоманиями выявлен в Могилевской области (3,4 на 100 тыс.). Максимальный и минимальный показатели болезненности наркоманиями различались в 8,5 раза.

Уровень заболеваемости наркоманиями по обращаемости в Беларуси увеличился за эти годы на 34,3% и в 2010 году достиг 17,2 на 100 тыс. населения. Наибольший прирост заболеваемости наркоманиями наблюдался в 2006 г. (+56,0%), 2008 г. (+15,9%) и в 2010 г. (+23,3%). Начиная с 2006 года коэффициент наглядности заболеваемости наркоманиями с каждым годом постепенно увеличивался и в 2010 году составил +153%. Наиболее низкие показатели заболеваемости наркоманиями отмечены в 2002–2005 гг. В зависимости от территории проживания, показатели заболеваемости наркоманиями имели существенные различия. Наибольший уровень заболеваемости наблюдался в г. Минске (51,4 на 100 тыс.), что почти в 3 раза выше, чем в среднем по Беларуси (17,2 на 100 тыс.). По сравнению с другими территориями, самые высокие уровни заболеваемости наркоманиями отмечены в Минской области (14,6 на 100 тыс.), Гродненской (9,9 на 100 тыс.) и Гомельской (9,6 на 100 тыс. населения) областях. Минимальный уровень заболеваемости выявлен в Могилевской области (3,4 на 100 тыс.), что ниже среднереспубликанского показателя в 5 раз. Между собой минимальный и максимальный показатели различались в 15 раз. Таким образом, за последние 10 лет, в период с 2000 по 2010 гг. в Беларуси произошло увеличение числа наркозависимых пациентов, злоупотребляющих наркотическими средствами и ВИЧ-инфицированных лиц. Рост заболеваемости наркоманией в 2010 г. обусловлен резким увеличением числа впервые выявленных пациентов с опийной зависимостью. Эпидемический процесс в Республике Беларусь характеризуется тенденцией к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией; ростом заболеваемости среди возрастной группы 30 и старше лет, превалированием полового пути передачи ВИЧ над парентеральным (ИПН).

Наиболее «проблемными» потребителями наркотиков остаются ПИН. Современная эпидемиологическая ситуация, связанная с распространением ВПН в настоящее время продолжает оставаться сложной. Оценочная численность общемирового числа ПИН, по данным Сравнительно-информационной группы ЮНОДК/ЮНЭЙДС (2008), составляет 15,9 млн. человек (11 млн. – 21,2 млн.), из которых около 3 млн. (0,5 – 5,5 млн.) являются ВИЧ-инфицированными. Высокие показатели инъекционного потребления наркотиков наблюдаются в Восточной Европе (1,5%), также в Австралии и Новой Зеландии (1,03%). Восточная Европа по абсолютным показателям является одним из регионов с наибольшим числом лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Большинство ПИН в Восточной

Европе употребляют опиаты, в то время как в Австралии и Новой Зеландии основным веществом, употребляемым инъекционным путем, является метамфетамин (ЮНОДК. Всемирный доклад о наркотиках, 2010). Число ПИН в Западной Европе оценивается в 1,2 млн. человек, в Восточной Европе и Средней Азии – в 3,2 млн. человек (Aceijas C et al., 2004). Во многих странах основными путями распространения ВИЧ-инфекции являются ИПН и половые контакты с ПИН. Эпидемиологические исследования показывают, что 10% новых случаев ВИЧ-инфекции в мире (без Африки все 30%) связаны с ИПН и примерно 3 млн. бывших и активных ПИН являются ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом (Geneva, UNAIDS, 2005). В Восточной Европе рост эпидемии ВИЧ-инфекции почти полностью обусловлен ИПН. Наиболее высокая заболеваемость и распространенность ВИЧ-инфекции отмечена в Эстонии, Российской Федерации и на Украине (Gardes T, Simic M., 2005). В Западной Европе распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН варьирует – самые высокие показатели зарегистрированы в Испании, Италии и Португалии (Aceijas C et al., 2004).

Инфицирование и смертность, вызванные ИПН представляют глобальную проблему в области здравоохранения и благополучия населения. Быстрое увеличение ИПН нередко совпадает со стремительным распространением ВИЧ/СПИДа. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН за несколько лет возросла с 1 до 70% (Grassly NC et al., 2003). Распространению ВИЧ-инфекции среди ПИН в ряде случаев способствуют социальные факторы (Donoghoe MC et al., 2005). Особое значение имеют половые контакты в распространении ВИЧ среди ПИН и более широкий круг лиц (ЮНОДК, Всемирный доклад о наркотиках, 2010). Необходимо отметить, что эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН обычно начинается с молодых, сексуально активных мужчин. Затем происходит заражение их половых партнеров – мужчин и женщин, после чего инфекция передается детям от инфицированных матерей. Поскольку сексуальные услуги нередко оплачиваются наркотиками или предоставляются для их приобретения, коммерческий секс является передаточным звеном между различными слоями населения (Shakarishvili A et al., 2005). Ограниченная доступность лечебно-профилактических программ, высокий риск заражения инфекциями, передающимися кровью путем совместного использования шприцов, игл, растворов и других средств, используемых при ИПН объясняют стремительный рост эпидемии. Дополнительным фактором служит высокий уровень вирусемии в первые недели и месяцы после сероконверсии, который может объяснять высокую частоту передачи ВИЧ среди ПИН (Geneva, UNO, in Press, 2005).

Важнейшей составляющей эпидемиологических исследований является изучение периода латентности ИПН – промежутка времени от первой инъекции до обращения за наркологической помощью. Установлено, что большинство ПИН обращаются за лечением спустя 3 и более лет после первой в жизни инъекции, т.е. в течение первых 3-х лет (наиболее значимый период для профилактики гемоконтактных инфекций) необходимой медико-психологической и социальной помощи ПИН не получают (Киржанова В.В., 2009). Следовательно, за наркологической помощью обращаются чаще всего «проблемные» ПИН с уже сформировавшейся опиоидной зависимостью и сопутствующей патологией. Значительную роль в распространении ВИЧ-инфекции, туберкулеза и парентеральных гепатитов играет ИПН (Киржанова В.В., 2009). Исследования, посвященные изучению

взаимосвязи наркомании и ВИЧ-инфекции в России (Киржанова В.В., Кошкина Е.А., Муганцева Л.А. и др., 2006; Киржанова В.В., 2009) показали, что увеличение на 10% числа наркозависимых пациентов влечет за собой ежегодное увеличение на 20-30% ВПН, при этом значимость связи между распространенностью наркомании и ВИЧ-инфекции составляет $R=0,99$ при $p<0,001$.

Особенности развития эпидемии ВИЧ-инфекции среди ПИН. По кумулятивным данным (1987-01.01.2012г.) в республике 47,2% (6113 человек) инфицированы ВИЧ парентеральным путем – ИПН. Доля инфицированных среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции при ИПН с 2008 г. стабилизировалась и в 2010 г. составила 20,9%; в 2011 г. – 21,2%. Наибольший уровень ВИЧ-инфицированности регистрируется среди ПИН старше 25 лет (2011 г. – 16,4%). В возрасте младше 25 лет уровень ВИЧ-инфицированности среди ПИН составил 3,0%, что на 3,5% меньше по сравнению с 2006 г. (Научный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Минск, 2012).

Динамика болезненности и заболеваемости ВПН в Беларуси с 2004 по 2010 гг. характеризуется постепенным увеличением численности ВПН и снижением регистрации новых случаев инфицирования. Так, заболеваемость ВПН в 2010 г. снизилась до 2,8 на 100 тыс. населения, что в 1,3 раза меньше уровня 2004 г., а болезненность увеличилась в 1,4 раза и составила в 2010 г. 61,7 случая на 100 тыс. (в 2004 г. – 44,9 на 100 тыс.). Вместе с тем, анализ коэффициентов скрытности показывает, что на одного ПИН зарегистрированного наркологической службой приходится от 1 до 11 не зарегистрированных (Кошкина Е. А., 2005; Киржанова В.В., 2009). При увеличении численности ВПН наблюдается существенное снижение их заболеваемости. Коэффициент надежности по отношению к 2004 г., отражающий динамику распространения ВИЧ-инфицирования ПИН, в 2010 г. составил +137,4% для болезненности, и +76,6% – для заболеваемости. Темп прироста болезненности ВПН в 2010 г. составил +3,2; заболеваемости +25,6. Заболеваемость ВПН в 2004–2009 гг. неравномерна. Скорость изменений показателей заболеваемости различна, наибольший темп прироста наблюдается в 2007 г. (+23,5%) и 2010 г., наименьший – в 2008 г. (-34,4%) и 2005 г. (-22,9). При выравнивании показателей динамического ряда отмечается тенденция к снижению уровня заболеваемости, в среднем, на 7,4% ежегодно (Станько Э.П., 2011). Подобная ситуация обусловлена изменением пути передачи инфекции и активизацией разных форм дискриминируемого сексуального поведения среди ПИН и их половых партнеров (незащищенный проникающий половой контакт, коммерческий секс для приобретения наркотиков, секс в состоянии наркотического опьянения и т.д.), что подтверждается увеличением численности ВПН.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН возрастает за счет «вовлеченности» их в коммерческий секс. Так, сексуальные услуги за вознаграждение оказывали 10,4% женщин и 4,3% мужчин; при этом 77,5% женщин и 70,7% мужчин использовали презерватив. Покупали секс 9,7% мужчин и 2,8% женщин; на использование презерватива указали 61,5% женщин и 80% мужчин. Доля ЖСБ, употребляющих инъекционные наркотики в 2011 г. составила 16,6% от числа респондентов (15,5% – 2009 г., 12,2% – 2007 г., 10,1% – 2006 г.). При этом, в течение последних 12 месяцев 21,2% ЖСБ вступали в интимные отношения с мужчинами, употребляющими наркотики. Уровень заболеваемости ВГС в группе ЖСБ, допускающих ИПН составляет 28,9%; среди ЖСБ, не практикующих ИПН –

3,1%. Широкое распространение ИПН в стране, высокий процент серопревалентности ВИЧ (13,3%), присутствие различных поведенческих рисков свидетельствуют о том, что ПИН по-прежнему являются группой повышенного риска распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь (Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Минск, 2012).

Таким образом, анализ эпидемиологических исследований свидетельствует о необходимости сбора информации о распространенности и заболеваемости наркологическими расстройствами, о временных колебаниях этих показателей в данной популяции, их различии в отдельных подгруппах (мужчины, женщины) и с неодинаковыми медико-социальными характеристиками. Эпидемиологические исследования, способствуя изучению генетических, психосоциальных, токсических, инфекционных и метаболических факторов риска, имеют первостепенное значение для решения проблем потребления наркотических средств, включая исследования по профилактике и социальной поддержке наркозависимых пациентов, их семей, планированию деятельности различных служб: неотложной помощи, диагностики, лечения, медико-социальной реабилитации и др. Комплексная оценка всех перечисленных составляющих этой проблемы позволит обеспечить позитивное развитие профилактических стратегий и межведомственное взаимодействие различных служб для организации оказания медико-социальной помощи наркозависимым пациентам.

Проблема оценки распространенности потребления наркотиков на современном этапе свидетельствует о необходимости создания системы мониторинга наркологической ситуации – учета распространенности наркозависимости и потребления наркотиков с разработкой компьютерной базы различных интенсивных показателей, сопоставимых в динамике. Это позволит проводить сравнительный анализ изменений в тенденциях распространения злоупотребления наркотиками по единой методике на республиканском, областном, городском и местном уровнях, результаты которого будут способствовать разработке рекомендаций по усовершенствованию оказания медико-социальной помощи при потреблении наркотических средств среди различных групп населения. Необходимо отметить, что характер эпидемиологических исследований не может быть ограничен рамками изучения распространенности и динамики наркозависимости. Не менее важным является изучение факторов, влияющих на характер и прогноз наркозависимости относительно их медико-социальных, анамнестических и клинических характеристик. Именно комплексный научно-статистический анализ факторов, влияющих на результаты лечения, позволит сформировать новые подходы к организации медико-социальной помощи наркозависимым пациентам.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Введение	4
1 <i>Часть 1. Общие вопросы</i>	6
2 Эпидемиология наркозависимости и ВИЧ-инфекции	11
3 Медико-социальные последствия потребления инъекционных наркотиков	17
4 <i>Часть 2. Организация наркологической и инфекционной помощи</i>	23
5 Лечение психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ	26
6 Биологические методы контроля потребления ПАВ	33
7 Организация медико-социальной помощи ПИН при ВИЧ/СПИДе	45
8 <i>Часть 3. Карта аддиктивного поведения ПИН</i>	55
8.1 Материально-техническое оснащение технологии	56
8.2 Показания к использованию технологии	56
8.3 Противопоказания к использованию технологии	57
8.4 Условия использования технологии	57
8.5 Описание структуры и технологии использования К. ПИН	57
8.6 Возможные осложнения при проведении технологии и способы их устранения	60
8.7 Эффективность использования технологии	61
Заключение	62
Список литературы	64
Содержание	67
Приложение 1	68
Приложение 2	75
Приложение 3	79