

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]:[616.98:578.828:6Н17]–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 невыносимые страдания 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 Л. 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 1536 граждан, количество состоящих на учете наркопотребителей на конец года составило 94,2 на 100 тыс. населения; коэффициент наглядности по отношению к 2000 г. + 96,8%; 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.

## МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Наркотическая зависимость – хроническое рецидивирующее заболевание, 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). Наркотическая зависимость ассоциируется с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким риском летального исхода. Для наркозависимых лиц характерен ряд медико-психологических и социальных проблем, которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи, особенно в случаях инфицирования ВИЧ (WHO Regional Office for Europe, 2006).

*Медицинские проблемы.* Потребители наркотиков помимо проблем, вызванных ИПН, нередко имеют ряд сопутствующих заболеваний и состояний, к наиболее распространенным из которых относятся ВИЧ-инфекция, другие гемоконтактные вирусные инфекции (включая гепатиты В, С, D), вызывающие поражение печени; бактериальные инфекции (туберкулез, бактериальная пневмония, эндокардит, сепсис); отравление наркотиками (передозировка); алкогольная зависимость, алкогольное поражение печени, комбинированная зависимость; психические расстройства. В результате злоупотребления опиоидами и алкоголем у ПИН могут возникать или усугубляться приемом ПАВ психические нарушения. У некоторых ПИН симптомы психического расстройства могут наблюдаться давно, однако соответствующий диагноз не выставлен и пациенты не получают адекватного лечения. Вместе с тем, ПИН для самолечения психических расстройств используют наркотические средства и подменяют эффективную терапию. У ВПН значительно чаще наблюдаются суициды и депрессия, которая превышает и без того высокую частоту депрессии и самоубийств у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и СПИДа (Bouhnik AD et al., 2005). К другим, наиболее часто наблюдающимся проблемам у ПИН относятся тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии; ограниченные поражения мягких тканей и сосудов, включая кожные абсцессы и тромбофлебит, повышенный риск респираторных и связанных с курением заболеваний, хронические болезни (WHO Regional Office for Europe, 2006).

*Социальные проблемы.* Потребление наркотических средств меняет социальную ориентацию личности, при этом происходит непрерывный процесс нарушения адаптации пациентов в обществе (Елисеев И.М., 1976). Непосредственным результатом потребления наркотиков является значительное снижение трудоспособности пациентов: в большинстве случаев они не работают, находятся на иждивении родственников или занимаются криминальной деятельностью, направленной на приобретение наркотика (Гречаная Т.Б. и др., 1999). Пациенты с синдромом опиоидной зависимости имеют низкий уровень социального функционирования и выраженную социальную несостоятельность (Оруджев Н.Ч., 2002), уровень которой зависит от типа течения заболевания и варьирует от умеренно выраженных нарушений до полной дезадаптации (Чирко В.В., 2001). С течением времени многие ПИН сталкиваются с такими проблемами, как социальная нестабильность, нищета, психические расстройства, отсутствие взаимопонимания с медперсоналом, дискриминация и стигматизация. ВИЧ-инфекция и потребление наркотиков в настоящее время являются широко распространенным источником стигматизации и дискриминации. При этом, стигма,

связанная с потреблением наркотиков, часто усиливается из-за отсутствия правовой защиты лиц, употребляющих наркотики, а также из-за того, что непосредственно факт приема наркотика является незаконным и носит скрытый характер. Как следствие, ВПН из-за стигматизации и дискриминации неохотно посещают медицинские учреждения. Страх подвергнуться дискриминации заставляет многих ВПН скрывать свое пристрастие к наркотикам от специалистов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе, что повышает риск диагностических ошибок и лекарственных взаимодействий между назначенными ВПН наркотиками (Geneva, WHO, in Press, 2005). С другой стороны, социальные проблемы, связанные с употреблением наркотиков и положительным ВИЧ-статусом, в том числе стигматизация и дискриминация, способствуют усилению патологического влечения к наркотикам. Таким образом, к самым распространенным социальным проблемам, с которыми сталкиваются ПИН, относятся стигматизация, дискриминация и низкий социальный статус; нищета; бездомность; безработица; разлад в семейной и общественной жизни; криминальное поведение и заключение в тюрьму (WHO Regional Office for Europe, 2006).

В большинстве стран мира значительная доля ПИН периодически попадает в тюрьму из-за экономических проблем, вызванных наркозависимостью и преступлений, которые совершаются для решения таких проблем. Содержание ПИН в местах лишения свободы сопряжено с рядом медицинских и других проблем, к которым относятся опасные методы введения наркотиков, сопровождающиеся риском заражения и передачи вирусных гепатитов и других инфекций; полирезистентный туберкулез; высокий риск передачи ИППП (включая ВИЧ) между заключенными при незащищенных половых контактах; физическое и сексуальное насилие; повышенный риск передозировки наркотика после освобождения; психические расстройства (депрессия, тревожные расстройства); суицид. В ряде стран в местах лишения свободы отмечены вспышки ВИЧ-инфекции, что является дополнительным фактором более широкого распространения эпидемии ВИЧ-инфекции (WHO Regional Office for Europe, 2006).

*Рискованное поведение.* Наибольшую опасность в распространении ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов (ВГС, ВГА) представляет группа ПИН, что связано с наличием в этой группе двух наиболее опасных способов передачи инфекции – совместное использование зараженных игл и шприцев при потреблении инъекционных наркотиков и незащищенные половые контакты (Максимова, С.Г., 2004).

Результаты проведенного нами социологического исследования 143 ВПН (117 мужчин и 26 женщин) на территории Брестской, Гомельской и Гродненской областей показали, что в течение нескольких лет ВПН испытывают проблемы вследствие приема наркотических средств. Следует отметить, что 73,4% ВПН использовали наркотики с целью самолечения, особенно тревожно-депрессивных расстройств либо применяли их вместо лекарственных средств. В качестве основных последствий длительной наркотизации 95,8% ВПН отметили инфицирование ВИЧ, вирусными гепатитами В, С, D; 70,6% респондентов указали на проблемы с законом, заключение в места лишения свободы. Отравление наркотиками (передозировка) отметили 38,4% ВПН, сочетанное употребление наркотиков с другими ПАВ – 34,9% ВПН. По мнению 53,8% опрошенных, длительный прием наркотиков сопровождается возникновением тревожно-депрессивных расстройств; формированием

хронических болезней – 29,3% ВПН. К основным последствиям длительной наркотизации 21% респондентов отнесли развитие туберкулеза, пневмонии, эндокардита, сепсиса; возникновение респираторных, связанных с курением заболеваний – 11,2% ВПН; кожные абсцессы, гнойники – 29,3% ВПН; тромбофлебиты – 21,6% ВПН; тромбоз глубоких вен – 6,9% ВПН; тромбоэмболию легочной артерии – 2,1% ВПН; самоубийство – 11,8% опрошенных.

Анализируя характер взаимоотношений ВПН с медицинским персоналом, установлено, что 34,2% опрошенных ощущали максимальную отдаленность медперсонала; 42% – предвзятое отношение в связи со стигмой категории «ВИЧ-инфицированный наркоман»; 24,5% – затруднения в общении с медперсоналом, максимальное сокращение контакта; 20,3% – отсутствие возможности найти у медперсонала поддержку; 12,9% – не соблюдение медперсоналом должной субординации и игнорирование просьб, жалоб, элементарных требований и нужд пациентов; 16,1% – презрительное отношение медперсонала, не скрывающего своего пренебрежения к ВИЧ; 11,9% – ощущение унижающего, оскорбительного, грубого отношения со стороны медперсонала по отношению к себе, что способствовало формированию у ВПН явления само стигматизации. Одним из факторов, способствующих развитию самостигматизации является также непосредственное восприятие самой болезни ВИЧ. По мнению ВПН, факторы, влияющие на развитие самостигматизации, по степени релевантности, распределяются следующим образом: восприятие заболевания как неизлечимого – 65,7% случаев; опасного с необычным протеканием – 34,9% случаев; как фактор, препятствующий возможному вступлению в брак, рождению детей – 30,1% случаев; как причина социальной изоляции и отгороженности, фактор дополнительной стигматизации – 14,7% случаев; восприятие заболевания как постыдного – 7,7% случаев. Кроме того, у 52,4% опрошенных отсутствует вера в успех лечения, 16,1% ВПН ощущают себя презираемым, никчемным, бесполезным членом общества, который никого не интересует, попусту расходует время медперсонала. 20,3% респондентов были уверены в том, что контакт окружающих с ними из-за болезни должен быть сведен к минимуму.

Среди опрошенных к наиболее значимым последствиям ВИЧ-инфицирования, 40,5% респондентов отметили просевшие семейные отношения; 38,4% – неспособность создать семью, иметь детей; 34,2% – отсутствие свободы выбора, ощущение потери своего места в обществе, а также усиление тяги к наркотикам, другим ПАВ, в том числе из-за дискриминации и различных социальных проблем; 29,3% – проблемы в получении адекватной медицинской помощи. На общение с лицами с криминальным (асоциальным) поведением указали 23,7% ВПН; смену привычного образа жизни, социальной активности (посещение ночных клубов, дискотек) – 18,2% ВПН; вынужденную социальную изоляцию, потерю привычного круга общения, друзей и отношений, а также жилищные и финансовые проблемы (долги, квартплата) – 17,5% ВПН; перемену мест работы, повышенный риск утраты работы, занятости, отсутствие работы – 15,4% ВПН; более редкое употребление или отказ от приема наркотиков из-за страха утраты здоровья, жизни – 16,8% ВПН; неполноценное питание – 6,9% ВПН; негигиенический образ жизни – 4,8% ВПН; отсутствие жилья, полу-, нелегальное существование – 4,2% ВПН.

К основным проблемам, с которыми пришлось сталкиваться ВПН, 65,7% опрошенных отнесли проблемы с законом, криминальное поведение, заключение в тюрьму; 46,8% респондентов указали на социальную нестабильность; 44,1% – безработицу; 42,6% – наличие психических расстройств в виде сниженного настроения, депрессии, тревожно-фобических переживаний, нарушений сна; 34,9% – разлад в семейной и общественной жизни; 37,7% – нарушение прав человека, проблемы с законом; 16,1% – нищету и ограниченный доступ к медицинским услугам; 15,4% респондентов – низкий социальный уровень, жизнь за границей, нарушение общепринятых социальных и экономических норм; 18,2% ВПН – стигматизация, страх подвергнуться дискриминации из-за пристрастия к наркотикам и ВИЧ-инфицирования, также отсутствие понимания с врачами и другим медперсоналом.

Анализируя мотивы отказов ВПН от предлагаемого лечения установлено, что 58,7% пациентов прекращали прием АРВП из-за постоянного потребления наркотиков. Основной причиной отказа от проведения АРВТ, 39,8% респондентов назвали отсутствие мотивации, жизненных перспектив, 30,7% ВПН – употребление алкоголя, 27,3% ВПН – сопутствующие депрессивные и тревожные переживания, 25,8% – наличие серьезных жизненных проблем, кризиса, 18,9% – общественное осуждение, дискриминацию. Побочные эффекты АРВП в 40,5% случаев были причиной прекращения АРВТ; негативное впечатление от медицинского обслуживания, недоброжелательное отношение со стороны медперсонала – 29,4% случаев; низкое качество медицинских услуг и доступность медпомощи, неудобство работы наркологической службы – 27,3% случаев; явления стигматизации и дискриминации в медучреждениях – 20,3% случаев; незначительная эффективность АРВТ – 19,5% случаев; плохая координация (отсутствие) работы медицинских и социальных служб – 14,6% случаев; отсутствие преемственности в предоставлении медицинской помощи – 11,8% случаев; убежденность медперсонала о неспособности наркопотребителей соблюдать режим АРТ – 9,8% случаев. При проведении АРВТ 32,8% ВПН обеспокоены необходимостью приема лекарств в строго определенные часы, не допуская пропусков; 20,9% – появлением побочных эффектов; 19,5% – снижением физической активности; 13,9% – неспособностью соблюдать режим АРВТ; 14,6% – психофизической усталостью от вынужденного регулярного приема препаратов; 11,2% – малоэффективностью проводимой АРВТ и осознанием приближения терминальной стадии, летального исхода; 5,6% – астенией, различными болезненными ощущениями, другими симптомами заболевания; 3,5% – появлением видимых дефектов внешности; 2,8% ВПН – ощущением специфического лекарственного запаха своего тела, отвращения к нему. Следует отметить, что среди основных причин смерти ВПН, 63,3% респондентов отметили ВИЧ/СПИД, 53,1% респондентов – передозировку наркотиками; 12,6% – несчастный случай; 27,3% ВПН – самоубийство.

На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 33,5% опрошенных; имели судимость (условный срок) – 9,8% ВПН; отбывали наказание – 60,8% ВПН; повторно осуждены – 56,6% респондентов. Причиной судимости в 66,4% случаев были преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, в 42,6% случаев – корыстные и имущественные преступления. Насильственные действия, преступления против личности (нападение, изнасилование) регистрировались у 12,5% ВПН. Агрессивные противоправные действия в 39,2% случаев носили спровоцированный характер; в 39,8% – были направлены на случайных людей, их имущество; в 37,1% – непосредственно на источник-раздражитель. На

совершение многократных правонарушений указали 85,3% опрошенных, причем возраст совершения первого правонарушения приходится на  $14,2 \pm 0,3$  лет. 70,6% ВПН правонарушения совершали в одиночку. Игнорирование общепризнанных норм, оппозиционной манеры поведения у 41,9% ВПН наблюдались еще до 18 лет. При этом, у 15,3% имело место пренебрежительное отношение к лицам ближайшего окружения и членам семьи. Следует отметить, что 40,5% опрошенных преступления совершали в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, 11,2% ВПН – в состоянии отмены, 36,7% ВПН – в состоянии выраженного влечения к наркотику.

Одним из основных факторов, увеличивающих риск повторного инфицирования и распространения инфекционных заболеваний среди ПИН и их окружения является рискованное инъекционное и сексуальное поведение ВПН. Так, 18,8% опрошенных ВПН за последний месяц вводили себе наркотик, который был приготовлен в емкости другой емкости для смешивания, которыми пользовались другие люди либо наркотик был приготовлен другим человеком, который сделал себе инъекцию или хотел сделать другому. За последний месяц вводили себе наркотик приготовленный на воде которой уже пользовался другой человек 15,3% ВПН; отфильтрованный через фильтр, которым уже пользовался другой человек либо был контакт с иглой/шприцем, которым уже пользовался другой человек – 14,6% ВПН; вводили наркотик шприцем / иглой, до которых дотрагивался другой человек, сделавший себе инъекцию – 12,5% ВПН; вводили себе наркотик, приготовленный сразу после того, как «помогали» другому человеку сделать инъекцию – 11,2% ВПН; вводили себе наркотик, шприцем / иглой другого человека либо после другого человека, который ввел себе часть наркотика из общей емкости – 9,8% ВПН. За последний месяц 12,5% респондентов использовали или вытирали место инъекции подручными средствами, которыми уже пользовался другой человек.

Анализ половой активности ВПН показал, что 64,3% опрошенных лиц практиковали половые отношения с женщинами; с использованием средств защиты – 41,9% респондентов; с постоянным партнером – 34,2% ВПН. Следует отметить, что 5,6% опрошенных занимались продажей секс – услуг с целью заработать деньги, в частности на покупку наркотика. Незащищенный половой контакт с другим человеком за последний месяц после инъекции наркотика отметили 18,2% респондентов, без использования увлажняющих средств – 6,9% ВПН; на контакт с кровью другого человека за последний месяц указали 14,7% опрошенных.

В целом, можно выделить четыре основных типа медико-социальных последствий при злоупотреблении наркотиками:

1. Прямое влияние потребления наркотиков на здоровье: развитие ряда заболеваний и состояний (гемоконтактные вирусные инфекции; бактериальные инфекции; отравление наркотиками; комбинированная химическая зависимость; психические расстройства; тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии; ограниченные поражения мягких тканей и сосудов, включая кожные абсцессы и тромбофлебит; повышенный риск респираторных и связанных с курением заболеваний, хронические болезни), других расстройств, обусловленных образом жизни (неудовлетворительное питание, отсутствие гигиены).

2. Ухудшение социального функционирования: социальная нестабильность; ощущение потери места в обществе; разлад в семейной и общественной жизни; повышенный риск

утраты работы, занятости или места учебы; отсутствие работы; жилищные и финансовые проблемы; потеря привычного круга общения; общение с лицами с криминальным поведением; социальная изоляция и отгороженность; нищета; отсутствие жилья; дискриминация; стигматизация.

3. Противоправная деятельность, связанная с незаконным оборотом наркотиков: агрессивные противоправные действия; корыстные и имущественные преступления для добычи средств с целью приобретения наркотика.

4. Рискованное инъекционное и сексуальное поведение: употребление наркотика с использованием инструментов, емкостей, растворов или использование подручных средств, которыми пользовались другие наркопотребители; коммерческий секс для приобретения наркотика; незащищенный половой контакт.

Таким образом, мониторинг и оценка результатов эпидемиологических исследований, медико-социальных последствий потребления наркотиков необходима для перспективного планирования и эффективной организации медицинского и социального обслуживания наркологических пациентов, для разработки программ по снижению вреда при злоупотреблении наркотиками с фокусированием внимания на особенностях рискованного поведения ПИН, которое отражает потенциальную опасность массового распространения инфекционных заболеваний (ВИЧ, ВГС, ВГВ).

## 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	39
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. П. ПН	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