

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

УДК 613.83+616.98:578.542+616-036.8

ВЛИЯНИЕ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ОРЕНБУРГЕ

¹О.С.Левина, ¹А.А.Яковлева, ²В.А.Одинокова, ²И.Н.Гурвич

¹Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит», Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

THE INFLUENCE OF ILLEGAL DRUG USE ON ADDRESSING FOR HIV TREATMENT IN SAINT-PETERSBURG AND ORENBURG

¹O.S.Levina, ¹A.A.Yakovleva, ²V.A.Odinokova, ²I.N.Gurvich

¹«Stellit» Regional Public Organization for Welfare-Promoting Social Projects

²Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2010 г.

В статье представлен анализ влияния инъекционного наркопотребления на формирование препятствий к обращению ВИЧ-позитивных пациентов за антивирусной терапией. В основу легли данные исследования среди людей, живущих с ВИЧ, в Санкт-Петербурге и г. Оренбурге (n=551).

С помощью регрессионного анализа были выявлены основные особенности формирования причин отказа от лечения ВИЧ-инфекции в связи с наркопотреблением. Полученные результаты не только подтвердили высокий уровень инъекционного наркопотребления среди ВИЧ-позитивных людей, охваченных исследованием в Санкт-Петербурге и г. Оренбурге, но и показали существенную региональную специфику. Именно особенности паттернов инъекционного наркопотребления в изученных регионах определили специфичность причин отказа от обращения за антивирусной терапией.

Результаты исследования позволили сформулировать конкретное содержание мер, которые в изученных регионах будут способствовать привлечению на лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией и опытом инъекционного наркопотребления.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, атриветровирусная терапия, обращаемость за лечением, инъекционное употребление наркотиков, потребители инъекционных наркотиков.

The paper based on data about HIV-positive subjects in Saint-Petersburg and Orenburg (Russia) addresses the issue of how injecting drug use can influence the barriers towards ARV therapy for HIV-positive patients. By regression analysis we found the main factors implicated in the development of reluctance to adhere to ARV as it relates to injecting drug use. The results confirm the high rates of injecting drug use among HIV-positive subjects in Saint-Petersburg and Orenburg, show region-related specificity of this phenomenon, and make it clear that injecting drug use patterns in these two regions define why people refuse to access ARV therapy. The study helps to develop measures that can improve therapy-seeking behaviors of HIV-positive injecting drug users in these regions of Russia.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, rate of addressing for treatment, injection drug use, IDU.

Стремительный рост эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации связан с инъекционным наркопотреблением. Развитие эпидемии в группе потребителей инъекционных наркоти-

ков (ПИН) началось на отдельных территориях в 1996–1997 годах, а к 2004 году случаи ВИЧ-инфекции у представителей группы регистрировались уже на всей территории страны [1, 2, 3].

До настоящего момента ПИН являются наиболее пораженной ВИЧ-инфекцией группой населения [4], а инъекционное введение наркотиков нестерильными инструментами остается главным фактором риска инфицирования. Соответственно, подавляющее большинство инфицированных ВИЧ в стране на конец 2008 г. заразились при использовании нестерильного инструментария для внутривенного введения наркотиков (82,4% от лиц с известными причинами заражения) [5].

По данным ФГУ Национального научного Центра наркологии Росздрава, из общего числа зарегистрированных в России ПИН были инфицированы ВИЧ в 2008 г. 12,1% (в 2007 г.— 11,9%, в 2006 г.— 11,8%, в 2005 г.— 9,3%) [6]. Выборочные дозорные эпидемиологические исследования, реализованные в группе ПИН на разных территориях в 2000–2007 гг., дают широкий разброс значений распространенности ВИЧ-инфекции в группе — от 0 до 64,5% [4]. Это связано со спецификой наркоситуации в регионах. Резкий рост уровня ВИЧ-инфекции отмечается на этапе перехода от кустарно изготовленных опиатов к употреблению героина. Поэтому, даже при отсутствии различий в практиках использования инъекционных шприцев или половом поведении, наиболее высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН наблюдается в городах с более длительной историей использования героина [7, 8].

Одним из таких городов является Санкт-Петербург, где эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН началась в 1999 г. Максимального значения показатель заболеваемости достиг в 2001 г.— 218,6 на 100 тыс. населения [9, 3]. Серия дозорных исследований, проведенных в Санкт-Петербурге, показала быстрое распространение ВИЧ в группе ПИН — с 12% в 1999 г. до 44% в 2003 г. [11]. В 2008 г. соотношение парентерального и полового путей инфицирования составило 4,7:1 (81,1% и 17,0% соответственно) [9, 4]. Доля ВИЧ-инфицированных среди зарегистрированных ПИН в Санкт-Петербурге в 2006 г. составила 20,7%, в то время, как 2007 — 25,3% [10]. Приведенные данные показывают, что в Санкт-Петербурге движущей силой эпидемии по-прежнему является распространение вируса в группе ПИН.

Оренбургская область с г. Оренбургом также является регионом с высоким уровнем ВИЧ, где распространение инфекции связано с инъекционным употреблением наркотиков. Регион находится на пути наркотрафика из Центральной

Азии, что определяет чрезвычайную актуальность проблемы наркопотребления. Эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН в Оренбуржье началась в 2000 г.: за один год общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции возросло в 45 раз (с 92 случаев в 1999 г. до 4218 случаев в 2005 году кумулятивно) [5]. Доля ВИЧ-позитивных среди зарегистрированных ПИН в Оренбургской области в 2007 г. составила 15,8% [10].

Санкт-Петербург и Оренбург, как и ряд других городов России характеризуются героиновой наркоманией. Следствием этого, является превалирование среди больных с ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков. Это приводит к объективным сложностям при назначении и ведении лечения антиретровирусными препаратами. Поэтому изучение влияния опыта использования инъекционных наркотиков на обращаемость за лечением в связи с ВИЧ-инфекцией является на современном развитии эпидемии одним из приоритетных направлений научно-практических исследований.

Материалы и методы исследования. Целью исследования являлось выявление факторов, препятствующих и способствующих обращаемости за лечением среди больных с ВИЧ-инфекцией в г. Санкт-Петербурге (n=266) и г. Оренбурге (n=285). Изучалось влияние социально-демографических характеристик, личностно-психологических особенностей, употребления алкоголя и наркотиков, информированности, ближайшего социального окружения и средств массовой информации, а также предшествующего опыта лечения, на формирование установок в отношении терапии ВИЧ-инфекции.

В частности, были изучены следующие установки: намерение начать высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) когда это будет необходимо по показаниям; мнение о том, что лично пациенту ВААРТ поможет; причины отказа от обращения за ВААРТ:

- пока хорошо себя чувствуешь, в лечении нет никакой необходимости;
- приходится менять свои привычки и образ жизни;
- лечение тяжело переносится;
- трудно выполнять требования режима приема лекарств;
- нельзя принимать лекарства так, что бы никто не заметил;
- полезность лечения не доказана;
- инфекция — наказание за грехи, и лечиться — значит сопротивляться божьей воле;

— ВИЧ-инфекции вообще не существует.

Целевая группа — лица с позитивным ВИЧ-статусом (люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ)), на момент исследования не проходившие лечение в связи с ВИЧ-инфекцией.

Выборка формировалась на базе доступных для исследования групп населения: (1) среди потребителей инъекционных наркотиков, секс-работниц и мужчин, имеющих секс с мужчинами («снежный ком» на базе специализированных программ профилактики); (2) среди лиц с диагнозом «ВИЧ-инфекция», находящихся на лечении в специализированных стационарах (отделения Центров по борьбе со СПИДом, инфекционные больницы); (3) среди клиентов программ и групп самопомощи для ЛЖВ.

Сбор данных проводился в конце 2006 г. Участие в исследовании, а также привлечение других участников, поощрялось подарочными наборами. Интервью проводилось методом «лицом к лицу» по структурированному вопроснику и предварялось получением информированного согласия.

Математико-статистическая обработка и анализ данных состояли из нескольких этапов. На первом этапе произведен расчет простых распределений с оценкой значимости различий между городами по V -критерию Крамера (для индикаторов, измеренных в шкалах наименований) и по t -критерию Стьюдента (для индикаторов, измеренных в порядковых шкалах).

Дальнейший многомерный анализ данных произведен с использованием линейного пошагового регрессионного анализа (бинарной логистической регрессии). Данный метод регрессионного анализа позволил из совокупности характеристик наркопотребления (таких как наличие жизненного опыта употребления различных инъекционных и неинъекционных наркотиков, характеристики наркопотребления на момент исследования) выбрать те, которые оказывают статистически значимое влияние на поведение и установки в связи с обращением за ВААРТ, а также выразить в процентах, насколько суммарное воздействие отобранных значимых факторов детерминирует или «объясняет», это поведение.

Результаты и их обсуждение. Социально-демографические характеристики. Всего был обследован 551 человек с позитивным ВИЧ-статусом (в Санкт-Петербурге 266 человек, в Оренбурге — 285 человек). Социально-демографические характеристики обследованной группы и различия по городам представлены в таблице 1.

Доля женщин в суммарной выборке несколько больше, чем мужчин; различие по городам обеспечивается за счет большей доли женщин в оренбургской подвыборке по сравнению с петербургской.

По возрасту в суммарной подвыборке преобладают лица 20–24 лет (35,8%) и 25–29 лет (36,5%), а различие между городами обеспечивается за счет большей представленности в петербургской подвыборке лиц 35 лет и старше (11,3% и 4,6% соответственно, $p \leq 0,05$).

Уровень образования в обследованной группе может быть охарактеризован как средний: в суммарной выборке преобладают лица со средним специальным (24,3%), полным средним (23,6%) и профессионально-техническим образованием (16,3%). Обращает на себя внимание достаточно большая доля лиц с более низким уровнем образования (начальное и неполное среднее — около 15%) и более высоким (чуть менее 20%). Различия по городам ($p \leq 0,05$) обеспечиваются за счет меньшей представленности в оренбургской подвыборке лиц с профессионально-техническим образованием (13,3% и 19,5% соответственно), а в петербургской — лиц с неполным средним (17,3% и 11,9%) и высшим образованием (9,8% и 6% соответственно).

По социально-групповой принадлежности, в суммарной выборке в наибольших долях представлены лица, работающие в сфере услуг (22,7%), безработные (15,6%) и домохозяйки (10,7%), квалифицированные рабочие (8,5%), а также служащие со специальным образованием (7,6%) и без него (6,5%). Различия между городами ($p \leq 0,001$) обеспечиваются за счет существенно большей представленности в оренбургской подвыборке лиц, работающих в сфере услуг (31,2% и 13,5% соответственно), а в петербургской — лиц, отнесших себя к другим группам населения (8,6% и 2,1% соответственно).

Опыт обращения за лечением ВИЧ-инфекции имеет приблизительно каждый пятый из обследованных (без значимых отличий по городам).

Характеристики наркопотребления. Только треть обследованных не имеет опыта употребления каких-либо наркотиков в течение жизни (30,9% в суммарной выборке) см. таблицу 2. Оренбургскую подвыборку отличает более ранний возраст первой пробы наркотиков по сравнению с петербургской.

Употребление в течение жизни различных видов наркотиков не инъекционным путем статистически значимо различаются между под-

Таблица 1

Социально-демографические характеристики больных с ВИЧ-инфекцией, процент, V Крамера, p

Характеристики	Статистический показатель			V Крамера / t Стьюдента	p		
	Санкт-Петербург	Оренбург	Суммарная выборка				
Пол:							
Мужской	38,3	29,5	33,8	0,09	p≤0,05		
Женский	61,7	70,5	66,2				
Возраст:							
15–19 лет	5,3	6,3	5,8	0,17	p≤0,05		
20–24 года	32,0	39,3	35,8				
25–29 лет	35,3	37,5	36,5				
30–34 года	16,2	12,3	14,2				
35 лет и старше	11,3	4,6	7,8				
Образование:							
Начальное	1,2	1,4	1,3	0,18	p≤0,05		
Неполное среднее	17,3	11,9	14,5				
Полное среднее	19,2	27,7	23,6				
Профессионально-техническое	19,5	13,3	16,3				
Среднее специальное	20,3	28,1	24,3				
Незаконченное высшее	12,4	11,2	11,8				
Высшее	9,8	6,0	7,8				
Аспирантура, ученая степень	0,4	0,4	0,4				
Социально-групповая позиция:							
Неквалифицированные рабочие	5,6	4,6	5,1	0,27	p≤0,001		
Квалифицированные рабочие	7,5	9,5	8,5				
Служащие без специального образования	7,9	5,3	6,5				
Служащие со средним специальным образованием	6,8	8,4	7,6				
Служащие с высшим образованием	7,1	3,2	5,1				
Предприниматели	4,1	3,9	4,0				
Руководители	0,4	0,7	0,5				
Представители свободных профессий (адвокаты, писатели, художники и т.п.)	4,1	2,1	3,1				
Лица, работающие в сфере услуг (торговля)	13,5	31,2	22,7				
Безработные	16,9	14,4	15,6				
Домохозяйки	10,5	10,9	10,7				
Учащиеся	3,8	2,5	3,1				
Пенсионеры	3,0	1,4	2,2				
Другая группа населения	8,6	2,1	5,3				
Опыт обращения за лечением ВИЧ-инфекции:							
Обращались когда-либо в жизни	22,9	21,1	22,0			0,02	нз
Никогда не обращались	77,1	78,9	78,0				

выборками на уровне $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$ (за исключением использования средств бытовой химии, уровень использования которой не превышает 10% в обоих городах). За исключением кокаина и галлюциногенов, опыт использования которых шире представлен в петербургской подвыборке (25,4% против 10,8% и 28,8% против 10,2% соответственно), представители оренбургской подвыборки лидируют по уровню проб различных наркотических веществ в течение жизни. Обращает на себя внимание и состав «тройки лидеров», который в Санкт-Петербурге содержит, помимо традиционных препаратов конопли (66,8% и 83,5% соответственно),

анальгетики (41,5% и 73,9% соответственно) и атропиноподобные препараты (35,1% и 51,1% соответственно), а в Оренбурге — напротив, не содержит атропиноподобных, но включает снотворные (32,7% и 56,8% соответственно).

Опыт употребления инъекционных наркотиков велик и достигает в суммарной выборке 59,9%, а различие по городам также обеспечивается за счет петербургской подвыборки, где этот показатель на 20% выше, чем в оренбургской (69,5% и 50,9% соответственно, $p \leq 0,001$). Среди наркотиков, употреблявшихся в течение жизни инъекционным путем, в обоих городах преобладают героин (81% в суммарной выборке

Таблица 2

Характеристики наркопотребления, процент, V Крамера, p

Характеристики	Статистический показатель			V Крамера / t Стьюдента	p
	Санкт-Петербург	Оренбург	Суммарная выборка		
Опыт наркопотребления:					
Употребление наркотиков когда-либо в жизни	77,1	61,8	69,1	0,16	p≤0,001
Инъекционное употребление наркотиков когда-либо в жизни	69,5	50,9	59,9	0,19	p≤0,001
Употребление наркотиков в течение последнего года*	78,5	67,0	73,2	0,12	p≤0,01
Употребление наркотиков в течение последнего месяца**	80,7	73,7	77,8	0,08	нз
Употребление наркотиков в течение последних суток***	84,6	55,2	72,8	0,32	p≤0,001
Возраст первой пробы наркотиков					
13 лет и младше	4,9	6,3	5,5	0,18	p≤0,05
14–16 лет	24,9	29,0	26,8		
17–19 лет	34,6	45,5	39,6		
20–25 лет	31,2	17,6	24,9		
Старше 25 лет	4,4	1,7	3,1		
Социальные исходы наркотизации:					
Финансовые затруднения	88,8	73,3	81,6	0,19	p≤0,001
Увольнение с работы или оставление учебы	46,3	33,5	40,4	0,13	p≤0,01
Обращения за помощью в медицинские учреждения	63,9	56,8	60,6	0,07	нз
Арест (задержание) работниками милиции	59,5	54,0	57,0	0,05	нз
Конфликты в семье	89,3	75,6	82,9	0,18	p≤0,001
Потеря старых друзей (подруг)	68,3	62,5	65,6	0,06	нз
Разрыв с близким человеком	62,4	47,7	55,6	0,14	p≤0,005
Проблемы со здоровьем	85,9	77,8	82,2	0,10	p≤0,05

* Расчет показателей произведен для группы лиц, имеющих опыт наркопотребления в течение жизни. От числа всех обследованных наркотики употребляли в течение последнего года 60,5% в Санкт-Петербурге и 41,4% в Оренбурге.

** Расчет показателей произведен для группы лиц, имеющих опыт наркопотребления в течение года. От числа всех обследованных наркотики употребляли в течение последнего месяца 48,9% в Санкт-Петербурге и 30,5% в Оренбурге.

*** Расчет показателей произведен для группы лиц, имеющих опыт наркопотребления в течение месяца. От числа всех обследованных наркотики употребляли в течение последних суток 41,4% в Санкт-Петербурге и 16,8% в Оренбурге.

ке) и стимуляторы (49% в суммарной выборке). Уровень употребления инъекционным путем других опиатов (опий-сырец, кодеин, морфин, промедол и др.) в оренбургской подвыборке почти вдвое превышает уровень в Санкт-Петербургской (42% против 22%, p≤0,001). Так же чаще в Оренбурге инъекционным путем употреблялись снотворные препараты (20% против 4%, p≤0,001). Атропиноподобные препараты употреблялись в Оренбурге инъекционным путем почти втрое чаще, чем в Санкт-Петербурге (46% против 15%, p≤0,001), а анальгетики — более, чем в 4 раза чаще (32% против 7%, p≤0,001).

Среди имеющих опыт наркопотребления, продолжали употреблять наркотики в течение последнего года 73,2% в суммарной выборке, значительно больше в Санкт-Петербурге по сравнению с Оренбургом (78,5% и 67% соответственно, p≤0,01). Употребляли наркотики в течение последнего месяца 77,8% в суммарной выборке без

значимых отличий между городами. Однако употребление наркотиков в течение последних суток существенно выше в петербургской подвыборке по сравнению с оренбургской (84,6% и 55,2% соответственно, p≤0,001). По видам наркотиков, употреблявшихся накануне опроса, преобладает героин (97,3% в Санкт-Петербурге и 79,2% в Оренбурге, p≤0,001). В Санкт-Петербурге он является основным употребляемым наркотиком, а в Оренбурге существенную долю занимают атропиноподобные препараты (41,7% против 4,5% в Санкт-Петербурге, p≤0,001), препараты конопли (27,1% против 0%, (p≤0,001), а также снотворные (16,7% против 0,9% в Санкт-Петербурге, p≤0,001).

В целом среди всех обследованных доля актуальных потребителей наркотиков составляет от 48,9% до 41,4% в Санкт-Петербурге и от 30,5% до 16,8% в Оренбурге.

Тяжесть наркопотребления можно косвенно оценить по распространенности социальных

последствий. В петербургской подвыборке социальные последствия наркотизации более ярко выражены по сравнению с оренбургской подвыборкой: финансовые затруднения; проблемы со здоровьем; увольнение с работы или оставление учебы и др. Исключения составляют несколько видов последствий, одинаково часто встречающихся в обеих подвыборках: потеря старых друзей; обращение за помощью в медицинские учреждения; арест или задержание милицией.

Влияние наркопотребления на формирование причин отказа от лечения ВИЧ-инфекции. По результатам регрессионного анализа, доля влияния наркотизации на формирование причин отказа от обращения за лечением ВИЧ-инфекции варьирует от 21% до 56% в Санкт-Петербурге и от 23% до 86% в Оренбурге.

В Санкт-Петербурге опыт неинъекционного употребления различных наркотических препаратов значимо влияет на формирование причин отказа от обращения за лечением. Так, опыт употребления таких опиатов, как опий-сырец, «кокнар», кодеин, морфин, промедол и др., оказывает влияние на формирование мнения о том, что «лечение тяжело переносится». Опыт использования кокаина способствует формированию мнения «трудно выполнять требования режима приема препаратов». Опыт использования неинъекционного героина оказывает влияние на формирование целого ряда причин отказа от обращения за лечением: «невозможно принимать лекарства так, чтобы их никто не заметил»; «от судьбы все равно не уйдешь»; «ВИЧ не существует»; и «здоровье можно поддержать различными естественными средствами не используя «химию». Опыт использования препаратов конопли определяет мнения «пока хорошо себя чувствуешь, в лечении нет необходимости» и «необходимо менять привычки и образ жизни во время лечения». Использование стимуляторов формирует мнения о том, что от «судьбы все равно не уйдешь», и что «необходимо менять привычки и образ жизни во время лечения».

В Оренбурге влияние опыта приема неинъекционных наркотиков несколько уже. В частности, опыт использования галлюциногенов формирует мнение о трудностях соблюдения режима приема лекарств; использование анальгетиков — мнение о том, что «пока хорошо себя чувствуешь, в лечении нет необходимости»; а использование препаратов конопли — на мнение о том, что «здоровье можно поддержать естественными средствами, не используя «химию».

Наличие жизненного опыта употребления наркотиков инъекционным путем не оказывает влияния на формирование причин отказа от лечения в Санкт-Петербурге. В то же время, в Оренбурге оно характеризуется следующим. Опыт потребления стимуляторов инъекционно способствует формированию таких мнений, как: «трудно принимать препараты так, чтобы никто не заметил»; «от судьбы все равно не уйдешь»; «здоровье можно поддержать различными естественными способами, не используя «химию».

Употребление наркотиков, как инъекционным, так и неинъекционным путем, также оказывает влияние на формирование причин отказа от лечения ВИЧ-инфекции.

В Санкт-Петербурге употребление атропиноподобных препаратов в течение последнего месяца способствует формированию таких мнений, как: «трудно соблюдать требования режима приема препаратов», «от судьбы все равно не уйдешь», «невозможно принимать препараты так, чтобы никто не заметил». Последняя причина также связана с потреблением опиатов (опий-сырец, «кокнар», кодеин, морфин, промедол и др.). Использование анальгетиков в течение последних суток связано с формированием мнений о том, что «лечение тяжело переносится», «трудно соблюдать требования режима приема препаратов», «необходимо менять свои привычки и образ мыслей». Использование стимуляторов инъекционным путем в течение последних суток связано с формированием мнения, что «здоровье можно поддержать различными естественными способами, не используя «химию».

В Оренбурге использование атропиноподобных препаратов в течение последнего месяца способствует формированию отказа по причине невозможности принимать лекарства так, чтобы никто не заметил. Употребление таких опиатов, как опий-сырец, «кокнар», кодеин, морфин, промедол за последний месяц связано с формированием мнения, что полезность лечения не доказана. Употребление стимуляторов в течение последнего месяца и в течение последних суток определяет формирование мнения, что «пока хорошо себя чувствуешь, в лечении нет необходимости».

В то же время, установка на лечение в Санкт-Петербурге была выявлена у лиц, имеющих опыт употребления стимуляторов инъекционным путем в течение жизни, а также у тех, кто не употреблял атропиноподобные препараты и стимуляторы в течение последних суток. В Оренбурге потребители неинъекционного ге-

роина скорее отказались бы от лечения, если бы оно было назначено. Также негативная установка по отношению к лечению выявлена среди лиц, употреблявших за последний год галлюциногены инъекционным путем и стимуляторы в течение последних суток. В целом, доля влияния наркопотребления на установку по отношению к лечению существенно выше в Оренбурге (43%), чем в Санкт-Петербурге (12%).

Обсуждение. Проблема терапии ВИЧ-инфекции у ПИН в течение более 10 лет широко обсуждается мировым профессиональным сообществом. Исследования показывают, что при прочих равных условиях, в группе ПИН лечение начинается на более поздних сроках развития ВИЧ-инфекции [12], а доля находящихся на лечении — существенно ниже в сравнении с другими группами ВИЧ-позитивных [13–24]. Инъекционное употребление наркотиков значительно снижает показатели приверженности ВААРТ [16, 25–30], а заместительная терапия повышает эффективность лечения ВИЧ-инфекции [17, 31–35]. Однако в случае с группой ВИЧ-позитивных ПИН актуальным является не только вопрос удержания их на терапии, но и повышение обращаемости за лечением.

В странах Азии, Восточной Европы и бывшего Советского Союза, где эпидемия ВИЧ-инфекции связана с инъекционным употреблением наркотиков, вопрос доступности АРВТ для ПИН является первостепенным [15]. Ряд исследователей указывают на низкий социально-экономический статус ПИН, что может являться важной причиной низкой обращаемости за лечением ВИЧ-инфекции [29]. Однако даже при расширении универсального доступа к медицинским услугам и бесплатным препаратам, охват ПИН антивирусной терапией существенно не меняется [16–17].

В этой связи актуальным является изучение факторов, не связанных с доступностью препаратов, которые могут оказывать влияние на обращаемость ПИН за лечением ВИЧ-инфекции. Несомненно, важную роль играет наличие инфраструктуры, обеспечивающей процесс привлечения к лечению и ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также регламентирующих документов относительно терапии лиц с опытом инъекционного наркопотребления. Однако важным представляется и изучение установок ПИН по отношению к лечению.

Некоторые исследователи отмечают недостаточную заинтересованность ПИН в собственном здоровье [16–19], а также широкую распростра-

ненность не диагностированных или не вылеченных психических расстройств. Следствием этого является отсутствие систематических взаимоотношений с медицинскими организациями и обращаемость за помощью лишь в экстренных случаях [24]. Очевидно, что такая модель обращаемости за медицинской помощью существенно снижает возможности терапии ВИЧ-инфекции.

Исследование, проведенное среди ВИЧ-позитивных в Санкт-Петербурге и Оренбурге, показало дифференцированное влияние наркопотребления на формирование причин отказа от обращения за ВААРТ. Доля ЛЖВ, обратившихся за лечением в двух городах, сходна. Это говорит о том, что на обращаемость за лечением в данном случае существенное влияние оказывают не регионально обусловленные факторы (например, фактическая доступность препаратов или эффективность программ привлечения пациентов), а специфика целевой группы.

Сама по себе наркотизация является универсальным и регионально не специфичным фактором, оказывающим негативное влияние на обращаемость за антивирусной терапией, где в качестве основной причины отказа от обращения выступает «необходимость менять привычки и образ жизни». Однако в остальном наблюдаются существенные различия в подвыборках двух городов, обусловленные паттернами наркопотребления. Тяжелое опийное наркопотребление не оказывает специфического влияния на те или иные индикаторы обращаемости людей, живущих с ВИЧ-инфекцией за лечением. Однако актуальное наркопотребление снижает уверенность, что терапия поможет.

Для ЛЖВ, охваченных исследованиями в Санкт-Петербурге, характерен более высокий уровень инъекционного и неинъекционного наркопотребления. Это способствует отказам от обращения за ВААРТ по причинам того, что «лечение тяжело переносится», и «трудно соблюдать режим приема препаратов», а также в связи с иррациональным мнением о том, что ВИЧ не существует.

Для ЛЖВ, охваченных исследованиями в Оренбурге, более свойственно экспериментирование с различными наркотическими препаратами и множественность актуальных паттернов потребления, а более ранний возраст первой пробы наркотиков указывает на изначальноную принадлежность к менее благополучным группам населения. Такие особенности наркопотребления оказывают влияние на отказ от об-

ращения за лечением по причинам хорошего самочувствия и в связи с «возможностью поддерживать здоровье естественными средствами, не используя «химию», а также способствуют формированию мнений о том, что «полезность лечения не доказана», и «от судьбы не уйдешь». Отсутствие тяжелых форм наркотизации среди ЛЖВ в Оренбурге формирует у них позитивную установку к лечению (желание начать терапию; уверенность в том, что терапия поможет).

Заключение. Исследование, проведенное среди ЛЖВ в Санкт-Петербурге и Оренбурге, показало широкое распространение наркопотребления, в т.ч. инъекционного. Причем, для обследованных в Санкт-Петербурге более характерны устойчивые тяжелые формы наркозависимости, тогда как для обследованных в Оренбурге — экспериментирование с различными видами наркотических препаратов. Анализ результатов позволяет говорить об общем негативном влиянии наркопотребления на формирование причин отказа от антивирусной терапии, а также о региональной специфике, обусловленной характерными паттернами наркотизации.

В связи с этим, в программах по привлечению и удержанию пациентов с ВИЧ-инфекцией следует учитывать следующее. Лечение ВИЧ-инфекции целесообразно начинать сразу же, как только купированы явления тяжелой наркозависимости, в т.ч. на фоне эпизодического экспериментирования с наркотиками. Психотерапевтическая составляющая при формировании приверженности к лечению ВИЧ-инфекции наркопотребителей важна и является способностью самосохранительного поведения с акцентом на эгоцентрических мотивах, а не на субъективной ценности здоровья. При психотерапии ЛЖВ, имеющих опыт наркопотребления, в Санкт-Петербурге целесообразно акцентировать внимание на коррекции иррациональных установок в сфере здоровья, а в Оренбурге — фаталистических установок. Для Санкт-Петербурга на фоне тяжелых форм наркозависимости среди ЛЖВ актуальным является повышение качества наркологической помощи и ее психотерапевтической составляющей. Успешность наркологического лечения здесь будет напрямую определять успешность терапии ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция.— СПб., XXI век, 1998.— 696 с.
2. Покровский В.В. и др. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень.— М.: Российский научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.— 1998.— № 10.— 100 с.
3. Смольская Т.Т. Характеристика эпидемического процесса и дальнейшее развитие системы надзора за ВИЧ-инфекцией на территориях Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации: Аналитический обзор.— СПб.: Санкт-Петербургский НИИЭМ им. Пастера, 2004.— 240 с.
4. Голиусов А.Т. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2006 года — декабрь 2007 года.— М.: ЮНЭЙДС, 2008.— 125 с.
5. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом: Информационный бюллетень.— М., 2009.— № 33.— 45 с.
6. Кошкина Е.А. и др. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007–2008 годах.— М., 2009.— 30 с.
7. Толстов Я.Л. Экспериментальное изучение жизнеспособности ВИЧ-1 в шприцах, содержащих экстракт мака // ВИЧ/СПИД и родственные проблемы.— 2004.— № 1.— С. 59–65.
8. Бородкина О.И. ВИЧ-статус инъекционных наркопотребителей в зависимости от вида употребляемых наркотиков. // СПИД, рак и общественное здоровье.— 2005.— № 3.— С.72–73.
9. ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты в Санкт-Петербурге в 2008 году / Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями: Информационный бюллетень.— СПб., 2009.— 33 с.
10. Кошкина Е.А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006–2007 годах: Краткий статистический сборник.— М., 2007.— 24 с.
11. Smolskaya T.T. et al. Three years of experience on HIV control in St.Petersburg among IDUs // Abstract Book of the XIV International AIDS Conference.— Barcelona, 2002.— Vol. II.— P. 112.

12. Kohli R. *et al.* Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. // *Clinical Infectious Diseases*.— 2005.— № 41.— P. 864–872.
13. Aceijas C. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the «Treating 3 million by 2005 Making it happen. The WHO strategy» // *Addiction*.— 2006.— № 101.— P. 1246–1253.
14. *Breaking down barriers. Lessons on providing HIV treatment to IDUs.* New York: International Harm Reduction Development, Open Society Institute.— New York, 2004.— 157 s.
15. Wolfe D. Paradoxes in anti-retroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union. // *International Journal of Drug Policy*.— 2007.— № 18.— P. 246–254.
16. Celentano D.D. Self-reported antiretroviral therapy in injecting drug users // *The Journal of the American Medical Association*.— 1998.— № 280.— P. 544–546.
17. Strathdee S.A. *et al.* Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. // *The Journal of the American Medical Association*.— 1998.— № 280.— P. 547–549.
18. Broers B. A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. // *Archives of Internal Medicine*.— 1994.— № 154.— P. 1121–1127.
19. Dorrucchi M. HIV Italian Seroconversion Study: Antiretroviral treatment and progression to AIDS in HIV seroconverters from different risk groups. // *AIDS*. 1997, №11. P. 461–467.
20. Schinkel J. Protease inhibitors in HIV-infected injecting drug users in Amsterdam: cumulative incidence, determinants and impact. // *AIDS*. 1998, № 12. P. 1247–1249.
21. Hu D.J. Characteristics of persons with late AIDS diagnosis in the United States. // *American Journal of Preventive Medicine*. 1995, № 11. P. 114–119.
22. Tramarin A. The influence of socioeconomic status on health service utilisation by patients with AIDS in North Italy // *Social Science & Medicine*.— 1997.— №45.— P.859–866.
23. Tobias C.R. *et al.* Living with HIV but without medical care: Barriers to engagement // *AIDS patient care and STDs*.— 2007.— Vol.21.— № 6.— P. 426–434.
24. Uphold C.R. Use of health care services among persons living with HIV infection: State of the science and future directions. // *AIDS patient care and STDs*.— 2005.— Vol. 19.— № 8.— P.473–485.
25. Gordillo V. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy // *AIDS*.— 1999.— Vol.13(13).— № 10.— P. 1763–1769.
26. Palepu A. Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.— 2003.— Vol. 32 (5).— P. 522–526.
27. Lucas G.M. Management of HIV infection in injection-drug users // *HIV/AIDS Annual Update 2001*. Milford: MassMedOptions, LLC.— 2002.— P. 137–139.
28. Lucas G.M. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. // *AIDS*.— 2002.— № 16 (5). P. 767–774.
29. Bouhnik A.D. *et al.* Non-adherence among HIV-infected injecting drug users: The impact of social instability. // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.— 2002.— № 31.— P. 149–153.
30. Schroeder J.R. Social factors related to antiretroviral therapy use in injection drug users // *AIDS and Behavior*.— 2001.— Vol. 5.— № 4.— P. 363–369.
31. Moatti J.P. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: The contribution of buprenorphine drug maintenance treatment // *AIDS*.— 2000.— № 14.— P. 151–155.
32. Clarke S. Directly observed therapy for the management of HIV infection in injection drug users // *AIDS Reader*.— 2002.— № 12.— P. 305–316.
33. Clarke S. Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users // *HIV medicine*.— 2003.— № 4.— P. 33–37.
34. Lucas G. Comparison of directly administered antiretroviral therapy in a methadone clinic and self-administered therapy in HIV-infected patients. // 11th Conference on retroviruses and opportunistic infections — San Francisco, 2004.— Abstract 563.
35. Chan A.C. HIV-positive injecting drug users who leave the hospital against medical advice: The mitigating role of methadone and social support // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.— 2004.— Vol. 1.— №35 (1).— P. 56–59.