

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

УДК: 616.9-036.22:616-008

ДАВЛАТОВ Камолиддин Жумаевич

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
СРЕДИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ
НАРКОТИКИ**

5А 510301 – общая эпидемиология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:

д.м.н., Умиров С.Э.

Ташкент – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, ЕДИНИЦ И ТЕРМИНОВ | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ГЛАВА I. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) | 7 |
| 1.1.Общая характеристика ВИЧ-инфекции | 8 |
| 1.2.Эпидемиологическая ситуация в странах Центральной Азии | 13 |
| 1.3. Состояние ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики в странах Центральной Азии..... | 19 |
| 1.4.Роль инъекционных наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ/СПИДА | 21 |
| ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ | 25 |
| 2.1. Материалы | 25 |
| 2.2. Методы | 25 |
| ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ | |
| 3.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА..... | |
| 3.2. Характеристики употребления наркотиков | |
| 3.3. Поведенческие характеристики | |
| 3.3.2. Использование презервативов..... | |
| 3.4. Уровень осведомленности о ВИЧ-инфекции | |
| 3.4.1. Знания о путях передачи..... | |
| 3.5. Профилактика ВИЧ-инфекции..... | |
| 3.5.1. Шприцы, презервативы, информационно-образовательные материалы | |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | |
| ВЫВОДЫ | |
| РЕКОМЕНДАЦИИ | |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ | 27 |

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, ЕДИНИЦ И ТЕРМИНОВ

| | |
|-------|--|
| АРТ | Антиретровирусная терапия |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВН | Вирусная нагрузка |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВПГ | Вирус простого герпеса |
| ДЭН | Дозорный эпидемиологический надзор |
| ДКТ | Добровольное консультирование и тестирование |
| ДНК | Дезоксирибонуклеиновая кислота |
| ИБ | Иммуноблот |
| ИП | Ингибитор протеазы |
| ИППП | Инфекции, передающиеся половым путем |
| ИФА | Иммуноферментный анализ |
| ЛЖВ | Люди, живущие с ВИЧ |
| ЛПУ | Лечебно-профилактическое учреждение |
| ОИ | Оппортунистические инфекции |
| ПИН | Потребитель инъекционных наркотиков |
| ППМР | Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку |
| ПЦР | Полимеразная цепная реакция |
| СПИД | Синдром приобретенного иммунодефицита |
| ТБЛ | Туберкулез легких |
| ЦНС | Центральная нервная система |
| ЮНЭЙС | Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. По данным доклада ЮНЭЙДС и ВОЗ о Глобальной эпидемии СПИДа, который был опубликован в 2008 году, эпидемия ВИЧ-инфекции в мире стабилизировалась, но на очень высоком уровне. По оценочным данным людей, живущих с ВИЧ в мире около 33 миллионов (от 30 до 36 миллионов). В ряде стран, прирост новых случаев ВИЧ замедлился, но на глобальной картине это не отразилось, в связи с большим числом новых заражений в других странах. Количество новых заражений в 2007 году оценивается в 2,7 миллионов (от 1,6 до 3,9 миллионов). За счет внедрения АРВ - терапии уменьшилось число смертей от СПИДа. В 2007 году 2 миллиона человек (от 1,8 до 2,3 миллиона) умерли от СПИДа. Женщины составляют около 50% от всех ЛЖВ в мире (60% из них живут в Африке южнее Сахары). Молодежь в возрасте 15-24 года составляет 24%. Детей до 15 лет – 2 миллиона (почти 90% из них в Африке южнее Сахары). В регионе Восточной Европы и Центральной Азии в 2007 году по оценочным данным живут 1,5 миллиона ВИЧ-инфицированных (от 1,1 до 1,9 млн. чел)[7,8].

Возможность предупредить широкое распространение ВИЧ в Центральной Азии быстро исчезает. Восточная Европа и Центральная Азия переживают в настоящий момент самый стремительный рост новых случаев ВИЧ-инфекции в мире [2]. Имеются свидетельства того, что ВИЧ в Центральной Азии завоевывает свои позиции среди инъекционных наркоманов, и эпидемия в субрегионе быстро становится неуправляемой, как это уже случилось в Российской Федерации, Беларуси, Украине, Молдове.

Согласно имеющимся данным, в 103 из 129 стран или территорий, где зарегистрировано инъекционное употребление наркотиков, отмечены связанные с ним случаи заражения ВИЧ [1]. Это преобладающий путь передачи ВИЧ в Восточной Европе, Северной Африке, на Среднем

Востоке, в Южной Европе, в некоторых регионах США и в некоторых странах Азии [1]. В Малайзии, Мьянме и Вьетнаме с инъекционным употреблением наркотиков связано не менее 75% случаев ВИЧ-инфекции [2, 3], в Китае — по крайней мере 50% (в некоторых юго-западных регионах страны — до 70%) [2, 4]. Неуклонно растут аналогичные показатели в некоторых странах Южной Америки, особенно в Аргентине, Бразилии, Чили, Парагвае и Уругвае [5]. Важно иметь в виду, что стремительное распространение ВИЧ-инфекции все еще может происходить не только в “развивающихся”, но и в “развитых” странах. В канадском городе Ванкувере, где в течение многих лет распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН держалась на низком и стабильном уровне, этот показатель вдруг резко увеличился до 25%, а заболеваемость — до 18,6 на 100 человеко-лет [5]. Данные, полученные в Катманду (Непал) в 1998 году, свидетельствуют о подъеме за период с 1994 года от низкого (менее 2%) и стабильного уровня распространенности ВИЧ-инфекции до показателя 50%, зарегистрированного в выборке из 165 ПИН [13].

В Республике Узбекистан уровень ВИЧ-инфекции остается низким, однако исследования показали, что ситуация меняется, так как эпидемия прочно укоренилась среди инъекционных наркоманов и их партнеров, а растущее число еще не инфицированных инъекционных наркоманов подвергается непосредственному риску заражения. Молодежь из уязвимых слоев населения более подвержена заражению ВИЧ/СПИДом, БППП и инъекционной наркомании.

Степень изученности проблемы. По данному вопросу недостаточно достоверных данных о моделях поведения среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, которые приводят к уязвимости по отношению заражения ВИЧ-инфекции. В данном исследовании мы считаем необходимым раскрыть вопрос о причастности к рискованному поведению к заражению ВИЧ-инфекции лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Цель исследования.

Изучить уровень осведомленности о ВИЧ – инфекции, факторов риска их передачи среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Задачи исследования:

1. Определить модель поведения лиц, употребляющих инъекционные наркотики.
2. Определить информированность лиц, употребляющих инъекционные наркотики по вопросам ВИЧ – инфекции.
3. Определить степень уязвимости лиц, употребляющих инъекционные наркотики по отношению к ВИЧ – инфекции.

Научная новизна.

В последние годы идет стабильная тенденция к росту доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции и по официальным данным увеличиваются случаи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Здесь будет определена степень уязвимости ПИН по отношению к ВИЧ-инфекции. Определена степень поведенческого риска и рискованные модели поведения лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Результаты исследований позволят показать рискованное поведение лиц, употребляющих инъекционные наркотики, которая корректируется с распространением ВИЧ-инфекции. Разработать предложения по усовершенствованию профилактических и противоэпидемических мероприятий ВИЧ-инфекции среди данной группы населения.

Методы исследования.

В работе использованы современные методы аналитической эпидемиологии: тип исследования Кросс–секционное, выборка – систематическая, а также статистический метод с использованием новых компьютерных программ (Epi-info).

Основные положения, выносимые на защиту.

Наличие ВИЧ-инфекции среди исследуемой группы определяет необходимость проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий для предотвращения распространения инфекции в общую популяцию.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Общая характеристика ВИЧ-инфекции

Эпидемиям новых заболеваний предшествуют изолированные случаи: новый возбудитель «ожидает» благоприятных условий для своего распространения. Аналогичным образом развивались эпидемии чумы и холеры в средние века, сифилиса - в эпоху Возрождения, гриппа - в конце XVIII в., ВИЧ-инфекции [79].

Несколько случаев, подобных по своей клинической картине СПИДу, были описаны в 1950-х, 1960-х и 1970-х годах. Более того, в некоторых из образцов крови, взятых у этих больных и хранившихся в замороженном состоянии до 1980-х годов, обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции. Несмотря на большое количество фактов и доказательств, собранных учеными в пользу различных версий, до настоящего времени нет единого мнения о происхождении вируса, а также о причинах стремительного распространения ВИЧ-инфекции в конце XX столетия [82].

Первые случаи синдрома приобретенного иммунодефицита были зарегистрированы в США. В 1981 г. описаны 5 случаев пневмоцистной пневмонии и 26 случаев саркомы Капоши у мужчин, имеющих интимную связь с мужчинами из Лос-Анджелеса и Нью-Йорка. Далее случаи СПИДа были зарегистрированы среди ПИН обоюбого пола, и у больных гемофилией, после переливания крови. После проведения исследований было установлено, что причина заболевания — инфекция, передающаяся с кровью и половым путем [57].

Впервые вирус иммунодефицита человека был выделен в 1983 г. двумя исследователями (Л. Монтанье и Р. Галло) независимо друг от

друга. В течение долгого времени в научном мире шли споры, кто же из этих ученых является первооткрывателем вируса. И лишь в 2008г. было признано, что эта честь принадлежит Люку Монтанье, за что он и был удостоен Нобелевской премии. В 1985 г. был разработан чувствительный метод диагностики ВИЧ-инфекции с помощью иммуноферментного анализа, который позволил оценить распространенность этой инфекции. Внедрение данного метода диагностики вируса, позволило установить, что распространение ВИЧ-инфекции приобрело характер пандемии. Выявление антител к вирусу и определение количества лимфоцитов в крови больных показало, что проявления ВИЧ-инфекции весьма разнообразны: от бессимптомного носительства до развернутой картины СПИДа [46,64].

Вирус иммунодефицита человека относится к подсемейству лентивирусов (слово «ленти» означает замедленный, длительный) семейства ретровирусов. Характерными особенностями ретровирусов являются уникальное строение генома и наличие фермента - обратной транскриптазы (РНК-зависимая ДНК-полимераза). Присутствие обратной транскриптазы в структуре вируса обеспечивает обратную направленность потока генетической информации: не от ДНК к РНК, а, наоборот, от РНК к ДНК.

На сегодняшний день известно 2 антигенных варианта вируса - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 является наиболее патогенным для человека. В РУз циркулирует ВИЧ-1.

Зрелый вирион ВИЧ – это сферической частица диаметром около 100 нм, состоящая из сердцевины и оболочки. Геном ВИЧ содержит 3 основных структурных гена[76].

Воспроизводство вируса связано только с определенными клетками. Считается, что вирус способен активно проникать в клетки, на поверхности которых находится рецептор CD4, с которым он взаимодействует. Этот рецептор в основном содержат клетки, цирку-

лирующие в крови, лимфе и тканевой жидкости, и относящиеся к неспецифическим элементам нервной ткани.

Полный жизненный цикл вируса реализуется довольно быстро, всего за 1-2 суток в день формируется до 1 млрд. вирусных частиц, поэтому за длительный период в организме может накапливаться значительное количество новых вариантов ВИЧ. В результате изменчивости вируса могут возникать штаммы, различающиеся по многим характеристикам, в том числе по устойчивости и восприимчивости к различным противоретровирусным агентам [45].

Для ВИЧ характерны следующие свойства: нагревание до 56°C вызывает инактивацию вируса через 30 мин, до 70°C – через 10 мин, а при кипячении он погибает через 1-2 мин. Обычные дезинфицирующие растворы, такие как 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор лизола, 0,2%-ный раствор гипохлорита натрия, 1%-глютаровый альдегид, 70%-этанол, эфир, ацетон уничтожают вирус во внешней среде. Вместе с тем, ВИЧ устойчив к воздействию УФ-лучей и ионизирующей радиации, сохраняется в высушенном виде в течение 7 дней при температуре 25-27°C, хорошо переносит низкие температуры. В крови и её препаратах сохраняется годами.

В организме человека вирус проникает в разные типы дифференцированных клеток: прежде всего CD4+лимфоциты (хелперы), моноциты и макрофаги, альвеолярные макрофаги легких, клетки Лангерганса, фолликулярные дендритные клетки лимфоузлов, клетки олигодендроглии и астроциты мозга, эпителиальные клетки кишечника, шейки матки и другие. Патогенез ВИЧ начинается с жизненного цикла вируса[43].

Жизненный цикл вируса иммунодефицита человека может рассматриваться в рамках двух различных фаз развития инфекционного процесса. Начальный, достаточно короткий, период характеризуется прикреплением вируса, проникновением в клетку, обратной

транскрипцией, проникновением внутрь ядра клетки и интеграцией в молекулу ДНК с формированием так называемого провируса. Вторая фаза происходит в течение всего жизненного цикла инфицированной клетки, по мере того как вирусные и клеточные белки регулируют образование других вирусных белков, а также новых инфекционных вирионов.

В целом полный жизненный цикл вируса реализуется довольно быстро, всего за 1-2 суток. При этом формируются до 1 млрд вирусных частиц. При этом возникает значительное количество мутантных вариантов, приводящих к изменчивости ВИЧ. Последнее, в свою очередь, помогает «ускользнуть» возбудителю из-под иммунного надзора. ВИЧ имеет повышенную способность к мутациям, поскольку у него отсутствуют специальные механизмы корректировки генетических ошибок. Довольно часты точечные мутации в виде замены одного нуклеотида другим, а также включения новых нуклеотидов или их выпадения. Этого достаточно, чтобы изменить структуру вирусного белка. Кроме того, при появлении в одной клетке двух вариантов возбудителя они могут обмениваться генетическим материалом и образовывать рекомбинантные формы, которые также способствуют изменчивости вируса [37].

Наращение масштабов распространения пандемии СПИДа в мире, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики, дорогостоящее лечение и экономико-социальные последствия заболевания дают полное право отнести это заболевание к наиболее острым всемирным проблемам человечества [73].

Результаты многолетних наблюдений и научных изысканий показали, что эпидемия развивается примерно одинаково во всем мире. Различают три стадии эпидемии ВИЧ-инфекции:

- Начальная стадия, для которой характерны единичные случаи инфицирования среди уязвимых групп населения (ПИН, мужчины, имеющие интимную связь с мужчинами)

- Концентрированная стадия характеризуется поражением более 5% лиц из уязвимых групп, при этом среди общего населения заболеваемость не превышает 1%.
- Генерализованная стадия – характеризуется распространением инфекции и среди общего населения, превышающей 1% [49].

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией обуславливается путями распространения, медико-санитарными и социальными факторами. Источником инфекции является только ВИЧ инфицированный во всех стадиях заболевания. В наибольшем количестве вирус выделяется со следующими жидкостями организма: кровь, сперма, влагалищное отделяемое и грудное молоко. Концентрация вируса в других физиологических жидкостях организма (плевральная, перитонеальная, спинномозговая, синовиальная жидкости, слюна, слезы, пот) незначительна и роль передачи вируса через них не доказана. С калом, мочой, отделяемым из носа, мокротой вирус во внешнюю среду не выделяется. Вирус не устойчив во внешней среде. При комнатной температуре сохраняется до одной недели. Быстро теряет способность к заражению под действием физических и химических факторов (солнечные, ультрафиолетовые и ионизирующие лучи, хлорсодержащие растворы, спирт, перекись водорода) [56].

1.2. Эпидемиологическая ситуация в странах Центральной Азии

ВИЧ - инфекция это серьезнейшая проблема XXI века, это заболевание приобрело глобальное распространение и представляет угрозу социально – экономическому развитию многих стран. Ясно одно, что проблема СПИДа это не только медицинская проблема, это вызов развитию. СПИД может разрушить не только жизнь конкретных людей, СПИД может обратить весь процесс развития государства вспять. Именно поэтому ответ на развитие эпидемии должен носить комплексный характер. Основной задачей должно стать гармоничное сочетание профилактики и ухода, которые включают добровольное консультирование и тестирование, лечение и поддержку людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.[12]

По всему миру в 2012 году 2 миллиона (1.8 – 2.3 миллиона) умерло от СПИДа и примерно 2,5 миллиона заразились вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), тем самым число людей во всем мире, живущих с вирусом достигло 33,4 миллионов человек.[6,7]

Число людей живущих с ВИЧ, возрастает в каждом регионе. Самый резкий рост отмечается в Восточной Азии, Восточной Европе и Центральной Азии. [25]

Африка к Югу от Сахары остается наиболее сильно пострадавшим регионом, где немногим менее двух третьих (64.0%) всех людей живущих с ВИЧ в мире, и 76.0% ВИЧ-инфицированных женщин.[20]

Восточная Европа и Центральная Азия переживают в настоящий момент самый стремительный рост новых случаев ВИЧ-инфекции в мире. Имеются свидетельства того, что ВИЧ в Центральной Азии завоевывает свои позиции среди инъекционных наркоманов, и эпидемия в субрегионе быстро становится неуправляемой, как это уже случилось в Российской Федерации, Беларуси, Украине, Молдове.[15,17]

В Центральной Азии уровень ВИЧ-инфекции меняется. Проведенные исследования в Центральной Азии показали, что эпидемия прочно укоренилась среди инъекционных наркоманов и их партнеров. Высокий уровень инфекций, передаваемых половым путем - еще один потенциальный путь масштабного распространения ВИЧ-инфекции. Молодежь из уязвимых слоев населения более подвержена заражению ВИЧ/СПИДом, ИППП и инъекционной наркомании. Кроме того, трудовая миграция в Центральной Азии приобретает все более масштабные размеры из-за разницы в заработках между странами юга и развивающимся севером. Трудовые мигранты зачастую находятся в таком же уязвимом состоянии как в отношении нарушения их прав (отсутствие трудовых договоров, социальной защиты), так и доступа в медицинские и иные сферы обслуживания.[26,36]

За последние несколько лет в Центральной Азии достигнут существенный прогресс в области противодействия ВИЧ-инфекции, включая обеспечение политической поддержки высокого уровня, многократное увеличение финансирования и осуществление комплекса мер по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. Например: в Республике Узбекистан уделяется большое внимание по обеспечению эпидемического благополучия населения по вопросам ВИЧ-инфекции.[32]

Население 4-х стран Центральной Азии (Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан) составляет более 54 млн. человек. Самой большой республикой по территории является Республика Казахстан. Численность населения Узбекистана составляет практически половину всего населения Центральной Азии [20].

Ввиду того, что ВИЧ-инфекция, на первых этапах своего развития протекает без клинических признаков, что не мотивирует людей обращаться в службы здравоохранения. Среди заразившихся лиц велика численность маргинальных социальных групп, отказывающихся от контактов с медицинскими организациями. Поэтому количество

зарегистрированных людей с ВИЧ повсюду в мире существенно ниже их фактической численности. Истинная численность людей с ВИЧ определяется оценочным путем при помощи выявления распространенности ВИЧ-инфекции в репрезентативных выборках отдельных групп населения при помощи проведения дозорного эпидемиологического надзора (далее – ДЭН) с последующей экстраполяцией результатов на общие совокупности [41].

По оценочным данным в странах ЦАР в 2007 году насчитывалось 42 200 ЛЖВ, в том числе в Казахстане 12 000, в Кыргызской Республике – 4 200, в Таджикистане – 10 000 и Узбекистане – 16 000. Первые случаи ВИЧ-инфекции в регионе начали регистрироваться в 1987 году. Это были спорадические случаи, которые являлись завозными из стран дальнего зарубежья.

Анализ изучения динамики эпидемиологического процесса в странах ЦАР позволил выявить наличие, по меньшей мере, трех эпидемических волн ВИЧ-инфекции [72].

Первая волна (1987-1996 гг.) – начальная стадия эпидемии, характеризующаяся, в основном, половым путем передачи и распространением инфекции среди гомо- и бисексуалов. За этот период было выявлено 88 ВИЧ – инфицированных и единичные случаи больных СПИДом (РК-3).

Вторая эпидемическая волна началась в 1996 году и связана с проникновением ВИЧ в среду инъекционных потребителей наркотиков. К концу 1997 года количество носителей ВИЧ превысило уровень 1995 года в 13 раз, достигнув 548 человек. Как в Казахстане, так и в других странах региона, инъекционные потребители наркотиков составляли свыше 75% всех зарегистрированных случаев. Более 50% были неработающие, 35% ВИЧ-инфицированных было выявлено при поступлении в следственные изоляторы в РК, по КР и РТ – не было случаев выявления, а по РУз только

1 случай. Третья эпидемическая волна началась в 2001 году, в которую были вовлечены другие города стран региона, но движущей силой эпидемии по-прежнему оставались инъекционные потребители наркотиков [25, 23, 44].

Согласно статистике, основанной на регистрации выявленных случаев, на 1 января 2008 года кумулятивное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей составляло 25090 человек, из которых 3494 умерло, в том числе от СПИДа – 794. Среди кумулятивно зарегистрированных в странах ЦАР случаев ВИЧ-инфекции 62,8% приходится на регулярных инъекционных потребителей наркотиков (ИПН), 76,6 % составляют мужчины, более 65 % – безработные и не работающие по разным причинам, 38,8 % – лица в возрасте 15-29 лет. ВИЧ-инфекция выявлена у 398 детей, заразившихся от матерей в период беременности, родов и вскармливания грудным молоком. В последние годы неуклонно возрастает регистрация передачи ВИЧ половым путем, на долю которого среди впервые зарегистрированных случаев в 2007 году пришлось 28,9 % (в 2003 году – 15,2%); одновременно увеличилась доля ВИЧ-инфицированных женщин в структуре вновь зарегистрированных случаев (с 16% в 2003 году до 28,3% в 2007 году). [26,54].

Складывающаяся эпидемиологическая ситуация требует акцентирования вмешательств на новых группах населения, которые практикуют рискованное поведение. Прежде всего, это мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, заключенные, молодежь, а также такие группы, как безнадзорные подростки, военнослужащие, безработные, мигранты и лица, особенности трудовой деятельности которых благоприятствуют сексуальным контактам с непостоянными половыми партнерами (работники наземного транспорта, люди, занятые челночной торговлей, работники придорожных пунктов питания и другие). [27, 48].

В 2005-2007 гг. в Центральноазиатских странах впервые зарегистрирована вспышка ВИЧ-инфекции среди детей, находившихся на лечении в детских медицинских организациях. Основными факторами передачи ВИЧ-инфекции явились переливание донорской крови и ее компонентов, использование многоразового медицинского инструментария, вследствие ослабления контроля за безопасностью заготавливаемой крови и ее компонентов и нарушения дезинфекционно-стерилизационного режима в медицинских организациях [28].

Эпидемиологическая ситуация в Центральной Азии имеет тенденцию к ежегодному увеличению числа зарегистрированных случаев.

В 90-е годы во многих странах мира появились новые технологии эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Это система эпидемиологического надзора второго поколения, которая включает в себя дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) [29].

Необходимость разработки новых технологий эпидемиологического надзора была обусловлена различными причинами.

Во-первых, становилось все более очевидным, что сбор эпидемиологической информации, тестирование на ВИЧ должно быть экономичным по затратам. Во-вторых, имелось большое количество этических вопросов, связанных с обследованием (скринингом) населения на ВИЧ. Так, известно, что передача ВИЧ тесно связана с сексуальным поведением, употреблением инъекционных наркотиков, т.е. с личностными характеристиками поведения человека, что, безусловно, необходимо учитывать при проведении надзора. Наконец, в-третьих, по мнению большинства исследователей, система эпидемиологического надзора второго поколения обеспечивает репрезентативную, достоверную, полную информацию, необходимую, в первую очередь, для планирования и выполнения профилактических вмешательств [29,51].

Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией – систематический сбор данных о тенденциях распространения ВИЧ-инфекции в выборочных группах населения. Он организуется и проводится на нескольких участках и группах населения и расширяется в зависимости от эпидемиологической ситуации и выявления дальнейших потребностей с учетом имеющихся ресурсов. Основная задача – получение данных об уровне распространенности инфекции ВИЧ в дозорных группах населения по административным регионам с учетом демографических и поведенческих данных. Основное требование к такому надзору – проведение его с использованием стандартных методов и получение информации на преемственной и регулярной основе [30,62]

По мнению большинства исследователей, изучение тенденций распространения инфекции в дозорных группах населения во времени и по территориям позволяет выявлять изменения в путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции.

Число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, в 2010 году, как и в 2010 году, росло. По оценкам, в 2011 году 270 000 [170 000–820 000] человек были впервые инфицированы ВИЧ, и общее число ВИЧ-инфицированных составило 1,5 [1,3 – 1,7] миллиона человек – то есть, меньше чем за десять лет выросло более чем в двадцать раз [32, 46].

Почти одна треть впервые диагностированных ВИЧ-инфекций в этом регионе приходится на людей в возрасте 15-24 лет [33].

По мере распространения эпидемии все больше людей заболевают и умирают от болезней, обусловленных ВИЧ. Темпы расширения доступа к антиретровирусной терапии пока невысоки. В условиях такого неадекватного охвата услугами по лечению и уходу число умерших от СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии в 2011 году выросло до 84 000 [58 000–120 000] человек [34].

Информация о пути передачи. Тем не менее, по оценкам специалистов, все больше случаев ВИЧ инфекции (37% случаев, зарегистрированных в 2010 году), происходит в результате незащищенного полового акта. Соответственно, на женщин (многим из которых меньше 25 лет) ложится все более тяжелое бремя ВИЧ; в 2010 году на них приходился 41% новых зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции [35].

1.3.Состояние ВИЧ-инфекция среди лиц, употребляющие инъекционные наркотики в странах Центральной Азии

Самая значительная эпидемия в Центральной Азии развивается в Узбекистане, через который проходят основные маршруты торговли наркотиками [33] и где число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с 2001 года выросло более чем в два раза, составив 2198 случаев в 2005 году [6]. По оценкам, 31 000 [15 000–99 000] человек жили с ВИЧ в стране в 2005 году (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Основной движущей силой эпидемии, сконцентрированной в основном в столице страны Ташкенте и прилегающих районах, является растущее число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, которое выросло с 447 в 2001 году до 1140 в 2005 году [12]. В ходе исследования, проведенного в Ташкенте, целых 30% потребителей инъекционных наркотиков (большинство из них – безработные) оказались ВИЧ-позитивными по результатам тестирования. Низкий уровень использования презервативов, на который указали потребители инъекционных наркотиков, подчеркивает опасность передачи ВИЧ их партнерам половым путем [10] и вероятность того, что эта эпидемия будет продолжать расширяться.

С 2001 года в Узбекистане, через который проходят основные маршруты торговли наркотиками, число случаев ВИЧ увеличилось более чем в два раза, а в Таджикистане – в четыре раза.

Более согласованные усилия необходимы, чтобы обуздать эпидемию ВИЧ среди многочисленной группы потребителей инъекционных наркотиков (предположительно, их численность превышает 100 000 человек) (Министерство здравоохранения Казахстана и др., 2004 г.) и за ее пределами в Казахстане. Семнадцать процентов из 200 потребителей инъекционных наркотиков, участвовавших в исследовании в Темиртау, оказались ВИЧ-позитивными (Министерство здравоохранения Казахстана и др., 2005 г.); на потребителей инъекционных наркотиков приходилось более двух третей (68%) из 964 новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Казахстане в 2005 году (это на треть больше 699 случаев, зарегистрированных в 2004 году) [42]. По оценкам, более 1200 ВИЧ-инфицированных сегодня содержатся в местах лишения свободы [36].

Значительно менее масштабные эпидемии развиваются в Кыргызстане и Таджикистане. Здесь также большинство новых случаев ВИЧ-инфекции происходит среди потребителей инъекционных наркотиков. В Таджикистане число официально зарегистрированных диагнозов ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков выросло в четыре раза с 2001 года (с 31 до 142 в 2005 г.) [19]. По данным дозорного эпиднадзора, проведенного в двух городах, почти 16% ПИН и более 6% заключенных инфицированы ВИЧ (Министерство здравоохранения Таджикистана, 2006 г.). В отличие от Таджикистана, эпидемия в Кыргызстане в настоящее время относительно стабильна – начиная с 2001 года, здесь ежегодно регистрируется 130-170 новых случаев ВИЧ-инфекции [31]. Совсем немного случаев ВИЧ-инфекции регистрируется в Туркменистане, и очень малоизвестно о моделях и тенденциях передачи ВИЧ в этой стране [1,17].

Несмотря на успехи страны в области борьбы с наркобизнесом и снижения числа наркопотребителей по данным регистрации в национальном центре наркологии более чем в три раза, по данным

дозорного эпиднадзора только 25% наркопотребителей состоят на медицинском учете в наркологической службе. Нет данных о том, что лица с ранее установленным диагнозом или учтенные как наркопотребители были полностью излечены либо реабилитированы.

Несмотря на достоверное улучшение по всем показателям, связанным с исследованием ПИН в целом по стране, ситуация в разных регионах неоднозначна. Потребление инъекционных наркотиков продолжает оказывать влияние на распространение ВИЧ-инфекции, в том числе среди женщин с собственным низким риском инфицирования, а также на передачу ВИЧ детям от матери либо другими путями.

1.4. Роль инъекционных наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа

Особенности нарकोкультуры. Распространение инъекционного употребления наркотиков в новых независимых государствах совпало с глобализацией сетей поставки наркотиков, транспортных связей и систем коммуникации, а также с переходом к “рыночной экономике” начиная с 1990 года. Однако быстрому распространению инъекционного метода как предпочтительной формы приема наркотиков могло способствовать сформировавшееся ранее и закрепившееся в культуре приемлемое отношение к употреблению опиатов или к инъекционному способу введения [7]. Употребление опиатов — далеко не новое явление для граждан вышеупомянутых государств; оно предшествовало современным тенденциям к распространению инъекционного употребления наркотиков и сопутствующей ему ВИЧ-инфекции. Хотя нелегальная наркоторговля, возделывание и потребление растений, содержащих наркотические вещества, распространены на Среднем Востоке (в частности, в Афганистане), в Центральной Азии и в новых независимых государствах Восточной Европы, выращивание опийного мака является традиционным в некоторых регионах России, Украины и Казахстана [28]. Что же касается

отношения к инъекционному введению (в широком смысле), то сообщения из России и Украины свидетельствуют, что это не рассматривается как некая “необычная форма поведения”, требующая специальных знаний, а назначение лекарственных средств в виде инъекций в большинстве случаев, по-видимому, воспринимается как более приемлемое по сравнению с препаратами для перорального приема [12,54]. Кроме того, глобализация торговли наркотиками, усиленная торговыми связями со странами Западной Европы, привела к появлению разнообразных форм наркокультуры и технологий изготовления и введения препаратов. Это характерно, в частности, для России, где наряду с веществами, производимыми из маковой соломки, употребляются героин, кокаин, амфетамины, кетамин, а также клубные инъекционные наркотики [28, 49].

Виды употребляемых наркотиков и способы их изготовления. В новых независимых государствах наиболее распространенными опиатами, употребляемыми инъекционным путем, являются кустарно приготовленные экстракты из маковой соломки, включая российские и украинские “черный”, “химию” или “мак”, а также “ханку” в России и Казахстане [12]. От 70 до 95% ПИН в России и Украине регулярно вводят эти препараты [1,49]. “Амфетаминоподобные” наркотики в форме растворов, известные как “винт”, “белый” или “первитин”, приготавливаются также кустарным способом из эфедры (дикорастущего растения) или из эфедрина (который извлекают из сиропов от кашля) [12]. Случаи ВИЧ-инфекции среди ПИН в России и Украине главным образом связаны с применением опиатов в форме растворов [35], хотя встречаются исключения в некоторых городах (таких, как Новороссийск в России), где среди ПИН преобладает употребление растворимых форм амфетаминоподобных стимуляторов.

Способы производства наркотиков в форме растворов могут быть прямо связаны с передачей ВИЧ. Вирус обычно попадает в изготавливаемый продукт через емкости и приспособления, применяемые для разведения,

фильтрации и смешивания ингредиентов (в состав могут входить промышленные растворители, уксусный ангидрид, уксус, сода и вода) во время подогревания и между повторными нагреваниями, а также через инъекционный инструментарий, который используется для проверки раствора, набираемого прямо из емкости [12, 28]. Кроме того, по неподтвержденным сообщениям из Беларуси, Казахстана, России и Украины, к раствору наркотика иногда добавляют человеческую кровь с целью стабилизации кислотности или для очистки [12, 28]. Химический анализ “черного” показывает, что он может содержать большой процент токсинов, родственных алкалоидам опия [55]. Поскольку нелегально производимый уксусный ангидрид очень дорог (его цена — около 1 дол.США за 1 мл), человеческая кровь может использоваться как альтернативное нейтрализующее средство. В одном из выступлений на 12-й Всемирной конференции по СПИДу указывалось, что для очистки одного стакана экстракта из маковой соломки требуется 4–5 мл свежей крови и что вероятность заражения “после единственной инъекции такого наркотика достигает максимального уровня” [55]. Согласно неофициальным сведениям из России, “варщики” (лица, которые готовят и разводят наркотик) используют свою собственную кровь, и это приводит к вспышкам ВИЧ-инфекции во многих городах [49]. Вопрос о достоверности данной информации остается невыясненным.

Способы продажи наркотиков. Стремительное распространение ВИЧ-инфекции (как и других инфекций, передающихся через кровь) может быть связано с тем, в какой форме продаются наркотики. Практикуются два способа. При одном из них раствор наркотика продается в заранее заполненном шприце (потребитель покупает уже готовый к применению шприц). При другом дилер отмеряет в шприц покупателя соответствующее количество раствора из своего “донорского” шприца, применяя метод “заправки спереди” (дилеры могут использовать шприцы объемом 10 либо

20 мл и/или отдельные емкости, откуда они набирают раствор в “донорские” шприцы) [12].

Как свидетельствуют результаты опросов, проведенных в Украине, 38–50% ПИН покупают наркотики в заранее заполненных шприцах [49].

Преобладание этой формы продажи может быть связано с влиянием местных факторов среды, к которым относятся: территориальные особенности (когда производство наркотиков и торговля ими происходят в разных местах); удобство транспортировки раствора наркотиков к местам продажи; необходимость ускорить расчеты между потребителями и дилерами; легкость точного измерения количества продаваемого раствора.

Совместное использование контейнеров для приготовления наркотиков также может практиковаться в местах их производства, в частности в локальной группе ПИН, образующей единую социальную сеть [1, 28].

Согласно информации, поступившей из Чимкента (Казахстан), уксусный ангидрид, который используется для приготовления “ханки”, также поставляют потребителям в шприцах [37].

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

2.1. Материалы

Для исследования использовались данные полученные при проведении анкетирования среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, где было проанализировано 110 типовых анкет, которые охватывали все аспекты поставленной задачи.

2.2. Методы

В исследование включены лица, употребляющие наркотики инъекционным путем, независимо от возраста, которые в течение октябрь-ноября месяцев 2013г. были госпитализированы в 125 наркологическую больницу.

Размер выборки определялся исходя из количества лиц, употребляющие инъекционные наркотиков посещающие 110 рассчитанной по специальной формуле по программе MSEXcel. Отбор осуществлялся по систематической случайной выборке.

Проведение исследования включало добровольное анонимное анкетирование, после получения устного информированного согласия, которое предполагало проведение профилактического консультирования и разъяснительной работы. Для проведения исследования была использована типовая анкета-вопросник для ПИН, состоящая из вопросов, отражающих:

- социально-демографические показатели;
- половое поведение;
- уровень знания по ВИЧ/СПИДу;
- охват профилактическими мероприятиями;

Ввод и анализ данных проводились на специально разработанной программе EpiInfo 2012 года, с вычислением средней арифметической величины (M), ошибки средней арифметической (M_{cp}), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота %), статистическая значимость полученных измерений

при сравнении средних величин определялась по критерию (t) Стьюдента. За статистически значимые измерения принимали уровень достоверности $P \leq 0,05$. При этом учитывались существующие указания по статистической обработке данных.

Глава III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Демографические характеристики

Социально - демографическая характеристика позволяет, в значительной степени, определить принадлежность изучаемых лиц к той или иной группе риска возникновения заболевания.

При анализе было выявлено, что социально демографический профиль потребителей инъекционных наркотиков – 86,4% мужчины, 13,6% женщины.

Наличие ПИН среди женщин указывает на то, что есть вероятность распространения заболеваний в общую популяцию.

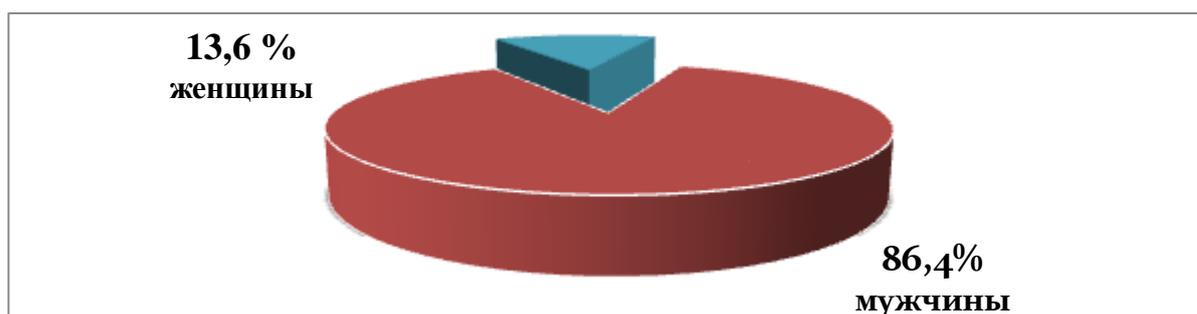


Рис. 1. Распределение ПИН по полу

При анализе по принадлежности к национальности число ПИН составило 31,6% узбеки; 30% русские; 17,4% татары; 6,4% таджики; 6,0% казахи; 3,8% корейцы; 0,2% киргизы и каракалпаки. Таблица 1, график 1.

Распределение ПИН по национальности. Таблица 1.

| Национальность | Всего | % |
|-----------------|-------|------|
| Узбек/узбечка | 35 | 31,6 |
| Русский/русская | 33 | 30 |
| Таджик/таджичка | 7 | 6,4 |
| Казах/казашка | 6 | 6,0 |
| Киргиз/киргизка | 1 | 0,2 |

| | | |
|-------------------------|------------|---------------|
| Татарин/татарка | 19 | 17,4 |
| Кореец/корейнка | 4 | 3,8 |
| Каракалпак/каракалпачка | 1 | 0,2 |
| Другая национальность | 4 | 4,4 |
| Итого | 110 | 100,0% |

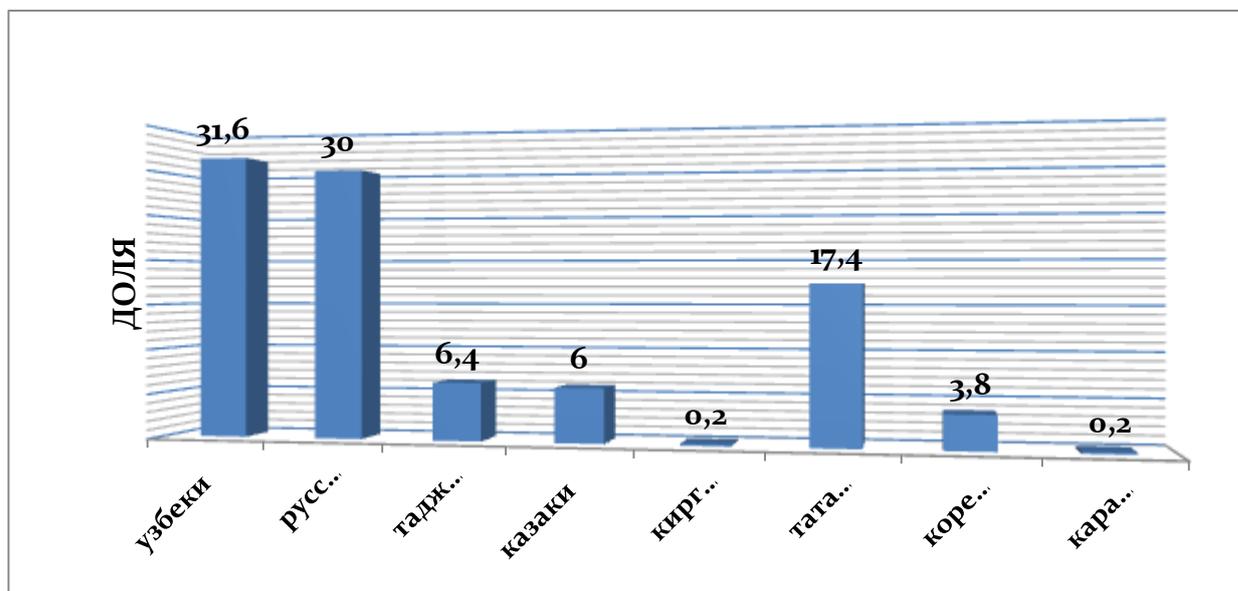


Рис.2. Распределение ПИН по национальностям

При распределении по образованию -5,8 % опрошенных, составляют лица с высшим образованием, 77,8 % большинство потребителей инъекционных наркотиков имели среднее образование, 16,4% имеют начальное образование. Различие в уровне образования указывает ограниченность в получении информации.

Распределение ПИН по уровню образования. Таблица 2.

| Образование | Всего | % |
|------------------------------|------------|-------------|
| Начальное | 18 | 16,4 |
| Среднее, среднее специальное | 85 | 77,8 |
| Незаконченное высшее, высшее | 7 | 5,8 |
| Итого | 110 | 100% |

Распределение ПИН по социальному положению. Таблица 3.

| Род занятий | Всего | % |
|-------------------------|-------|------|
| Учатся | 1 | 0,2 |
| Работают | 57 | 51,6 |
| Работают и учатся | 1 | 1,4 |
| Не работают и не учатся | 51 | 46,8 |
| Итого | 110 | 100% |

При распределении по семейному положению: количество ПИН состоящих в браке 28 (25,8%), не замужем/холостые 37 (33,8%), разведенные составляют 39 (35,8%), вдовы/ вдовцы ПИН 5 лиц (4,0%). В связи с рискованным поведением самих наркоманов повышается риск и их семьям, так как видно, что большинство составляют с семьями. Таблица 4.

Распределение ПИН по семейному положению. Таблица 4.

| Семейное положение | Всего | % |
|---------------------|-------|------|
| Не замужем/холост | 37 | 33,8 |
| Разведена/ разведен | 39 | 35,8 |
| Вдова/ вдовец | 5 | 4,0 |
| Замужем/женат | 28 | 25,8 |
| Нет ответа | 1 | 0,6 |
| Итого | 110 | 100 |

Возрастная структура является одной из существенных характеристик, потому что вероятность возникновения практически любого заболевания или связанного со здоровьем состояния зависит от возраста. Это объясняется тем, что большое число факторов зависит от возраста: восприимчивость и сексуальная активность и пр.

Если рассмотреть по возрастным категориям, то основную группу составили лица возрасти от 20 до 44 лет (88 лиц-80%), т.е. наиболее

работоспособный; 45-49 лет- 10,0%; 50 и старше потребителей инъекционных наркотики -7,2%.

Из вышеизложенного следует, что основной контингент подверженный риску распространения составляют лица репродуктивного возраста Таблица 6, рисунок 2.

Распределение ПИН по возрасту. Таблица 5.

| Возраст | Всего | % |
|-----------|-------|-------|
| До 20 лет | 3 | 2,7 |
| 20-24 | 7 | 6,4 |
| 25-29 | 17 | 15,5 |
| 30-34 | 24 | 21,8 |
| 35-39 | 22 | 20,0 |
| 40-44 | 18 | 16,4 |
| 45-49 | 11 | 10,0 |
| 50 и выше | 8 | 7,2 |
| Итого | 110 | 100,0 |

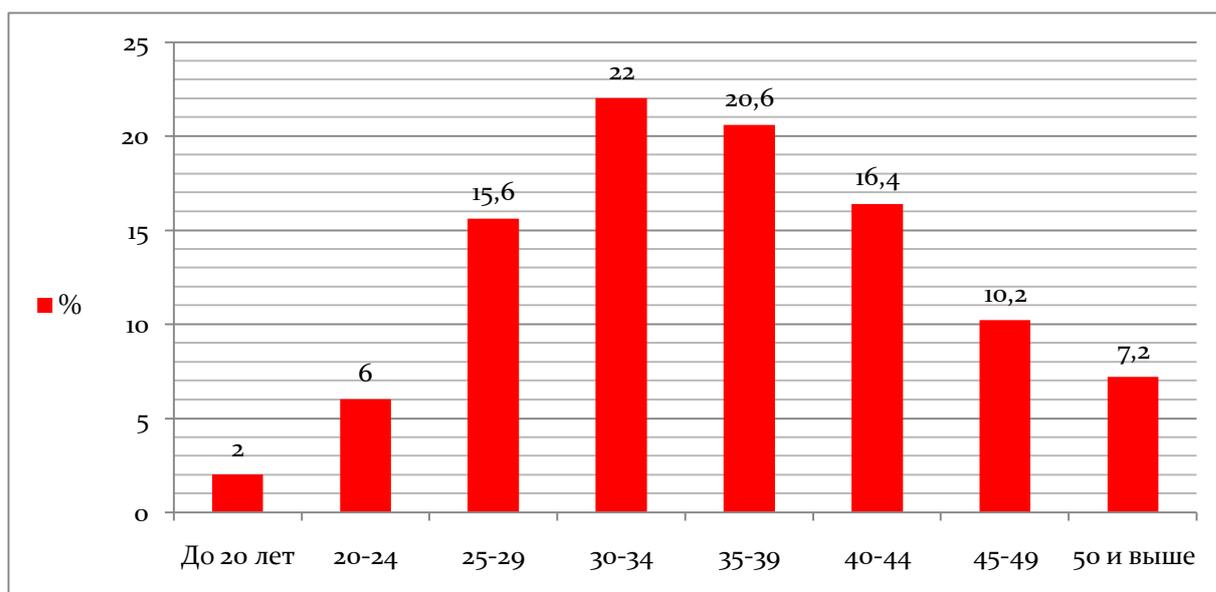


Рис.3. Распределение ПИН по возрастным группам

Были ли донором? Таблица 6.

| Количество | Да | % | Нет | % | Не знаю | % |
|------------|----|------|-----|------|---------|-----|
| 110 | 6 | 5,0% | 103 | 93,8 | 1 | 1,2 |

Донорами были – 6 человек (5,0%)– этот показатель указывает на настороженность к этому контингенту службы крови при приеме крови на исследование.

3.2. Характеристики употребления наркотиков (ПИН)

Распределение ПИН по стажам употребления инъекционных наркотиков Таблица 7.

| Стаж | Всего | % |
|--------------|-------|-------|
| 1-11 мес. | 3 | 2,6 |
| 12-35 мес. | 21 | 19,2 |
| 36-59 мес. | 21 | 19,2 |
| 60-119 мес. | 31 | 28,2 |
| 120 и больше | 34 | 30,4 |
| Всего | 110 | 100,0 |

Стаж употребления инъекционных наркотиков 10 лет и более 34 лиц, что составляет 30,4%.

Распределение ПИН по видам употребления наркотиков инъекционным путем за последний месяц. Таблица 8.

| Вид наркотика | Всего | % |
|-----------------|-------|-------|
| Ханка/таян | 19 | 17,3 |
| Героин | 62 | 56,4 |
| Вторяк | 2 | 1,8 |
| Другой наркотик | 27 | 24,5 |
| Итого | 110 | 100,0 |

Количество ПИН, употребляющих героин 62 лиц, что составило 56,2%. Героин является наркотиком парентерального введения, что повышает риск передачи инфекций, передающихся парентеральным путем, в особенности ВИЧ-инфекции.

3.2.1. Описание употребления инъекционных наркотиков

Распределение ПИН, употреблявших наркотики инъекционным путем за последний месяц до госпитализации. Таблица 9.

| Ответы | Всего | % |
|------------|-------|-------|
| Да | 40 | 36,4 |
| Нет | 67 | 60,9 |
| Не знаю | 1 | 0,9 |
| Нет ответа | 2 | 1,8 |
| Всего | 110 | 100,0 |

ПИН употребляющие наркотики инъекционным путем за последний месяц составило 40 лиц (37,0%). Это указывает, что одна треть ПИН являются активными потребителями.

Распределение ПИН по частоте употребления наркотиков инъекционным путем за последний месяц до госпитализации. Таб.10.

| Частота | Всего | % |
|-----------------------|-------|-------|
| Несколько раз в день | 7 | 6,3 |
| Раз в день | 25 | 22,7 |
| Раз в 2-3 дня | 16 | 14,5 |
| Раз в неделю или реже | 60 | 54,5 |
| Не знаю | 2 | 1,8 |
| Итого | 110 | 100,0 |

Наибольший процент ПИН употребляющих наркотики инъекционным путем несколько раз в день за последний месяц до госпитализации составило 7 лиц (5,4%).

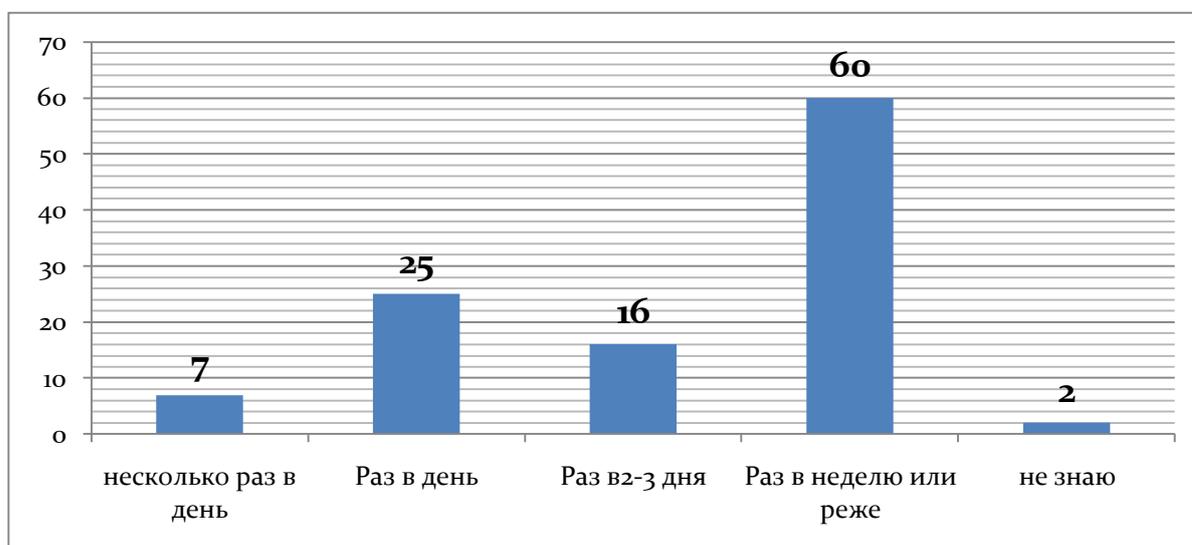


Рис. 4. Распределение ПИН по частоте употребления наркотиков инъекционным путем за последний месяц до госпитализации

101 ПИН использовали стерильные иглы и шприцы при последнем употреблении наркотиков, что составило 91,4%.

Распределение ПИН по использованию стерильных игл и шприцев при последнем употреблении наркотиков инъекционным путем за последний месяц. Таблица 11.

| Количество ПИН, которые употребляли наркотики в течение последних 30 дней | Использовавшие стерильные иглы и шприцы | % |
|---|---|------|
| 110 | 101 | 91,4 |

Распределение ПИН по употреблению наркотиков инъекционным путем индивидуально за последний год. Таб.12.

| индивидуально | Всего | % |
|---------------|-------|------|
| Всегда | 31 | 28,2 |
| Иногда | 56 | 50,9 |
| Никогда | 23 | 20,9 |

Всегда индивидуально употребляли наркотики инъекционным путем – 28,2% ПИН.

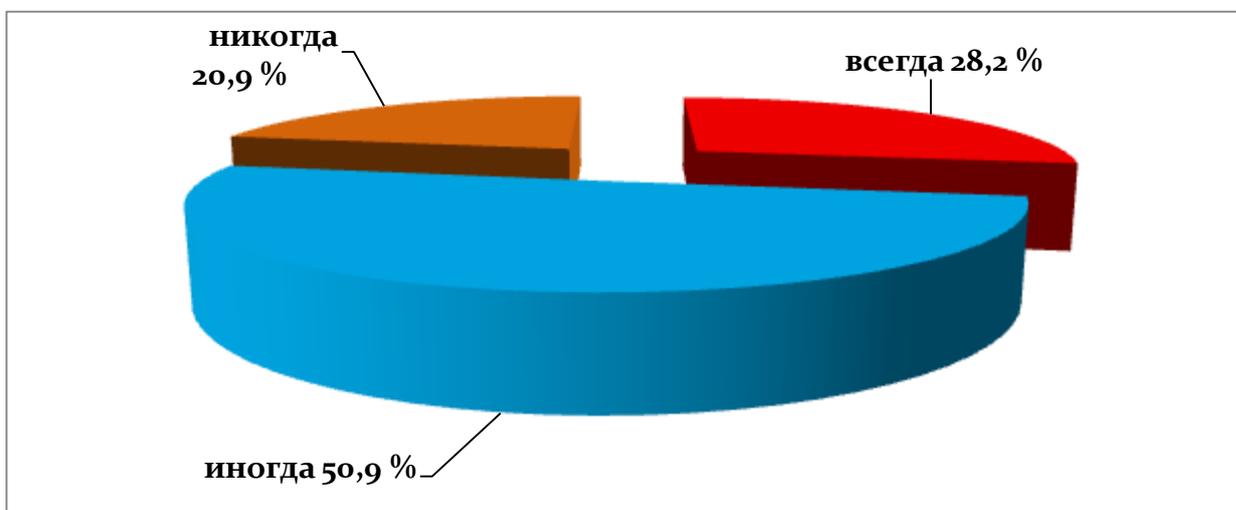


Рис. 5. Распределение ПИН по употреблению наркотиков инъекционным путем индивидуально за последний год

Распределение ПИН по употреблению наркотиков инъекционным путем в постоянной группе за последний год
Таблица 13.

| индивидуально | Всего | % |
|---------------|-------|------|
| Всегда | 54 | 49,1 |
| Иногда | 35 | 31,8 |
| Никогда | 21 | 19,1 |

В постоянной группе всегда употребляли – 49,1% ПИН, иногда 32,0 и никогда 19,1%. Групповое употребление наркотиков является одним из условий передачи ВИЧ инфекции в популяции ПИН. Здесь мы можем говорить о сетях ПИН, эти сети могут состоять из одного человека, когда ПИН колется всегда один, или быть закрытыми – состав группы ПИН остается постоянным; полуоткрытыми – основная часть группы остается неизменной, но время от времени туда попадают другие ПИН, или открытыми, когда группа представлена случайными партнерами. В закрытой сети ВИЧ распространяется только среди членов постоянной группы, тогда как открытая сеть имеет большую вероятность попадания ВИЧ в группу, так и выхода из нее.

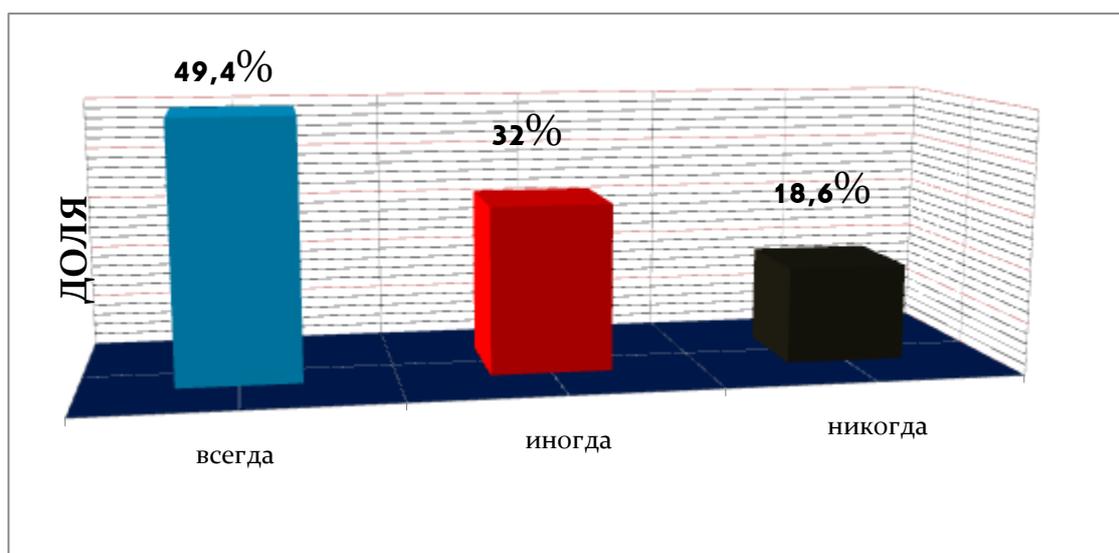


Рис.6. Распределение ПИН по употреблению наркотиков инъекционным путем в постоянной группе за последний год

Распределение ПИН по употреблению наркотиков инъекционным путем в случайной группе за последний год. Таб.14.

| Индивидуально | Всего | % |
|---------------|-------|------|
| Всегда | 13 | 11,8 |
| Иногда | 17 | 15,4 |
| Никогда | 80 | 72,7 |

Всегда в случайной группе употребляющих 13 лиц, 11,8%, а никогда не употребляющие в случайной группе составило 72,7%, что благоприятно сказывается на изолированность групп и тем самым снижается распространение ВИЧ-инфекции.

Распределение ПИН которые употребляли наркотиков инъекционным путем со знакомыми за последний год. Таб.15.

| Со знакомыми | Всего | % |
|--------------|-------|------|
| Да | 79 | 71,8 |
| Нет | 28 | 25,5 |
| Нет ответа | 3 | 2,7 |

Со знакомыми потребляли инъекционные наркотики – 79 ПИН (72,8%)

Распределение ПИН которые употребляли наркотиков инъекционным путем с половым партнером за последний год. Таб.16.

| Половым партнером | Всего | % |
|-------------------|-------|------|
| Да | 23 | 20,9 |
| Нет | 79 | 71,8 |
| Нет ответа | 8 | 7,3 |

С половым партнером употребляли наркотики – 23 ПИН (21,2%)

Распределение ПИН, которые употребляли наркотиков инъекционным путем с незнакомым человеком за последний год. Таб.17.

| С незнакомыми | Всего | % |
|---------------|-------|------|
| Да | 23 | 20,9 |
| Нет | 79 | 71,8 |
| Нет ответа | 8 | 7,3 |

С незнакомыми людьми употребляли наркотики – 23 лиц, 21,2 % ПИН, случайные встречи и использование наркотических средств с незнакомым человеком повышает риск заражения ВИЧ-инфекции.

Распределение ПИН по опасности практики употребления наркотиков инъекционным путем за последний месяц. Таб.18.

| Опасные практики | Всего | % |
|--|-------|------|
| Чужой шприц | 8 | 7,3 |
| Общая посуда | 45 | 40,9 |
| Перекачивать из другого шприца | 5 | 4,5 |
| Пускать шприц по кругу | 6 | 5,4 |
| Общая вода для промывания шприца | 9 | 8,2 |
| Добавлять кровь | 3 | 2,7 |
| Заправленный чужой шприц | 24 | 21,8 |
| Использование хотя бы одной опасной практики | 56 | 50,9 |

Хотя бы одну опасную практику употребления наркотиков за последний месяц использовали – 50,9% ПИН

Распределение ПИН по опасности практики употребления наркотиков инъекционным путем при последнем введении. Таб.19.

| Опасные практики | Всего | % |
|--|-------|------|
| Чужой шприц | 3 | 2,7 |
| Общая посуда | 34 | 30,9 |
| Перекачивать из другого шприца | 3 | 2,7 |
| Пускать шприц по кругу | 4 | 3,6 |
| Общая вода для промывания шприца | 4 | 3,6 |
| Добавлять кровь | 3 | 2,7 |
| Заправленный чужой шприц | 11 | 10,0 |
| Использование хотя бы одной опасной практики | 42 | 38,2 |

При последнем введении хотя бы одну опасную практику использовали - 38.2 % ПИН

Распределение ПИН по использованию чужого шприца. Таб.20.

| Чужой шприц | Всего | % |
|----------------------|-------|------|
| Всегда | 17 | 15,5 |
| Почти всегда | 10 | 9,1 |
| иногда | 4 | 3,6 |
| Никогда | 24 | 21,8 |
| Никогда не пользуюсь | 55 | 50,0 |

| | | |
|---------------|-----|-------|
| чужим шприцем | | |
| Итого | 110 | 100,0 |

Чужой шприц использовали всегда – 17 ПИН. А никогда не использовали чужой шприц – 55 ПИН.

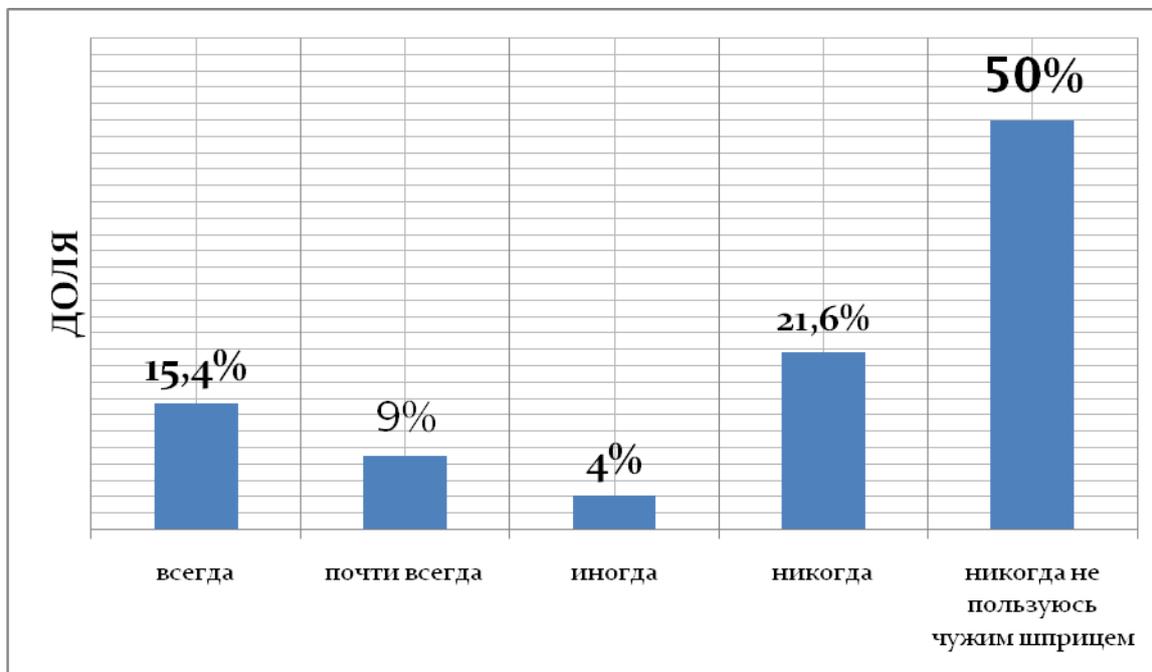


Рис.7. Распределение ПИН по использованию чужого шприца

Обработка чужих шприцев. Таб. 21.

| Обработка | Всего | % |
|---------------------------|-------|------|
| Промыть водой | 66 | 60,0 |
| Кипятить | 27 | 24,6 |
| Обработать дез. Раствором | 14 | 12,7 |
| Другое | 3 | 2,7 |

60 % ПИН промывает водой чужих шприцев, 24,6 % кипятить, 12,7 % обработать дез. Раствором перед употреблением инъекционных наркотиков.

3.3. Поведенческие характеристики

Среднее значения количества половых партнеров средний возраст начала половой жизни составил –17 лет 17,3%.

Распределение половых партнеров в течение последних 6 месяцев

Таб.22.

| | Постоянные половые партнеры | % | Непостоянные половые партнеры | % | Коммерческие половые партнеры | % |
|--|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
| | 101 | 91,8 | 40 | 36,4 | 22 | 20,0 |

Значительное количество ПИН имело половые контакты повышенного риска – с непостоянными и коммерческими половыми партнерами, так 36,5% ПИН имели непостоянных половых партнеров, 91,9% ПИН имели постоянные половых партнеров.

Использование презервативов во время последнего полового контакта партнером является самым важным показателем эффективности профилактической работы среди ПИН. При анализе по использованию презерватива при последней половой связи 49,3%, указали, что не использовали презерватив при половом контакте; 40,2 % указали, что использовали презерватив. График

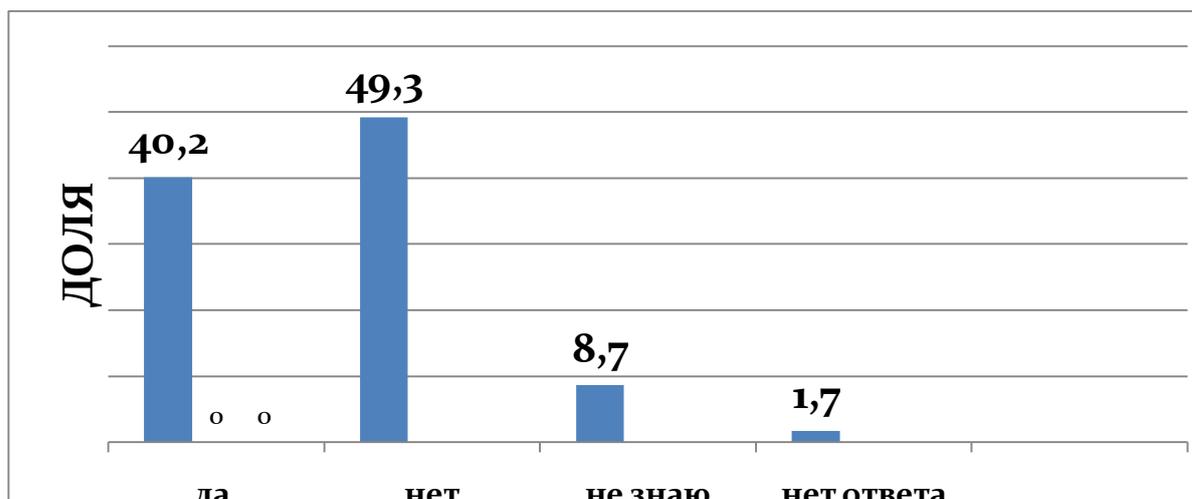


Рис.8. Использование презерватива во время последнего полового контакта среди ПИН

3.3.2. Использование презервативов

При последнем половом контакте с коммерческим половым партнером за 6 месяцев использовали презерватив – 101 (91.8%) ПИН. С непостоянными половыми партнерами – 7 (6.6%) ПИН. С другой стороны с точки зрения вероятности заражения ПИН именно они представляют большую опасность для своих партнеров, чем они для ПИН. Поэтому важно пропагандировать использование презервативов при всех видах половых контактов независимо от типа партнера. В настоящее время именно постоянные партнеры ПИН, в т.ч. их жены имеют самую высокую вероятность заражения ВИЧ-инфекцией половым путем. Таким образом, среди наркопотребителей широко распространено рискованное инъекционное и сексуальное поведение.

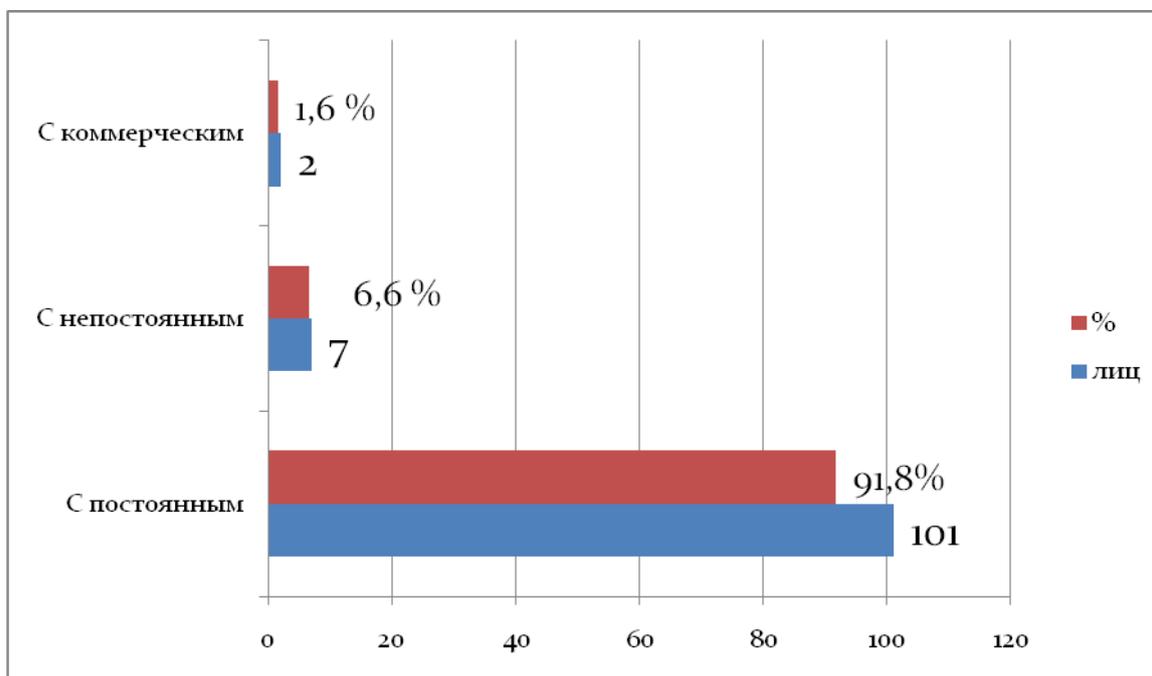


Рис.9. Использование презервативов при последнем половом контакте с разными типами половых партнеров за 6 месяцев

ПИН, которые не всегда использовали презервативы за последние 6 месяцев с разными типами половых партнеров. Таб.23.

| Причина неиспользования | количество | % |
|--------------------------------|-------------------|----------|
| Нет желания партнера | 44 | 40,0 |
| Нет денег на покупку | 3 | 2,7 |
| Не было при себе | 24 | 21,8 |
| Не считаю необходимым | 31 | 28,2 |
| Негде было купить | 5 | 4,6 |
| Не знаю | 2 | 1,8 |
| Нет ответа | 1 | 0,9 |
| Итого | 110 | 100,0 |

В основном причины неиспользования презервативов – субъективные (нет желания партнера, не считаю необходимым) – 68,1%.

3.4. Уровень осведомленности о ВИЧ-инфекции

Знания о путях передачи. Знания о путях передачи являются основой для защиты от заражения ВИЧ/СПИД, знания о мнимых путях снижают стигматизацию среди самих же ПИН

При анализе групп по знаниям о путях передачи дали положительный ответ на вопрос 13,6 %, указали, что ВИЧ передается при рукопожатии; 16,3 % указали, что ВИЧ передается при использовании общей посуды, 5,4 % указали, что ВИЧ передается при укусе насекомых, 34,5 % указали, что ВИЧ передается при половом контакте, половине респондентов указали, что ВИЧ передается при введении наркотиков общим шприцем, 63,6 % указали, что ВИЧ передается при не использовании презерватива.

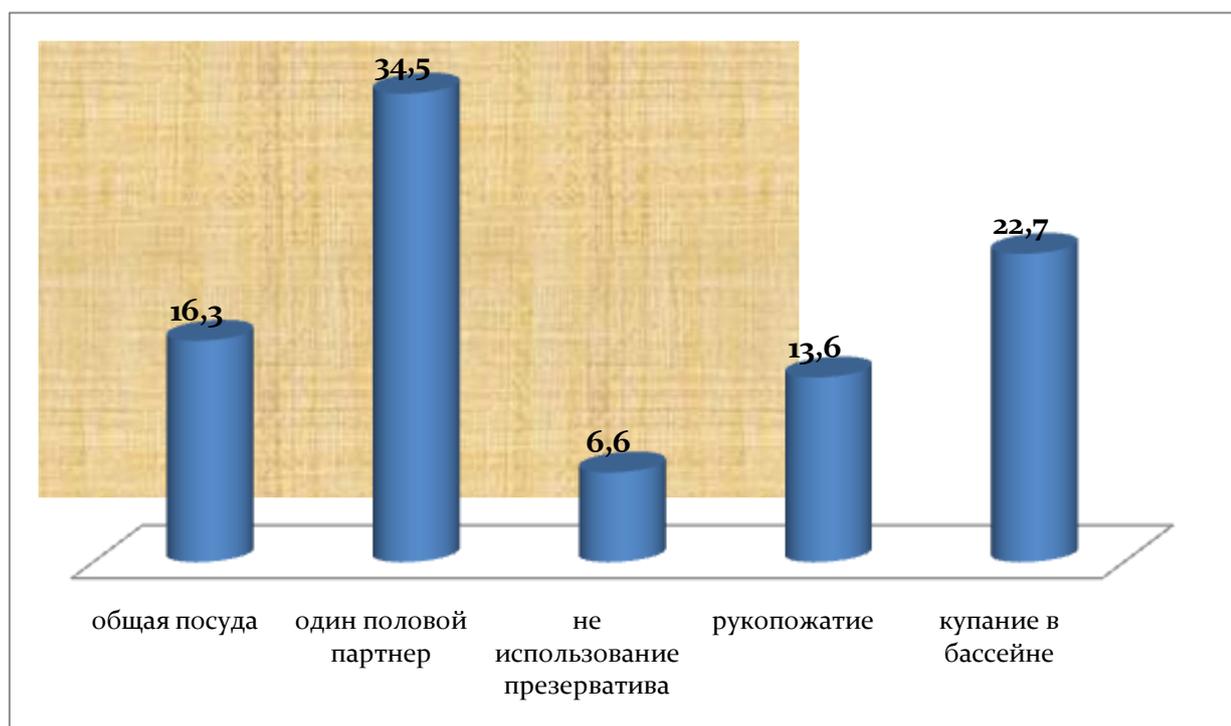


Рис.10. Распределение уровень осведомленности о путях передачи среди ПИН

Знания истинных и мнимых путей передачи среди ПИН. Таб.24.

| Количество | Знание истинных путей передачи (3 правильных ответа) | % | Знание мнимых путей передачи (4 правильных ответа) | % | Знание всех путей передачи (7 правильных ответов) | % |
|------------|--|------|--|------|---|------|
| 110 | 83 | 75,5 | 68 | 61,8 | 49 | 44,5 |

44,6% ПИН имели знать все пути передачи ВИЧ-инфекции

Знания о мерах профилактики среди ПИН. Таб. 25

| количество | Если использовать презервативы | % | Если иметь половые контакты только с одним верным, хранящим верность неинфицированным партнером | % | Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? | % | Правильные ответы на все 3 вопроса | % |
|------------|--------------------------------|------|---|------|---|------|------------------------------------|------|
| 110 | 82 | 74,5 | 102 | 92,7 | 87 | 79,1 | 105 | 95,4 |

Знания о мерах профилактики ВИЧ-инфекции имели 96,2 % ПИН.

Процент осведомленности ПИН о мерах профилактики и передачи ВИЧ инфекции. Таб.26.

| Варианты ответов | Количество | % |
|--|-------------------|----------|
| Перейдя на инъекционные наркотики | 90 | 81,8 |
| Используя чужой, но хорошо промытый проточной водой шприц и иглу | 84 | 76,4 |
| Используя чужой, но прокипяченный в течение 15 минут шприц | 55 | 50,0 |
| Используя чужой, но обеззараженный хлоркой шприц и иглу | 63 | 57,3 |
| Вводя дозу по очереди одним шприцем, но разными иглами | 78 | 70,9 |
| Забирая дозу из общей емкости, но собственным шприцем | 70 | 63,6 |
| Используя человеческую кровь | 18 | 16,4 |
| Используя заправленный продавцом шприц | 50 | 45,4 |
| Готовя раствор в отдельной емкости и используя свой шприц | 72 | 65,4 |

3.5. Профилактика ВИЧ инфекции

3.5.1. Шприцы, презервативы, информационно-образовательные материалы

Для того, чтобы выяснить доступность ПИН к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и определить охват их профилактическими программами, в анкету были включены вопросы по пользованию следующими услугами: получение шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, информационно-образовательных материалов, медицинской помощи в ЛПУ. Рис.11.

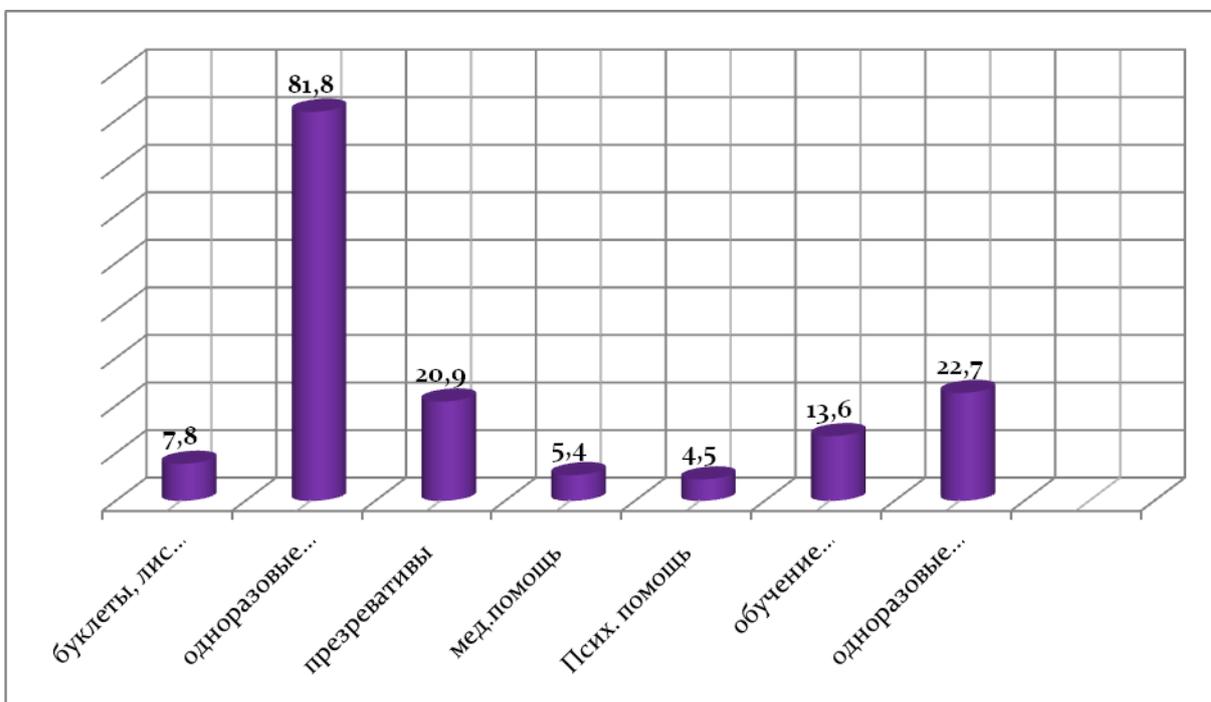


Рис.11.

99 % ПИН получали одноразовые шприцы в кабинетах доверия, презервативы получали 20,9% ПИН,

3.4.2. Источники информации о ВИЧ

Информацию о ВИЧ 40,2% ПИН получали через кабинеты доверия 32,7% ПИН через волонтеров.

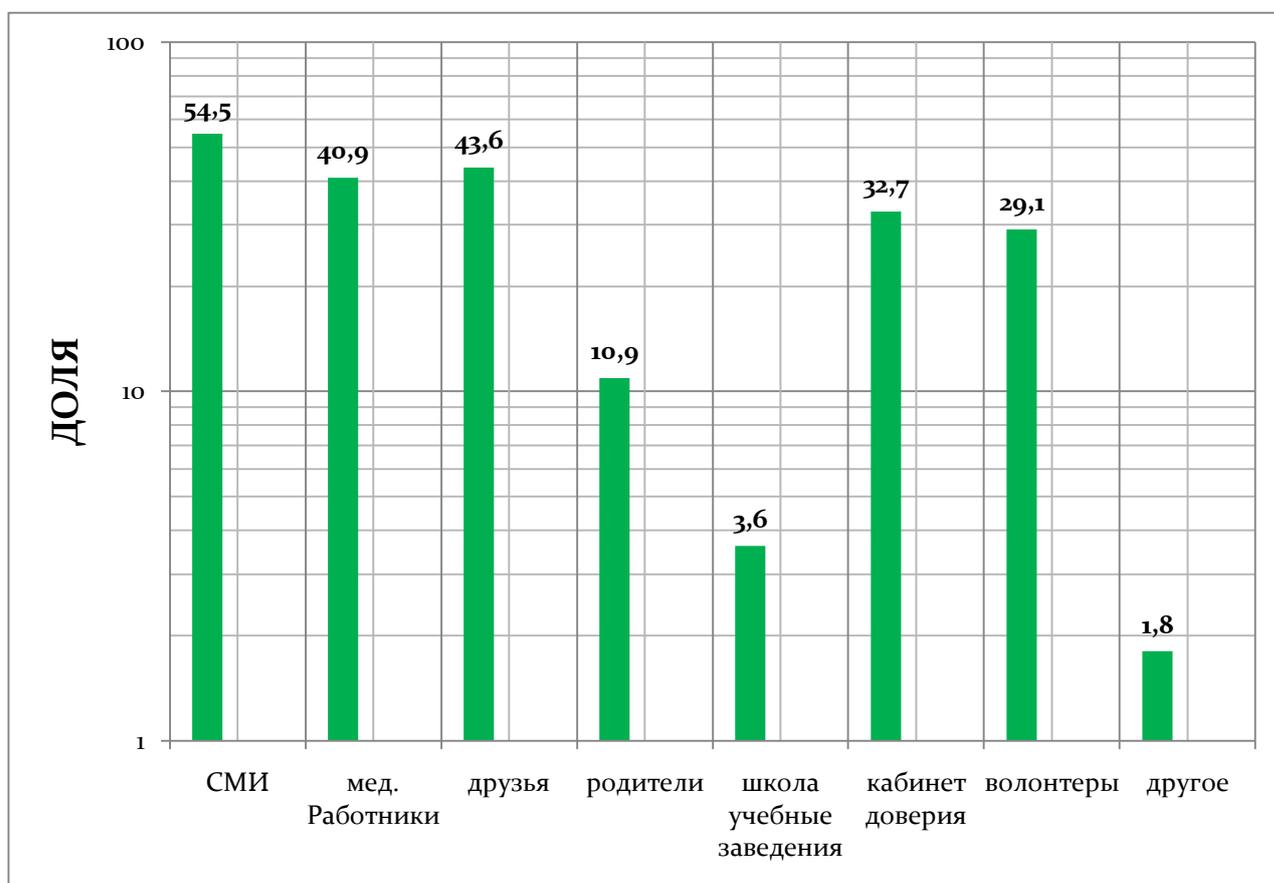


Рис.12. Источники получения информации среди ПИН

Охват ПИН профилактической программой за последний месяц

Таб. 27.

| Материалы | Количество | %, медиана |
|----------------------------------|------------|------------|
| Презервативы | 23 | 20,9 |
| Среднее количество презервативов | 100 | |
| Шприцы | 38 | 34,5 |
| Среднее количество шприцев | 114 | |
| Беседы по безопасному поведению | 11 | 10,0 |
| ИОМ | 5 | 4,5 |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании приняли участие 95 (86,4%) мужчин и 15 (13,6%) женщин, употребляющие наркотические вещества инъекционным путем. Возраст участников исследования колеблется от 18 до 57 лет. Средний возраст участников составил 34,6 лет, и наибольшее количество участников приходилось на возраст от 25 до 39 лет (58,2%). По семейному составу 33,8% составили холостые, 35,8% разведенные, 25,8% семейные и 4,0% вдовцы. В виду проживающих национальностей имеются существенные отличия, 30% составляют русские, 31,6% узбеки. В целом в исследовании приняли участие 17,4% татары, 6,4% таджики и 4,4% другие национальности. Среди опрошенных 16,4% - имели начальное образование, 77,8% - среднее, средне специальное образование и всего 5,8% имели неоконченное высшее, высшее образование. На момент проведения 46,8% не работали и не учились, 51,6% работали, 1,4% работали и учились и 0,2% являлись учащимися. Увеличение количества инъекционных наркопотребителей, предполагает дальнейшее значительное нарастание числа новых случаев, не только через шприцевые контакты, но и через половой и вертикальный путь передачи. За последний год 56,2% ПИН употребляли героин, 17,3% ханку и 27,5% другие наркотики.

Среди ПИН отмечается большой риск ВИЧ-инфицирования, связанный с приемом инъекционных наркотиков. При сравнительном анализе потребления наркотиков и потребления наркотиков инъекционным путем выявлено, что часть респондентов начали принимать наркотики сразу, без не инъекционного опыта употребления. Употребление наркотиков за последний месяц до госпитализации составило 9,4%, что значительно повышает риск. Другими немаловажными факторами риска заражения ВИЧ являются использование чужого шприца при введении наркотика. За последний месяц использование чужого шприца составило 7,0%, забор наркотика из общей посуды 41,1%, использование заправленного шприца 22,2% и использование общей посуды для промывания шприца 8,6%.

Использование презерватива зависит от вида полового партнера и увеличивается в последовательности – постоянный, непостоянный, коммерческий.

Уровень знания ПИН о мерах профилактики и путях передачи ВИЧ-инфекции можно охарактеризовать как относительно низкий. Поскольку на большинство поставленных вопросов получены не верные ответы. Самыми доступными каналами информации о ВИЧ/СПИДе для большинства (54,5%) опрошенных являются средства массовой информации (СМИ), медицинские работники (40,9%), друзья (43,6%), волонтеры (29,1%), обменные пункты шприцов (32,7%). Но, как правило, именно информация в СМИ носит неглубокий характер. В то же время такие источники, как занятия в школах, учебных заведениях, в консультативных медицинских учреждениях не играют роли массового информатора. Таким образом, результаты проведенного исследования позволили оценить уровни возможности, а также выявить поведенческие факторы риска, способствующие заражению ВИЧ-инфекцией среди ПИН.

Выводы

- ❖ ПИН – это в основном мужчины (86,4%), медиана возраста которых равна 25 годам. Большинство из них не работают и не учатся.
- ❖ 5,8% опрошенных составляют лица с высшим образованием, 77,8% имеют среднее специальное образование, 16,4% имеют начальное образование
- ❖ Достаточный стаж инъекционного употребления наркотиков составил 30,4%. Это косвенно свидетельствуют о стабилизации количества ПИН и уменьшении вовлечения в инъекционное наркопотребление новых лиц.
- ❖ Все ПИН использовали опасные инъекционные практики в течение последнего месяца и 1,6% ПИН использовали презервативы при последней половой связи с коммерческими половыми партнерами.
- ❖ Значительное количество ПИН имело половые контакты повышенного риска – с непостоянными половыми партнерами – 91,8% и коммерческими половыми партнерами – 1,6%. Эти показатели указывают на то что есть риск передачи инфекций половым путем, а значит распространение в общую популяцию населения.
- ❖ Групповое употребление наркотиков является одним из условий передачи ВИЧ инфекции в популяции ПИН. Всегда индивидуально употребляли наркотики инъекционным путем – 27,8% ПИН, в постоянной группе всегда употребляли – 49,4% ПИН, Всегда в случайной группе употребляющих 11,6%.
- ❖ Факторы влияющие на распространение ВИЧ - уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции определяется крайне низкой осведомленностью потребителей инъекционных наркотиков о путях передачи ВИЧ-инфекции и методах профилактики, а также высокой распространенностью рискованных поведенческих практик.

- ❖ Большинство потребителей инъекционных наркотиков не оценивают должным образом риск заражения и не мотивированы знать свои ВИЧ-статус, несмотря на то, что обследование на ВИЧ проводится анонимно и бесплатно. Добровольно прошли тестирование на ВИЧ по РУз 20,2% ПИН.

Рекомендации

- ❖ Полученные данные об опасности поведения ПИН необходимо предоставить заинтересованным организациям. Обеспечить совместную работу ННО с государственными учреждениями, направленную на изменение инъекционного и сексуального поведения наркозависимых на менее рискованное
- ❖ Результаты исследования среди потребителей инъекционных наркотиков дают основания утверждать, что методы профилактической работы с данной целевой группой не достаточно эффективны, требуется усилить программы снижения вреда среди ПИН, расширив пакет услуг, обеспечить социальные защиты ПИН;
- ❖ Требуется разработка и внедрение более активных методов работы, в том числе и в рамках программ снижения вреда.
- ❖ Превентивные программы для ПИН должны в качестве обязательного компонента включать работу, направленную на создание приемлемых условий для добровольного тестирования и консультирования на ВИЧ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азизов З.А. «Оценка рискованного поведения и ВИЧ-инфицированность среди потребителей инъекционных наркотиков в странах Центральной Азии: Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан» / З.А. Азизов, Х.К. Рафиев, М.М. Рузиев [и др.] И «Вестник Авиценны». - Душанбе.-2010.-№4.-Стр.137-142.
2. Азизов З.А. «Основные факторы риска распространения парентеральных инфекций у ПИН» / З.А. Азизов, Х.К. Рафиев, З.Х. Рафйева [и др.] // Журнал «Известия Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы». - Душанбе. - 2010. - №2. - Стр. 15-19.
3. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе/ Женева.
4. Белоглазов А.«Профилактики ВИЧ/СПИД/ИИ Ш и наркомании среди подростков, детей и молодежи» / А. белоглазов // СПИД инфосвязь. СПИД-инфосеть.-2000.-№2.-С.29
5. Белозеров Е. С. и соавт. Иммунодефицитные состояния //Алма-Ата.
6. Белозеров Е. С., Машкевич В. С., Шортайбаев А. А. Клиническая иммунология и аллергология. Изд-во «Кайнар»- Алматы.
7. Белозеров Е. С., Шаймарданов Н. К., Змушко Е. И. Иммунодефициты и донозологические формы иммуносупрессии. Изд-во «Полиграфия». - Семипалатинск.
8. Белозеров Е. С., Змушко Е. И., Карабеков А. Ж., Исиновсг Г. Н. Первичные вторичные иммунодефициты. Изд-во «Алатау», Аллгаты.
9. Березина Е.Б. Социальные представления о ВИЧ инфекции среди молодежи / Е.Б. Березина // Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. 2008, - С. 343
- 10.Берцкин Н.Л. «Проблемы ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркоманов в Приморском крае» Н.Л. Берцкин и др. // «СПИД Фонд Восток Запад», М., - 2006.- С. 70-73

11. Блинова О. «Анализ ситуации с инъекционным потребителями наркотиков в г. Воронеж в условиях развития эпидемии ВИЧ инфекции в России» О. Блинова, Н.И. Алексеенко // Журнал микробиология 2000. №4. –С. 40-44.
12. Бондаренко М.И. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди ПИН в местах лишения свободы Волгограда / М.И. Бондаренко // Матер. I конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. М., -2006, 15-17 мая –С. 175,
- 13.
14. Бейселгбаев Е. А. Иммунореабилитация больных острыми и хроническими инфекциями. Изд-во «Галым», Алматы.
15. ВИЧ-инфекция в перинатологии/ Под. Ред. В. Н. Запорожана, Л. Н. Аряева.- Киев: Здоровья.- 2000.
16. ВИЧ-инфекция/ Белозеров Е. С.// СПб.- 2003.- 368 стр.
17. ВИЧ-инфекция/ Рахманова А.Г., и соавторы// СПб.- 2004.- 693 стр.
18. «ВИЧ-инфекция и СПИД» (справочник). Изд-во «Знание», М., 2001.
19. «Гендер и ВИЧ/СПИД. Руководство по обучению», Кыргызстан, Бишкек, 2007.
20. Грюнталь НА., Елшанский С.П. // Проблема личности в современной науке: результаты и перспективы исследований: Тезисы докладов Четвертой Международной научной конференции молодых ученых 26-28 сентября 2001 г. — Киев: Науковевидання. 2001. С. 149-150.
21. Глинский А.И. "Отклоняющееся поведение как социальное явление" Человек и общество. выпуск VIII, П., 1971.-с.116
22. Доклад тысячелетия // Краткий обзор для школьников и студентов / ООН. - Ташкент, 2002. – 262 стр.
23. Е. Демченко, Г. Рошупкин, М. Жаров, М. Никитина. «Консультирование до и после теста на ВИЧ. Пособие для тренеров, работающих в области консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа», «СПИД Фонд Восток-Запад», 2006.

24. Жарле Д. С., Фридман С. Р. // *International J. of STD and AIDS*. 1996. № 7. Приложение 2 / Русский перевод: СПИД инфосвязь.
25. «Жизнь с ВИЧ», Просветительский центр «ИНФО-Плюс», 2005.
26. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки // Сборник тематических исследований / Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии, - ООН. Нью-Йорк, 2001.- 111 стр.
27. Змушко Е. И., Белозеров Е. С. ВИЧ-инфекция. Изд-во «Питер», СПб.
28. «Значение инфекций, передаваемых половым путем, в эпидемии ВИЧ-инфекции», А. Осмонова, Центрально-Азиатский Проект по Контролю за ВИЧ/СПИД», 2006 г.
29. Кетлинский С. А., Калинина Н. М. Иммунология для врачей. Изд-во «Гиппократ». СПб.
30. Квинн Т. С. Глобальное бремя ВИЧ-пандемии // СПИД инфосвязь.
31. «Консультирование до и после теста на ВИЧ. Пособие для тренеров, работающих в области консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа», «СПИД Фонд Восток-Запад», 2006 г.,
32. «Крупным планом: СПИД и мобильные группы населения. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа» ЮНЭЙДС, 2002 г.
33. Краткий словарь по этике / Под ред. О.Г. Дробницкого и И.С. Кона. М., 1965.
34. Краткий словарь по социологии / Под общ. ред. Д.М. Гвишиани, Н.И. Лапина. М., 1989.
35. Кумпл Ф., Франке С. Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Рабочий документ. - ОДССР, 2002, 50 стр.
36. Каплан Г.И., СэдокБ.Дж. Клиническая психиатрия (в 2-х томах). Т.1. М., 1994.
37. Ирина Куртикова, Калерия Лаврова, Всеволод Ли. «Тренинг: руководство к действию. Теория и практика» — М., «СПИД Фонд Восток-Запад», 2005.
38. Итоги работы Республиканского и областных центров профилактики СПИД за 2001 г.» Материалы Республиканского совещания, Минск, 14.02.2002.
39. Инфекции, передаваемые половым путем у лиц, страдающих наркоманией./ Юлдашев К. А.// МЗРУз.- НИИДиВ.- Т.- 2005.- 16 стр.

40. Лобзин Ю. В., Жданов К. В., Иванов К. С. К вопросу о врачебной экспертизе ВИЧ-инфицированных // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекция.
41. Лысенко А. Я., Турьянов М. Х., Лавдовская М. В., Подольский В. М. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. М.
42. «Мобильность населения и СПИД. Технический обзор», ЮНЭЙДС, 2001.
43. «Основы управления миграцией, Том первый: Принципы управления миграцией», Международная Организация по Миграции
44. «Остановить волну. Приоритеты в деле профилактики ВИЧ/СПИДа в Центральной Азии. Рабочий доклад Всемирного банка №54», Д. Годиньо, А. Рентон, В. Виноградов, Т. Новотны, М.-Д. Риверс, Г. Готсдззе, М. Браво, Всемирный банк, 2005.
45. «ОИВ/ОИТС вагемоконтакт йўлбиланюкадиганбошқакасалликлар» Э.И. Мусабаев и соавт., Тошкент, 2007.
46. ОИВ (ОИТС/СПИД) – инфекцияси: (Услуг.Кулланма)/ Туз.. М. М. Хакимов вабошк.- Андижан.
47. Оценка распространенности – косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков / Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками // ООН. – Нью-Йорк, 2003, 90 стр.
48. «Популярно о СПИДе», Просветительский центр «ИНФО-Плюс», Москва, 2002.
49. «Пособие для работников медицинских учреждений по эпидемиологии, клинике и профилактике ВИЧ/СПИД», М. Рузиев, А. Мирзоев, М. Додарбеков и др., Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2006.
50. «Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования в медицинских учреждениях, проводимого по инициативе медицинских работников», ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006.
51. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. М.: Издво ГЭОТАР Медицина-2.
52. «Профилактика ВИЧ-инфекции» В.В. Покровский, Т.Т. Смольская, 2-е издание, Москва, 2003.

53. Практика социальной работы: обзор основных направлений. - Энциклопедия социальной работы (перев.с англ.).-М.: Центр общечеловеческих ценностей.-1994.-т.2.-с.301-308
54. Программы социальной работы на производстве: помощь на рабочих местах (перев.с англ.)- в сб. Социальная работа и социальные программы в США М.: Центр общечеловеческих ценностей.-1992.-с.110-118
55. Практика социальной работы: обзор основных направлений. - Энциклопедия социальной работы (перев.с англ.).-М.: Центр общечеловеческих ценностей.-1994.-т.2.-с.301-308
56. «Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди населения Республики Беларусь» Минск 1998.
57. «Проблема ВИЧ/СПИД» Минск, 1998.
58. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 10 от 8.01.2010 года «О внедрении адаптированных национальных протоколов о ВИЧ-инфекции «Люди и ВИЧ» 4-е издание, Киев, 2006.
59. «Развитие эпидемии СПИД», ЮНЭЙДС, ВОЗ, Декабрь 2006.
60. Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение. Изд-во «ССЗ».
61. Решение Коллегии Министерства Здравоохранения РФ от 25.03.97 “О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения”. — Протокол 5. — М., 1997.
62. Роде Т. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика (TimRhodes.Outreach work with drug users: Principals and Practice). Страсбург: Совет Европы, 1997 / Русский перевод.
63. «Стигма и Дискриминация № 1-07 2007, Бишкек..
64. СПИД: образы эпидемии. ВОЗ, Женева, 1994.
65. Стразерс М. Раздувая пламя. Нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане, 2003
66. Стерк-Элифсон К. Работа по охвату среди потребителей наркотиков: сочетание роли помощника этнографа и санитарного просветителя. Human Organization, 1993. Т. 52. № 2 / Русский перевод: СПИД инфосвязь.

- 67.«Узнай все о ВИЧ», Фонд социального развития и охраны здоровья «ФОКУС-МЕДИА».
68. Фромм Э. Психоанализ и этика. — М.:Республика, 1993.
- 69.Шевченко А.В., Кошкина Е.А. //Вопросы наркологии. 1995. № 3.
- 70.«Эпидемиология» Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев, Санк-Перетбург, 2006.
- 71.Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД/ В. В. Покровский.- М.- Мед.- 1996.- 248 стр
- 72.Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Geneva, UNAIDS, 2005 (http://www.data.unaids.org/UNA-docs/CCO_IDUPolicy_en.pdf, accessed 17 April 2006).
- 73.«Declaration of Commitment on HIV/AIDS», New York, United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS, 25-27 June 2001 (http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf, accessed 24July 2006).
- 74.Donoghoe, M. C. «Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS». In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management, Copenhagen, World Health Organization, 2006.
75. Grassly, N. C. Modelling emerging HIV epidemics: the role of injecting drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China and India / N.C. Grassly [et al.] // International Journal of Drug Policy, 2003, 14:25–43.
- 76.«Guidelines for clinical management of HIV infection and HIV-related illnesses», World Health Organization Africa Regional Office, March 2003.
- 77.«Guidelines on Post exposure Prophylaxis for Health Care Workers Occupational Exposures to HIV», Expert Advisory Group on AIDS. London: UK Healthdepartment; 2000.
- 78.«Harrison's Principles of Internal Medicine». Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al. NewYork: McGrawHill, 2000.
- 79.«HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure – HIV Clinical Guidelines for the Primary Care Practitioner», NYCDOH-AL , March 2003.

- 80.«HIV transmission through breastfeeding: a study in Malawi», Miotti PG et al, JAMA, 1999, 282(8):744 -749.
- 81.Rehn N., Room R., Edwards G. Алкоголь в Европейском регионе ВОЗ - потребление, вред и политика // Всемирная организация здравоохранения / Европейское региональное бюро, 2001, 147 стр.
- 82.«HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors», Geneva, WHO, 2003.
- 83.«Is early diagnosis of HIV infection feasible in resource-limited settings», Rouzioux C et al. 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 2005 (Abstract No. 107).
- 84.«Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation», Geneva, WHO, 2003.
- 85.«Polymerase chain reaction for diagnosis of human immunodeficiency virus infection in infancy in low resource settings», Sherman GG et al Pediatric Infectious Disease Journal. 2005; 24(11):993-7.
- 86.«Post Exposure Prophylaxis», Copyright World Health Organization, 2003.
- 87.«Predicting perinatal human immunodeficiency virus infection by antibody patterns», Moodley D et al. ThePediatricInfectiousDiseaseJournal, 1995, 14(10):850–852.
- 88.«Quantitative RNA testing for diagnosis of HIV-infected infants», Nesheim S et al Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2003, 32(2):192–195
- 89.«Report of the technical consultation on clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definition for surveillance», Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87956.pdf>, accessed 19 December 2006).
91. Kelly, J. A. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in central and eastern Europe / J. A. Kelly, Y. A. Amirkhanian // International Journal of STD & AIDS, 2003, 14:361–371.
92. Report of the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, 2002.

93. Rhodes, T. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics / T. Rhodes [et al.] // *Addiction*, 1999, 94:1323–1336.
94. AIDS Prévention: What MCHYFPServis Providers Need to Know. Geneva World Health Organisation Régional Office for the Western Pacific.-1990.-213 p.
95. Benevedes J.M. and Abrams I.D. Approach to the Individual Potentially Infected with the Human Immunodeficiency Virus / J.M. Benevedes, L.D. Abrams // *AIDS (Etiology and Prevention)*. Philadelphia-New York. Vol.746. -P. 197203.
96. Berrous D. Роль программ снижения вреда от употребления наркотиков в профилактике передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / D. Berrous // Институт «Открытое общество». Голландия,-2000.- с. 5.
97. Blanca P.P. Inner city substance abuse patterns: a study of psychiatric inpatients / P.P. Blanca // *Amer.J. Drug and Alcohol Abuse*.-1988.-Vol. 14, № I. - P.41-50.
98. Bonell Chris. Towards a London HIV prevention strategy / Ch. Bonell // London: National AIDS Trust, September 2001, P. 97.
99. Bowersox J.A. //Collection of NIDA Notes. Drugs and AIDS / J.A. Bowersox // September/October 1994. -Vol. 9.- № 3. P. 62-63
100. Burke D.S. and McCutchan E.F. Global Distribution of Human Immunodeficiency Virus-1 Clades / D.S. Burke, E.F. McCutchan // *AIDS (Etiology and Prevention)*. Philadelphia-New York. Vol.746. - P. 119-127.
101. Camacho, L.M., Bartholomew, N.G.; Joe, G.W.; and Simpson / L.M. Camacho et al. // D.D., 1997. Maintenance of HIV risk reduction among injection opioid users: A 12-month posttreatment followup.- 1997.- P 11-18
102. Chen K. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample / K. Chen, D. B. Kandeil // *American Journal of Public Health*, 1995. N 85. P. 41-47.

103. Centers for Disease Control, Eads from the MMWR: acquired immunodeficiency syndrome associated with intravenous drug use United States, 1988 // J.A.M.A. -1989. - vol. 261. - p. 2314-2316.
104. Coombs R.W. Viral burden, virulence and viral threshold in HIV-1 disease: Implications for clinical trial design and studies on pathogenesis / R.W.Coombs et al. // J.Cell.Biochem. -1995. V.Suppl.21b. - P.204.
105. Coyle, S.L, 1998. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: / S.L. Coyle, R.H. Needleman, and J. Normand // review of published outcome data Public Health Reports 113 (Supp 1): P. 19-30.
106. Croen L. G. et al. A longitudinal study of substance use and abuse in a single class of medical students / L.G. Croen et al. // Washington: Academic Medicine, 1997. ~ P. 376-381.
107. Extreme founder effect in an HTV type 1 subtype A epidemic among drug users in Svetlogorsk, Belarus. / V. Lukashov, E. Karamov, V. Eremin //ADS Res. Hum. Retrovirus.1998.-N 14(14). P. 1299-1303.
108. Epidemiology and risk in the United States / M. Rogers // Conference on global strategies for the prevention of HIV transmission from mother to infants, September 3-7, 1997, Washington, DC. - 1997- P. 3-5.
109. Davis R. D. Drug and Alcohol use in former Soviet Union. Selected factors and future consideration / R. D. Davis // Journal of Addictions-I-994/- vol. 89,№11.
110. DeJarle D.S. Критические проблемы СПИДа среди инъекционных потребителей ПАВ / DeJarle D.S // СПИД инфосвязь. 1998.- с. 11.
111. Des Jarlais, D.C. et al., 2001. Providing hepatitis B vaccination to injecting drug users through referral to health clinics vs. on-site at a syringe exchange program. American Journal of Public Health 91 (11): 1791-1792.
112. Dell'intervento terapeutico nei tossicodipendenti. I. Orientamenti attuali in tema di criteri predittivi / Clerici VL, Garavaglia R. I-Tifocaeos // Rev. spr. Freniatr.- 1990.-Vol.14, N 2. S.480-502.

113. Doll ys Dillon B.A. Counseling Persons Seropositive for Human Immunodeficiency Virus Jntection and their Familes, AIDS, Philadelphia №4, 1997, p 533-541.