

Употребление психоактивных веществ и гендерный аспект ВИЧ-инфицирования*

ДОЛЖАНСКАЯ Н.А.

к.м.н., с.н.с., рук. отделения профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний Национального научного центра наркологии (ННЦН) Минздрава России, Москва

ЛЕНСКАЯ Е.В.

н.с. отделения профилактики СПИДа ННЦН Минздрава России, Москва

БУЗИНА Т.С.

к.психол.н., с.н.с. отделения профилактики СПИДа ННЦН Минздрава России, Москва

ОРЛОВ А.В.

н.с. отделения профилактики СПИДа ННЦН Минздрава России, Москва

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России в начале третьего тысячелетия характеризуется вовлечением в нее все большего числа женщин сексуально активного и репродуктивного возраста, употребляющих наркотические и другие психоактивные вещества (ПАВ). У женщин происходит активизация трех основных путей передачи: полового, парентерального и от матери к плоду. В статье представлены обзорные данные и результаты собственных исследований по проблеме риска ВИЧ-инфицирования у женщин, употребляющих наркотики. Обсуждаются возможные медико-социальные последствия и принципы профилактики.

Эпидемиологическая ситуация

Два последних десятилетия характеризовались резким ухудшением в России эпидемиологической ситуации с употреблением наркотиков и других ПАВ. По официальным статистическим данным с 1991 по 2000 г. показатель заболеваемости наркоманиями увеличился с 21,2 чел. на 100 тыс. в 1991 г. до 185,8 чел. на 100 тыс. в 2000 г. [2].

Одновременно происходил и быстрый рост численности женщин, потребляющих наркотики, в том числе внутривенно. Доля женщин в общей популяции больных наркоманиями составляла от 12 до 30%. В 2000 г. в России была зарегистрирована 41 тыс. женщин с диагнозом *наркомании* (53,9 чел. на 100 тыс. населения). Показатель заболеваемости наркоманиями среди женщин возрос за 2000 г. на 34%; за 2001 г. — на 21%; за 2002 г. — на 1,2% [7].

Стремительный рост числа внутривенных наркоманов повлек за собой и увеличение среди них числа ВИЧ-инфицированных. По данным ЮНЭЙДС, в России этот фактор заражения составляет 89,2% и является основным с 1996 г. Если в 1995 г. было выявлено только 8 случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди наркоманов, то в 1996 г. их было уже более 1000. Отличительной чертой эпидемии ВИЧ настоящего времени является активное вовлечение в нее женщин, в том числе и женщин, употребляющих наркотические и другие ПАВ, особенно в репродуктивном возрасте — 15–25 лет [9].

По данным Научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом РФ за 9 мес. 2003 г. в России выявлено 23 648 новых случаев ВИЧ-инфицирования. Общее количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составило 252 697 чел. Более 50 тыс. ВИЧ-инфицированных были зарегистрированы только в 2001 г. При внутривенном употреблении наркотиков заразились ВИЧ 119 496 чел., из них мужчин — 96 251 и 23 245 женщин. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных внутривенных наркоманов регистрируется в возрасте 20–30 лет (в 2002 г. — 63 114 мужчин и 14 270 женщин). Среди инфицированных ВИЧ женщины составляют 33%. Из них 85% находятся в репродуктивном возрасте (25% — 15–20 лет и 58% — 20–30 лет). За последние 6 лет число ВИЧ-инфицированных женщин возросло в 450 раз. Среди

беременных женщин показатель выявляемости ВИЧ-положительных вырос до 114,7 на 100 тыс. населения (в 2001 г. — 95,1). По мере того, как растет инфекция среди женщин, растет и количество инфицированных детей, рожденных от них. На 30.09.03 их число составило 6 302 чел. (83% от общего числа зарегистрированных ВИЧ-положительных матерей) [6, 12, 24].

Особенности приобщения женщин к наркотикам

Изучение особенностей приобщения женщин, больных героиновой наркоманией, к наркотикам показало, что их первым наркотиком в 56,3% случаев была марихуана; опиаты — 28,7%; первитин — 5%; кокаин — 3,8%; фенамин — 2,5%; ингалянты — 1,35%; кетамин — 2,5% [1]. Впервые наркотик попробовали в возрасте до 15 лет 17,5% женщин, в 15–17 лет — 50%, старше 18 лет — 32,5%. В среднем, женщины начинали употреблять наркотики на 1 год раньше мужчин [8].

Влияние сексуального партнера играло ведущую роль в приобщении женщин к потреблению ПАВ (76,3%). Среди других причин приобщения были: влияние наркоманической среды (58,8%), любопытство (56,3%), психогении (15%) и др. Под влиянием сексуального партнера женщины в 4 раза чаще, чем мужчины, приобщались сразу к основному наркотику. В 28 % случаев таким наркотиком был героин и в 7,3 % — другие опиаты.

В среднем период эпизодического потребления наркотика оказался у женщин на месяц короче, чем у мужчин. Сразу начинали употреблять наркотик систематически 31% женщин. Большинство женщин употребляли героин вместе с сексуальным партнером и часто не могли назвать дозу принимаемого наркотика (71,3%). Длительное время после начала наркотизации женщины не умели делать инъекции самостоятельно, а пользовались для этого услугами сексуальных партнеров [8].

Влияние наркотиков на женский организм

Наркотики и сексуальность

В последнее время в некоторых литературных источниках стали появляться данные о влиянии отдельных наркотических веществ на сексуальность. ПАВ, обладающие сильным стимулирующим действием на ЦНС, снимающие усталость и поднимающие настроение, стимулируют и сексуальную функцию. Так, кокаин, применявшийся

* Работа выполнена по гранту РГНФ 3 02-06-00471/аБ с Гродно

ранее как универсальное средство лечения, в том числе и при импотенции, применяется наркоманами как сильное возбуждающее средство. Среди его психофармакологических эффектов — обострение всех видов чувствительности: аудио-, видео-, тактильной и сексуальной, — а также повышение сексуальной активности. Кустарно приготовленные эфедрон и первитин обладают амфетаминоподобным действием и характеризуются появлением в опьянении сексуального возбуждения обоих партнеров. Стимулирующее действие на сексуальную функцию оказывают и кустарные препараты, приготовленные на основе фенилпропаноламина [1].

Интересные данные были получены при исследовании связи между использованием метамфетамина во время сексуальных контактов, рискованным поведением и ВИЧ-инфекцией среди неинъекционных наркоманов. Женщины и мужчины, применяющие метамфетамин, испытывали обострение сексуального влечения, они имели больше сексуальных партнеров, чем лица, не применяющие этот наркотик, пользовались услугами проституток и сексом с внутривенными наркоманами. Они реже использовали презерватив при вагинальных и анальных половых контактах и, как следствие, у них чаще выявлялись инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и инфицирование ВИЧ. Полученные данные позволили отнести лиц, применяющих метамфетамин, к группе высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией [20]. Но, наряду со стимулирующим действием на ЦНС, употребление наркотиков и токсикантов женщинами может повлечь за собой и медицинские осложнения:

прием кокаина приводит к резкому нарушению сексуальной функции, проявляющейся в гинекомастии, аноргазмии, общем снижении сексуальной потребности; нарушении менструального цикла, галакторее, аменорее и бесплодии;

прием каннабиноидов сопровождается снижением репродуктивной функции и аменореей;

прием опиатов вызывает нарушения менструального цикла;

прием галлюциногенов и стимуляторов истощает сексуальную функцию и подавляет либидо [10].

У женщин наблюдалось более тяжелое клиническое течение наркомании. Клиника формировалась в более сжатые сроки, чем у мужчин; 38,8 % женщин отметили психическую зависимость уже после первой пробы героина (в 4 раза чаще мужчин). Обычно психическая зависимость у женщин формировалась уже после двух–трех проб наркотика [8].

Наркотики и беременность

Серьезную проблему представляет потребление ПАВ женщинами во время беременности. Исследование 4 млн беременных женщин, родивших в течение года, проведенное Национальным институтом зависимости США (NIDA), показало, что употребляли алкоголь во время беременности 756 900 женщин (18,8%); «всякие» запрещенные наркотики — 220 900 женщин (5,5%); марихуану — 118 700 (2,9%); кокаин — 45 100 (1,1%); крэк — 934 800 (0,9%); героин и метадон — 3600 и 3400 соответственно (по 0,1%) [16].

У беременных женщин, употребляющих алкоголь, наблюдается развитие алкогольного синдрома у плода (задержка роста, пороки развития лица и нарушения функции ЦНС). Плод страдает также врожденными пороками сердца и развития скелета, отставанием в физическом и

умственном развитии. Употребление опиатов и кокаина беременной влечет серьезные последствия как для матери, так и для плода. Опиаты представляют угрозу развития синдрома отмены у плода, ведущего в некоторых случаях к летальному исходу. Кокаин способствует развитию злокачественной артериальной гипертензии, сердечной аритмии и ишемических инсультов (зарегистрированы случаи развития внутриутробного инсульта у плода) вследствие сильного сосудосуживающего эффекта; возможны также преждевременное излитие околоплодных вод, отслойка плаценты, преждевременные роды. Потребление больших доз барбитуратов во время беременности может вести к деформации лица плода и плохому формированию пальцев, а также развитию синдрома отмены у новорожденного. Дети, рожденные женщинами, употребляющими наркотики, страдают задержкой психического и физического развития, психическими и сенсорными проблемами, ведущими к инвалидности и возникновению психических заболеваний, и представляют группу повышенного риска [14, 15, 17].

Передача ВИЧ-инфекции у женщин, употребляющих наркотики

У женщин, употребляющих наркотики и другие ПАВ, реализуются все 3 основных пути трансмиссии ВИЧ: при сексуальных контактах (с лицами, употребляющими и не употребляющими наркотики; проституция; промискуитет и др.), парентеральный (в результате гемотрансфузий, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, при использовании общих игл и шприцев при совместном употреблении инъекционных наркотиков и т.п.) и вертикальный — от матери плоду/новорожденному во время беременности и родов и при грудном вскармливании.

Основной путь трансмиссии ВИЧ — гетеросексуальный половой контакт. Этот механизм распространения реализуется среди лиц, относящихся к группе риска в отношении ВИЧ-инфекции и других ИППП. Эффективность передачи ВИЧ-инфекции возрастает при наличии у женщины хронических гинекологических заболеваний или инфекций, передаваемых половым путем. В развивающихся странах распространенность и заболеваемость ИППП очень высока и представляет собой одну из основных проблем здравоохранения, являясь второй по значимости причиной утраты здоровья у женщин репродуктивного возраста (на первом месте — заболеваемость и смертность, связанные с беременностью и родами). Эпидемиологический синергизм между ВИЧ-инфекцией и венерическими заболеваниями распространяется как на поведенческие, так и на биологические факторы. Результаты эпидемиологических исследований позволяют предположить, что ИППП, сопровождающиеся развитием язв в области гениталий (такие как сифилис и герпес), повышают риск инфицирования ВИЧ в 4 раза, тогда как гонорея, хламидиоз и трихомониаз увеличивают этот риск в 2–3 раза [2].

Наличие нелеченного ИППП у одного из партнеров увеличивает риск инфицирования ВИЧ в 10 раз. Исследование, проведенное в США, с участием 4455 ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих ИППП, показало значительное уменьшение передачи ВИЧ-инфекции (на 44%) при лечении у них ИППП. В зависимости от лечения ИППП в клиниках максимальное снижение передачи ВИЧ составило от 9,2 до 53,7% [13, 21].

Установлено, что при ИППП усиливаются инфекционность и прогрессирование ВИЧ-инфекции. Но и ВИЧ-инфекция, в свою очередь, повышает степень тяжести некоторых инфекций. Эффективность стратегий профилактики, основанных на учете сочетанного течения различных ИППП, была показана в Мванзе, Танзания, где лечение ИППП привело к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 40% [22]. Но все же все ИППП, не зависимо от того, сопровождаются они образованием язв или нет, в несколько раз увеличивают восприимчивость больных к ВИЧ-инфекции.

В Нью-Йорке было проведено исследование распространенности и частоты гинекологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин. Были обследованы 292 ВИЧ-инфицированные женщины и 681 неинфицированная женщина. Данные показали высокую распространенность вульвовагинального кандидоза, аменореи, сифилиса, цитомегаловирусной инфекции и генитальных бородавок у женщин, инфицированных ВИЧ. Но инфекцию, вызванную *Chlamydia trachomatis*, и бактериальный вагиноз наблюдали чаще у женщин, не инфицированных ВИЧ [23].

Исследования, проведенные ННЦ наркологии МЗ РФ, подтвердили наличие корреляции между потреблением женщинами наркотиков, включая алкоголь, и венерическими заболеваниями. Женщины, употреблявшие наркотики и другие ПАВ, значительно чаще (22%) по сравнению с теми, кто их не употреблял (2%), болели вирусными гепатитами В и С, а также ВИЧ-инфекцией, являющимися наиболее распространенными инфекционными осложнениями наркотизации (вирусный гепатит В — 25,8% случаев; вирусный гепатит С — 69,4%; ВИЧ — 20%). Кроме этого, у них возрастал риск заражения ВИЧ не только из-за инъекций, но и из-за беспорядочных половых связей без предохранения. Результаты опроса пациенток наркологических стационаров показали, что в анамнезе у женщин, страдавших алкоголизмом, были трихомониаз (23,8%), генитальный герпес (13,3%), гонорея (2,9%), сифилис (0,95%); у женщин, страдавших наркоманией, — вирусные гепатиты (9,7%), сифилис (4,8%), гонорея (3,2%), трихомониаз (3,2%), генитальный герпес (3,2%) [2, 8].

Значение роли переливания крови (а женщинам часто требуется гемотрансфузия во время родов) и профессиональных факторов при ВИЧ-инфицировании женщин трудно оценить, так как исследований по этим критериям недостаточно.

Факторы риска ВИЧ-инфицирования у женщин

Женщинам—потребителям инъекционных наркотиков чаще, чем мужчинам, свойственно более рискованное поведение в отношении ВИЧ-инфекции [8].

В европейских исследованиях были определены прямые и не прямые ассоциации между социально-экономическим положением, принадлежностью к маргинальным слоям населения, рискованным поведением и распространенностью ВИЧ-инфекции. В результате выявились факторы, влияющие на распространение ВИЧ-инфекции у женщин:

- наличие регулярного ВИЧ-инфицированного партнера;
- возраст старше 25 лет;
- отсутствие законченного начального образования;
- отсутствие определенного места жительства;
- тюремное заключение в прошлом;

занятие коммерческим сексом;

использование общих игл;

перенесенные заболевания, передаваемые половым путем, в течение 1 года [19].

Таким образом, сексуальное поведение и тип партнера явились важными компонентами, объясняющими развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин-наркоманок. Данные выводы были подтверждены многочисленными исследованиями, представленными NIDA в 2002—2003 гг. [14, 17, 18].

Проведенные отделением профилактики СПИДа ННЦ наркологии МЗ РФ исследования девочек, находившихся в Центре временной изоляции для несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы, и пациенток клиники ННЦ наркологии доказали широкое распространение различных форм рискованного сексуального поведения у женщин в связи с употреблением ПАВ, способствующим интенсивному распространению ИППП. Все большую актуальность в настоящее время приобретает проблема ухудшения репродуктивного здоровья девушек-подростков. Частота гинекологических воспалительных заболеваний возросла в 1,2 раза [2].

Прогрессия ВИЧ-инфекции у женщин, потребляющих наркотики, происходит обычно значительно быстрее. Агрессивнее, чем у мужчин, протекают и вторичные заболевания [10].

Немногочисленные данные и о передаче ВИЧ от женщины к женщине. Возможными факторами риска в данном случае становятся внутривенное введение наркотиков, взаимная контаминация биологическими жидкостями (при использовании сексуальных игрушек), а также незащищенные половые контакты с мужчинами. Имеющиеся литературные источники подтверждают крайне низкий риск заражения ВИЧ у лесбиянок.

Риск инфицирования ВИЧ у женщин, имеющих гетеросексуальные контакты, ниже, чем у бисексуальных женщин, которые имеют дополнительные факторы риска, определяющие более длительный контакт организма женщины с ВИЧ: концентрация вируса в сперме выше, чем в вагинальном секрете; легкое проникновение вируса в поверхностный слой слизистой оболочки влагалища; сперма больше времени сохраняется во влагалище, чем на головке полового члена [5, 21]. Опубликованные исследования предполагают наличие этих дополнительных факторов риска при всех существующих путях трансмиссии ВИЧ. Этим, возможно, при гетеросексуальных контактах объясняется более высокий риск инфицирования женщины от мужчины, чем мужчины от женщины [14, 21].

Возраст женщины, предположительно, также влияет на восприимчивость к ВИЧ. Так, возраст до 20 и после 40 лет является фактором, повышающим риск попадания ВИЧ в организм женщины. Считается что шейка матки девочки-подростка — менее эффективный барьер для ВИЧ, как и истонченная слизистая оболочка и уменьшение вагинальной слизи с наступлением менопаузы [9].

Кроме этого, существует достаточно высокий риск ВИЧ-инфицирования женщины от мужчины на разных стадиях ВИЧ-инфекции в результате незащищенного анального секса при проникающих анальных контактах, сопровождающихся травматизацией слизистой оболочки, что обеспечивает легкий доступ вируса в организм женщины. Возникающие в результате «грубого секса» и изнасилования разрывы и кровотечения во время полового акта также увеличивают риск инфицирования ВИЧ [13, 17].

Риск ВИЧ-инфицирования повышается также при наличии воспалительных заболеваний органов малого таза и во время менструации.

Одной из социальных форм высокого риска заражения женщин ВИЧ-инфекцией и другими ИППП является проституция, т.е. предоставление сексуальных услуг за деньги или другие материальные ценности, в том числе и наркотики. Большая распространенность ВИЧ наблюдается среди работниц сексбизнеса, употребляющих внутривенные наркотики. В Москве, по данным Федерального Центра, СПИД среди женщин и мужчин, занимающихся сексбизнесом, в 2000–2001 гг. выявлялось 15% инфицированных ВИЧ. Пораженность ВИЧ проституток-наркоманок США и стран Западной Европы достигает 60–70% [2, 12].

Последний в триаде основных путей передачи ВИЧ у женщин — вертикальный. Трансмиссия ВИЧ от матери ребенку может происходить во время беременности, родов, а также при грудном вскармливании. Вероятность инфицирования зависит от стадии заболевания и состояния здоровья матери. Исследования показали, что плод может быть инфицирован уже на 8–10-й неделе беременности. Однако чаще заражение новорожденного происходит в процессе родов. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции возрастает и риск заражения плода. Частота передачи ВИЧ плоду от ВИЧ-инфицированной матери при первой беременности, по данным разных авторов, колеблется от 7 до 42 %. При последующих беременностях риск инфицирования возрастает до 50–60 % [3, 4].

Интересные данные получены при исследовании материнского сифилиса и перинатальной передачи инфекции ВИЧ в Институте акушерства и гинекологии Нью-Йорка (США). В обследовании принимали участие 44 ВИЧ-инфицированные женщины и 53 их новорожденных. Вторичный и латентный материнский сифилис был выявлен у четырех беременных. Во всех четырех случаях зарегистрирована вертикальная передача ВИЧ. У женщин, ранее лечившихся от сифилиса, перинатальная передача ВИЧ наблюдалась в трех случаях из 14 (21%). У женщин, никогда не болевших сифилисом, вертикальная передача ВИЧ зарегистрирована в пяти случаях из 35 (14%). Одна из пациенток за период исследования (1 год) родила дважды с профилактическим применением зидовудина во время беременностей. Первая беременность завершилась рождением ВИЧ-инфицированного ребенка; Второй ребенок появился на свет после успешного лечения сифилиса у матери и не был инфицирован ВИЧ. Таким образом, риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку может быть снижен путем регулярного проведения обследований на сифилис ВИЧ-инфицированных небеременных женщин с последующим их лечением [24].

В настоящее время известны факторы, влияющие на риск вертикальной трансмиссии ВИЧ:

состояние здоровья матери: чем выше уровень концентрации вируса в крови или влагалищной слизи и чем ниже иммунный статус, тем выше риск передачи ВИЧ;

условия жизни женщины: риск заражения новорожденного ВИЧ-инфекцией от инфицированной матери в промышленно развитых странах Европы и США составляет от 15% до 25% и от 25% до 35% — в странах третьего мира. Эти показатели обусловлены как режимом и полноценностью питания и отдыха, наличием в рационе достаточного количества витаминов, так и практикой вскармливания: грудное вскармливание является более обще-

принятым и более длительным по времени способом вскармливания в развивающихся странах по сравнению со странами Европы и США;

вредные привычки у матери: курение, употребление алкоголя, наркотиков;

острая стадия ВИЧ-инфекции и прогрессирование заболевания с высокой вирусемией;

наличие беременностей в анамнезе: чем больше, тем выше риск трансмиссии;

наличие воспалительного процесса или преждевременный разрыв околоплодных оболочек также повышают риск инфицирования новорожденного;

длительность II стадии родов: чем короче промежуток времени до рождения плода, тем меньше риск инфицирования;

родоразрешение путем операции кесарева сечения снижает риск передачи ВИЧ на 50%, если проведено до разрыва околоплодных оболочек;

многочисленные влагалищные исследования, эпизиотомия и перинеотомия, проводимые в течение родов;

амниотомия;

травмы родовых путей, наличие трещин и язвочек слизистой оболочки влагалища во многом повышают риск инфицирования новорожденного;

наложение акушерских щипцов;

наличие у беременной ИППП;

наличие у беременной экстрагенитальной патологии: заболеваний сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, анемии, сахарного диабета;

состояние плаценты: ее целостность, наличие воспалительных изменений, чувствительность к вирусу;

доношенность плода при рождении: чаще инфицируются недоношенные и переношенные дети;

состояние иммунной системы новорожденного;

грудное вскармливание, повышающее риск передачи ВИЧ ребенку до 20 % [4].

До недавнего времени использовались только две базовые стратегии профилактики передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку:

первичная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку — принятие мер по защите женщин детородного возраста от инфицирования ВИЧ;

предоставление услуг по планированию семьи и прерыванию беременности там, где это разрешено законодательством.

Эти моменты, направленные на снижение уровня ВИЧ-инфицирования среди детей младшего возраста, остаются важными и необходимыми в деятельности всех кампаний борьбы со СПИДом [11].

Однако в последние годы были предложены 3 основных способа профилактики, позволяющих снизить риск вертикальной трансмиссии ВИЧ до 2%:

отказ ВИЧ-инфицированной женщины от грудного вскармливания, что снижает риск передачи до 10–20%;

назначение антиретровирусной терапии во время беременности женщине и после рождения — новорожденному (как самостоятельное мероприятие или продолжение терапии, назначенной матери) снижает риск передачи ВИЧ до 1–8%;

родоразрешение путем кесарева сечения на фоне химиопрофилактики (с учетом всех возможных осложнений) снижает риск трансмиссии ВИЧ-инфекции до 10% [4].

Многие из беременных ВИЧ-инфицированных женщин употребляют наркотики и другие ПАВ. Статистика свидетельствует, что каждый 5-й ребенок, рожденный такими женщинами, — отказной, и число таких детей неуклонно растет. Все чаще врачи встречаются с юными беременными женщинами (моложе 16 лет), также страдающими наркоманиями, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С, сифилисом, другими хроническими ИППП, что представляет серьезную социальную проблему [11, 12, 13].

Заключение

В настоящее время в России на фоне употребления наркотических и других ПАВ развивается несколько социально обусловленных эпидемий: ВИЧ-инфекция, ИППП, вирусные гепатиты В и С и др.

Женщины, употребляющие наркотики и другие ПАВ, представляют особую группу повышенного риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем и через кровь. Вовлечение женщин в наркотизацию и связанные с этим тяжелые медико-социальные последствия могут пагубно отразиться на их здоровье и здоровье их детей и повлечь за собой прямые экономические и демографические потери.

Проблема парентеральных инфекций и ИППП у женщин, употребляющих наркотики и другие ПАВ, может стать самостоятельным профилактическим направлением в наркологии. Для развития этого направления необходимы совместные усилия наркологической, инфекционной, акушерско-гинекологической, педиатрической и других служб с привлечением всех ресурсов, которые могут оказаться эффективными в столь сложной и нестандартной ситуации.

Список литературы

1. Балашов П.С., Крымова Т.Г. Основные клинические характеристики наиболее распространенных наркотиков и токсикантов// Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С.17—25.
2. Должанская Н.А., Лозовская И.С., Бузина Т.С., Андреев С.А., Харьковская Н.В. Факторы риска и профилактики ВИЧ-инфекции у женщин, употребляющих ПАВ// Вопросы наркологии. — 2000. — № 2. — С. 60—67.
3. Жилин М.Ф. Роды без будущего// Медицина для всех. — 1998. — № 3. — С. 16.
4. Кулаков В.И., Баранов И.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку— М: Веди, 2003. — С. 81—85.
5. Монтгомери Р. Женщины и ВИЧ// КС. — 2000. — № 2. — С. 5.
6. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция// Информационный бюллетень № 25. — М., 2003. — С. 14—16, 25.
7. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 227—330.
8. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А. Особенности формирования клиники и течения наркомании у женщин: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — С. 6—10.
9. Шах Р., Брэдбир К. Женщины и ВИЧ-инфекция — состояние проблемы 10 лет спустя// ИППП. — 2000. — № 6. — С. 12—18.
10. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В. ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение: Руководство по наркологии// Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 379—382.
11. Население России: X ежегодный демографический доклад. — М., 2002. — С. 79—86.
12. СПИД в России: тенденции, факторы, последствия// Материалы научной конференции федерального Научно-методического центра МЗ РФ по профилактике и борьбе со СПИДом.
13. Материалы конференции «Охрана прав и здоровья женщин»// СПИД инфосвязь. — 1999. — №1. — С. 30—37.
14. NIDA. Focus on Women and Gender Differences Research. — 2002. — С. 116.
15. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам/ Под редакцией Джин Р. Андерсон. — 2001. — С. 9—10.
16. NIDA. Research Findings. — 1995. — Vol. 10, № 1. — С. 116—117.
17. NIDA. Focus on Women and Gender Differences Research. — Florida, 2003. — P. 43, 72, 79, 80.
18. Weiss Susan R.B., Pearson Jane L. Emerging Issues in Gender and Ethnic Differences in Substance Abuse and Treatment. — NIDA. Current Women's Health Report., 2003. — P. 245—249.
19. Estebanes P.E.; Russell N.K.; Aguilar M.D.; et al. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study // Int. J. Epidemiol. — 2000. — №29 (4). — P. 43.
20. Molitor F.; Truax S.R.; Ruiz J.D.; Sun R.K. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users// West J. Med. — 1998. — № 168(2). — P. 42.
21. Rothenberg R.; Wasserheit J., Louis M. Emory. Estimating the effect of treating sexually transmitted diseases (STDs) on HIV transmission. — University, Atlanta, Georgia. 12th World AIDS conf. Geneva. — 1998. — P. 73.
22. Plummer F.A. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type1 (HIV): interaction of conventional sexually transmitted diseases// AIDS Res. Hum. Retroviruses. — 1998. — №2. — P. 73.
23. Minoff H.L., Eisenberger Matityahu D., Feldman J. et al. Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women infected with human immunodeficiency virus// Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999.
24. Lee M.J., Hallmark R.J., Frenkel L.M. Maternal syphilis and vertical perinatal transmission of human immunodeficiency virus type-1 infection // Int J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — P. 68.

USING OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND GENDER ASPECT OF HIV-INFECTION

DOLZSHANSKAYA N.A.	cand.med.sci., senior researcher, head of Department of AIDS prophylactic, National research Narcology center of Russian Health Ministry, Moscow
LENSKAYA E.V.	researcher, Department of AIDS prophylactic, National research Narcology center of Russian Health Ministry, Moscow
BUSINA T.S.	cand.psychol.sci., senior researcher, Department of AIDS prophylactic, National research Narcology center of Russian Health Ministry, Moscow
ORLOV A.V.	researcher, Department of AIDS prophylactic, National research Narcology center of Russian Health Ministry, Moscow