

Оценка и рекомендации по коррекции риска ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков на разных этапах оказания наркологической помощи*

КАРПЕЦ А.В.¹

к.м.н., доцент, эксперт исследования,
Автономная некоммерческая организация «Бюро по проблемам наркомании»,
460006, Оренбург, Невельская, 4 Г, тел./факс +7 (3532) 56 81 50, e-mail: andrey.karpets@yandex.ru

ДОЛЖАНСКАЯ Н.А.²

к.м.н., консультант исследования,
зав. отделением профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний,
ФГУ Национальный научный центр наркологии МЗ и СР РФ,
119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д.3, тел./факс +7 (499) 241 74 44,
e-mail: natasha.dolzhanskaya@gmail.com

ПХИДЕНКО С.В.³

д.м.н., координатор программы по наркомании и ВИЧ/СПИД,
Представительство Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации,
125009, Москва, Объединенное Представительство ООН, Леонтьевский пер., д. 9,
факс: +7 (495) 787-21-29, e-mail: svitlana.pkhidenko@unodc.org

Изучены паттерны рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся за медицинской помощью в государственную наркологическую службу в Оренбурге. Четверть из 80 обследованных пациентов в течение последнего месяца использовали при инъекции иглы или шприцы, которыми пользовался кто-то другой. Женщины, в отличие от мужчин, чаще использовали иглы и шприцы совместно с половыми партнёрами. Большинство респондентов не использовало презерватив при последнем половом контакте с постоянными, платными и случайными партнёрами. Анализ результатов позволил структурировать особенности лечебно-профилактических мероприятий на разных этапах оказания наркологической помощи (неотложном, амбулаторном, реабилитационном). По итогам консультирования пациентов рекомендован алгоритм коррекционных вмешательств на основе диагностики индивидуальных особенностей поведенческого риска ВИЧ-инфицирования, стадии мотивации к изменениям поведения и индекса тяжести зависимости. Ключевые слова: риск ВИЧ-инфекции, потребители инъекционных наркотиков, профилактика ВИЧ-инфицирования, этапы наркологической помощи

Введение

С момента начала регистрации ВИЧ-инфекции на 01.03.2011, по предварительным данным персонифицированного учёта, в России зарегистрировано 592 110 ВИЧ-инфицированных. Среди лиц с известными причинами заражения, впервые выявленных в 2010 г., 59,2% инфицированы ВИЧ при употреблении наркотиков (в 2009 г. таких было 61,3%) [7]. В 2009 г. в РФ официально зарегистрированы 386 тыс. чел., которые употребляли наркотики инъекционным способом (0,3% населения страны). Среди последних ВИЧ-инфекцией было заражено 50 994 чел., или 13,2% [5]. Существуют данные, что при увеличении числа зарегистрированных больных наркоманией на 10% число лиц с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией через год увеличилось на 31,6% [4]. Есть научные доказательства, что

ВИЧ активно распространялся от популяции потребителей наркотиков основному населению. Например, среди 631 потребителя наркотиков, изученных в г.Санкт-Петербурге в 2005—2008 гг., распространённость ВИЧ-инфекции составила 44% и большинство из обследованных — 84% из них — сообщило о сексуальной активности в последние 6 мес., а половина из них не использовала презерватив при последнем половом акте [9, 11].

Передача ВИЧ-инфекции в среде наркопотребителей сопряжена с характерными паттернами их рискованного поведения, однако нет достаточных научных данных о роли и частоте встречаемости различных (варианты парентерального введения наркотика; половой, вертикальный) факторов риска. В связи с тем, что ВИЧ-инфекция до сих пор концентрируется среди потребителей инъекционных наркотиков,

* Публикация подготовлена к изданию по результатам реализации проекта Представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации «Поддержка программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании»

в настоящей работе предпринята попытка идентифицировать индивидуальные и межличностные особенности рискованного поведения. В этом исследовании мы актуализировали три постановочных вопроса:

1) каковы факторы риска (в том числе поведенческие) распространения ВИЧ-инфекции в популяции инъекционных потребителей наркотиков, обратившихся за наркологической помощью в г.Оренбурге;

2) каковы особенности превентивных программ для пациентов с риском ВИЧ-инфицирования на разных этапах оказания наркологической помощи (неотложной, амбулаторной, реабилитационной);

3) какие факторы определяют эффективность консультативных коррекционных мероприятий у пациентов с рискованным поведением.

Ответы на эти вопросы позволят сделать первый шаг в объективной оценке индивидуального риска ВИЧ-инфицирования у инъекционных потребителей наркотиков на разных этапах оказания наркологической помощи и выработать алгоритм профилактических мероприятий.

Цель экспериментального исследования состояла в оценке и коррекции факторов риска ВИЧ-инфицирования у потребителей инъекционных наркотиков на разных этапах оказания наркологической помощи. Задачи работы — изучить риски распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и сформулировать алгоритмы индивидуализированных терапевтических решений при оказании амбулаторной, стационарной и реабилитационной наркологической помощи.

Пациенты и методы

Исследование было частью пилотного проекта¹, реализованного при поддержке Представительства Управления ООН по наркотикам и преступности (г.Москва). Данные собирались в Оренбурге в период с марта по октябрь 2010 г.

При разработке исследовательского инструментария в качестве модели был использован русскоязычный вопросник из руководства Family Health International [8] по определению разных видов поведенческого (личностного) риска ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков. В исследовании включались лица, являющиеся потребителями инъекционных наркотических веществ (F1x.0, F1x.1, F1x.2, по МКБ-10, где x — наркотическое вещество, вводимое с помощью инъекций) и употреблявшие наркотик путём инъекций хотя бы однократно в течение последних 6 мес.

С помощью разработанного опросника были изучены 80 пациентов (64 мужчины и 16 женщин), обратившихся в государственный наркологический диспансер за консультацией, лечением или реабилитацией. Всего обследовано и проконсультировано 34 пациента, находившихся на стационарном лечении, 27 пациентов амбулаторно-поликлинического звена и 19 пациентов центра наркологической реабилитации. Каждый пациент подписывал информированное согласие на проведение опроса. Опрос проводился врачом психиатром-наркологом посредством личного интервью и анкетирования, после которого проводилось расширенное консультирование пациента по вопросам риска ВИЧ-инфицирования. Консультирование включало в себя информирование, поддержку, психологические и психотерапевтические техники, направленные на формирование позитивных поведенческих изменений в отношении своего здоровья. Обследование пациентов на ВИЧ-инфекцию проводилось в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения РФ [6]. Контроль работы интервьюеров осуществлялся координатором исследования.

Комментарии исследователя вносились в лист индивидуального консультирования, где отмечались наиболее эффективные практики, неудачи консультирования, потребности пациентов и их реакция на вмешательство. Количественные данные исследования были закодированы, введены в электронную базу данных, вычищены от случайных ошибок и пропусков. Качественные данные подвергнуты систематизации. Для ввода, хранения и статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Excel.

Результаты

Большинство респондентов было в возрасте 26—35 лет (81%). Средний возраст пациентов составил 29,8 года. Пятая часть обращений осуществлена лицами женского пола (средний возраст — 29,7 года). Уровень образования обследованных распределился следующим образом: 7% — начальное, 22% — среднее, 44% — среднее специальное, 19% — неоконченное высшее и 8% — высшее. Треть пациентов была безработными, постоянную работу имела примерно четверть опрошенных, остальные довольствовались случайными заработками или временной работой.

Длительность употребления нелегальных веществ, вызывающих зависимость, путём инъекций составила у большинства пациентов от 6 до 15 лет (82%). Только 10% изученных лиц употребляли инъекционные наркотики менее 5 лет. Первая в жизни инъекция наркотика чаще всего приходилась на возраст от

¹ Проект «Разработка модели оценки риска ВИЧ-инфицирования потребителей инъекционных наркотиков и оказание консультативной помощи наркопотребителям в области снижения риска ВИЧ-инфицирования на разных этапах оказания наркологической помощи» в Оренбурге

Таблица 1

Распределение обследованных по видам употребления наркотиков и других психоактивных веществ в течение месяца, предшествовавшего обращению за наркологической помощью

	Группа ПАВ	Доля респондентов, %	
		Употребляли в прошлом месяце, %	Иньекции в прошлом месяце, %
1	Героин (без кокаина)	66	66
2	Кокаин (без героина)	4	0
3	Героин с кокаином	4	4
4	Метадон	1	1
5	Дезоморфин	45	45
6	Препараты конопли	22	—
7	Амфетамины, эфедрон, первитин	12	9
8	Транквилизаторы, снотворные	14	1
9	Барбитураты	5	0
10	Курительные смеси (спайс)	14	—
11	Алкоголь	46	—
12	Другие ПАВ	4	1

18 до 21 года (средний возраст начала инъекций — 19,9 года). Характеристика употребления наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ) представлена в табл. 1.

Частота приёма ПАВ инъекционным путём характеризовалась тем, что 11% делали инъекции минимум 4 раза в день, половина пациентов — 2—3 раза в день, 15% — один раз в день, остальные — реже.

Установлено, что использование при последней инъекции загрязнённых игл или шприцев, которыми уже пользовался кто-то другой, составило 8%. Тот же показатель, но отражающий последний месяц употребления, составил уже 25%. Частота общего использования пациентами уже бывшей ранее в употреблении посуды (флаконов/контейнеров), ваты/ фильтров или воды для ополаскивания при приготовлении и внутривенном введении наркотиков показана в табл. 2.

Среди тех, кто пользовался общим инструментарием для инъекций, применяли его вместе с одним или двумя потребителями, в единственном случае — с тремя. Обнаружены различия в картине совместного использования инъекционных принадлежностей в

течение прошлого месяца в зависимости от пола (табл. 3).

Исследованием установлено, что женщины в 3 раза чаще, чем мужчины, пользуются инъекционными принадлежностями совместно с постоянным половым партнёром. Мужчины, в свою очередь, значительно реже делают свои принадлежности для введения наркотиков со случайными половыми партнёрами. В отличие от мужчин, никто из опрошенных женщин не использовал общие инъекционные принадлежности совместно с торговцем наркотиками, соседями по камере или лицом, которое вводит наркотики.

В трети случаев в течение прошлого месяца потребители очищали свои использованные шприцы и иглы перед инъекцией, чаще всего используя их кипячение (36%) или ополаскивание в горячей воде (28%).

Примерно четверть потребителей инъекционных наркотиков одалживали или продавали свои использованные шприцы и иглы другим людям в течение прошлого месяца.

У большинства пациентов (84%) была возможность достать новые стерильные иглы и шприцы в любое время, когда им это было необходимо. Остальные

Таблица 2

Частота использования общих посуды и принадлежностей для инъекций наркотических веществ в течение последнего месяца (N=43)

	Частота	Доля респондентов, %
1	Каждый раз	4
2	Почти каждый раз	8
3	Иногда	28
4	Никогда	46
5	Затрудняется ответить или ответа нет	14

Частота использования общих инъекционных принадлежностей среди потребителей инъекционных наркотиков в зависимости от пола

	С кем пользовался общими инъекционными принадлежностями	Доля респондентов, %	
		Мужчины (N=34)	Женщины (N=9)
1	Постоянный половой партнёр	9	33
2	Случайный половой партнёр	3	11
3	Знакомый	39	33
4	Торговец наркотиками	3	0
5	Лицо, предоставляющее услуги по в/в введению наркотика	3	0
6	Сосед по камере	3	0
7	Другие лица	3	0

в равной мере или ответили, что такой возможности у них не было, или затруднились ответить.

В 34% случаев в течение последнего месяца пациенты получали инъекцию из уже наполненного шприца (т.е. они не видели, как наполняется шприц). Четверть опрошенных сообщила, что иногда они видели, как им наполняли шприц из уже использованного (!) другим потребителем шприца.

Несмотря на то, что обследованные лица не очень часто меняли половых партнёров (в течение последних 12 мес. в среднем 2,7 у мужчин и 1,8 у женщин), обнаружен высокий уровень рискованного сексуального поведения. Всего 31% лиц, имеющих постоянного полового партнёра, использовали презерватив при последнем половом контакте с ним. Несколько выше эта доля при последнем половом контакте со случайными и платными партнёрами — 39 и 46% соответственно.

Изучение микроокружения пациентов показало, что у 14% был близкий родственник, а у 34% — близкий знакомый, который является носителем ВИЧ-инфекции или умер от СПИДа.

85% считали, что можно избежать инфицирования ВИЧ путём правильного использования презерватива при каждом половом контакте, однако 8% считали «Нет», а 7% затруднились ответить.

На вопрос «Можно ли заразиться ВИЧ от комариного укуса?» положительно отвечали 8% опрошенных, а 11% затруднились ответить.

96% потребителей знали, что можно заразиться ВИЧ, пользуясь загрязнённой инъекционной иглой, которая уже была использована другим человеком.

Вопрос «Можно ли избежать заражения ВИЧ путём перехода на употребление наркотиков, не требующих внутривенного введения?» почти пополам разделил обследуемых на тех, кто отвечал «Да» (57%), и группу тех, кто отвечал «Нет» (28%). Затруднились ответить на этот вопрос только 15% опрошенных.

Всего 73% пациентов знали, что ВИЧ может передаваться плоду от беременной женщины. Доля информированных о возможности передачи ВИЧ через грудное молоко была ещё ниже — 47%. Все женщины, включённые в исследование, были правильно информированы о вертикальном пути передачи ВИЧ-инфекции, однако 23% женщин затруднились ответить на вопрос о передаче ВИЧ-инфекции через грудное молоко.

Несмотря на то, что 93% респондентов ранее проходили тест на ВИЧ, всего 66% отметили, что им проводили дотестовое консультирование. Факт проведения послетестового консультирования остался в памяти только у 41% пациентов.

Консультирование обследованных выявило, что потребителей инъекционных наркотиков можно разделить на отдельные группы в зависимости от личной реакции на затронутую тему индивидуальных рисков ВИЧ-инфицирования. Пациенты имели разную мотивацию к работе со специалистами: негативную, неустойчивую или позитивную. Среди обследованных встречались в основном «зрелые» и прагматичные лица, неоднократно обращавшиеся к медицинским работникам. В группе мотивированных больных обнаружена часть слабо информированных. Готовность пациента менять рискованное поведение и перспектива коррекции патологических паттернов зависели также от стадии в «спирали изменений» [12] поведения, на которой находилась личность пациента: преднамерение (предосознание), намерение (осознание), принятие решения, действие, удержание действия, рецидив.

Качественный анализ результатов консультирования показал, что готовность пациента изменить рискованное поведение зависела от:

- индекса тяжести зависимости (интегральный показатель глубины текущей дезадаптации пациента) [2];
- характеристики внутренней мотивации (внутренней картины болезни);

- факторов внешней мотивации (доступность употребляемых веществ на нелегальном рынке, понуждение к лечению и т.п.);

- прошлого опыта взаимодействия с медицинскими и социальными службами.

Особенности процедур по оценке и коррекции риска ВИЧ-инфицирования на разных этапах наркологической помощи заключаются в следующем.

На этапе оказания неотложной наркологической помощи:

- приоритетное значение дотестового консультирования на ВИЧ и мотивационной модели клиент-центрированного консультирования;

- проведение экспресс-интервью «Экспресс-скрининг рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков»;

- информирование по вопросам путей передачи ВИЧ-инфекции;

- формирование приверженности к длительным (не менее 90 дней) программам амбулаторной и стационарной наркологической реабилитации;

- мотивирование на включение в дистанционное консультирование;

- предоставление элементарных услуг немотивированным пациентам.

На этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи и обследования:

- приоритетное значение до- и послетестового консультирования;

- проведение экспресс-интервью «Экспресс-скрининг рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков»;

- направление на тестирование на ВИЧ-инфекцию;

- составление программ индивидуального медико-социального сопровождения;

- формирование и поддержание приверженности к длительным программам наркологического лечения;

- осуществление дистанционного консультирования клиентов и их родственников;

- направление в терапевтические сообщества и группы взаимопомощи ЛЖВ;

- привлечение к терапевтическому процессу социального окружения.

На этапе оказания реабилитационной наркологической помощи:

- проведение глубинного интервью по оценке риска ВИЧ-инфицирования «Скрининг рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков»;

- поддержание приверженности к программам длительной наркологической реабилитации и лечения ВИЧ-инфекции;

- когнитивно-поведенческая терапия: отработка навыков совладания с рискованными моделями поведения;

- предоставление востребованных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции пациентам с отказом от лечения и немотивированным пациентам;

- вовлечение в программы ближайшего окружения и родственников пациентов;

- вовлечение в терапевтические сообщества и группы взаимопомощи ЛЖВ;

- привлечение к реабилитационно-терапевтическому процессу социального окружения пациента.

Обсуждение результатов

Для коррекции рискованного поведения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции независимо от этапа и формы оказания наркологической помощи необходима выработка индивидуализированного терапевтического решения с учётом мотивации пациента и его личностных потребностей в разных сферах жизнедеятельности. Профилактические усилия должны базироваться на основе понимания, что за это длительное время у пациентов сформировались свои устойчивые стереотипы рискованного поведения в отношении заражения и распространения ВИЧ-инфекции.

Несоответствие относительно высокого уровня знаний о путях и рисках передачи ВИЧ с высоким распространением рискованного поведения, т.е. двойственность поведения, может быть точкой приложения в технике мотивационного консультирования, по мнению Miller W.R. & Rollnick S. [10]. Это противоречие (двойственность, амбивалентность) может являться важной терапевтической мишенью во время мотивационной или коррекционной консультации.

Выявление высокой доли пациентов, считающих, что им не проводили консультирование до и после сдачи теста на ВИЧ, свидетельствует либо о полном отсутствии самого факта консультирования пациента врачами психиатрами-наркологами, либо о его сугубо формальном проведении. Специальные исследования подтверждают такое положение дел. Так, по данным опроса врачей психиатров-наркологов, 19% не считали дотестовое консультирование своей профессиональной обязанностью [1]. Однако само по себе проведение теста на ВИЧ, особенно при отсутствии консультирования или с неполным, поверхностным консультированием, не влияет на поведение пациентов с синдромом зависимости и риском передачи ВИЧ-инфекции.

Для формирования защитных паттернов поведения прежде всего необходимо осознание пациентом существования устойчивых рискованных практик и изменение личностной позиции, а затем развитие навыков менее опасного или безопасного поведения.

Именно поэтому нами предлагается совместить диагностическую составляющую с терапевтическим влиянием на рискованное поведение. Для этого процесс обследования необходимо сочетать с элементами

коррекционных поведенческих вмешательств. На любых этапах оказания наркологической помощи необходимо проведение экспресс-оценки степени индивидуального риска, *оперативной диагностики степени готовности к изменениям поведения, выявление важнейших потребностей личности и составление плана дальнейшей работы*, в котором пациент был бы заинтересован. Другими словами, план и форма медицинских действий должны быть приближены к внутренним мотивам личности и реалистичны по отношению к конкретному пациенту.

Характеристики личностной мотивации и готовность к изменению поведения определяют ход взаимодействия в системе «пациент — консультант» [3].

Добровольный отказ от устойчивых привычных действий, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. На каждом из этапов человеку, меняющему своё поведение, требуются соответствующая информация и поддержка. Без учёта этих психологических особенностей работа по изменению поведения рискует остаться на уровне этапов, когда часть людей даже не задумывается о том, что подвергает себя опасности, а другая часть, хотя и задумывается, но не предпринимает никаких шагов для изменения такого положения.

Пациенты могут находиться на разных стадиях готовности к наркологическому лечению, что необходимо учитывать в индивидуальном плане ведения пациента. Для конструктивного влияния на поведение необходимы коррекционные мероприятия, приближённые по форме и содержанию к внутренним установкам пациента и его потребностям.

Заключение (выводы)

Алгоритм действий врача для оценки и снижения риска ВИЧ-инфицирования на разных этапах оказания наркологической помощи может состоять из следующих последовательных мероприятий:

- 1) оценка факторов риска ВИЧ-инфекции на основе экспресс-интервью методом «бок о бок»;
- 2) оценка готовности и характеристики мотивации в отношении выявленных рискованных практик поведения;
- 3) диагностика и анализ показателей степени тяжести химической зависимости пациента;
- 4) индивидуальное мотивационное консультирование и когнитивно-поведенческая терапия в зависимости от готовности к помощи и/или лечению, характеристики мотивации пациента (внутренней, внешней) и его насущных потребностей.

Важнейшим механизмом и основой поведенческих изменений для профилактики ВИЧ-инфекции явля-

ется лечение синдрома химической зависимости. Таким образом, снижение риска ВИЧ-инфицирования у потребителей инъекционных наркотиков является составным элементом в системе оказания наркологической помощи. Невозможно проводить профилактику ВИЧ-инфекции без эффективного наркологического лечения.

Наилучший результат в оценке и коррекции даёт сочетание экспресс-скрининга рискованного поведения с интегральным психотерапевтическим вмешательством (до- и послетестовое консультирование, мотивационное интервью, когнитивно-поведенческая терапия), завершающимся составлением индивидуализированного плана обследования и лечения. Затем пациента необходимо включать в медико-социальное сопровождение, которое в идеале проводится до полной дезактуализации рискованных практик.

Список литературы

1. Должанская Н.А., Корень С.В. Изучение информированности врачей-наркологов по современным методам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ // Наркология. — 2010. — №10. — С. 55—58.
2. Индекс тяжести зависимости (версия УНП ООН Treatnet): Руководство и опросник. — М.: Верди, 2009. — 128 с.
3. Карпец А.В., Фролов С.А., Орлова М.О. Роль мотивации в медико-социальном сопровождении наркологических пациентов с разным уровнем риска ВИЧ-инфицирования // Современные исследования социальных проблем: Материалы III Общероссийской научно-практической конференции с международным участием. Вып. 2. — Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011. — С. 144—149.
4. Киржанова В.В.: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2010.
5. Киржанова В.В., Сидорюк О.В. Показатели общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации в 1999—2009 годах. http://www.nrca-rf.ru/2_195.html. — Москва, 2010.
6. Методические рекомендации «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию» МЗ и СР РФ №5950-РХ от 06.08.2007
7. Письмо Руководителя Роспотребнадзора РФ Г.Г. Онищенко «О мерах по противодействию распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и повышению их эффективности» №01/3240-1-32 от 23.03.2011
8. Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ «Исследование особенностей поведения». — Family Health International, 2004.
9. Grau LE. HIV Disclosure, Condom Use, and Awareness of HIV Infection Among HIV-Positive, Heterosexual Drug Injectors in St. Petersburg, Russian Federation // AIDS Behav. — 2011. — 15. — P. 45—57. DOI 10.1007/s10461-010-9775-z.
10. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change. — NY: Guilford Press, 2002.
11. Niccolai L.M., Shcherbakova I.S., Toussova O.V., Kozlov A.P., Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. J. Urban Health. — 2009. — 86 (Suppl. 1). — P. 131—143.
12. Prochaska J., DiClemente C. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1982. — Vol. 51, №3. — P. 390—395.

ASSESSMENT OF HIV RELATED RISKS AMONG INJECTING DRUG USERS AND RECOMMENDATIONS ON RISK REDUCTION AMONG IDUS TO BE IMPLEMENTED AT DIFFERENT STAGES OF NARCOLOGICAL SERVICES

KARPETS A.V.

ANO «Bureau on Drug Abuse problems»,
Orenburg, Russia, Nevelskaya, 4g, tel. +7 3532 56 81 50, e-mail: andrey.karpets@yandex.ru

DOLZHANSKAYA N.A.

Federal State Institution «The National Research Center on Addiction»,
the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation,
Moscow, Russia, M.Mogiltsevskii, tel. +7 (499) 241 74 44, e-mail: natasha.dolzhanskaya@gmail.com

PKHIDENKO S.V.

UN Office on Drugs and Crime for the Russian Federation,
Moscow, Russia, Leont'evskii pereulok, 9, fax: +7 (495) 787-21-29, e-mail: svitlana.pkhidenko@unodc.org

The patterns of risk behavior for HIV-infection among injecting drug users consulted at state narcological institutions in the City of Orenburg were studied. 25% out of 80 examined patients reported use of contaminated injecting equipment during the last month. Unlike men, women more often shared needles and syringes with their sexual partners. Majority of respondents reported that they did not use of a condom the last time they had sexual intercourse with a regular, charged/paid and/or casual partners. Analysis of the results allowed to structure the peculiarities of HIV-prevention, treatment and care measures at different stages of drug dependence treatment (emergency, outpatient treatment, and rehabilitation). As the result of the patients' counseling an algorithm of corrective interventions based on diagnostics of individual features of the behavioral risk of HIV infection, the stage of motivation for behavior change and an addiction severity index was recommended.

Key words: Risk of HIV-infection, injecting drug users, prevention of HIV transmission, stages of drug dependence treatment