РГП НА ПХВ «КАЗАХСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

(Методические рекомендации)

Под редакцией Турдалиевой Б.С.

Алматы, 2025

УДК 616.9
ББК 55.14.
П 44

Рецензенты:

1. Изекенова А.К. – PhD, ассоциированный профессор с ученым званием кафедры «Эпидемиологии с курсом ВИЧ инфекции и инфекционного контроля» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».
2. Ахметова Г.М. – к.м.н., заведующая отделом эпидемиологического мониторинга, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Авторский коллектив:

Турдалиева Ботагоз Саитовна – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной деятельности и стратегическому развитию РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

Байсугурова Венера Юрьевна – PhD, ассоциированный профессор кафедры «Биостатистика и основы научного исследования» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»;

Рамазанова Маншук Анеровна – магистр здравоохранения, лектор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», PhD докторант по образовательной программе «Общественное здравоохранение» Казахстанского Медицинского Университета «ВШОЗ»;

Аимбетова Гульшара Ергазыевна - к.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»;

Нурбакыт Ардак Нурбақытқызы - к.м.н., профессор, профессор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»;

Юсупова Наргиза Сайдахметовна – магистр медицинских наук, менеджер по международному сотрудничеству РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

Минина Анастасия Петровна - магистр медицинских наук, менеджер по международному сотрудничеству РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

Мартыкенова Дана Сериковна - магистр медицинских наук, лектор кафедры «Биостатистика и основы научного исследования» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Подходы к совершенствованию профилактики ВИЧ у потребителей новых психоактивных веществ. Методические рекомендации/ Под редакцией Турдалиевой Б.С., Байсугурова В.Ю., Рамазанова М.А., Аимбетова Г.Е., Нурбакыт А.Н., Юсупова Н.С., Минина А.П., Мартыкенова Д.С.// Алматы: РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 2025. – 68 с.

ISBN 978-601-305-712-5

Настоящие методические рекомендации являются результатом работы, выполненной в рамках реализации научного проекта, в рамках грантового финансирования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан, ИРН AP23490363 «Научное обоснование совершенствования профилактики распространения ВИЧ инфекции среди потребителей новых психоактивных веществ в Казахстане в современных условиях» (Договор № 228/ГФ24-26 от «09» сентября 2024 г.).

Предназначено для для специалистов систем здравоохранения и образования, представителей общественности и неправительственных организаций, деятельность которых связана с организацией и проведением мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.

УДК 616.9
ББК 55.14.
П 44

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом решением Ученого совета РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 9 от «25» сентября 2025 года)

© Турдалиева Б.С., Байсугурова В.Ю., Рамазанова М.А., Аимбетова Г.Е., Нурбакыт А.Н., Юсупова Н.С., Минина А.П., Мартыкенова Д.С., 2025г.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ

ВИЧ	-	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	-	Синдром приобретенного иммунодефицита
НПАВ	-	Новое психоактивное вещество
ПАВ	-	Психоактивное вещество
ИППП	-	Инфекции передающиеся половым путем
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ООН	-	Организация Обьединенных Наций
ЮНЭЙДС	-	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
УНП ООН	-	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
МЗ РК	-	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МВД	-	Министерство внутренних дел
КГН	-	Ключевая группа населения
АРТ	-	Антиретровирусная терапия
ЛУИН	-	Лица употребляющие иньекциорнные наркотики
ЛЖВ	-	Лица живущие с ВИЧ
МСМ	-	Мужчины , практикующие секс с мужчинами
ДКП	-	Доконтактная профилактика
НПО	-	Неправительственная организация
США	-	Соединенные штаты Америки
РНПЦ МСПДН	-	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании
ГСЗ	-	Государственный социальный заказ
SWOT-анализ	-	S (Strengths) - сильные стороны, преимущества, W (Weaknesses) - слабые стороны, внутренние недостатки, O (Opportunities) - возможности, внешние факторы, которые можно использовать для роста и улучшения позиций, T (Threats) - угрозы, внешние риски.

СОДЕРЖАНИЕ

№		Стр
	Введение	6
1	**Основная часть**	8
1	Новые психоактивные вещества в мире и Казахстане: анализ эпидемиологической ситуации	8
2	ВИЧ-инфекция в Казахстане: анализ эпидемиологической ситуации	17
3	Поведенческие риски передачи ВИЧ-инфекции у потребителей новых психоактивных веществ (обзор литературы)	23
4	Эффективность профилактических программ для потребителей наркотиков: обзор литературы	29
5.	Анализ результатов проведения фокус – групп с потребителями наркотиков в Казахстане	36
6	Анализ результатов проведения экспертной оценки со специалистами центров по профилактике и борьбе со СПИД и представителями НПО	51
7	**Заключение**	56
8	**Список использованных источников**	58

Введение

Многочисленные данные во всем мире свидетельствуют о прочной связи между употреблением наркотиков (как инъекционных, так и не инъекционных) и риском инфицирования ВИЧ и другими инфекциями (гепатит В и С; инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и др.) [1,2,3,4,5].

В тоже время вопрос изучения поведенческих факторов риска и профилактики ВИЧ среди потребителей наркотиков остается актуальным, это связано с появлением новых психоактивных веществ (НПАВ) и альтернативных путей их введения. Действие новых стимуляторов на поведение и здоровье их потребителей недостаточно изучено и зачастую непредсказуемо. Многие из этих веществ употребляются инъекционно, что увеличивает риск передачи ВИЧ. Не инъекционные пути введения стимуляторов также не гарантируют защиту от ВИЧ, так как могут провоцировать рискованные сексуальные практики. Употребление НПАВ часто связано с такими проблемами, как зависимость, что усугубляет состояние здоровья, затрудняет доступ к медицинской помощи и профилактическим программам. Кроме того, стигматизация и социальная изоляция мешают потребителям наркотиков обращаться за медицинской помощью и получать информацию о ВИЧ.

По данным Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) потребление НПАВ увеличивается в последние годы во всем мире. Во Всемирном докладе УНП ООН за 2019 год [6].

Отмечается, что психоактивные вещества потребляют в основном молодые люди, которые также больше всех страдают от вызванных наркотиками медицинских последствий. Согласно опубликованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) оценочным данным о состоянии здоровья населения мира за 2015 год, если смертность от всех причин в возрастной группе 15–29 лет составила всего 4,8%, то смертность от расстройств на почве потребления наркотиков – 23,1%. На преждевременную смертность наркотики оказывают как прямое воздействие (в результате передозировки), так и долгосрочное, за счет негативного воздействия на здоровье [7].

К наиболее часто употребляемым НПАВ относятся синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (синтетические каннабиноиды) и кетамин. В Восточной и Юго-Восточной Азии основным проблемным наркотиком является метамфетамин, в Юго-Западной Азии и Южной Азии преобладают опиаты, в частности, опий и героин, а на Ближнем и Среднем Востоке – каптагон (амфетамин) [8].

За последнее десятилетие в 7-ми европейских городах были зарегистрированы локальные вспышки ВИЧ, связанные с инъекционным употреблением стимуляторов, в основном среди маргинализированных людей. Анализ остатков шприцев во многих местах употребления инъекционных наркотиков, проведенный сетью ESCAPE в период с 2022 по 2023 год,

подтверждает наличие стимуляторов, таких как амфетамин и синтетические катиноны [9].

Хотя употребление опиоидов путем инъекций было признано основной движущей силой эпидемии ВИЧ в республиках Центральной Азии, современные данные свидетельствуют о том, что употребление наркотиков в этих странах все чаще связано с синтетическими веществами, включая синтетические катиноны, каннабиноиды и, возможно, вещества амфетаминового ряда, но доказательства остаются ограниченными. Употребление этих веществ может способствовать более высоким показателям передачи ВИЧ, как это наблюдалось в других регионах, и явно способствует субоптимальным показателям начала и продолжения лечения ВИЧ.

Новые психоактивные вещества (в том числе «спайсы», «соли», синтетические каннабиноиды и стимуляторы) активно распространяются, особенно среди молодежи, благодаря доступности через интернет и даркнет; низкой стоимости; ложному мнению об их «безопасности». Употребление НПАВ нередко сопровождается снижением самоконтроля, ростом импульсивного сексуального поведения, отказом от использования средств защиты (презервативов), групповыми сексуальными практиками под действием наркотиков. Все эти факторы значительно повышают риск передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путём. Многие потребители НПАВ не считают себя «наркопотребителями», не обращаются за помощью, не участвуют в программах снижения вреда и не проходят регулярное тестирование на ВИЧ. Кроме того, психические и поведенческие расстройства, вызванные НПАВ, осложняют приверженность к лечению ВИЧ и соблюдение режима антиретровирусной терапии (АРТ).

Таким образом, профилактика ВИЧ среди потребителей НПАВ становится особенно актуальной в контексте комплексного подхода к охране здоровья населения и снижению риска распространения инфекции. Однако эффективность профилактических программ для данной группы населения все еще недостаточно изучена, а продолжающаяся экспансия НПАВ, включая стимуляторы с малоизученными свойствами, диктует необходимость дальнейшего изучения поведенческих факторов риска. Проблема сочетанного распространения НПАВ и ВИЧ-инфекции представляет собой серьезную угрозу общественному здоровью, что требует комплексного межведомственного подхода, разработки и внедрения программ снижения вреда, адресованных потребителям НПАВ, расширения доступа к тестированию и лечению ВИЧ, повышения информированности молодежи.

В рамках проекта ИРН AP23490363 «Научное обоснование совершенствования профилактики распространения ВИЧ инфекции среди потребителей новых психоактивных веществ в Казахстане в современных условиях» (при поддержке Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан) проведено исследование, результаты которого приведены в данных методических рекомендациях.

Основная часть

1. Новые психоактивные вещества в мире и Казахстане: анализ эпидемиологической ситуации.

Психоактивное вещество (ПАВ) – это любое вещество, после употребления которого изменяется восприятие, настроение, познавательная способность, поведение или двигательные функции человека, в результате употребления которого развивается зависимость [10].

К группе ПАВ специалисты относят: алкоголь; никотин (табачные изделия); опиоиды (производные мака: маковая соломка, ханка, героин, кодеин, метадон); каннабиоиды (ДКПараты конопли: марихуана, гашиш (анаша, планка); психостимуляторы (эфедрин, эфедрон, первитин, кокаин, экстази, амфетамин); галлюциногены (ЛСД, PCP (фенциклидин), грибы рода Psilotsibum, содержащие псилоцин и псилоцибин); седативные средства (барбитураты (барбамил, фенобарбитал, люминал, веронал и т.д.), бензодиазепины (феназепам, нитразепам, диазепам, элениум); летучие ингалянты (растворители, бензин, клей, ацетон и др.)
[11].

Согласно определению Управления по наркотикам и преступности ООН (УНПООН, UNODC), понятие «новые психоактивные вещества (НПАВ)» означает «вещества, являющиеся предметом злоупотребления в чистом виде, либо в форме ДКПарата, которые не подпадают под контроль согласно Конвенции о наркотических средствах 1961 года или Конвенции о психотропных веществах 1971 года, но могут представлять угрозу для здоровья населения». Слово «новые» в названии указывает не столько на новизну таких веществ – некоторые были синтезированы 40 лет назад, сколько на их недавнее появление на рынке»
[12].

В 2000-х годах широко использовался термин «дизайнерские наркотики», кроме того, в литературе встречаются и другие названия подобных веществ: «легальные наркотики», «новый наркотик для отдыха и развлечений». Актом Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA) (2016) предложено определение НПВ как «нового наркотического или психотропного препарата, распространяющегося в окончательном виде или в виде прекурсоров, и который может не подлежать контролю, согласно конвенции Организации Объединенных Наций, но может представлять угрозу здоровью общества, сравнимой с той, которую несут вещества, перечисленные в этих конвенциях»[13].

В 2020 году употребление новых психоактивных веществ (НПАВ) было выявлено в большинстве стран мира. К наиболее часто употребляемым НПАВ относятся синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (синтетические каннабиноиды) и кетамин. В Восточной и Юго-Восточной Азии основным проблемным наркотиком является метамфетамин, в Юго-Западной Азии и

Южной Азии преобладают опиаты, в частности, опий и героин, а на Ближнем и Среднем Востоке – каптагон (амфетамин) [14].

Каннабис по-прежнему является наиболее широко употребляемым наркотиком в мире. Согласно оценкам УНП ООН, в 2020 году каннабис употребляли 209 млн. человек, что составляло 4% мирового населения. За последние десять лет число людей, употреблявших каннабис, увеличилось на 23%. Самый высокий уровень потребления по-прежнему наблюдается в Северной Америке: каннабис употребляют 16,6% населения этого региона. Процентная доля женщин, употребляющих каннабис, различается в зависимости от региона, составляя от 9 % в Азии до 42 % в Северной Америке. Амфетамины в 2020 году употребляли 34 млн. человек, экстези – 20 млн. человек, что составляло 0,7% и 0,4% мирового населения соответственно. Амфетамин, метамфетамин, а также синтетические катиноны являются синтетическими стимуляторами центральной нервной системы, которые доступны на рынке наркотиков во многих странах мира. Общая проблема заключается в том, что все вышеперечисленные стимуляторы связаны с поведением человека, что включают передозировку, острые и хронические проблемы с психическим здоровьем, инфекционные заболевания. Сочетание приема наркотиков и рискованного сексуального поведения, известного как «химсекс», были задокументированы в некоторых группах населения. Также имеются риски, связанные с инъекционным употреблением стимуляторов и передачей ВИЧ [15].

В таблице 1 представлены данные по распространённости амфетаминов среди возрастной группы 15-64 лет в странах Европы [16].

Таблица 1. Распространенность употребления амфетаминов (15-64 лет), %

Страна	**Год**	**Размер выборки**	**Мужчины**	**Женщины**	**Общий**
Австрия	2022	5162	5.3	3.6	4.5
Болгария	2020	3838	2.6	1.7	2.1
Хорватия	2019	4994	6.8	2.4	4.6
Кипр	2022	3510	1.2	0.7	0.9
Чехия	2020	2701	4.9	1.9	3.4
Дания	2023	6550	11.3	4.8	7.9
Эстония	2018	2234	8.6	4.4	6.1
Финляндия	2022	3556	11.3	3.8	7.6
Франция	2017	20665	3.2	1.2	2.2
Германия	2021	9046	7.7	4.4	6.1
Венгрия	2019	1385	2	1.2	1.5
Ирландия	2019	-	7.3	2.2	4.8

Страна	Год	Размер выборки	Мужчины	Женщины	Общий
Италия	2022	4011	3	1.4	2.2
Латвия	2020	4616	2.5	1.2	1.8
Литва	2021	2501	2.6	0.3	1.4
Люксембург	2019	3514	2	0.8	1.3
Мальта	2013	-	-	-	0.3
Нидерланды	2022	6043	8.7	3.8	6.3
Норвегия	2022	1657	7.3	3	5.2
Польша	2018	3013	3.3	1.4	2.4
Португалия	2016	9632	0.6	0.3	0.4
Румыния	2019	7200	0.2	0.3	0.2
Словакия	2023	-	1.9	0.8	1.3
Словения	2018	9161	3.2	1.4	2.3
Испания	2022	26344	6.9	2.3	4.6

Как видно из таблицы распространенность амфетамина по странам Европы больше в Дании и Финляндии, среди мужчин.

В странах Европейского союза в 2011 г. через сеть предупреждения злоупотребления наркотическими веществами (DAWN) было зарегистрировано 22904 случая обращений за скорой медицинской помощью, которые были связаны с употреблением так называемых «солей для ванн» [17]. В возрасте 18 – 25 лет среди европейцев 5% хотя бы однажды, но пробовали НПАВ. Самое большое число респондентов отмечается в Великобритании, Ирландии, Латвии, Польше [18].

Опираясь на различных эпидемиологические исследования, можно говорить о том, что уровень использования новых психоактивных веществ вырос. По данным некоторых исследовании уровень распространения мефедрона и других «легальных наркотиков» в Северной Ирландии в возрастной группе 15–24 лет составил 6%. Опрос лиц, посещающих ночные гейклубы в юго-восточной части Лондона, показал, что среди 313 респондентов употребляют НПАВ 65,8%, а 63,8% употребляют мефедрон [19]. В 2012 г. число смертельных случаев вследствие употребления мефедрона достигло 128 человек в странах Евросоюза [20].

Употребление синтетических психоактивных веществ инъекционным способом в основном преобладает в Австрии, Бельгии, Чехии, Франции, Германии, Ирландии, Польше, Испании, Великобритании.

Как отмечается во Всемирном докладе о наркотиках [14], в 2020 году каждый восемнадцатый житель Земли в возрасте от 15 до 64 лет, что соответствует 284 млн. человек (5,6 процента населения), употреблял наркотики

хотя бы раз за последние 12 месяцев. Численность лиц, употреблявших наркотики (284 млн. человек) в 2020 году, была на 26 процентов больше, чем в 2010 году, что отчасти объясняется приростом мирового населения. В тоже время охват населения мероприятиями по лечению расстройств на почве употребления наркотиков в целом остается на низком уровне. На низком уровне также остается проведение научно обоснованных мероприятий по профилактике потребления наркотиков, особенно в странах со средним и низким уровнем дохода. Согласно оценкам ООН, в 2020 году общемировая численность лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, составляла 11,2 млн. человек. Каждый восьмой употреблявший наркотики путем инъекций был инфицирован ВИЧ (1,4 млн. человек), почти половина – гепатитом С (примерно 5,5 млн. человек), а 1,1 млн.– были инфицированы и ВИЧ, и гепатитом С.

В 2019–2020 годах об изъятиях синтетических НПАВ сообщили в общей сложности 57 стран, что почти вдвое больше, чем десять лет назад. Объемы изъятий были невелики и в основном включали в себя кетамин, а также синтетические каннабиноиды. Число НПАВ на рынке не изменилось; в 2020 году было зарегистрировано 548 НПАВ, причем 77 веществ были выявлены впервые. Все большую озабоченность вызывают НПАВ, классифицируемые как новые бензодиазепины. Эти вещества часто продаются по низким ценам, иногда в упаковке, имитирующей упаковку существующих лекарств. Несмотря на то, что системам контроля удалось сдержать распространение НПАВ в странах с высоким уровнем дохода, география незаконного оборота НПАВ продолжает расширяться, а в некоторых субрегионах, таких как Восточная Европа и Центральная Азия, НПАВ стали серьезной проблемой. Продолжают появляться опиоидные НПАВ, к которым принадлежат в том числе аналоги фентанила. Это наиболее быстро растущая группа НПАВ, впервые выявленная на глобальном уровне в 2020 году; кроме того, это и наиболее вредоносная группа веществ. В то время как в Восточной и Юго-Восточной Азии основным проблемным наркотиком является метамфетамин, в Юго-Западной Азии и Южной Азии преобладают опиаты, в частности, опий и героин, а на Ближнем и Среднем Востоке – каптагон (амфетамин). В последние годы вырос уровень потребления метамфетамина в Афганистане, а, согласно данным ООН, в Юго-Западной Азии и странах Персидского залива растет уровень потребления метамфетамина и таблеток каптагона. Специалисты отмечают, что в Азии отмечен самый большой гендерный разрыв в потреблении наркотиков: женщины составляют 9 из 100 человек, употреблявших каннабис. Настораживает и тот факт, что в Азии проживает самое большое число инъекционных потребителей наркотиков во всем мире (5,2 млн. человек) и самое большое число инъекционных потребителей с гепатитом С (2,8 млн. человек). Самый высокий уровень распространенности ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), выявлен в Юго-Западной Азии.

Согласно исследованиям Асадуллина А.Р. и Ахметовой Э.А. в России разрозненная статистика по регионам не позволяет составить полного мнения [21], однако авторы указывают, что факторами риска для потребителей второго

поколения психоактивных веществ являются измененная концентрация основного действующего вещества, отсутствие информации об активных веществах, содержащихся в смесях («миксах»), эффективных инструментов для проведения лечебных мероприятий (нет стандартов и протоколов ведения пациентов с отравлениями НПАВ как первого, так и второго поколения), приводящие к самоубийствам.

Следует признать, что законодательные ограничения, принятые во многих странах мира по отношению к НПАВ, отстают на шаг от подпольных производителей. Силы профессионального сообщества должны быть направлены на изучение НПАВ, выработку диагностических критериев острой интоксикации, синдрома зависимости, состояний отмены, связанных с употреблением НПАВ, разработку эффективных лечебных подходов и протоколов ведения пациентов.

Противодействие и борьба с распространением наркотиков, наркоманией и наркобизнесом являются важными приоритетами внутренней и внешней политики Республики Казахстан. Казахстан ратифицировал три Конвенции ООН в сфере противодействия распространению наркотиков (1961, 1971, 1988 годов), принял Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» (от 10 июля 1998 г.). В стране проводится последовательная работа по реализации Стратегии долгосрочного развития «Казахстан-2050», Стратегии национальной безопасности, Государственной программы здравоохранения «Денсаулық» на 2020-2025 годы, Комплексного плана по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2023-2025 годы.

В тоже время современная ситуация в стране характеризуется активной экспансией новых психоактивных веществ на нелегальном рынке. Рынок этих веществ достаточно динамичен и очень быстро пополняется новыми видами, включая стимуляторы с малоизученными свойствами, влияющими на рискованное поведение потребителей наркотиков. Как отмечается в отчете CADAP – 7 (Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии)
[22] в последние годы в Казахстане наблюдается заметный рост доступности и использования новых психоактивных веществ. Эти вещества относительно недороги и широко доступны. Однако исследования распространенности и особенностей употребления этих веществ среди населения отсутствуют, что затрудняет точную оценку ситуации. Самые ранние документально подтвержденные случаи НПАВ в Казахстане относятся к 2009 году, когда в СМИ появились отдельные сообщения о доступности для населения «дизайнерских наркотиков и курительных смесей». В 2010 году Минздрав провел оценку рисков для здоровья, связанных с употреблением ряда курительных смесей, содержащих аналоги тетрагидроканнабинола, и утвердил комплекс мер, направленных на сдерживание реализации этой продукции. Казахстан стал

первой страной Центральной Азии, внедрившей меры правового контроля за НПАВ, соответствующие международным классификациям.

По данным департамента по противодействию наркопреступности МВД РК «Наркоситуация в Казахстане характеризуется сохраняющимися устремлениями транснациональных наркоструктур по организации контрабандных каналов афганских опиатов на/через территорию Казахстана, поставок синтетических наркотиков и кокаина, деятельности подпольных нарколабораторий, а также наличием собственного источника производства наркотиков каннабисной группы [23].

В настоящее время специалисты выделяют «следующие основные виды потребляемых наркотиков:

- опиаты, в том числе следующие транзитом из Афганистана через территорию страны по так называемому «Северному маршруту», пролегающему по территориям Казахстана и государств Центральной Азии, и активно используемому организованной преступностью сопредельных государств;

- синтетические наркотики, производство которых получило широкое распространение на территории страны;

- произрастающая и культивируемая конопля и ее производные;

- лекарственные препараты, содержащие в своем составе психоактивные средства, так называемая «аптечная» наркомания».

Как отмечается в Комплексном плане по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2023 – 2025 годы: «Негативными факторами, обуславливающими распространение наркотиков в стране, являются:

- наличие устойчивых каналов незаконного ввоза транзитных видов наркотиков, прекурсоров, иных веществ и оборудования, используемых для их изготовления, вследствие недостаточной укомплектованности отдельных участков Государственной границы современными техническими средствами;

- высокая латентность подпольных наркопроизводств, в том числе плантаций и «фито-лабораторий» по выращиванию каннабиса, оборудуемых, как правило, в малопроходимых местах, с использованием заброшенных колодцев, иных коммуникаций, а также легальных ингредиентов (конструкторы), доставляемых транспортно-логистическими грузами;

- активное внедрение наркодиллерами достижений научно-технического прогресса (Даркнет, мессенджеры, криптокошельки и др.);

- недостаточное изучение клинических проявлений и несовершенство методик исследования новых видов синтетических наркотиков, не позволяющие сформировать нулевую терпимость общества к данным веществам и эффективный правоохранительный механизм борьбы с их распространением».

Также отмечается, что «Ежегодной объем незаконного оборота наркотиков составляет порядка 20-25 тонн, из которых более 95% приходятся на наркотики каннабисной группы, около 5% - на синтетические наркотики и менее 1 % - на опий, героин и иные виды веществ» (рис.1).

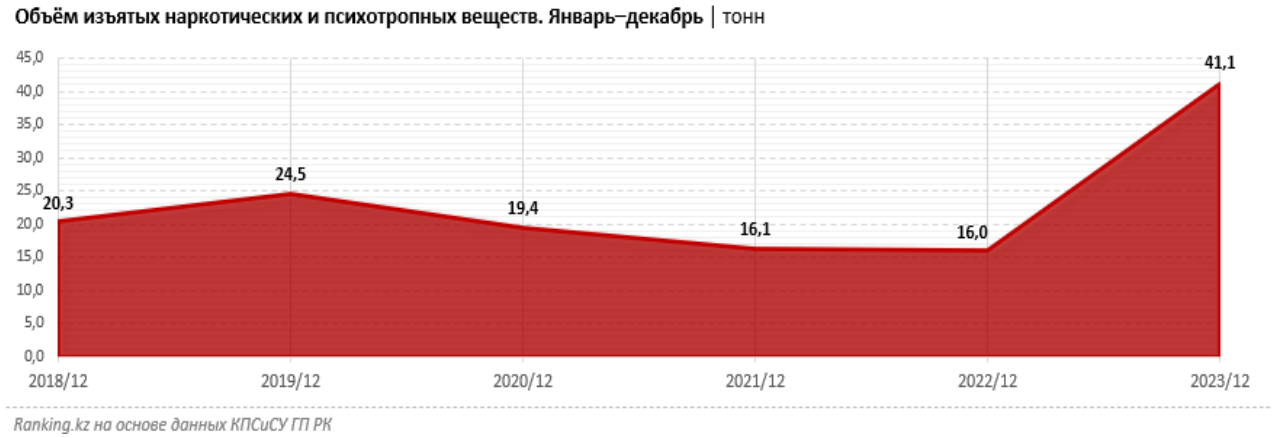


Рисунок 1. Объем изъятых наркотических и психотропных веществ в РК (тонн) [https://ranking.kz/reviews/v-kazahstane-rastyot-sinteticheskaya-narkomaniya.html]

В своей работе Алтынбекова Г.И., Прилуцкая М.В. и Садвакасова Г.А. отмечают, что с декабря 2017 года по июнь 2018 года в Республике Казахстан было проведено Национальное исследование по изучению потребления наркотиков среди молодежи (ESPAD), основной целью которого было определение клинических и социально-эпидемиологических предикторов потребления ПАВ, а также изучение распространенности употребления ПАВ в возрастной группе 13-18 лет [24]. В данном исследовании приняли участие учащиеся среднеобразовательных школ и средне-специальных учебных заведений г.Астана, Алматы и 14 областных центров, всего 9600 человек. Результаты исследования показали высокий уровень осведомленности подростков и молодежи о ПАВ. Так о героине осведомлены 55,6%, о кокаине – 44,1%, спайсах – 43,1%, каннабисе – 42,3%. При этом 9% респондентов считают, что достать все перечисленные нелегальные ПАВ возможно в течение 24 часов. За последние 30 дней ПАВ использовали 3,3% респондентов, при этом наиболее часто использовались ингалянты, каннабис, героин и группы стимуляторов и галлюциногенов. У 1,6% выявилась зависимость от ПАВ, так как они употребляли наркотики 40 и более раз за последние 30 дней. Наибольшая распространенность ПАВ наблюдалась в Северо-Казахстанской области и гг. Астана и Алматы.

Более раннее национальное исследование, проведенное в 2001 году Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПДН), выявило, что употребление наркотиков среди лиц в возрасте 7-55 лет составило 1,7% от общей численности населения. Из этих лиц 31,6% были зависимы от опиоидов, в первую очередь, от героина, 81,3% от каннабиноидов и 15,5% - от других наркотиков. Каждый десятый респондент сообщил, что употреблял наркотики хотя бы один раз в жизни, однако в исследовании не были указаны конкретные виды употребляемых веществ [25].

В 2006 году при содействии Регионального представителя Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) среди подростков в возрасте 14-15 лет в Казахстане был проведен опрос, аналогичный «Европейскому проекту обследования школ по профилактике потребления алкоголя и других наркотиков» (ЭСПАД). Результаты показали, что распространенность употребления наркотиков в течение жизни среди этой группы составила 4,8%, при этом 2,7% сообщили об употреблении каннабиса в течение предыдущих 12 месяцев и 0,1% сообщили об употреблении героина путем инъекций [26].

В 2012 году РНПЦ МСПН проведен опрос домохозяйств среди молодежи в возрасте 16, 19 и 22 лет методом стратифицированной выборки на основе системы учета населения и вопросников типа ЭСПАД. Опрос выявил, что 16,1% молодых людей употребляли наркотические вещества хотя бы один раз в жизни, при этом 7% сообщили об употреблении наркотиков в течение последних 12 месяцев и 4% - в течение последних 30 дней. Наиболее часто употребляемыми наркотиками в этой группе были каннабис (11,2%), ингалянты (5,4%), стимуляторы (2,3%) и седативные средства (1,5%), при этом 0,9% сообщили об употреблении опиатов. Наибольшая распространенность наблюдалась среди парней и лиц в возрасте 22 лет [27].

Таким образом, данные проведенных социологических опросов указывают на тенденцию к повышению распространенности употребления наркотических веществ.

По официальным данным министерства здравоохранения (МЗ РК) на 1 января 2024 года в Казахстане на динамическом наблюдении с диагнозом «психические поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» состоит 108722 человека, в том числе 18329 лиц с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ. Из числа наркозависимых 91% (16 817) – мужчины, 9% (1512) – женщин, 15% (2734) – молодежь от 18 до 29 лет, 66 человек – дети и подростки. По видам употребляемых веществ – 6080 человек состоят на учете с зависимостью от опиоидов, 6488 – с зависимостью от каннабиноидов, 798 человек с зависимостью от синтетических наркотиков. Необходимо отметить, что официальная статистика не отражает реальное количество наркозависимых в стране, также следует учитывать, что взятие на динамическое наблюдение осуществляется только с информированного согласия пациента.

По данным МЗ РК, наблюдается тенденция роста числа лиц, зависимых от новых, так называемых «синтетических наркотиков»: «…за пять лет данный контингент вырос в 14 раз среди детского и взрослого населения (с 40 пациентов в 2017 году до 587 на 1 июля 2022 года…). На рисунке 2 представлена структура по видам наркотиков, используемых в РК.

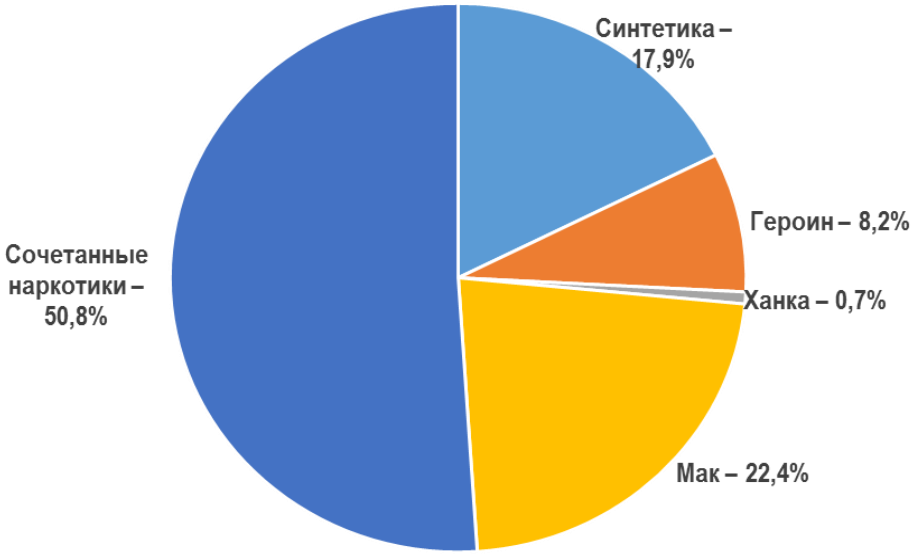


Рисунок 2. Структура по видам наркотиков, используемых в РК

Таким образом, анализ наркоситуации в РК позволяет сделать следующие выводы:

1. Несмотря на предпринимаемые меры, продолжается экспансия новых ПАВ, включая стимуляторы с малоизученными свойствами, влияющими на рискованное поведение потребителей наркотиков.
2. Употребление наркотиков по-прежнему больше распространено среди молодежи, чем среди взрослого населения, и носит более массовый характер по сравнению с предыдущими поколениями.
3. Потребление некоторых видов наркотиков приобретает широкое распространение среди женщин.

2. ВИЧ-инфекция в Казахстане: анализ эпидемиологической ситуации

Всего, начиная с 1987 года, в Республике Казахстан было зарегистрировано среди граждан страны 54034 случаев ВИЧ/СПИДа, умерло – 18613 человек.

На начало августа 2025 года в Республике Казахстан количество лиц, живущих с ВИЧ, составило 36 306 человек, выявлено 2076 новых случаев ВИЧ инфекции. Выявляемость ВИЧ-инфекции (2024 год) представлены на рисунке 3.



Рисунок 3. Выявляемость ВИЧ-инфекции (2024 год)

Распределение выявления ВИЧ по месту забора образцов крови представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение выявления ВИЧ по месту забора образцов крови (%)

Место выявления	2020		2021		2022		2023		2024		7 мес. 2025	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Амбулаторно-поликлинические организации	1258	37,7	1438	41,5	1671	43,1	1597	41,4	1570	41,2	902	43,4
Стационар	762	22,8	772	22,3	932	24,1	1033	26,8	1058	27,8	588	28,3
Центры по профилактике ВИЧ	888	26,6	898	25,9	843	21,8	807	20,9	777	20,4	411	19,8
НПО	24	0,7	11	0,3	161	4,2	163	4,2	179	4,7	85	4,1
СИ, ИУ, ИВС	286	8,6	241	7,0	181	4,7	192	5,0	166	4,4	49	2,4
Центр крови	65	1,9	81	2,3	73	1,9	55	1,4	50	1,3	27	1,3
Прочие	54	1,6	24	0,7	14	0,4	10	0,3	10	0,3	14	075
Всего:	3337		3465		3875		3857		3811		2076	

На начало 2024 года в республике Казахстан зарегистрировано 32659 лиц, живущих с ВИЧ. Мужчины составили 67,8%, женщины – 32,2%. В 2023 году в стране было выявлено 3862 новых случаев ВИЧ инфекции. Преобладающим путем передачи ВИЧ инфекции является половой путь, на который в 2023 году приходится 66,2% (n=2557) новых случаев ВИЧ инфекции. Парентеральный путь передачи, связанный с инъекционным употреблением наркотиков, в 2023 году составил 12,4%. На гомосексуальный путь передачи ВИЧ приходится 8,8% новых случаев. Если в начале эпидемии ВИЧ инфекции в Казахстане в 2000 году на половой путь передачи приходилось 10% новых случаев, то в 2023 году данный путь заражения преобладает. Удельный вес полового и парентерального (связанного с инъекционным употреблением наркотиков) путей передачи ВИЧ инфекции с 2000 года представлен на рисунке 4.



Рисунок 4. Удельный вес полового и парентерального путей передачи ВИЧ инфекции в РК (%), 2000 – 2023 года

Следует отметить положительную динамику в стране по сравнению с 2022 годом, так смертность от СПИДа снизилась на 24%, с 0,9 до 0,7 на 100 тысяч населения, а на начало августа 2025 года смертность от СПИДа составила 0,3 на 100 тысяч населения. передача ВИЧ от матери к ребенку сократилась с 3,6% до 1,6%. В достижении целей 95-95-95 в Казахстане наблюдаются следующие показатели: 82% ЛЖВ, знают свой статус, 88% ЛЖВ, находятся на АРТ лечении и у 92% ЛЖВ достигнута вирусная супрессия (менее 1000 кл/мл). На начало августа 2025 года в достижении целей 95-95-95 в Казахстане наблюдаются следующие показатели: 84% ЛЖВ, знают свой статус, 91 % ЛЖВ, находятся на АРТ лечении, у 92% ЛЖВ достигнута вирусная супрессия (менее 1000 кл/мл).

Однако современная эпидемиологическая ситуация характеризуется повышенным риском передачи ВИЧ среди молодежи, что связано с употреблением новых психоактивных веществ (НПАВ). Даже при использовании не инъекционных форм наркотических веществ, риск передачи ВИЧ может возрасти в результате незащищенных сексуальных контактов под воздействием новых ПАВ. В таблице 3 представлены показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией и темп прироста новых случаев по регионам за 2022-2023 гг. (по данным Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний).

Таблица 3. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией и темп прироста новых случаев по регионам за 2022-2023 гг.

Регионы	Заболеваемость на 100 тыс. населения		Прирост / убыль (абс.)		
	2022	2023	2022	2023	%
ВКО	52,9	48,9	49	-29	-7,5
Карагандинская	43,8	41,3	97	-28	-5,6
Костанайская	32,7	35,1	-12	20	7,4
Павлодарская	33,4	32,5	-1	-7	-2,8
г. Алматы	31,1	32,3	67	26	3,9
г. Астана	27,2	29,8	28	34	9,2
СКО	21,3	25,3	-52	21	18,4
Алматинская	17,7	17,5	28	-3	-1,1
Акмолинская	14,7	14,7	9	0	0
Жетысу	14,7	14,5	25	-2	-1,9
ЗКО	15,0	12,1	13	-20	-19,4
г. Шымкент	13,0	11,2	-1	-21	-13,5
Абай	9,2	10,8	17	10	17,9
Улытау	9,0	10,8	9	4	20,0
Жамбылская	10,0	8,9	47	-14	-11,5
Мангистауская	9,9	8,3	9	-12	-15,8
Атырауская	9,2	7,9	22	-9	-14,1
Актюбинская	8,6	7,6	23	-9	-11,3
Туркестанская	5,3	6	22	15	13,3
Кызылординская	4,8	5,9	9	9	22,5
РК	19,6	19,5	408	-15	- 0,4

По результатам деятельности службы профилактики ВИЧ инфекции в 2023 году в целом по республике достигнуты следующие показатели:

1. Выявляемость новых случаев на 1000 неинфицированных жителей составила 0,20 при прогнозе - 0,21 (индикатор достигнут).
2. Доля новых зараженных ВИЧ в структуре выявления с парентеральным путем передачи -17,7% при целевом показателе - 20% (индикатор достигнут).

Среди вновь выявленных ЛЖВ мужчин выявляется в 2 раза больше (67,8%), чем женщин (32,2%), за счет более рискованного поведения.

По возрастным группам: наибольший процент выявления отмечен в возрастной группе 30-39 лет – 33,2% (12 месяцев 2022г. – 35,1%), в возрастной

группе 40-49 лет – 28,7% (12 месяцев 2022г. – 29,2%), лица в возрастной группе 20-29 лет составляют 16,6% (12 месяцев 2022г. – 16,5%).

По социальному статусу: 47,1% составляют неработающие (12 месяцев 2022г. – 50,2%); работающие – 42,3% (12 месяцев 2022г. – 39,1%), осужденные и следственно-арестованные – 4,4% (12 месяцев 2022г. – 4,1%).

По путям передачи: в структуре путей передачи лидирует половой путь при гетеросексуальных контактах - 69%. Половой путь вырос за счет гетеросексуального пути передачи (с 2602 до 2664, прирост 62 случая), при гомосексуальных контактах выявляемость на уровне прошлого года (2022г.-330; 2023г. - 339 сл.), доля составляет - 8,8%.

Передача ВИЧ половым путем при гетеросексуальных контактах связана в большей мере с распространением случайных контактов.

В целом по РК в 2023 году наблюдалось снижение парентерального пути передачи - на 16%, зарегистрировано 686 случаев.

В настоящее время среди вновь выявленных ЛЖВ превалирует сочетанное употребление наркотиков (опиоиды + синтетика) - 51%. Доля синтетических наркотиков составляет - 17,6%, опиоидов - 31,3%. На употребление героина указали - 8,2% ЛУИН, мака - 22,4%, ханки - 0,7%. 17,9% ЛУИН употребляли только синтетические наркотики инъекционным путем, но большая часть ЛУИН (51%) сообщила, что употребляет разные наркотики (синтетику+опиоиды).

В динамике растет процент МСМ, употребляющих не инъекционные наркотики, по сравнению с 2017 годом наблюдается рост в 2,7 раза (с 6,6% до 18,1%). Доля инъекционных наркопотребителей среди МСМ, наоборот, снижается (с 2,4% в 2017 году до 1% в 2023 году).

В 2023 году охват тестированием населения составил 19,5 % (2020 год – 13,7%; 2021 год – 16%; 2022г. – 17%) при целевом показателе на конец года – 10%. Тестирование на ВИЧ доступно для населения, забор крови можно сделать в любой медицинской организации независимо от формы собственности.

Охват тестированием беременных на ВИЧ составляет 99,7% (2020 год - 97,7%; 2021г.- 99,7%, 2022г.- 99,6;) при целевом показателе - 98% и рекомендациям ВОЗ -95%. Охват тестированием ЛУИН в ЦПЗ - 97,5% (2020 год – 88,8%; 2021г.-95,7%, 2023г.-97,1%) при целевом показателе - 95%.

В 2023 году было выявлено в местах лишения свободы 175 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе среди граждан РК -17, в том числе по путям передачи:

- парентеральный путь передачи при употреблении инъекционных наркотиков – 48% (84 случая);
- половой при гетеросексуальных контактах составил – 46,8% (82 случая);
- половой при гомосексуальных контактах – 1,7% (3 случая);
- путь передачи не установлен – 3,4% (5 случаев).

Зарегистрирован рост заражений ВИЧ внутри пенитенциарных учреждений. Если в 2022 году таких случаев выявлено - 4, то в 2023 году – увеличилось до 14.

Согласно рекомендаций ВОЗ (Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу ВИЧ: рекомендации для общественного здравоохранения, ВОЗ, 16 июля 2021 г.)

профилактические программы среди ключевых групп населения, реализуемые в РК, включают: информационно-образовательную работу; тестирование и консультирование на ВИЧ/ИППП/ВГ; доступ к презервативам; доступ к иглам и шприцам; доконтактная профилактика; постконтактная профилактика; применение аутрич-работы по принципу «равный-равному»; профилактику передозировок опиатами, предоставление налоксона; поддерживающую терапию агонистами опиатов (ПТАО). Реализуется программа поддерживающей (метадоновой) терапии агонистами опиатов ПТАО в 17 регионах, охватывает 474 лица, употребляющих инъекционные наркотик (ЛУИН). Это составляет 7,8% из 6081 ЛУИН на опиоидных веществах, состоящих на учете. Также включает профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; антиретровирусную терапию всем лицам, живущим с ВИЧ; перенаправление для получения различных медико-социальных услуг и помощи узких специалистов (психолог, фтизиатр, гепатолог, социальный работник и др.); профилактику с участием неправительственных организаций, включая экспресс-тестирование на ВИЧ, борьбу со стигмой и дискриминацией.

Профилактическими мероприятиями охватываются основные ключевые группы населения, имеющие повышенный риск заражения ВИЧ инфекцией: ЛУИН, секс-работники (далее СР), МСМ. Профилактические услуги предоставляются в дружественных кабинетах (30), пунктах доверия (131), аутрич-работниками по принципу равный-равному (578).

В 2023 году охват профилактическими программами ключевых групп населения (КГН) составил: ЛУИН-66%, МСМ -29%, СР -92%. Обследовано на ВИЧ– ЛУИН -93%, МСМ -90%, СР -91% от охвата профилактическими программами.

Реализация профилактических программ среди ключевых групп населения (КГН) обеспечивается также активной работой неправительственных организаций (НПО), действующих в рамках государственного социального заказа (ГСЗ). В 2023 году 15 НПО в 10 регионах работали с КГН в рамках ГСЗ, что в 3 раза выше по количеству НПО в 2022 году (5 НПО в 4-х регионах).

В целях выполнения международных обязательств РК по Политической декларации ООН 2021 года: «Ускоренными темпами к активации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году» в стране реализуется стратегия ЮНЭЙДС 95/95/95, международные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции среди населения и ключевых групп. В 2023 году:

- 82% (32 659) от оценочного количества лиц, живущих с ВИЧ (40 000), знают о своем статусе;

-88% (28 855) из них получают антиретровирусную терапию;

- 90% (25 937) имеют неопределяемую вирусную нагрузку.

На 31.12.2023 года состоит на Д учете по перинатальному контакту 771 детей (2022–820). Из числа рожденных детей за отчетный период, взяты на Д учет – 99,5% (427/429), за аналогичный период 2022 года – 100%. Доконтактная профилактика (далее – ДКП) проводится в РК с 2021 года. За 2023 год получили

доконтактную профилактику ВИЧ 5777 клиентов дружественных кабинетов (2022–908), из них 15% охвачены прерывистым курсом ДКП (2022 - 26%), 85% постоянным курсом ДКП (2022 - 74%). Из общего количества лиц получивших ДКП – 38% женщины, 62% - мужчины, 93% в возрастной категории 15–49 лет, в том числе 28,4% из группы риска (мужчины, имеющие секс с мужчинами - МСМ). Охват ДКП МСМ от оценочного количества составил – 2,7% (2022–1%). Если в 2022 году было на прерывистом ДКП 37%, то в 2022 году больше клиентов взяты на непрерывную ДКП 74%.

Проводится работа по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку. Из 429 родивших ВИЧ-инфицированных женщин антиретровирусную терапию за отчетный период получили 423 женщин, охват – 98,6% (2022 – 98,9%), не охвачены АРВ профилактикой беременные женщины, не состоявшие на учете в женской консультации (отрицательный или сомнительный результат экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию в родах, не обследованы на ВИЧ-инфекцию в родах). Число детей, рожденных живыми от ВИЧ-положительных матерей в 2023 году, и которым был поставлен диагноз ВИЧ составило 7, риск перинатальной трансмиссии составил 1,6% (в 2022 году данный показатель составил 3,6%).

3. Поведенческие риски передачи ВИЧ-инфекции у потребителей новых психоактивных веществ: обзор литературы

Вопросам рискованного поведения потребителей новых психоактивных веществ и передачи ВИЧ-инфекции в этой группе населения уделяется большое внимание в общественном здравоохранении. Так, по мнению специалистов, в настоящее время наблюдается экспансия новых ПАВ, включая стимуляторы с малоизученными свойствами, влияющими на рискованное поведение потребителей наркотиков [28,29].

В тоже время ряд исследователей отмечает, что такой распространенный синтетический наркотик как мефедрон имеет более длительный эффект действия, чем кокаин, и вызывает схожие стимулирующие эффекты, такие как приподнятое настроение и повышение полового влечения, а также сердечно-сосудистые и психиатрические побочные эффекты [30,31,32,33].

Мефедрон употребляется интраназально или перорально, но есть и практика внутривенного употребления (EMCDDA, 2015). Существует риск того, что употребление мефедрона может быть связано с возможным ростом заболеваемости ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Его короткая продолжительность действия вызывает более высокую частоту инъекций. Также было высказано предположение, что мефедрон может быть связан с рискованными сексуальными практиками, особенно среди мужчин, имеющих сексуальные отношений с мужчинами (МСМ) [34].

Опрос среди социально активных молодых людей в ночных заведениях Нью-Йорка показал, что 8,2% сообщили об употреблении синтетических каннабиноидов и 1,1% сообщили об употреблении мефедрона. Это исследование также показало, что принадлежность к сексуальному меньшинству связана с употреблением мефедрона, а молодой возраст и латиноамериканская этническая принадлежность связаны с употреблением синтетических каннабиноидов.

Недавние вспышки ВИЧ среди ЛУИН были зарегистрированы в некоторых странах Европы и в Израиле. Выявленные вспышки были в: Румынии 2011, Венгрии 2011, Греции 2012, Израиле 2012-2013, Ирландии 2015 и Глазго в 2015 году. Рост числа случаев ВГС и коинфекций ВГС и ВИЧ также был зарегистрирован в Уэльсе. Вспышки в Греции и Глазго были зарегистрированы среди потребителей героина, и факторы, не связанные с употреблением НПВ, могли быть связаны с этими вспышками. Однако есть некоторые признаки того, что вспышки в Румынии, Венгрии, Ирландии, Израиле и Уэльсе были связаны с изменениями в моделях потребления наркотиков, а именно с переходом традиционных потребителей опиоидов на инъекционные синтетические катиноны, такие как мефедрон, α-PVP и MDPV. В Венгрии исследование с участием 183 ЛУИН показало, что в течение 2011 года почти половина бывших потребителей амфетамина перешли на MDPV, как и 41,7% бывших потребителей героина и 78,6% тех, кто употреблял другие вещества (кокаин и мефедрон) [35].

В рамках пилотного исследования, проведенного в Санкт-Петербурге, было проанализировано 30 интервью и данные 2-х фокус-групп с потребителями

психоактивных стимуляторов – синтетических катинонов [36]. Всего было обследовано 40 человек: 23 мужчины и 17 женщин; возрастной диапазон составил от 19 до 56 лет. Критериями включения были: систематическое употребление синтетических катинонов («солей») в течение более чем одного месяца, добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Выявленные особенности поведения потребителей синтетических катинонов демонстрировали наличии у них высоких рисков инфицирования ВИЧ как инъекционного, так и сексуального плана. Так участники данного исследования отмечали, «что при инъекционном употреблении синтетических катинонов не требуется нагревания раствора в емкости, как это происходит при употреблении опиоидов, потому что «смешанный в шприце порошок с водой уже готов к употреблению». Кроме того, в процессе исследования выяснилось, что под воздействием «солей» их потребители в меньшей степени заботились о стерильности инструмента. В особенности это касалось людей, находившихся в состоянии длительного непрерывного употребления наркотиков («марафона»). При этом потребители «солей» были готовы не только взять шприц, использованный кем-то другим, но и сделать «смывы» с нескольких десятков чужих шприцев или вообще пытаться употребить то, что внешне напоминает порошок «соли». Более двух третей опрошенных потребителей синтетических катинонов отмечали, что при употреблении «солей» наступало сексуальное раскрепощение, особенно при употреблении альфа-ПВП. Такое состояние могло привести как к незапланированному сексу, так и к незащищенным сексуальным контактам».

В своей работе российские исследователи также отмечают, что на территории Российской Федерации широкое распространение получили такие виды синтетических катинонов, как мефедрон и альфа-пирролидинопентиофенон (альфа-ПВП), под общим названием «соли». Наиболее распространенными способами приема синтетических стимуляторов являются: интраназальный, пероральный, сублингвальный, а также курение [37].

При этом отмечается увеличение числа наркопотребителей, практикующих инъекционное введение этих веществ. Увеличение доли инъекционного пути введения новых синтетических стимуляторов значительно повышает риск инфицирования ВИЧ среди потребителей этой группы ПАВ. Присущее психостимуляторам свойство усиливать сексуальную активность также может способствовать половому пути передачи ВИЧ-инфекции [38,39,40].

Авторы вышеуказанного пилотного исследования делают заключение, что «появляется новое поколение наркопотребителей, достаточно сильно отличающееся в своем поведении от поколения «опиоидных» наркопотребителей, преобладавшего на протяжении последних 25 лет. Перед организациями, работающими в области предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, возникают новые вызовы, что требует пересмотра основных акцентов и методов работы с активными потребителями наркотиков».

Таким образом, основной причиной ухудшения ситуации по ВИЧ-инфекции становится активизация немедицинского парентерального пути

передачи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Наиболее вероятной причиной сложившейся ситуации является активизация использования синтетических психостимуляторов – препаратов, которые наркоманы для достижения эффекта «докалывают» от 8 до 20 раз в сутки. Если в 2013 г. выявлялись лишь единичные случаи инъекционного употребления дизайнерских наркотиков-синтетических психостимуляторов, то в 2014-2015 гг. синтетические наркотики инъекционно употребляли 8-9 из 10 выявленных потребителей инъекционных наркотических веществ. При этом, если для первых инъекций они используют индивидуальный шприц, то для последующих инъекций на фоне затуманенного сознания они могут использовать чужие шприцы, промывать их в общей емкости. И если в «кампании» есть ВИЧ-инфицированный наркоман – происходит распространение вируса. При внутривенном употреблении наркотиков с использованием общего шприца или наркотиков, зараженных ВИЧ, вероятность заражения в результате однократной инъекции составляет 95%. К тому же, под действием синтетических психостимуляторов активизируется половое влечение. Следовательно, половой путь передачи ВИЧ-инфекции среди этой группы риска также сохраняет свою активность.

Интерес представляет поперечное исследование, проведенное в Кыргызской Республике [41]. Авторы отмечают, что, несмотря на растущую доступность новых психоактивных веществ («соли») в Восточной Европе и Центральной Азии, наблюдается нехватка эпидемиологических данных о связи между инъекционным употреблением «солей» и рискованным поведением, связанным с ВИЧ. Исследование, проведенное в Кыргызстане в 2024 году, показало, что люди, употребляющие инъекционные наркотики, которые вводят «соли», являются потенциально новой группой с повышенным риском заражения ВИЧ в Кыргызстане. В опросе приняли участие потребители инъекционных наркотиков (включая «соли») города Бишкек и прилегающего сельского административного округа Чуйской области. Из 181 участника, включенных в анализ, 80,7% составили мужчины, 19,3% - женщины, средний возраст составил 40,1 года (стандартное отклонение [SD] = 8,8), 22% (n = 39) сообщили, что они вводили себе «соли» в течение последних 6 месяцев. Среди людей, которые инъецировали себе «соли», 72% (n = 28) были мужчинами. Инъекции «солей» были значительно связаны с большим количеством инъекций в день, но более низкими шансами использования программ обмена шприцев за последние 6 месяцев. Инъекции «солей» также были значительно связаны с более низкими шансами опасного секса за последние 6 месяцев.

С появлением новых ПАВ появился и термин «химсекс» (Chemsex, относительно новый термин, который обозначает секс с применением психоактивных (наркотических) веществ). Такое явление распространено среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и транссексуальных людей. По некоторым оценкам, как минимум каждый пятый человек из этой категории периодически или постоянно принимает наркотики для секса. Причины могут быть разными: избавиться от стеснения и комплексов, набраться смелости и

попробовать новые сексуальные практики, повысить половое влечение и выносливость, получить более яркие ощущения от близости и кульминации. Чаще всего применяют психоактивные вещества со стимулирующим эффектом, чтобы ощутить эйфорию, прилив сил и сексуального возбуждения. Широко распространены амфетамин, метамфетамин, экстази, мефедрон, альфа-ПВП, кокаин. Еще один популярный наркотик – седативное средство гамма-гидроксибутират, который обеспечивает чувство расслабленности, раскрепощенности и спокойствия. При химсексе используют разные пути введения наркотика: проглатывание, вдыхание, курение, введение в прямую кишку. Некоторые люди вводят вещества инъекционно, что создает дополнительные риски заражения инфекциями, которые передаются через кровь.

Вопросам сексуальных отношений с применением психоактивных веществ и риску заражения ВИЧ среди сексуально активных мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), в странах Восточной и Южной Азии посвящен систематический обзор с метаанализом, проведенный Nevendorff L., Schroeder S.E., Pedrana A., Bourne A., Stoové M. [42]. Авторами выявлено, что химсекс является фактором риска для заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами. Систематический поиск релевантных исследований был проведен в базах данных научных публикаций OVID Medline, OVID EMBASE, OVID Global Health, CINAHL, PsycINFO и SCOPUS. Глубина поиска составила 32 года, с 1990 по 2022 год. Из 1788 проверенных публикаций 49 публикаций соответствовали критериям отбора, а 18 подходили для метаанализа. Объединенная распространенность недавнего употребления ПАВ в целях сексуальной активности (за последние 12 месяцев) составила 13% (95% ДИ: 10-16%). Пять исследований (6386 участников МСМ), включенных в метаанализ, сообщили о статистически значимой связи между химсексом и положительным статусом ВИЧ. Суммарное отношение шансов составило 4,73 (95% ДИ 2,72–8,21) (рисунок 5).

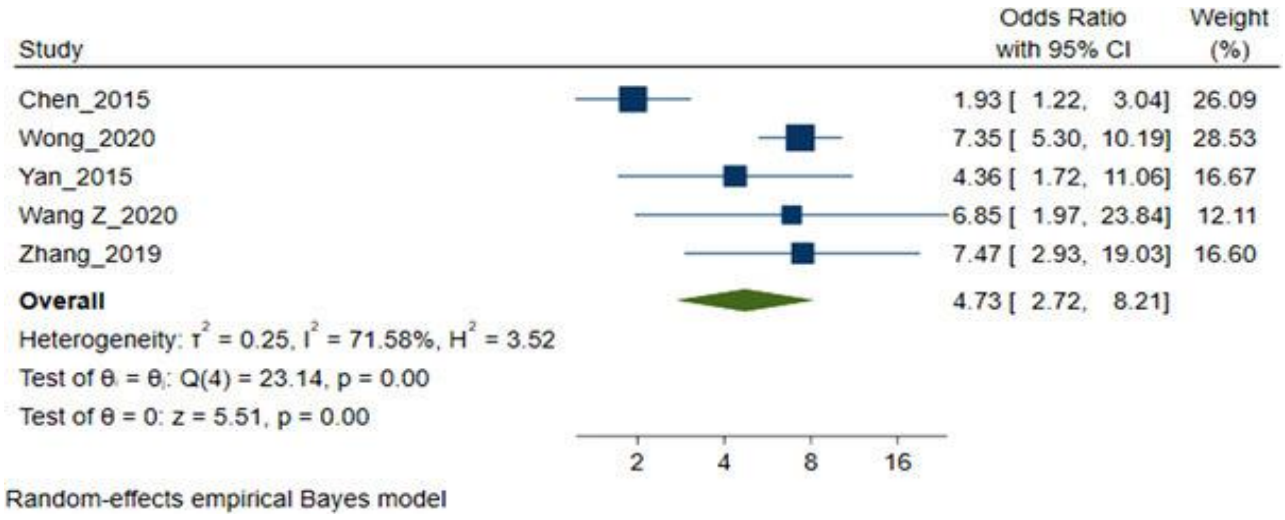


Рисунок 5. Лесной график: суммарное отношение шансов при изучении связи между сексуальными отношениями с применением наркотиков и ВИЧ-статусом.

Таким образом, результаты систематического обзора показали, что секс с применением наркотических веществ широко практикуется некоторыми МСМ в странах Восточной и Южной Азии и ассоциируется с сексуальным риском, включая незащищенный анальный секс и ВИЧ-серопозитивность. Результаты этого систематического обзора также поддерживают рекомендации по индивидуальным профилактическим вмешательствам, включая разработку локальных сообщений по снижению вреда, нацеленных на МСМ, услуг по ИППП и ВИЧ, в сочетании с продвижением и предоставлением презервативов, лубрикантов, профилактический прием препаратов антиретровирусной терапии (АРТ) в качестве профилактических методов.

Связь между использованием наркотиков на вечеринках и в сексуальных играх и высокорискованным сексуальным поведением подтверждается рядом других научных исследований [43,44]. Авторы этих исследований отмечают, что распространенность гепатита В, гепатита С, сифилиса и ВИЧ выше у мужчин, которые употребляют метамфетамин и виагру и/или которые заявили, что практикуют химсекс и фистинг.

Еще в конце девяностых годов прошлого столетия американские исследователи отмечали [45], что с появлением крэк-кокаина курильщики крэка могут подвергаться повышенному риску заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), включая заражение ВИЧ, поскольку у них много сексуальных партнеров, они обменивают секс на деньги или наркотики и редко пользуются презервативами. В городских районах Майами, Нью-Йорка и Сан-Франциско, где употребление крэка является обычным явлением, было проведено поперечное исследование для изучения этих проблем. Работники – волонтеры для уличной работы с коренными народами набирали мужчин и женщин, которые либо были постоянными курильщиками крэка, либо никогда не курили крэк; каждая группа далее стратифициовалась в зависимости от того, употребляли ли участники когда-либо инъекционные наркотики. Участников опросили об их сексуальных и наркотических практиках. В целом курильщики крэка, как инъекционные, так и нет, практиковали более рискованное сексуальное поведение, чем некурящие, сообщали о большем количестве сексуальных партнеров, чем некурящие, и с большей вероятностью, чем некурящие, обменивали секс на деньги или наркотики или имели ЗППП. Большинство опрошенных не проходили лечение от наркотической зависимости.

Таким образом, эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции среди потребителей новых психоактивных веществ представляют собой важное направление в здравоохранении. С учетом динамики и тенденций в употреблении таких веществ, необходимо обратить внимание на несколько ключевых аспектов.

1. Связь между употреблением новых ПАВ и ВИЧ-инфекцией:

Потребление новых психоактивных веществ часто связано с повышением рисков не только наркотической зависимости, но и инфекционных заболеваний. Инъекционное употребление наркотиков связано с общей практикой дележа игл

и шприцев, что является одним из основных путей передачи ВИЧ. Даже при использовании неинъекционных форм веществ, риск передачи ВИЧ может возрасти в результате асоциального поведения и незащищенных сексуальных контактов.

2. Социально-экономические факторы:

Потребители новых ПАВ зачастую принадлежат к социально уязвимым группам населения, что усложняет доступ к медицинским услугам и снижает мотивацию к проведению тестирования и лечению ВИЧ. Низкий уровень образования и экономической стабильности может приводить к повышенной уязвимости к инфекциям.

3. Психологические аспекты:

Употребление новых ПАВ может быть связано с различными психическими расстройствами, что также увеличивает вероятность рискованного поведения, включая незащищенные половые контакты. Это порочный круг, где как употребление веществ, так и ВИЧ-инфекция усугубляют психологическое состояние человека.

4. Биологические особенности:

Некоторые новые психоактивные вещества могут оказывать иммунодепрессивное действие, что может способствовать прогрессированию ВИЧ-инфекции в организме. При наличии других инфекционных заболеваний, часто сопутствующих наркозависимости, возможности для передачи ВИЧ также увеличиваются.

4. Эффективность профилактических программ для потребителей наркотиков: обзор литературы

Несмотря на эффективность существующих стратегий и программ профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ЛУИН), неконтролируемые вспышки ВИЧ среди этой группы распространены и происходят по всему миру. Интерес представляет обзор научных исследований, проведенный Hudson Reddon, Brandon D L Marshall, M-J Milloy [46]. В этом обзоре авторы обобщают последние данные о новых и устоявшихся подходах для предотвращения передачи ВИЧ среди ЛУИН.

Современные эффективные стратегии профилактики ВИЧ включают в себя программы «передвижных пунктов обмена игл и шприцев», доконтактную профилактику (ДКП), пункты контролируемых инъекций (supervised injection facilities, supervised injection sites – это учреждения, куда потребители наркотиков могут принести приобретенные в частном порядке вещества и употребить их в санитарных условиях, где работают профессиональные сотрудники, готовые помочь в случае передозировки, в этих пунктах предоставляются расходные материалы, включая стерильные иглы, и обеспечивается их надлежащая утилизация после использования), и, в меньшей степени, некоторые поведенческие вмешательства. Зарубежные исследования также показали экономическую эффективность долгосрочных стратегий профилактики ВИЧ, включая программы использования игл и шприцев, терапию опиоидными агонистами и антиретровирусную терапию для профилактики. Несмотря на то, что каждое отдельное вмешательство может снизить риск заражения ВИЧ среди ЛУИН, существует консенсус в отношении того, что для достижения существенного и долгосрочного снижения передачи ВИЧ требуется комбинация подходов. К сожалению, как отмечают исследователи, во многих странах реализация этих мер часто ограничивается общественным и политическим противодействием, которое проявляется в виде структурных барьеров на пути профилактики ВИЧ, таких как криминализация употребления наркотиков. Учитывая, что существует множество доказательств, свидетельствующих об эффективности некоторых методов профилактики ВИЧ, для преодоления этих барьеров и интеграции инновационных подходов к профилактике ВИЧ с наукой требуется эффективная политика в отношении наркотиков, социальная и общественная поддержка.

Программы «обмена игл и шприцев»

Эффективность программ использования игл и шприцев в снижении рискованного поведения, связанного с инъекциями, и заболеваемости ВИЧ среди ЛУИН хорошо известна. Так, данные систематического обзора и метаанализа, проведенного Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, et al. показали, что реализация программы обмена игл и шприцев способствовала снижению трансмиссии ВИЧ на 44–58% среди объединенной выборки из 12023 ЛУИН (11984 человеко-лет наблюдения) [47]

Кроме того, данные программы доказали экономическую эффективность в таких странах, как США [48]. Согласно анализу на основе разработки модели ученые показали, что охват программами обмена игл и шприцев на уровне 50% может предотвратить до 35000 случаев ВИЧ-инфекции в течение 20 лет и обойдется в 25000 долларов США за каждый год жизни с поправкой на качество, что значительно ниже порога экономической эффективности в 50000 долларов для медицинских вмешательств в США.

Несмотря на то, что раньше программы ограничивали количество выдаваемых игл на основе принципа «одна игла» на каждую возвращенную, в последние годы программы не ограничивают количество игл, выдаваемых одному клиенту, а также предоставляют дополнительное оборудование для обеспечения более безопасных инъекций [49].

В настоящее время программы обмена игл и шприцев в некоторых зарубежных странах внедряются через аптеки, больницы, торговые автоматы, уличные информационно-разъяснительные работы, программы вторичного обмена шприцев и мобильные пункты обмена игл и шприцев с целью максимального расширения доступа к этим эффективным услугам по профилактике ВИЧ [50].

Программы передвижных пунктов обмена игл и шприцев в настоящее время рекомендуются ВОЗ, ЮНЭЙДС и Управлением ООН по наркотикам и преступности в качестве альтернативного или дополнительного метода доставки в рамках программ обмена игл и шприцев и дополнительных услуг по снижению вреда [51].

Мобильные пункты привлекают группы высокого риска ЛУИН, которые труднодоступны и не охвачены другими моделями обслуживания, поскольку они снижают такие барьеры, как стигматизация, проблемы с транспортом или физической мобильностью, а также подверженность местной полиции. Программы по предоставлению мобильных пунктов обмена игл и шприцев успешно снизили показатели совместного использования шприцев и получили широкое признание среди жителей населенных пунктов, в которых они реализуются.

В тоже время зарубежные исследователи отмечают, несмотря на то, что данные программы зарекомендовали себя как экономически эффективный метод профилактики ВИЧ, продолжается противодействие реализации автономных и мобильных пунктов по предоставлению игл и шприцев. Барьеры как на микроуровне (например, местные сообщества возражают против присутствия организаций снижения вреда), так и на макроуровне (например, национальные запреты на программы обмена игл и шприцев или их финансирование) ДКПятствуют расширению этих программ в некоторых странах с самым высоким бременем ВИЧ среди ЛУИН, таких как Россия и США [52,53]

Доконтактная профилактика

Бангкокское исследование, проведенное Choopanya K., Martin M., Suntharasamai P. и др.[54], было первым, которое показало эффективность антиретровирусной профилактики ВИЧ-инфекции среди ЛУИН. Несмотря на то,

что снижение заболеваемости, связанное с проведением ДКП, было значительным, эффективность была снижена за счет приверженности к терапии. Предполагаемое снижение риска ВИЧ-инфекции составило 48,9% в общей выборке, 58,0% среди тех, кто имеет не менее 75% приверженности, и 83,5% среди тех, у кого не менее 97,5% приверженности [55].

В 2017 году Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) выпустили обновленные клинические рекомендации, в которых рекомендуется рассматривать возможность приема ДКП для любого взрослого, который употреблял инъекционные наркотики в течение последних 6 месяцев и сообщил о совместном использовании оборудования для инъекций или приготовления наркотиков или имеет повышенный риск заражения ВИЧ половым путем [56].

Анализ экономической эффективности ДКП в США показал, что при 50% охвате ЛУИН можно предотвратить до 37000 случаев ВИЧ-инфекции и это обойдется в 300000 долларов США за каждый QALY, полученный за 20 лет [57,58].

Обзор научной литературы также показал, что наибольшая эффективность ДКП наблюдается среди людей с самым высоким риском заражения ВИЧ (например, мужчины ЛУИН, имеющие половые контакты с мужчинами).

Сосредоточение ДКП на сообществах с высокой распространенностью ВИЧ, где другие профилактические услуги ограничены, может принести наибольшую пользу.

Приверженность к АРТ

Инициативы «Искать, тестировать, лечить и удерживать» направлены на подавление передачи ВИЧ путем вовлечения всех людей, живущих с ВИЧ, в эффективную АРТ. Своевременное начало АРТ после постановки диагноза не только дает терапевтический эффект для человека, но и снижает вирусную нагрузку ВИЧ на уровне сообщества, а также обеспечивает потенциальный профилактический эффект (т.е. коллективный иммунитет) для групп риска [59].

Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, снижает риск передачи, даже если ВИЧ-инфицированные люди практикуют рискованное инъекционное или половое поведение [60].

Преимущества данной профилактической стратегии нашли свое отражение в реформах политики здравоохранения некоторых стран, включая отмену порогового значения количества клеток CD4 для начала АРТ и одобрение немедленного начала АРТ после постановки диагноза в некоторых условиях [61].

Прогноз экономической эффективности тестирования и лечения ВИЧ с помощью АРТ в США показал, что при 50% охвате можно предотвратить 6700 случаев ВИЧ-инфекции в течение 20 лет и это обойдется в 27000 долларов США за каждый полученный QALY [62].

В тоже время, несмотря на успех и экономическую эффективность этих инициатив, по оценкам Larney S., Peacock A., Leung J., только 4% ВИЧ-позитивных ЛУИН во всем мире получают АРТ [63].

Проблемы клинического ведения ВИЧ у людей с сопутствующим употреблением психоактивных веществ усугубляются карательными подходами, основанными на уголовном преследовании, которые криминализируют употребление наркотиков, снижают уровень доступа к АРТ, негативно влияют на приверженность к лечению [64].

Кроме того, учитывая распространенность сопутствующих психических расстройств и зависимости среди ВИЧ-позитивных ЛУИН, для повышения эффективности данной профилактической инициативы потребуются многосторонние мероприятия по поиску, тестированию, лечению и удержанию, адаптированные к потребностям ЛУИН.

Пункты контролируемых инъекций (supervised injection facilities, supervised injection sites)

Опыт некоторых зарубежных стран показывает, что работа пунктов контролируемых инъекций (ПКИ) обеспечивается санкционированными законом условиями, при которых ЛУИН может вводить запрещенные вещества с помощью стерильного оборудования под медицинским наблюдением. Подобные учреждения существуют в европейских странах с 1980-х годов; первый санкционированный государством объект в Северной Америке открылся в Ванкувере (Канада) в 2003 году [65]

В Австралии, Канаде и Европе было создано около 90 ПКИ, которые приносят существенную пользу без каких-либо видимых негативных последствий для здоровья и безопасности населения [66,67,68].

Согласно исследованиям, существующее учреждение контролируемых инъекций, расположенное в Ванкувере (Канада), предотвращало в среднем 35 случаев ВИЧ-инфекции в год (доверительный интервал: 19 - 57). Прогнозируемые выгоды от создания дополнительных учреждений в других городах Северной Америки показывают, что одно учреждение может предотвратить более 350 случаев ВИЧ-инфекции в течение 20 лет и обойдется в 6127 канадских долларов за каждый полученный QALY [69].

Политическая оппозиция остается основным препятствием на пути расширения ПКИ во многих странах, и это сопротивление часто основано на опасениях по поводу роста уровня преступности и незаконного употребления наркотиков в сообществах, где они созданы [70]. Тем не менее, данные из первого учреждения в Северной Америке указывают на то, что преступность, связанная с наркотиками, или употребление наркотиков в обществе не увеличились, а вместо этого учреждение принесло пользу на уровне общин, включая сокращение мер по борьбе с общественными беспорядками и увеличение числа участников программ детоксикации и лечения зависимости.

Несмотря на то, что санкционированные законом ПКИ существуют с 1986 года, по состоянию на 2017 год были даны рекомендации по изменению работы и политики в существующих и будущих учреждениях для снижения передачи ВИЧ среди ЛУИН. Основным ограничением многих учреждений является то, что персонал по закону не имеет права оказывать клиентам помощь в инъекциях. До трети ЛУИН нуждаются в помощи при инъекции, а невозможность

самостоятельно делать инъекции является независимым фактором риска заражения ВИЧ, передозировки и насилия. В некоторых условиях распространенность ВИЧ среди лиц, нуждающихся в помощи при употреблении инъекций, более чем в два раза превышает распространенность среди тех, кто не нуждается в помощи. В ответ на эту проблему были созданы несанкционированные, управляемые коллегами инъекционные учреждения, предоставляющие помощь в инъекциях, которые снизили риски, связанные с традиционными ограничениями, а также увеличили охват за счет устранения социально-структурных барьеров для использования этих учреждений. Поскольку непропорционально большое число женщин нуждается в помощи при проведении инъекций, а женщины особенно уязвимы к насилию на незаконных рынках наркотиков, в 2017 году в Ванкувере (Канада) было создано первое в мире учреждение для инъекций только под присмотром женщин. Дополнительные новые рекомендации по работе ПКИ включают усилия по расширению доступа путем внедрения услуг в больницах и тюрьмах, где безопасное инъекционное лечение может быть затруднено, а также создание мобильных учреждений для охвата лиц, испытывающих трудности с доступом к стационарным учреждениям, таких как люди с ограниченными возможностями.

Заключение

Общие выводы, которые делают зарубежные исследователи, заключаются в том, что для эффективной борьбы со вспышками ВИЧ необходимо сочетание стратегий профилактики ВИЧ; не существует рекомендуемой единой стратегии, направленной на устранение всех факторов риска передачи ВИЧ, и при одновременном проведении нескольких мероприятий часто наблюдаются более значительные улучшения. Например, метадоновая поддерживающая терапия, проводимая в сочетании с консультациями психолога, приводит к более существенному снижению частоты употребления инъекционных наркотиков и заболеваемости ВИЧ, чем только терапия. Добавление добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ к метадоновой поддерживающей терапии также сокращает совместное использование игл по сравнению с только добровольным консультированием и тестированием. Так, исследование в Эстонии показало, что совместное применение программ по обмену игл и шприцев и АРТ привело к значительному снижению заболеваемости ВИЧ в период с 2005 года (20,7 случая ВИЧ на 100 человеко-лет) по 2011 год (7,5 случая ВИЧ на 100 человеко-лет) [71].

В рамках комбинированных мероприятий по профилактике ВИЧ в Индии программы обмена игл и шприцев, а также просвещение по вопросам безопасных инъекций и безопасного сексуального поведения дали значительные улучшения в практике инъекций и постоянном использовании презервативов, хотя показатели совместного использования игл и шприцев и распространенность ВИЧ остались неизменными [72].

В ответ на вспышку ВИЧ в Афинах (Греция) профилактические вмешательства, включающие программы обмена игл и шприцев, тестирование на ВИЧ, лечение опиоидными агонистами и АРТ, привели к снижению частоты

инъекций и совместного использования шприцев в течение 1 года (2012–2013), заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 человеко-лет снизилась с 7,8 до 1,7 [73].

Преимуществом предоставления услуг по профилактике ВИЧ в комплексе является то, что это повышает вероятность того, что ЛУИН будут регулярно обращаться к услугам по тестированию на ВИЧ. Диагностика ВИЧ среди ЛУИН и их сексуальных или инъекционных партнеров необходима для расширения доступа к лечению и профилактике ВИЧ, а также имеет важное значение для сдерживания передачи вируса среди ЛУИН.

В странах с низким и средним уровнем дохода, где ресурсы для профилактики ВИЧ могут быть ограничены, выбор комбинации мероприятий для реализации будет зависеть от экономической эффективности каждого мероприятия. Терапия опиоидными агонистами представляется наиболее экономически эффективным вмешательством, даже когда она предотвращает меньшее количество инфекций, поскольку она оказывает непосредственное влияние на продолжительность и качество жизни. Кроме того, фактические данные также указывают на то, что увеличение охвата терапией агонистами опиоидов ($18000 за каждый полученный QALY) с последующим увеличением охвата программой обмена игл и шприцев ($25000 за каждый полученный QALY) и последующим увеличением охвата АРТ ($27000 за полученное QALY) до 50% может быть экономически эффективным подходом для максимизации пользы от этих вмешательств и может быть применимо в условиях ограниченных ресурсов [74].

Необходимо отметить, что успех любого профилактического вмешательства будет зависеть от институциональной поддержки. Улучшение общественной и политической поддержки научно обоснованной профилактики ВИЧ, науки о наркологии и наркополитики будет иметь решающее значение для устранения существующих барьеров на пути к услугам по профилактике ВИЧ и ликвидации вспышек ВИЧ среди ЛУИН.

Особое внимание в профилактических программах уделяется подросткам и молодежи. Молодые люди находятся на переднем крае эпидемии ВИЧ/СПИДа. Подростковый возраст – это возраст, когда формируются критические модели поведения в отношении здоровья, включая поведение, связанное с сексом и употреблением наркотиков. Большинство из этих моделей поведения можно предсказать исходя из среды риска, при этом кластеры рискованного поведения, такие как злоупотребление алкоголем и незащищенный секс, являются распространенными, особенно среди маргинализированной и уязвимой молодежи. Есть некоторые свидетельства того, что молодые ЛУИН думают и ведут себя иначе, чем пожилые, и к ним относятся иначе в своих сообществах. В частности, молодые ЛУИН имеют меньше знаний о ВИЧ/СПИДе, имеют более низкое представление о риске заражения ВИЧ через инъекционные наркотики или секс, и с меньшей вероятностью идентифицируют себя как ПИН, чем пожилые.

Кроме того, молодежь подвергается повышенному риску инфицирования ВИЧ в результате многих факторов, включая рискованное сексуальное

поведение, злоупотребление психоактивными веществами (включая употребление инъекционных наркотиков) и отсутствие доступа к услугам по информированию и профилактике ВИЧ. Крайне важно, чтобы барьеры в доступе к услугам, с которыми сталкивается молодежь, были признаны молодежными службами здравоохранения, включая программы по профилактике ВИЧ-инфекции. Маргинализированные молодые люди, в том числе бездомная молодежь и этнические меньшинства, могут подвергаться повышенному риску из-за таких факторов, как стигматизация (которая может препятствовать доступу к важнейшей информации и программам профилактики ВИЧ/СПИДа), давление с целью вовлечения в незащищенный секс в обмен на еду, жилье или деньги, а также употребление запрещенных наркотиков. Программы для молодежи обладают наибольшим потенциалом для изменения хода эпидемии. Тем не менее, исследования в области профилактики ВИЧ среди молодежи – это область, которая еще недостаточно изучена.

Как показывает мировой опыт возможными мерами реагирования для детей, подростков и молодежи могут быть следующие:

- Разработать системы профилактики наркомании, охватывающие детей на как можно более раннем этапе их развития и направленные на формирование устойчивого неприятия наркотиков.
- Охватывать подростков программами профилактики наркомании и привлекать их к участию в этих программах, распространяя просветительские материалы в социальных сетях и на других онлайновых платформах.
- Способствовать проведению научно обоснованных лечебно-профилактических мероприятий, ориентированных на молодых людей, употребляющих наркотики и страдающих расстройствами на этой почве, включая: предоставление услуг в области охраны психического здоровья; проведение скрининговых обследований и кратковременных вмешательств и выдачу направлений к медицинским специалистам; и проведение семейной психотерапии.
- Обеспечить детям и подросткам, приобщившимся к наркотикам в юном возрасте и/или живущим в особенно неблагоприятных условиях, возможность получения образования и профессиональной подготовки и предоставить другую социально-экономическую поддержку.
- Выделять средства на проведение исследований, позволяющих получить более полное представление о роли пола и гендера в ситуациях, приводящих к употреблению наркотиков и возникновению расстройств на почве употребления наркотиков.
- Расширять охват учитывающей гендерный фактор лечебно-профилактической помощью наркологического профиля и услугами по лечению и уходу в связи с ВИЧ, чтобы женщины чувствовали себя в безопасности и не подвергались стигматизации, могли выполнять свои обязанности по уходу за детьми и получали поддержку, позволяющую им удовлетворять другие потребности.

• Разработать комплексную систему информационных мероприятий и мер психологической, фармакологической и медицинской помощи и социальной поддержки для обеспечения более эффективной охраны здоровья лиц, употребляющих наркотики и страдающих расстройствами на почве употребления наркотиков, и содействия их выздоровлению.

• Расширять применение эффективных методов психосоциальной терапии.

5. Анализ результатов проведения фокус – групп с потребителями наркотиков в Казахстане

Для более углубленного изучения поведенческих рисков у потребителей наркотиков в рамках проекта были проведены фокус - группы в городах: Астана, Караганда, Шымкент, Костанай, Оскемен и Петропавловск.

Фокус - группы проводились на базах Центров по профилактике и борьбе со СПИД. К участию в работе фокус - групп на основе добровольности и анонимности были приглашены аутрич работники и потребители наркотиков. Ниже приводятся в виде цитат мнения участников фокус-групп о НПАВ и рисках для заражения ВИЧ, а также их предложения по улучшению качества профилактической работы.

Количество участников фокус групп представлено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение участников фокус-групп

№	Город	Общее количество (абс.)	Пол	
			Мужчины (абс.)	Женщины (абс.)
1	Астана	6	6	-
2	Караганда	6	5	1
3	Шымкент	6	5	1
4	Костанай	8	5	3
5	Оскемен	6	4	2
6	Петропавловск	6	4	2

В г. Астана в работе фокус-группы приняли участие 6 человек, все мужчины. После знакомства и общего обсуждения модератор задал участникам следующий вопрос: «Хотелось бы обсудить, как употребление новых психоактивных веществ влияет на поведение, особенно с точки зрения риска заражения ВИЧ? Какие из новых психоактивных веществ, на ваш взгляд, могут повышать риск заражения ВИЧ?»

Олжас, 34 года: Меф, соль сейчас.

Иван, 41 год: Нет, меф не влияет.

Олжас, 34 года: Меф однозначно может, желание сексуальное увеличивается.

Иван, 41 год: А в этом смысле, да. Без предохранения секс. Без предохранения, во-первых, когда под мефом ты это делаешь (секс) и как бы шины нагреваются же, говорят, и ты берешь и скидываешь. Да. Говорят, да, резинку сожгу (презерватив) я как бы скидывал презерватив.

Мурат, 30 лет: У меня много раз было, под мефом, что там каждая красавицей кажется, а как отпустит….

Олжас, 34 года: Под мефом даже не смотришь, братан. Кто перед тобой, любая красавица. Потом, когда отпустит, смотришь, ах, ужас.

Модератор: Употребление новых психоактивных веществ как-то влияет на ваше поведение с партнерами? Например, на решение о безопасном сексе или использовании иглы, шприца? Случалось, ли вам принимать наркотики в небезопасных условиях? Например, с людьми, с которыми вы не знакомы?

Равиль, 30 лет: В таком состоянии тебе ничего не важно. С кем, где, как. Я не знаю. Я лично сам пытаюсь контролировать все это. У меня даже было такое, женщина в возрасте, какой-то мужичок, он тоже в возрасте. Ходить по улице стремно с ними, но у них есть чуть-чуть денег, но хотя у меня больше есть, и мне пришлось как бы с ними сделать, и я думаю, с ними я сделал, и уйду, но мне не получается уйти, я делаю так, пока она (доза) не кончится, понимаете вы это? Она должна кончиться, и я тогда только уйду.

Евгений, 39 лет: Тормозов нет.

Иван, 41 год: Мне на улицу не хочется в таком состоянии. Буду стоять перед подъездом, понимаете? А когда уже захочется, я выйду на улицу. Вот так.

Иван, 41 год: У меня так лично.

Модератор: Хорошо. Переходим к следующему вопросу. Доступность и использование средств профилактики. Используете ли вы какие-либо средства защиты? Презервативы или стерильные иглы, чтобы уменьшить риск заражения ВИЧ при употреблении новых психоактивных веществ? Или наркотиков?

Олжас, 34 года: Если я употребил, то вообще не использую защиты. Мозг об этом не думает.

Иван, 41 год: Когда делаю, думаю, вот тут спустись аптека, через дорогу перебежать надо. Я про себя думаю, надо сейчас пойти (презерватив) взять. А потом не до этого.

Модератор: Как, по вашему мнению, можно снизить риски заражения ВИЧ для людей, употребляющих новые психоактивные вещества? Какие меры могут помочь?

Иван, 41 год: Я думаю, надо как в Голландии, у них есть специальные комнаты, там есть шприцы и презервативы, и с подругой ты идешь, например, и они там очень дешево, не такие цены, как у нас, допустим, «гостичку» снять, минималка у нас 10-12 тысяч. А там как бы специально это придумали для таких людей как мы, чтобы мы пришли, там сразу есть, открыл, есть как бы этот бокс, там всякие стерильные презервативы и есть шприцы готовые. Там можно как бы отдохнуть, там полутурка, кровать. Я думаю, это очень круто было бы.

Евгений, 39 лет: Это получается, ты хочешь сказать, что нужно легализовать?

Иван, 41 год: Нет, не легализовать, вы не поняли.

Евгений, 39 лет: Я понял, это легализация называется.

Равиль, 30 лет: Ну, по-другому, по-другому, по-другому это никак.

Иван, 41 год: Да, но так было бы лучше, потому что они знают, что сейчас, потому что у них постоянная нехватка денег, они ищут на дозу и в долги лезут. Там ничем не помочь, только вот легализовать.

Евгений, 39 лет: Легализовать его употребление?

Равиль, 30 лет: Нет, легализировать вот помещение, где мы бы могли получать бытовые потребности.

Иван, 41 год: Как вам объяснить, там наркотики не выдают. Легализация, когда выдают наркотики.

Евгений, 39 лет: Там дают наркотики.

Иван, 41 год: Нет, в этой комнате нет наркотиков. Там просто есть шприцы и презервативы.

Евгений, 39 лет: Но если у тебя нету дозы, то там есть и наркота.

Иван, 41 год: Это вообще круто.

Модератор: Хорошо. Какие изменения в своем поведении или жизни вы бы хотели внести, чтобы снизить риск заражения ВИЧ? Какие изменения в своем поведении или жизни вы бы хотели внести?

Иван, 41 год: Ну я вот думаю то, допустим, надо что-то сделать так, чтобы все было бесплатно. По поводу резинок везде в аптеках, чтобы проверяли. Нет, ну не обязательно, чтобы сюда зайти. Бывает, здесь вы до 4 работаете, а вот какая-то круглосуточная аптека, именно вот красный крест, типа такого, да. Пришел, здравствуйте, дайте, пожалуйста, мне презерватив. И они бесплатно, чтобы не под запись, не под это. Потому что люди не хотят себя афишировать, у них настроения нет. Сделайте терминалы выдачи средств защиты.

Иван, 41 год: Я думаю, знаете, вот как бы, да, есть какие-то личные, но меня просто тормозит вот эта вот синтетика поганая. Ну, как есть. Я хочу, чтобы легализовали хорошее индюху и чтобы люди переходили, правда, нет, чем соль вот этого, чтобы переходили на настоящий индюшник, ну, разрешали. Они курили бы и потихоньку забываются, потому что алкашкой тоже можно перебивать, но это вообще тяжело, желудок и так далее. Я потом что-то сильно получил, как бы это чуть дырки у меня. Ну, за то, что я потому что солюсь, солюсь. Ну, вы понимаете, да, через 2-3 дня, ну, я не сплю на марафоне, и чтобы уснуть, мне надо выпить либо желтую крышку, либо какой-то спирт. Серьезно, либо коньяк, чтобы я уснул потом. Я хочу, чтобы люди разрешили какие-то, я не знаю, есть эйфорические какие-то таблетки, может, ну, которые по здоровью не бьют, чтобы поменять на эту соль, на меф и соль, чтобы альтернатива только она, чтобы природная была, понимаете, а не химическая. Вот, я думаю так.

В г. Караганда в фокус-группе приняли участие 6 респондентов из них, 5 мужчин и 1 женщина.

Модератор: Насколько вы осведомлены о рисках заражения ВИЧ при употреблении и какие из новых психоактивных веществ могут повышать риск заражения ВИЧ?

Тимур, 50 лет: Ну вот «скорость», «мефедроны» всякие, они когда наколются, они вообще не в себе становятся.

Валентина, 46 лет: Синтетика, однозначно, повышает риск заражения.

Сергей, 62 года: Сейчас опять вот эти закладки пошли с метадоном, с героином. Вот они повышают.

Дмитрий, 39 лет: Повышают, да.

Слава, 37 лет: Просто, вот в обществе, например, понятие, что синтетика-это безопасно. то есть, никто не знает, что ты употребляешь, у тебя не пахнет ничего. И это не увеличивает риск. Это большая иллюзия, потому что все-так. Они думают, видите, сперва курить, это как анаша, типа, тоже такой же шутливый, типа, легкий наркотик, а это не легкий, это сложный наркотик и дорогой

Валентина, 46 лет: Безусловно, синтетические стимуляторы, они повышают либидо, так скажем, на первых месяцах, годах употребления, у кого-то это либидо сохраняется и, конечно, риск увеличивается, потому что сколько мы разных опросов, исследований проводили, люди говорят, вот коробка презервативов лежит, там, неделя марафона, (ну, это длительное употребление, когда люди заходят в марафон, несколько дней употребляют это. То есть, когда несколько дней употребляют, называется марафон). И тогда они практически не выходят из квартиры, есть вещества, еда практически в это время особо не нужна.

И поэтому вот стоит коробка презервативов, мы не используем презервативы. Употребляют тоже по-разному, ректально, орально, внутривенно.

Сергей, 62 года: Да, смена половых партнеров.

Слава, 37 лет: А вот эти синтетики, они очень на секс тянут, короче.

Модератор: Случалось, ли вам принимать наркотики в небезопасных условиях?

Тимур, 50 лет: Наверное, есть ситуация. Особенно, когда ты в состоянии отмены. Во-первых, ночью не продают шприцы или не везде продают. Иногда у тебя нет денег на шприцы. Не каждый знает про пункты доверия, где можно взять бесплатно шприцы. Если ты на стимуляторах, то ты можешь вообще днем спать и только вечером активизироваться. А пункты доверия…

Валентина, 46 лет: Работа пунктов хорошая, но не по потребности, потому что наркосцена поменялась. На смену опиоидам пришли стимуляторы. Не все стимуляторщики употребляют внутривенно. Для кого-то нужны пипетки. Люди используют пипетку на 10 человек. В целом людей не устраивает время, качество предоставляемых шприцов, презервативов и нет должного инструментария, который используют люди, употребляющие стимуляторы.

Тимур, 50 лет: А еще знаете, вот что большая проблема, пункты работают пятидневку, а люди не могут получить в выходные.

Дмитрий, 39 лет: Да, вот хотя бы субботу сделали еще бы, хотя бы до обеда время, чтобы мы могли в субботу, а то мы не охватываем вот этих, которые работают, это же несложно.

Валентина, 46 лет: Вообще идеально было бы, если там сидел главный консультант, а не человек центра СПИДА, да, ну пусть он тоже там сидит, но в выходные можно этого человека дверь закрыть, поставить окошечко, да, там вот у какого-то страны, да, и, пожалуйста, через окошечко бытовое, я думаю, было бы лучше.

Модератор: Теперь расскажите нам, пожалуйста, как можно снизить риски заряжения ВИЧ среди потребителей наркотических?

Сергей, 62 года: Никак не снизить.

Дмитрий, 47 лет: я как аутрич работник в позапрошлом году, наверное, сперва где-то человек восемь, даже, может, десять выявил. А вот в том году ни одного, в этом году одного только нашел. Вот, видать, это результат все-таки нашей работы. Потому, что мы за ДКП выдаем. Мы всегда объясняем, я всегда объясняю, что почем, сразу. Наверное, это тоже результат нашей работы.

Валентина, 46 лет: Наверное, информирование, доступность, анонимность, это такие ключевые вещи, да. Чтобы и тестирование (на ВИЧ) на базе НПО было. Клиентов наших не устраивает ДКП, потому что нужно каждый

день пить таблетки, это их пугает, он употребляет, не соображает, когда ему говоришь, что нужно каждый день принимать, в одно и то же время, это напрягает их.

Модератор: Проходили ли вы реабилитацию?

Слава, 37 лет: Все хорошие больницы платные.

Дмитрий, 39 лет: Платные, оно минимум 500 тысяч за лечение. Мне вот в последний раз, я хотел лечь, мне сказали 2 млн, платить сразу. Я хочу, чтобы заместительная терапия, линейка преаратов была расширена, чтобы была пролонгированная терапия антиретровирусная. Она не всем зайдет, это по-любому, но все зависит от здоровья, от восприятия. В принципе, меня там устраивает ежедневный прием, может быть, чтобы препараты были не такие токсичные, было меньше стигмы, не знаю, все-таки все зависит от людей сверху.

В проведении фокус-группы в г. Шымкент приняли участие 6 человек, 5 мужчин и 1 женщина.

Хасан, 45 лет: я потребитель наркотических веществ, употребляю 15 лет, в Центре СПИД нам выдают шприцы, презервативы, спиртовые салфетки, говорят, что нужно предохранятся. Обьясняют что все надо обрабатывать. Порой мне даже не хочется жить из-за этой зависимости, я вообще сам 2 раза в год иду добровольно в наркодиспансер, ложусь и лечусь, прокапаюсь, выйду и максимум дней 10 держусь и срываюсь. Говорят, нужно идти к психологу, я ходил, но мне не помогает, может времени мало прошло. Да, я пробовал новые ПАВ**,** но это не наш вариант. Но это больше для молодежи, они же опиум не пробовали, вот и думают, что это кайф. Но это не кайф, минут 20 туман в голове и все, от этого и тащутся. А опиум - это совсем другое. Конечно, мне хочется избавиться от наркотиков, но не получается никак.

Дима, 44 года: употребляю полгода, еще новичок. Просто балуюсь. Как я узнал, что у меня ВИЧ:у меня поднялась температура, начали выпадать волосы и я слышал про ВИЧ, начал узнавать читать. Начал сопоставлять события и пришел к этому выводу. Мы получаем таблетки в центре профилактики СПИД, после того как я узнал свой ВИЧ статус я не употреблял, до этого я употреблял героин. У меня еще гепатит С, не могу вылечится. Мне не предоставляют лечение от Гепатита С. В другом проблем нет, у меня есть мать, семьи нет. Я сказал (о ВИЧ) только близким, у некоторых изменилось отношение. У матери отношение не изменилось. Я укололся всего 4-5 раз, один раз я использовал чужой шприц. И тогда я и заразился. Никакие изменения мне в жизни не нужны. Только гепатит хочу вылечить. Меня все устраивает.

Юра, 64 года: Я потребитель наркотиков с 1984 года. Ханку, кукнар и героин употреблял. Сейчас варим семена мака, раствором лечимся. Я только

обращаюсь в СПИД центр, здесь мне выдают шприцы, салфетки, презервативы. Я вообще здесь долго работал аутрич работником и сам раздавал это все. И собирал использованные шприцы и сдавал в центр профилактики СПИД. Обьяснял многим о рисках заражени ВИЧ, кто-то уходит, кто-то приходит. Но непостоянно приходили в Центр СПИД, со шприцами проблем нет, всегда выдают новые шприцы. Я бы хотел, знаете, что, вот они говорят, каждый год приводить людей для сдачи крови и мне нужны деньги, чтобы я их мог привезти и они начали получать лечение. А так они не пойдут, им ничего ненадо. Я им обьясняю, всегда предохраняйтесь, особенно, если не знаешь, кто она такая, это рискованное поведение. Я все выдам и презервативы и шприцы, говорю, что в центре все анонимно, чтобы приходили и не боялись. Я же вижу, как молодежь умирает от синтетики, даже за полгода высыхают. Я синтетику не буду употреблять. На ВИЧ я ходил проверяться, 3 раза проходил, каждые 3 месяца. Когда кумаренный, теряешь контроль, просто водой мыл шприц. Я бы хотел бросить, но я много лет уже в этом деле. Но не получается, сразу начинает голова болеть, нервничать. Молодежи я бы посоветовал, никогда не пробовать, потому что это погибель. А если уже начали употреблять, надо выкарабкиваться быстрее и не разрушать свои семьи из-за этого, ведь в конце ты останешься один. Мне уже 64 года и я это понимаю. К сожалению, от этой зависимости избавляются только единицы

Аягоз, 31 год: я употребляю меф, мак, в месяц 1 или 2 раза, мне приобретает супруг. Сначала я нюхала меф, у меня сразу поднималось настроение и увеличивалось сексуальное влечение. Да, у меня есть муж. Он тоже употребляет наркотики и меня научил тоже он.

Да, после того как я некоторое время нюхала меф, я прошла лечение в течении 2 месяцев, а потом познакомилась с молодым человеком, начала с ним жить в Актобе и уже там начала употреблять меф иньекционно. Я употребляю уже 4 года, а муж 10 лет. Да, у меня есть дочь, я начала употреблять когда ей было 6 лет и она собиралась пойти в школу. Я никогда не употребляла наркотики при ней, но потом у меня ее забрали в детский дом в г.Актобе. Я хочу бросить. Я понимаю, это мой последний шанс, так как дочь забрали уже в третий раз. Потом меня лишат родительских прав. Да, я начала лечение, но по ночам пока не могу спать. Хочеться снова употреблять наркотики, зависимость еще есть. Меня мучают головные боли.

Я не боялась заразится ВИЧ, так как мы использовали только свои щприцы. У каждого был свой шприц. Нет, я никогда не теряла до такой степени контроль и сознание, даже алкоголь я употребляла, только когда заканчивалось действие наркотиков.

Владимир, 39 лет: Я проживаю в Шымкенте. Я сдал анализы в наркологическом центре, пришел сомнительный результат и я сдал повторный анализ и через некоторое время пришел положительный результат, это было пару месяцев назад, в этом году. Я еще сам не смирился с этим. Знаете, изначально когда начинаешь замечать какие то изменения и болячки у себя, сразу думаешь на эту болячку, я подозревал, но смирится все равно тяжело. Я конечно точно не знаю, где и как я точно заразился, я же все таки наркоман. Употребляю с 18 лет. Употребляю мак, но пробовал разное, и мефедрон, и скорость, но все это не то, НПАВ не расслабляют, а наоборот угнетают. После употребления НПАВ хочется застрелиться. Я не знаю, кем и как были созданы новые психоактивные вещества, но я бы их сам душил бы. Я вообще всегда пользуюсь только своим шприцом, но у меня был момент, мы вместе кололись с одним человеком, я знал, что он заражен ВИЧ, и думаю, что под этим состоянием я перепутал шприцы скорее всего. А так я всю жизнь очень следил за шприцами, чтобы были только мои и стерильные. После положительного результата я пришел в СПИД центр, меня тут утешали насколько это возможно, принесли таблетки какие-то, теперь я лечусь. Нужно лечиться и не сдаваться, и что-то сделать. Не хватает помощи психиологической больше, так как с первым встречным не поговоришь об этой болезни. Да, стигму чувствую от окружающих, от медицинских работников меньше, они все-таки больше осведомлены. И я, в свою очередь, всегда предупреждаю, даже когда сдаю анализы, говорю им не трогать меня, сам беру кровь у себя и отдаю, отходы утилизирую. Знаете, вот например, когда человек употребляет «скорость», она совершенно по-разному влияет на каждого, например, у кого-то начинается бешенство, у кого-то мания преследования, как будто самые сокровенные желания начинают вылазить у человека. Кто-то начинает просто так бояться полиции. У меня полового влечения такого не было, но я слышал, что некоторые девушки сходят с ума, превращаются в «секс-машины». И потом, мне кажатеся, я не так много употреблял «скорость», поэтому за собой такого не замечал, потому что, с каждой дозой, психика расшатывается больше и больше. Это очень нехорошая штука, поэтому я решил не употреблять НПАВ и не собираюсь. И я думаю, что заразился ВИЧ когда как раз употреблял «скорость» и МАК вместе и у меня с сознанием что-то случилось, я даже до конца не помню, что было в тот день. Шприцы в аптеке покупаю. Да, я работаю сам на себя, я программист, занимаюсь фондовой биржей. Проблемы с деньгами нет. Я всегда, даже когда употребляю наркотики я контролирую этот процесс. Тем более у меня есть постоянный партнер, я не бегаю туда сюда. Когда ты употребляешь НПАВ ты не контролируешь ничего. Я вот опять скажу, я незнаю, кто это создал, но это настоящее уничтожение человечества.

В г. Костанай в фокус-группе участие приняло 8 человек, 5 мужчин и 3 женщины.

Модератор: Как, по вашему мнению, можно снизить риски заражения ВИЧ для людей, употребляющих новые психоактивные вещества?

Евгений, 44 года: У нас есть раздаточный материал, который аутричи раздают своим клиентам, допустим. Это очень хорошо. Чтобы, допустим, аутричи также проводили какие-то беседы, что у нас есть еще дополнительно специалисты, которые могут по этому поводу объяснить, чтобы ходил, кровь сдавал, препараты пил, есть кто рядом, близкие родственники на ДКП вставали и регулярно приходили, получали терапию. Ну чтобы были в программе, чтобы не переставали пить терапию, потому что кто-то перестает пить терапию, и кто-то перестает шпицами, презервативами пользоваться. Чтобы разъяснение какое-то было.

Ирина, 45 лет: ДКП

Людмила, 40 лет: Для людей, употребляющих наркотики, было что-то типа, ну, такой, общины. Скажем, ну, вот у нас в городе, как, не в Силатевке, а там, в Петропавловке далеко, анонимно собираться.

Юля, 30 лет: Доступность к профилактике у нас есть, к лечению была доступность, снижение бюрократических барьеров для того, чтобы получить, например, услугу, если он желает, получить заместительную терапию, тот же метадон. Там капец, надо встать на учет наркологический. Не все хотят вставать на учет наркологический. Это один момент касательно метадона, заместительной терапии. Второй момент, когда человек хочет излечиться, то тоже ему надо на наркоучет встать, пройти там все эти бюрократические анализы. Иначе ты везде стоишь на учете и тебя не устраивают, тебе деваться некуда.

Игнат, 37 лет: Обращались.

Евгений, 40 лет: Все грехи от нашей зависимости, от болезни. Это очень тяжело.

Модератор: А что, по вашему мнению, может улучшить вашу жизнь в долгосрочной перспективе? И какое отношение к себе, к своей ситуации вы бы хотели изменить?

Дастан, 36лет: Пожёстче надо к себе просто, пожёстче.

Юля,30 лет: А нам жалко, жалко, себя жалко. Всегда.

Дастан, 36лет: Сами же виноваты.

Юля, 30 лет: Да, сами виноваты.

Дастан, 36лет: Я за себя говорю, я сам виноват.

Ирина, 45 лет: Каждый так скажет. Я так думаю.

Евгений Александрович, 37 лет: В начале, ну, видите, я тогда еще был в сильном употреблении, и особо я не загонялся, потому что мне было на всё

наплевать. Я думал, да и ладно, сейчас живу-живу, там, завтра может, умру, и как бы не загонялся вообще. Еще начал принимать терапию, и клетки, на эти клетки, да? Сначала клеток было мало почему-то. А, нет, сначала там было 700, потом до 200 они упали, опять же из-за наркотиков. Потом они начали расти. Я обрадовался, что 1000, 1200. Сейчас у меня там 1600 что ли. Сейчас я не употребляю, да. Сейчас я пересмотрел вообще многие моменты. У меня гепатит излечился сам. Наказание сейчас отбывал 2 года, да, и вот уже 8 месяцев я на свободе. Опять же, не употребляю. Прихожу, разговариваю, хожу на эти «анонимные наркоманы». Сейчас, когда ребята здесь были, с ними беседуем, о них много чего узнаю. Как жить с этим. Я вот опять же, сейчас здесь был такой вопрос, как жить? Как это называется, когда не употребляешь, да? Как жить? Я почему-то сейчас стараюсь так. Не то что стараюсь, у меня так выходит. Я не прячусь от наркоманов, от алкашей, у меня и было, что я пил я со всеми общаюсь, каждый раз, когда общался, они при мне колются, а я смеюсь, улыбаюсь, там, шучу, они мне говорят Женя, как, ты что, не хочешь, может тебе слить, отлить, думают, что я там пришел у них что-то попросить я говорю, мне неинтересно, пацаны, мне неинтересно просто стоять с вами я не хочу, я сейчас для себя взрослый человек стал, не знаю, может тогда был молодой слишком, не знаю под сорок лет, допустим Я огромно к этому, и кто-то да, говорит, прячься, надо круг общения, он сейчас же сказал, Женя, круг общения поменять, поменять, там, уйти в спорт, там, либо еще куда-то, да. Конечно, что-то спорт делать, там, не знаю, ну, это, в принципе, не особо, мне это нужно, спорт, да. Работа, работа, я хочу, да, вот я начал поправляться сейчас, там, просто в зоне пока сидел, не поправлялся, потому что, там, на поважняк ел свой, там, и очень нехорошо кормит, да. Я общаюсь со всеми, с ними на связи, с наркоманами, со здоровыми людьми. Есть у меня и новые знакомые, хорошие, которые вообще ни разу не против наркотиков. И опять же, и наркоманы мне просто звонят, или я им звоню, и говорю, что вы замутились, не замутились, может, бросишь? Я им тоже говорю, пойдем на ними, наркоманы, но они пока не готовы, не знаю, что старые такие наркоманы, с этими солевыми, с химией, нет, с ними я вообще не общаюсь.

В проведении фокус группы в г. Оскемен приняли 6 человек, 4 мужчин и 2 женщины.

Андрей, 47 лет: В общем, сейчас синтетические наркотические вещества (синтетика) распространены среди молодежи. Она доступна, проста, не нужно колоть, берешь через интернет. Есть также те, которые перешли от старых традиционных наркотиков на синтетику, и некоторые употребляют оба вида наркотиков. Но, если опытные потребители традиционных наркотиков уже знают способы заражения ВИЧ инфекции и так далее, то молодежь, которая употребляет, полностью выпадает, и к ним очень тяжело подобраться, сейчас даже если потребители наркотиков учатся в одной группе или в одном учебном заведении, они друг друга не знают. Инъекционный (путь передачи ВИЧ) не так сильно распространен, так как они не колятся, а больше курят, больше половой

путь, потому что после употребления у них беспорядочные половые контакты, поэтому конечно риски есть.

Ирина, 42 года: я бы сказала так, что больше риск (для заражения ВИЧ) при употреблении синтетики, даже при неинъкционном употреблении, настолько изменяется сознание, или, допустим, этот мефедрон возбуждает сексуальную активность, люди вступают в половые акты, мужчина с мужчиной, где женщины с женщинами - это более безопасно. Наиболее распространенные наркотики сейчас: соль, скорость, тропикамид и капли бутират, тоже добавляют в напитки, особенно для девушек, чтобы та возбудилась и воспользоваться ее положением.

Андрей, 47 лет: Есть, конечно, ЛСД и кокаин, но это наверное в Алматы, где-то вообще в малом количестве, в основном распространено это мефедрон, соль, скорость, мак. Ну кто уже имеет опыт инъекционного введения, им нравится приход, моментальное затемнение.

Ирина, 42 года: Это кто употреблял опиаты уже внутривенно, вот они и синтетику употребляют внутривенно.

Андрей, 47 лет: А так, если употребляешь впервые, тогда зачем колоться, если можно покурить, не травмируя себя.

Ирина, 42 года: Они себя даже не считают потебителями наркотиков из-за того, что не колятся. И не поймешь сразу, очень скрытное сотояние.

Андрей, 47 лет: Конечно риск для ВИЧ, это совместная посуда, так например, скорость употребляешь часто, каждые пол часа, на это на все у них шприцов нет, соответственно, вот допустим один укололся, ушел, потом другая села, увидела, кровь стряхнула, вымыла и тоже укололась.

Олег, 59 лет: Я еще хочу сказать, наркоманы - это такие люди, вот им предложат шприц и скажут, что этим кололся ВИЧ-зараженный, я больше чем уверен, что они все равно уколятся, что будет, то будет. Некоторые говорят, что инфекция живет в шприце не больше 5 минут и ничего уже не будет, но факт в том, что 90% точно уколятся этим шприцом, а потом уже будут думать. Кто-то, конечно, может перекипятить шприцы, вот это оставшиеся 10%. Еще можно хлорку использовать, любое средство с хлоркой или достаточно просто горячей воды, ВИЧ же умирает от этого.

Модератор: А распространены ли секс услуги за наркотики? Как считаете?

Ирина, 42 года: Есть такое, насчет мужчин не знаю конечно, как то плаваю в этом вопросе**,** но у нас в городе есть мужчины, которые выглядят как жещины и оказывают секс услуги, также они потребляют, потому что вечеринки разные бывают. Так что почему нет, и такое бывает.

Модератор: А где чаще всего достают наркотики?

Дмитрий, 37 лет: Чаще всего достают через интернет**,** поэтому они и труднодосягаемые**,** он заказал, поехал, закладку забрал и все, ему никто и не нужен. Где-то закрылись и марафон на 2-3 дня.

Ирина, 42 года: Бывает много закажут и дозами среди своих делятся, чтобы деньги вернуть и такое часто бывает.

Модератор: А как достучаться до этих групп с целью профилактических программ?

Ирина, 42 года: Это очень сложно, они очень испуганные. Ну вот, например, через веб сайты, у нас развивается веб аутрич, но так медленно, тяжело. Где-то в интернет магазинах, когда пытаешься что-то про профилактику сказать, тебя банят сразу, здесь это не надо, так что эти группы очень тяжело профилактировать. Только если случайно, где-то кого-то захватишь, только через него если и все.

Андрей, 47 лет: Да, я тоже пытался через магазины, скидывал им, но они просто посмеются и скажут - мы не наркоманы и все. Потом меня удалилили из этих групп, только в одной я остался, где админ мой знакомый.

Модератор: А есть у них настороженность к другим заболеваниям, например гепатиты?

Андрей, 47 лет: Нет, они вообще об этом не задумываются

Модератор: А если какие то школьные программы внедрять, использовать?

Андрей, 47 лет: Да, это надо со школы начинать и проводить все эти профилактические мероприятия заранее, чтобы человек был подкован и когда он подойдет к такому возрасту он уже все будет знать. А когда он уже в употреблении, что толку говорить.

Модератор: с какого возраста они начинают употреблять?

Олег, 59 лет: с раннего возраста, когда им хочеться все попробовать, и очень жалко, что часто это прям активные ребята с благополучных семей.

Модератор: Ну вот, если говорить в школах, то с какого класса говорить об этом по вашему мнению?

Андрей, 47 лет: Ну с класса 7 надо точно говорить, когда уже все понимают более менее.

Ирина, 42 года: Но с другой стороны, дети всерьез все не воспринимают же, я помню даже к нам в школу приходили**,** что-то рассказывали о сексуальном поведении, о рисках заражения ВИЧ, а мы все хихикали. Вот в 11 классе мы уже воспринимали, поэтому не знаю как-то надо подобрать время, возраст и что-то делать**.** Мы и так по этим программам очень опаздываем, вот то что мы сейчас имеем, вот слюновые тесты, шприцы и какие-то вот эти услуги, это было хорошо в 2010 году. А сейчас молодежь совсем другая, огромная разница в развитии.

Поэтому надо раньше начинать обьяснять в школах, чтобы хотя бы из 100 если 1 послушается, будет результат. И он не будет пытаться попробовать.

Андрей, 47 лет: Вот сейчас мы разговаривали по поводу обмена шприцами, раздачи раздаточного материала. Вот сейчас если человек работает месяц, раздает все, ему оплачивают 3000 тенге, ну это глупо. Ведь основное в работе аутрич работника это раздача шприцов, для снижения риска заболеваний и если сейчас это прекратить или приостановть, то будут последствия негативные, но они этого не понимают и обнулили нашу работу и платить не хотят и им теперь важно выявление. Кроме того, нам нужно приезжать с другого конца города за 5 шприцами, ну можно же дать пол коробки допустим на несколько дней.

Олег, 59 лет: Вот мне, например, 59 лет, и я не заболел ВИЧ, я бы никогда не использовал открытый шприц**.** Когда начали раздавать шприцы я стал приезжать сюда обязательно и использовать новые шприцы и я ведь не заболел. Раздача шприцов это очень важно.

Модератор: А еще какие проблемы существуют в профилатической работе по ВИЧ?

Олег, 59 лет: Например презервативы и салфетки стали в ограниченном количестве.

Ирина, 42 года: к новым контактам очень тяжелый доступ в связи с изменением наркосцены**,** доступ к этим группам усложнился. Тем более, после Ковида все стало онлайн. Поэтому среди молодежи надо проводить профилактику побольше.

Олег, 59 лет: Молодежи боится, они скрытные и у них нет потребности обращаться, им никто не нужен, все через интернет.

Ирина, 42 года: И мы сейчас узнали, что нет анонимности, вот человек может прийти и протестироваться на ВИЧ только, если есть удостоверение. Раньше можно было без удостоверения и анонимно.

Олег, 59 лет: Тем более сейчас изменения ввели в законодательстве с марта 2025 года и если узнают, что ты дома употребляешь, тебя заберут на 15 суток, поэтому сейчас еще хуже станет доступ к потребителям и они будут еще больше скрываться. А если повторно, то даже уголовная ответственность есть, поэтому никто не будет свои ИИН лишний раз давать. И поэтому меньше будут тестироваться, там же тоже ИИН нужен. Тут и так не знаешь, как повлиять на ситуацию, а еще больше ужесточили законы.

Модератор: А еще, на ваш взгляд, какие реальные шаги делать для разрешения данной ситуации? Ваши конкретные предложения?

Ирина, 42 года: Ну допустим, доконтакную профилактику можно вводить в каждой медицинской организации, для людей которые даже не в группе риска.

Олег, 59 лет: А я считаю что ДКП не нужна в таких объемах, она нужна только МСМ и дискордантным парам**,** и количество людей, которое в такой профилактикете нуждается небольшое. И то, что сейчас закупают в таких количествах **-** это лабирование фармацевтических компаний. И даже алкоголикам и другим ДКП делают для количества и для галочки, чтобы получить заработную плату и бюджетные средства тратятся впустую. Вы поймите, когда человеку объясняешь, что у него риски заражения он будет принимать осознанно и анализы сдавать, а вот так кому попало принимать ДКП нет смысла.

Наталья, 46 лет: Я вот хотела сказать, что раньше таблетки давали, вот эти дополнительные, гемопротекторы, противогрибковые и так далее. А вот год или полтора все перестали давать.

Модератор: Чтобы вы хотели еще добавить, давайте вернемся к рискам для распространения ВИЧ инфекции для молодежи. Сегодня вы много гооврите о половом путе передачи ВИЧ, хотя до этого фокус группы как то исключали этот путь передачи. а вы вот считатет. что синтетика и половой путь передачи ВИЧ инфекции сильно взаимосвязаны. А конкретные наркотики можете назвать которые увеличивают половое влечение?

Андрей, 47 лет: Скорость**,** меф.

Олег, 59 лет: если говорить о мужчинах, то в начале происходит увеличение полового влечения, но при длительном применении наоборо, потом все идет на спад и ничего не хочется уже. Все зависит от времени приема, вот смотрите, если это марафон, они не спят 10 суток, потом, естественно, они высыпаются неделю и им ничего не надо. А некоторые примут один вечерок и потом до следующей зарплаты ходят спокойно. Приниают 1-2 раза в месяц. Это в основном активные, хорошие, благополучные люди и никогда не скажешь, что они употребляют что-то. Я много таких знаю людей. Тем более этих наркотиков как грязи стало, как будто специально подкидывают. Среди молодежи, если кто побогаче, их специально подсаживают. Метадон и героин стоят бешеные деньги, а вот скорость она более дешевле стоит и доступнее. Когда-то давно у нас в городе пропал героин и появилась скорость, никого не подсаживали специально, но она быстренько всех затянула в это болото. Еще один момент - это доступность синтетики, я мог в каждом районе приобрести, я знал точные места и с доступом вообще проблем не было. Даже бывало, что в одном доме 2-3 человека торгуют, а бывает в одном подьезде 2 торгуют.

В проведении фокус группы в г. Петропавловск приняли 6 человек, 4 мужчин и 2 женщины.

Зарина, 42 года: По моему мнению, психоактивные вевщества действуют так, что ты себе внушишь перед употреблением, то и будешь чувствовать пока

будет действие вещества. Чего тебе в жизни не хватает, когда ты не употребляешь, то и будет проявлятся после того как употребишь. У меня стаж 4 года. Все зависит от ваших мыслей и внушения, кто с ножом начинает бегать, кто-то прячется от всех, у кого сексуальное влечение увеличивается. Выходит все что было внутри у человека.

Жауслан, 49 лет: В основном НПАВ употребляет молодежь, просто кайф там разный, более старшие привыкли к опиодным, например, они расслабляют. А психоактивные вещества, наоборот, под напряжением постоянно держат. У молодежи ведь запретный плод сладок, поэтому им очень интересно новое, тем более в клубах их провоцируют, бесплатно предлагают. И мы заметили, что как только химия пошла, смертность увеличилась. Психотропные по другому называют «семимесячные», то есть примаешь 7 месяцев и умираешь.

Максим, 44 года: от опиодных начинаешь болеть как только заканчивается действие, после синтетики такого нет.

Евсений, 44: От опиодов ты болеешь постоянно, а от синтетики такого нет. Кушаешь, спишь как обычно.

Азат, 43 года: Мы полностью информированы о ВИЧ. Используем каждый свой шприц, я постоянно это применяю. У нас всегда есть новые шприцы, презервативы, если заканчиваются мы можем прийти в центр и получить без проблем. Мы можем прокипятить шприцы или спиртом обработать, если вдруг непредвиденная ситауция.

Анастасия, 35 лет: конечно есть некоторые тихушники (кто не говорит о своем ВИЧ статусе), но потом получают и все понимают.

6. Анализ результатов проведения экспертной оценки со специалистами центров по профилактике и борьбе со СПИД и представителями НПО

В рамках проекта ИРН AP23490363 «Научное обоснование совершенствования профилактики распространения ВИЧ инфекции среди потребителей новых психоактивных веществ в Казахстане в современных условиях» (при поддержке Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан) в целях экспертной оценки качества реализуемых профилактических программ в Казахстане, а также прогнозов и рисков для распространения ВИЧ было проведено интервьюирование специалистов Центров по профилактике и борьбе со СПИД РК и представителей НПО, работающих в области противодействия ВИЧ/СПИДа.

В результате проведения экспертной оценки разработан SWOT-анализ (S (Strengths) - сильные стороны, преимущества, W (Weaknesses) - слабые стороны, внутренние недостатки, O (Opportunities) - возможности, внешние факторы, которые можно использовать для роста и улучшения позиций, T (Threats) - угрозы, внешние риски).

Сильные стороны профилактических программ:

1. Комплексный подход к противодействию ВИЧ. Профилактика ВИЧ включает сразу несколько направлений - обучение, медицинскую помощь и социальную поддержку. Это помогает охватить все стороны проблемы – от информирования до доступа к лечению.

2. Фокус на уязвимые группы. Особое внимание уделяется людям, которые особенно подвержены риску: ПИН (люди, употребляющие инъекционные наркотики), секс-работники, МСМ, заключённые. Работа с этими группами помогает сдерживать распространение вируса.

3.Доступное тестирование. Бесплатные и анонимные тесты, в том числе через мобильные пункты, позволяют вовремя выявить ВИЧ и начать лечение, что снижает риск передачи другим.

4. Раздача средств защиты: презервативы и стерильные шприцы распространяются бесплатно. Это простой и эффективный способ снизить риск заражения.

5. Информационные кампании: образовательные программы помогают людям узнать, как передаётся ВИЧ и как себя защитить. Они также борются со стигмой и мифами вокруг ВИЧ.

6. Психологическая поддержка: людям, живущим с ВИЧ, важна не только медицинская, но и эмоциональная помощь. Программы помогают справляться с дискриминацией, стрессом и депрессией.

7. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребёнку: беременным женщинам с ВИЧ предлагают антиретровирусную терапию. Это позволяет почти полностью исключить передачу вируса ребёнку.

8. Снижение вреда: программы обмена шприцев, а также консультации по безопасному употреблению наркотиков помогают предотвратить заражение ВИЧ и улучшить здоровье участников.

9. Роль НПО: некоммерческие организации – ключевые партнёры в работе с уязвимыми группами. Они информируют, консультируют, обеспечивают доступ к тестированию, борются с дискриминацией и предоставляют юридическую поддержку.

10. Инновации: современные методы профилактики, такие как PrEP и PEP (до- и постконтактная терапия), позволяют эффективно защищать людей с высоким риском заражения.

11. Сотрудничество с другими секторами: эффективные программы реализуются совместно - государство, медучреждения, школы, НПО и правозащитники объединяют усилия для лучшего результата.

12. Эпидемия ВИЧ в стране в основном концентрированная.

Слабые стороны в реализации профилактических программ:

1. Социальные барьеры: стигматизация и дискриминация – уязвимые группы (ПИН, МСМ, секс-работники) часто сталкиваются с предвзятым отношением, что мешает им обращаться за помощью. Недоверие к системе, особенно среди тех, кто уже имел негативный опыт взаимодействия с медучреждениями или правоохранительными органами.

2. Правовые и политические барьеры: криминализация поведения, например, потребление наркотиков или секс-работа преследуются по закону, что отталкивает целевые группы от профилактических программ. Низкий приоритет профилактики на уровне госстратегий – лечение и диагностика чаще в приоритете, а профилактика финансируется по остаточному принципу.

3. Организационные барьеры: недостаточная координация между секторами – здравоохранение, образование, соцслужбы и правоохранительная система часто действуют разрозненно. Отсутствие устойчивого финансирования – зависимость от донорских средств делает программы уязвимыми при завершении грантов. Недостаток обученных специалистов, особенно в регионах и сельской местности.

4. Коммуникационные и информационные барьеры: низкий уровень информированности – многие до сих пор не понимают, как передаётся ВИЧ и как от него защититься. Недоступность информации на понятном языке, особенно для молодежи, мигрантов, людей с низким уровнем образования.

Слабое продвижение современных методов профилактики, таких как ДКП, ПКП, самотестирование.

5. Культурные и поведенческие барьеры: табу на тему секса и наркотиков мешают открыто обсуждать и решать вопросы профилактики. Отказ от изменения поведения, например, нежелание использовать презервативы, несмотря на знание рисков.

Возможности в реализации профилактических программ

1. Расширение использования моделей доставки услуг, ориентированных на пациента.

Например, CAG-группы (Community ART Groups – это сообщества пациентов, принимающих антиретровирусную терапию, которые объединяются для взаимной поддержки и облегчения доступа к лечению ВИЧ, особенно в сложных или удалённых условиях), дистанционное консультирование, доставка лекарств группой, мульти-месячные запасы, выездные клиники.

2. Интеграция с другими программами (репродуктивное здоровье, материнство,

туберкулез)

3. Увлечение финансирования и диверсификация источников. Привлечение доноров,

грантов, но также и укрепление государственного финансирования и участие частного сектора.

4. Повышение информированности и борьба со стигмой. Образовательные кампании,

вовлечение лидеров сообществ, поддержка пациентов, публичные проекты, снижение дискриминации.

5. Использование новых технологий и цифровых решений. Телемедицина, мобильные

приложения для напоминаний, SMS-сообщения, цифровые карты близлежащих служб.

6. Усиление мониторинга и оценки. Повышение качества данных, исследовательская

деятельность, анализ потерь на разных этапах, оценка эффективности программ, адаптация стратегий на основе данных.

7. Международная поддержка и финансирование.

Гранты Глобального фонда, международные партнерства, проекты ЮНЭЙДС, ПРООН, поддержка иностранных организаций.

8. Законодательные меры, защита прав, обеспечение конфиденциальности, безопасной среде оказания услуг.

Угрозы и риски в реализации профилактических программ

1. Стигматизация и страх осуждения, особенно в ключевых группах и среди уязвимых слоёв населения.

2. Недостаточная осведомлённость, низкий уровень знаний о современных методах профилактики.

3. Юридические и правовые барьеры. Криминализация употребления наркотиков делает ЛУИН уязвимыми к преследованию. Аутрич-работники и НПО сталкиваются с трудностями при реализации программ на местах (например, рейды полиции, конфискация шприцев).

4. Ограничения в ресурсах, особенно человеческих и логистических, потери в цепочке от выявления до лечения и поддержания терапии.

5. Рост доли случаев передачи ВИЧ половым путём, особенно среди женщин, не относящихся к ключевым группам. Это говорит о распространении эпидемии за пределы традиционно уязвимых групп, что требует адаптации профилактики и для широкой популяции, особенно в плане информирования, тестирования и работы с партнерами.

6. Недостаточное финансирование. Профилактические программы часто зависят от международных грантов. Государственное финансирование профилактики среди ЛУИН ограничено. Программы работают с перебоями, ограничено количество точек доступа и специалистов.

7. Ограниченный охват программой заместительной терапии (ЗПТ). ЗПТ охватывает крайне малую долю нуждающихся (менее 2% в Казахстане при международной норме в 20%). Программа ограничена по географии и количеству мест.

8. Низкая информированность и мотивация среди самих ЛУИН. У многих нет достоверной информации о рисках ВИЧ и способах защиты. Мотивация к тестированию и лечению снижена на фоне зависимости, маргинализации и депрессии. Последствия: недостаточное вовлечение в профилактику и низкая приверженность лечению.

6. Слабая межсекторальная координация. Недостаточная слаженность действий между Минздравом, МВД, соцслужбами и НПО. Отсутствие единых механизмов маршрутизации и сопровождения ЛУИН. Последствия: разрозненная помощь, отсутствие комплексного подхода.

Поведенческие факторы риска для заражения ВИЧ:

Инъекционное поведение:

1. Совместное использование шприцев, игл, включая емкости для приготовления наркотиков, воды.
2. Недостаточная гигиена при инъекциях (использование в нестерильных условиях или повторное применение инструментов).
3. Высокая частота инъекций, что увеличивает риск контакта с заражённой кровью.
4. Недостаточный уровень знаний о путях передачи ВИЧ и мерах снижения вреда.
5. Ограничение доступа к программам обмена шприцев и аутрич-работникам.

Половое поведение:

1. Незащищённые половые контакты (особенно с разными или случайными партнёрами).
2. Сексуальные контакты под воздействием наркотиков, что снижает контроль за поведением и вероятностью использования презерватива.
3. Коммерческий секс для получения наркотиков или денег.
4. Низкий уровень обращения за консультациями и тестированием на ИППП и ВИЧ.
5. Недостаточное использование презервативов, в том числе из-за отсутствия доступа или низкой мотивации.
6. Отказ от тестирования на ВИЧ и ИППП: неосведомлённость о своём статусе усиливает

риски как для самого человека, так и для партнёров.

7. Невовлечённость в медицинское наблюдение и лечение: люди, знающие о ВИЧ

положительном статусе, но не получающие АРТ, имеют высокую вирусную нагрузку и больше передают вирус.

8. Сексуальные контакты под воздействием алкоголя или психоактивных веществ: снижается

контроль над поведением, повышается вероятность незащищённого секса.

9. Сексуальные контакты без знания статуса партнёра: отсутствие диалога и доверия в паре

– частая причина рискованного поведения.

10. Отсутствие доступа или отказ от ДКП (доконтактной профилактики): особенно среди тех,

кто знает о своём высоком риске (например, МСМ, постоянные партнёры ЛЖВ).

11. Комбинация инъекционного и рискованного полового поведения значительно увеличивает вероятность заражения ВИЧ. Это требует комплексного подхода в профилактике, включающего программы снижения вреда, сексуального просвещения и доступ к медицинским и социальным услугам.

Заключение

Таким образом, анализ научной литературы, доказывает актуальность влияния НПАВ на распространенность ВИЧ-инфекции, необходимость проведения совершенствования профилактики и обуславливает необходимость проведения научных исследований, распространенности НПАВ, распространённость ВИЧ инфекции среди потребителей НПАВ, оценки влияния НПАВ на ВИЧ инфекцию для принятия научно обоснованных управленческих решений в области профилактики ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан.

Для оценки эпидемиологической ситуации, был проведен анализ распространенности ВИЧ среди потребителей наркотических веществ, который показал, что показатель уровни распространенности ВИЧ инфекции выше среди данной категории населения по сравнению с общим населением; с помощью социологического исследования были определены уровни информированности, отношение и поведение ключевых групп населения; анализ фокус-групп позволил определить основные проблемы ключевой группы населения и разработать предложения по улучшению профилактики; результаты экспертных оценок обосновали необходимость, актуальность и обоснованность совершенствования профилактических мер для потребителей НПАВ.

Предлагаемые действия для повышения эффективности программ по профилактике ВИЧ:

1. **Увеличение охвата и доверия среди ключевых групп населения:**
   a. Повышение доступности и анонимности тестирования и лечения.
   b. Проведение образовательных и информационных кампаний для преодоления стигмы и дискриминации.
   c. Продвигать массовые медиакампании по безопасному поведению и профилактике ВИЧ
   d. Расширить использование ДКП (доконтактной профилактики), особенно в городах с высоким уровнем инфицирования.\
2. **Улучшение аналитики и учета пересекающихся рисков:**
   a. Разработка более детализированных систем аналитики, которые учитывают особенности ключевых групп и пересечения рисков.
   b. Внедрение системы мониторинга, учитывающей пересечение групп риска, для более точной оценки эпидемиологической ситуации.
3. **Налаживание межсекторального сотрудничества:**
   a. Создание рабочих групп для координации усилий между различными секторами (здравоохранение, право, социальная сфера, образование).
   b. Разработка совместных стратегий, которые объединяют усилия всех заинтересованных сторон.

c. Проводить поведенческие и эпидемиологические исследования для корректировки стратегий.

d. Привлекать международные организации не только как доноров, но как экспертов и партнёров по обучению и инновациям.

e. Для эффективной реализации стратегии важно перейти от формальных планов к реальным изменениям на уровне сообществ и учреждений.

4. **Повышение финансирования и ресурсов:**

a. Привлечение дополнительных источников финансирования, включая международные гранты и частные инвестиции.

b. Оптимизация использования существующих ресурсов через эффективную координацию усилий и мероприятий.\

c. Утверждение штата аутрич-работников при центре СПИД

d. Утверждение тарифа на оказание услуг профилактики ВИЧ для ЛУИН

e. Утверждение бюджетной программы и проведение конкурса ГСЗ на 3 года

f. Расширение ОЗТ

5. **Продолжение работы с НПО и гражданским обществом:**

a. Увеличить финансирование и устойчивость программ НПО, работающих с ЛУИН, МСМ, секс-работниками.

b. Расширение партнерств с НПО для работы с маргинализированными и уязвимыми группами.

c. Упростить юридические барьеры для работы аутрич-сотрудников (например, уменьшить давление со стороны правоохранительных органов)

d. Институционализировать поддержку НПО как партнёров системы здравоохранения.

e. Интегрировать профилактику ВИЧ в программы социального и молодежного развития

6. **Образование и поддержка:**

a. Проведение образовательных мероприятий среди молодежи и уязвимых групп.

b. Развитие программ психологической поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и их семей.

7. Снижение стигмы и дискриминации:

a. Организовать обучающие тренинги для медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов и социальных служб.

b. Запустить информационные кампании для населения о целях и пользе профилактических программ.

Научная новизна результатов исследования:

Впервые проведено эпидемиологическое исследование с целью изучения распространенности ВИЧ инфекции среди потребителей НПАВ, выявлены основные факторы риска заражения ВИЧ, разработаны научно-обоснованные подходы совершенствования и профилактики ВИЧ для ключевой группы населения.

Список использованных источников

1. Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, et al. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(12):1385-1398. doi:10.1016/S1473-3099(16)30325-5
2. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192-e1207. doi:10.1016/S2214-109X(17)30375-3
3. Pachuau LN, Tannous C, Dhami MV, Agho KE. HIV among people who inject drugs in India: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1529. Published 2022 Aug 10. doi:10.1186/s12889-022-13922-2
4. Artenie A, Stone J, Fraser H, et al. Incidence of HIV and hepatitis C virus among people who inject drugs, and associations with age and sex or gender: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(6):533-552. doi:10.1016/S2468-1253(23)00018-3
5. Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2023;11(5):e659-e672. doi:10.1016/S2214-109X(23)00057-8
6. Report of the International Narcotics Control Board for 2019 (E/INCB/2019/1). Vienna: UN, 2020. - 172 p. URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Russian_ebook_AR2019.pdf.
7. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention Nora D. Volkow, Carlos Blanco First published: 09 May 2023 https://doi.org/10.1002/wps.21073
8. Всемирный доклад УНП ООН о наркотиках за 2022 год: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
9. Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками – текущая ситуация в Европе (Европейский доклад о наркотиках 2024 г) https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
10. Ергабылов М. Б. Новые виды психоактивных веществ. Синтетические наркотики // Вестник КазНМУ. 2018. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/novye-vidy-psihoaktivnyh-veschestv-sinteticheskie-narkotiki
11. Захряпин Р. И., Красникова А. М. Понятие и виды наркотических и психотропных веществ // Вестник науки. 2023. №7 (64). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-i-vidy-narkoticheskih-i-psihotropnyh-veschestv

12. Консультативный портал раннего предупреждения о новых психоактивных веществах Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2015 год https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_leaflet_2016_Russian.pdf
13. А.В. Масякин, В.Ю. Скрябин, Е.Ю. Харитоненкова и др. Зависимость от новых психоактивных веществ: учеб.пособие. Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации. – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2023. – 64 с. – Библиогр.: с. 62. ISBN 978-5-6046704-8-4
14. Всемирный доклад УНП ООН о наркотиках за 2022 год: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
15. Synthetic stimulants – the current situation in Europe (European Drug Report 2024) https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/synthetic-stimulants_en
16. Statistical Bulletin 2024 — prevalence of drug use https://www.euda.europa.eu/data/stats2024/gps_en#displayTable:GPS-43
17. Meyer M.R., Maurer H.H. Metabolism of designer drugs of abuse: an updated review. // Current drug metabolism. 2010. Vol. 11. N5. P. 468–482.
18. Regunath H., Ariyamuthu V.K., Dalal P., Misra M. Bath salt intoxication causing acute kidney injury requiring hemodialysis // Hemodialysis international. 2012. Vol. 16. NS1. P. S47–S49
19. Marusich J.A., Antonazzo K.R., Wiley J.L. et al. Pharmacology of novel synthetic stimulants structurally related to the “bath salts” constituent 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV) // Neuropharmacology. 2014. Vol. 87. P. 206–213
20. Regunath H., Ariyamuthu V.K., Dalal P., Misra M. Bath salt intoxication causing acute kidney injury requiring hemodialysis // Hemodialysis international. 2012. Vol. 16. NS1. P. S47–S49
21. Асадуллин А.Р., Ахметова Е.А., Асадуллина Г.М., Шарипов А.Р., Тимербулатова М.Ф. Самоубийства и синтетические катиноны. Клинико-генетический анализ // Тюменский медицинский журнал. 2017. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidy-isinteticheskie-katinony-kliniko-geneticheskiy-analiz
22. Текущая ситуация со сбором данных и системой раннего предупреждения по наркотикам в Казахстане. CADAP-7. 2023. https://www.eu-cadap.org/wp-content/uploads/2024/04/Kazakhstan-REPORT-RU.pdf
23. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 508 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2023 – 2025 годы»
24. Алтынбекова Г.И., Прилуцкая М.В., Садвакасова Г.А. Анализ ситуации потребления новых психоактивных веществ в Республике Казахстан //

Наука и Здравоохранение. 2022. 5 (Т.24). С. 220-225. doi 10.34689/SH.2022.24.5.027
25. О.В. Лаврентьев, Национальная школа исследований проблем алкогольной и наркотической зависимости в Республике Казахстан (Павлодар: РНПЦ МСПД, 2007)
26. Overview of the drug situation in Kazakhstan (2014) https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/kazakhstan-2014_en#gps
27. Э.Б. Байкенов. Отчет о результатах исследования рисков попадания в зависимость от химических и нехимических веществ среди детей и молодежи Республики Казахстан (2013 г.) https://oppl.ru/up/files/vmme/2014/vmme-2-2014.pdf
28. World Drug Report 2019. United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8. – URL:https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf.
29. Peacock A., Bruno R., Gisev N., Degenhardt L., Hall W., Sedefov R., White J., Thomas K.V., Farrell M., Griffiths P. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses // Lancet. – 2019. – Vol. 394. – N10209. – P. 1668–1684. – doi: 10.1016/S0140-6736(19)32231-7
30. Dybdal-Hargreaves NF, Holder ND, Ottoson PE, Sweeney MD, Williams T. Mephedrone: Public health risk, mechanisms of action, and behavioral effects. Eur J Pharmacol. 2013 Aug 15;714(1-3):32-40. doi: 10.1016/j.ejphar.2013.05.024. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23764466.
31. Hohmann N, Mikus G, Czock D. Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals. Dtsch Arztebl Int. 2014 Feb 28;111(9):139-47. doi: 10.3238/arztebl.2014.0139. PMID: 24661585; PMCID: PMC3965957
32. Mas-Morey P, Visser MH, Winkelmolen L, Touw DJ. Clinical toxicology and management of intoxications with synthetic cathinones ("bath salts"). J Pharm Pract. 2013 Aug;26(4):353-7. doi: 10.1177/0897190012465949. Epub 2012 Nov 25. PMID: 23178412
33. Winstock A, Mitcheson L, Ramsey J, Davies S, Puchnarewicz M, Marsden J. Mephedrone: use, subjective effects and health risks. Addiction. 2011 Nov;106(11):1991-6. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03502. x. Epub 2011 Jul 27. PMID: 21592252.].
34. Yamamoto T, Kawsar A, Ramsey J, Dargan PI, Wood DM. Monitoring trends in recreational drug use from the analysis of the contents of amnesty bins in gay dance clubs. QJM. 2013 Dec;106(12):1111-7. doi: 10.1093/qjmed/hct183. Epub 2013 Sep 17. PMID: 24049052
35. Csák R, Demetrovics Z, Rácz J. Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. J Psychopharmacol. 2013 Jun;27(6):559-63. doi: 10.1177/0269881113480987. Epub 2013 Mar 4. PMID: 23459086

36. Скочилов Р. В., Асерова Э. Р., Лахов А. Т. и др. Поведенческие риски передачи ВИЧ-инфекции у потребителей синтетических катинонов (по результатам полевого исследования) / // Вопросы наркологии. – 2020. – № 11(194). – С. 30-48. – DOI 10.47877/0234-0623_2020_11_30. – EDN OHOUOO
37. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» (обзор) // Интерактивная наука. – 2017. – №11.– С. 36–39. – doi: 10.21661/r-116151
38. Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. Synthetic cathinones: a new public health problem // J. Curr Neuropharmacol. – 2015. – Vol. 13. – N1. – P. 12–20. – doi: 10.2174/1570159X13666141210224137
39. Stanciu C., Penders T., Gnanasegaram S., Pirapakaran E., Padda J., Padda J. The behavioral profile of methylenedioxypyrovalerone (MDPV) and α–pyrrolidinopentiophenone (PVP) – A Systematic Review // Curr Drug Abuse Rev. – 2017. – Vol. 10. – N999. – P. 1. – doi: 10.2174/1874473710666170321122226
40. Winstock A.R., Mitcheson L.R., Deluca P., Davey Z., Corazza O., Schifano F. Mephedrone, new kid for the chop? // Addiction. – 2011. – Vol. 106. – N1. – P. 154–161. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03130.x.
41. Kennedy R, Bouck Z, Werb D, et al. A cross-sectional assessment of injection of "salts" and HIV transmission-related behaviours among a cohort of people who inject drugs in Kyrgyzstan. J Int AIDS Soc. 2024;27(7):e26247. doi:10.1002/jia2.26247
42. Nevendorff L, Schroeder SE, Pedrana A, Bourne A, Stoové M. Prevalence of sexualized drug use and risk of HIV among sexually active MSM in East and South Asian countries: systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2023 Jan;26(1):e26054. doi: 10.1002/jia2.26054. PMID: 36600479; PMCID: PMC9813405.
43. Donnadieu-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature?. Front Neurosci. 2020;14:548704. Published 2020 Nov 27. doi:10.3389/fnins.2020.548704
44. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. Int J Drug Policy. 2019;63:74-89. doi:10.1016/j.drugpo.2018.11.014
45. Edlin BR, Irwin KL, Ludwig DD, et al. High-risk sex behavior among young street-recruited crack cocaine smokers in three American cities: an interim report. The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. J Psychoactive Drugs. 1992;24(4):363-371. doi:10.1080/02791072.1992.10471660
46. Reddon H, Marshall BDL, Milloy MJ. Elimination of HIV transmission through novel and established prevention strategies among people who inject drugs. Lancet HIV. 2019;6(2):e128-e136. doi:10.1016/S2352-3018(18)30292-3

47. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol 2014; 43: 235–48. [DOI] [PubMed] [Google Scholar
48. Bernard CL, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD, Brandeau ML. Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis. PLoS Med 2017; 14: e1002312. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar
49. Sherman SG, Patel SA, Ramachandran DV, et al. Consequences of a restrictive syringe exchange policy on utilisation patterns of a syringe exchange program in Baltimore, Maryland: implications for HIV risk. Drug Alcohol Rev 2015; 34: 637–44. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar
50. Strike C, Miskovic M. Scoping out the literature on mobile needle and syringe programs-review of service delivery and client characteristics, operation, utilization, referrals, and impact. Harm Reduct J 2018; 15: 6. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar
51. WHO, UNODC, UNAIDS. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. https://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
52. Degenhardt L, Mathers BM, Wirtz AL, et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010–2012? A review of the six highest burden countries. Int J Drug Policy 2014; 25: 53–60. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
53. Strathdee SA, Beyrer C. Threading the needle—how to stop the HIV outbreak in rural Indiana. N Engl J Med 2015; 373: 397–99. [DOI] [PubMed] [Google Scholar
54. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet 2013; 381: 2083–90. [DOI] [PubMed] [Google Scholar
55. Martin M, Vanichseni S, Suntharasamai P, et al. The impact of adherence to preexposure prophylaxis on the risk of HIV infection among people who inject drugs. AIDS 2015; 29: 819–24. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
56. US Public Health Service. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States–2017 update: a clinical practice guideline. 2018. https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2017.pdf
57. Neumann PJ, Cohen JT, Weinstein MC. Updating cost-effectiveness—the curious resilience of the $50 000-per-QALY threshold. N Engl J Med 2014; 371: 796–97. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
58. Bernard CL, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD, Brandeau ML. Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis. PLoS Med 2017; 14: e1002312. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

59. Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, et al. Providing ART to HIV seropositive persons who use drugs: progress in New York City, prospects for "ending the epidemic". AIDS Behav 2016; 20: 353–62. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
60. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med 2011; 365: 493–505. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
61. National Institutes of Health. Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals. 2015. https://www.nih.gov/news-events/news-releases/starting-antiretroviral-treatment-early-improves-outcomes-hiv-infected-individuals
62. Bernard CL, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD, Brandeau ML. Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis. PLoS Med 2017; 14: e1002312. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
63. Larney S, Peacock A, Leung J, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. Lancet Glob Health 2017; 5: e1208–20. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar
64. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. Lancet HIV 2017; 4: e357–74. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
65. Stoltz JA, Wood E, Small W, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. J Public Health (Oxf) 2007; 29: 35–39. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
66. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. Lancet 2011; 377: 1429–37. [DOI] [PubMed] [Google Scholar
67. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. Int J Drug Policy 2010; 21: 70–76. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
68. Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. Lancet 2005; 366: 316–18. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
69. Enns EA, Zaric GS, Strike CJ, Jairam JA, Kolla G, Bayoumi AM. Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. Addiction 2016; 111: 475–89. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
70. Kerr T, Mitra S, Kennedy MC, McNeil R. Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. Harm Reduct J 2017; 14: 28. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
71. Uuskula A, Des Jarlais DC, Raag M, Pinkerton SD, Feelemyer J. Combined prevention for persons who inject drugs in the HIV epidemic in a transitional

country: the case of Tallinn, Estonia. AIDS Care 2015; 27: 105–11. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
72. Goswami P, Medhi GK, Armstrong G, et al. An assessment of an HIV prevention intervention among people who inject drugs in the states of Manipur and Nagaland, India. Int J Drug Policy 2014; 25: 853–64. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
73. Sypsa V, Psichogiou M, Paraskevis D, et al. Rapid decline in HIV incidence among persons who inject drugs during a fast-track combination prevention program after an HIV outbreak in Athens. J Infect Dis 2017; 215: 1496–505. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
74. Bernard CL, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD, Brandeau ML. Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis. PLoS Med 2017; 14: e1002312. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Информация об авторах и рецензентах

Организация разработчик: РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Информация об авторах:

№	ФИО	Ученая/ академическая степень	Должность, место работы	Электронный адрес	Контактный телефон
1	Турдалиева Б.С.	д.м.н., профессор	заместитель директора по научной деятельности и стратегическому развитию РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан	turdaliyeva@kncdiz.kz	+77471264725
2	Байсугурова В.Ю.	PhD, ассоциированный профессор	ассоциированный профессор кафедры «Биостатистика и основы научного исследования» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»	baysugurova.v@kaznmu.kz	+77017425714

3	Рамазанова М.А.	магистр	лектор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», PhD докторант по образовательной программе «Общественное здравоохранение» Казахстанского Медицинского Университета «ВШОЗ»	m_ramazanova00 @mail.ru	+77078228590
4	Аимбетова Г.Е.	к.м.н, ассоциированный профессор	профессор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»	agulshara @yandex.ru	+77013561128
5	Нурбакыт А.Н.	к.м.н, профессор	профессор кафедры «Общественное здравоохранение» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»	a.nurbakyt@kaznmu.kz	+77773938557

6	Юсупова Н.С.	магистр	менеджер по международному сотрудничеству РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан	ns.yussupova@kncdiz.kz	+77021446710
7	Минина А.П.	магистр	менеджер по международному сотрудничеству РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан	anastasiya777-89@mail.ru	+77783903484
8	Мартыкенова Д.С.	магистр	лектор кафедры «Биостатистика и основы научного исследования» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»	dana1989kz@mail.ru	+77071393979

Информация о рецензентах

№	ФИО	Уч./ акад. ическая степень	Должность, место работы	Электронный адрес	Контактный телефон
1	Изекенова А.К.	PhD	ассоциированный профессор с ученым званием кафедры «Эпидемиологии с курсом ВИЧ инфекции и инфекционного контроля» НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»	izekenova.a@kaznmu.kz	+77012995159
2	Ахметова Г.М.	к.м.н.	заведующая отделом эпидемиологического мониторинга, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.	zav.epid@kncdiz.kz	+7701316555 3