



**УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ДРУГИХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РИСКОВАННОЕ
ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ
НАРКОТИКОВ В ЛАТВИИ, ЛИТВЕ
И ЭСТОНИИ В 2007 ГОДУ**

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ



Expanding Network for Coordinated
and Comprehensive Actions
on HIV/AIDS Prevention among
IDUs and Bridging Population



**УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ДРУГИХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РИСКОВАННОЕ
ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ
НАРКОТИКОВ В ЛАТВИИ, ЛИТВЕ
И ЭСТОНИИ В 2007 ГОДУ**

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Данное исследование финансировалось из средств проекта Европейской комиссии «Expanding Network for Comprehensive and Coordinated Action on HIV/AIDS prevention among IDUs and Bridging Population» Nr 2005305 (ENCAP) («Расширение сети для координированных и комплексных действий по предотвращению ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков и потенциальных переносчиков»).

Мнения, представленные в отчёте, отражают личную позицию авторов, которая может не совпадать с официальной позицией Executive Agency for Health and Consumers (ЕАНС). Ни ЕАНС, ни какой-либо представитель ЕАНС не несёт ответственность за использование результатов данного исследования.

В Таллинне исследование финансировалось также Институтом Развития Здоровья из средств:

- Глобального фонда борьбы с ВИЧ, туберкулёзом и малярией «Расширение Государственной стратегии по профилактике ВИЧ в Эстонии» на 2003–2007гг;
- Государственной стратегии по профилактике ВИЧ/СПИДа на 2006–2015гг;
- Государственной программы против туберкулёза на 2003–2007гг.

Тартуским университетом из средств:

- US CRDF грант ESX0-2722-TA-06;
- NIH/NIDA (США) грант R01 DA003574-22S1

В Риге, Латвия, исследование также финансировалось:

- Государственным Агентством Общественного Здоровья
- Центром инфекционных заболеваний Латвии
- Государственным Агентством по борьбе с туберкулёзом и лёгочными заболеваниями

ISBN 978-9985-9898-9-0 (печатное издание)

ISBN 978-9985-9977-0-3 (CD-ROM)

Отпечатано в Escoprint

CD-ROM произведён Baltic Disc AS



АББРЕВИАТУРЫ

DOTS	краткосрочный курс противотуберкулёзной терапии под прямым наблюдением (англ. directly observed treatment short course)
HBV	гепатит В
HCV	гепатит С
WHO	англ. World Health Organization
XDR TB	суперустойчивый туберкулёз (англ. extensively drug resistant tuberculosis)
АРВ	антиретровирусный
ВАРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ИППП	инфекции, передающиеся половым путём
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
НД	нет данных
ПИН	потребитель(-ли) инъекционных наркотиков
ПОШ	пункт обмена шприцев, программа обмена игл/шприцев
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулёз
ТБ-МЛУ	туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (англ. multi drug resistant tuberculosis MDR-TB – мультирезистентный туберкулёз)
ЦНП	центр низкого порога

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность за сотрудничество исследовательским группам и всем участникам.

Исследовательская группа Латвии выражает признательность:

- Муниципалитетам и Программам профилактики ВИЧ Екабпилса, Елгавы, Кулдиги, Лиепая, Олайне, Департаменту социального обеспечения Муниципалитета Риги и неправительственной организации «DIA+LOGS»
- Государственному Агентству по борьбе с туберкулёзом и лёгочными заболеваниями
- Государственному Агентству Общественного Здоровья
- Центру инфекционных заболеваний Латвии
- Рижскому университету Stradins, Отделу общественного здоровья и эпидимиологии
- Инге Булмистре, специалисту по охране общественного здоровья Государственного Агентства Общественного Здоровья

Исследовательская группа Эстонии выражает признательность:

- Неправительственной организации «Convictus Eesti»
- Государственной лаборатории по диагностике ВИЧ
- Государственной лаборатории по диагностике ТБ Северо-Эстонской больницы
- Вирологическому отделу Института Развития Здоровья
- Карме Ама, Людмиле Якобсон и Хети Писарев (отдел Общественного здоровья Тартусского университета) за помощь при обработке и анализе данных

ОГЛАВЛЕНИЕ

АББРЕВИАТУРЫ	3
БЛАГОДАРНОСТИ	4
ОГЛАВЛЕНИЕ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ОБЩИЕ ДАННЫЕ	7
Информация общего характера	7
Инфекционные заболевания	8
Употребление инъекционных наркотиков	11
Услуги по снижению вреда и лечению наркотической зависимости	12
Услуги здравоохранения, связанные с ВИЧ и ТБ	13
ПРЕДПОСЫЛКИ И ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ	15
МЕТОДЫ	15
ОТБОР РЕСПОНДЕНТОВ	15
ПОКАЗАТЕЛИ	16
ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ ДАННЫХ	17
РЕЗУЛЬТАТЫ	18
Социально-демографические характеристики	18
Употребление наркотиков	20
Рискованное поведение при инъекциях	21
Использование услуг по профилактике, снижению вреда и медицинских услуг	23
Тюремное заключение	24
Сексуальное поведение и связанные с ним риски	24
Проституция	26
Знания о профилактике ВИЧ/СПИДа	26
Инфекционные заболевания	27
Результаты серологических тестов	29
ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ	31
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ГРУППЫ	33
БИБЛИОГРАФИЯ	34
ПРИЛОЖЕНИЯ. ДАННЫЕ ПО ВЫБОРКАМ	37

ВВЕДЕНИЕ

Вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатита В и С являются существенным фактором смертности и заболеваемости среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Европе и широко распространены в обществе в целом. Данные о случаях заболевания ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, полученные в 2007 году, предполагают, что уровень заболеваемости в данной группе, в целом, снижается в странах ЕС/ЕАСТ, пройдя пик в 2001–2002 годах, вызванный вспышками в Эстонии, Латвии и Литве (Wiessing 2008).

ПИН оказываются особенно уязвимы к ВИЧ в результате осуществления инъекций небезопасным образом и в связи с их повышенной социальной незащищенностью по сравнению с другими подверженными риску группами. Более того, в сравнении с другими способами передачи, ВИЧ развивается быстрее, будучи передан посредством зараженной инъекции (WHO 2006).

Глобальная проблема туберкулеза (ТБ) обострилась в связи с пандемическим распространением ВИЧ и СПИДа, а также в связи с появлением устойчивости к лекарственным средствам. У зараженного ВИЧ человека микобактерия туберкулеза (*M. Tuberculosis*) с гораздо большей вероятностью разовьется в ТБ. ТБ связывают с более быстрым развитием СПИДа, причем среди людей, инфицированных как ТБ, так и ВИЧ наблюдается более высокий уровень смертности. До 40% всех связанных со СПИДом смертей вызваны ТБ (WHO 2006).

Помимо ВИЧ ПИН подвержены повышенному риску развития ТБ, риску, который еще более усугубляется для ПИН, зараженных ВИЧ. Уровень распространения ТБ выше среди ПИН, чем среди населения в целом, причем такой повышенный уровень распространения не находится в зависимости от их статуса ВИЧ-инфицированных (Brassard 2004). Тем не менее, прогрессирующее подавление иммунитета в результате ВИЧ приводит к повышенной уязвимости к ТБ. ВИЧ-инфицированные ПИН особенно подвержены заболеванию ТБ, даже если уровень распространения ТБ среди населения, в целом, находится на относительно низком уровне. Масштабы и уровень распространения ТБ, связанного с ВИЧ, среди ПИН зависят от распространения инфекции и заболевания ТБ среди населения в целом, уровня распространения ВИЧ и ряда характеристик рассматриваемого населения (WHO 2006).

Данный отчет содержит результаты одномоментного био-поведенческого исследования распространения ВИЧ и связанных с ним инфекционных заболеваний, а также рискованного поведения среди ПИН в столицах трех Прибалтийских стран. Первый раздел отчета представляет общую информацию о трех Прибалтийских странах, инъекционном употреблении наркотиков, ВИЧ и эпидемиологической ситуации относительно других инфекционных заболеваний, о здравоохранении и более подробную информацию о системах снижения вреда. Второй раздел посвящен методологии и результатам исследования, а третий раздел содержит краткое обсуждение и рекомендации к действиям по борьбе с эпидемией ВИЧ и ее последствиями среди ПИН в Прибалтийских странах.

ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Информация общего характера

Прибалтийские страны – это три страны Восточной Европы, являющиеся членами Европейского Союза: Эстония, Латвия и Литва (с севера на юг). Они расположены на берегу Балтийского моря, к западу от Российской Федерации и Белоруссии. Раньше Прибалтийские страны были частью Советского Союза и вновь обрели политическую независимость в 1991 году. Литва является из них самой большой, а Эстония самой маленькой. Общая информация о странах и их столицах представлена в Таблице 1.

Таблица 1. Статистика общего характера в отношении стран Балтии

СТРАНА	ЭСТОНИЯ	ЛАТВИЯ	ЛИТВА
Население (2007)	1 340 602	2 270 700	3 369 600
Плотность населения (2007)	29/km ²	36/km ²	52/km ²
Этнический состав населения (2007)	эстонцы – 69% русские – 25% прочие – 6%	латыши – 59% русские – 28% белорусы – 4%, прочие – 9%	литовцы – 84% поляки – 6% русские – 5% прочие – 5%
Уровень безработицы среди людей в возрасте от 15 до 74 лет (2007)	4,7%	4,6%	5,9%
Коэффициент Джини (%) (2005)	36	38	36
ВВП на душу населения (2005)	\$ 15 478	\$ 13 646	\$ 14 494
Столица	Таллинн	Рига	Вильнюс
Население	396 852 (2007)	722 485 (2007)	553 307 (2005)
Уровень безработицы среди людей в возрасте от 15 до 74 лет (2007)	3,4%	3,0%	4,5%
Этнический состав населения	эстонцы – 55% русские – 36% прочие – 9% (2007)	латыши – 42% русские – 42 % прочие – 16% (2007)	литовцы – 58% поляки – 19% русские – 14% прочие – 9% (2001)

* Источники: Wikipedia (http://en.wikipedia.org/wiki/Baltic_countries), Департамент статистики Эстонии

Инфекционные заболевания

ВИЧ

Среди Прибалтийских стран уровень распространения ВИЧ наиболее высокий в Эстонии. В 2006 году число новых случаев заболевания на один миллион человек населения составило в Эстонии 504, в Латвии 130 и в Литве 29 человек (Диаграмма 1) (EuroHIV 2007a).

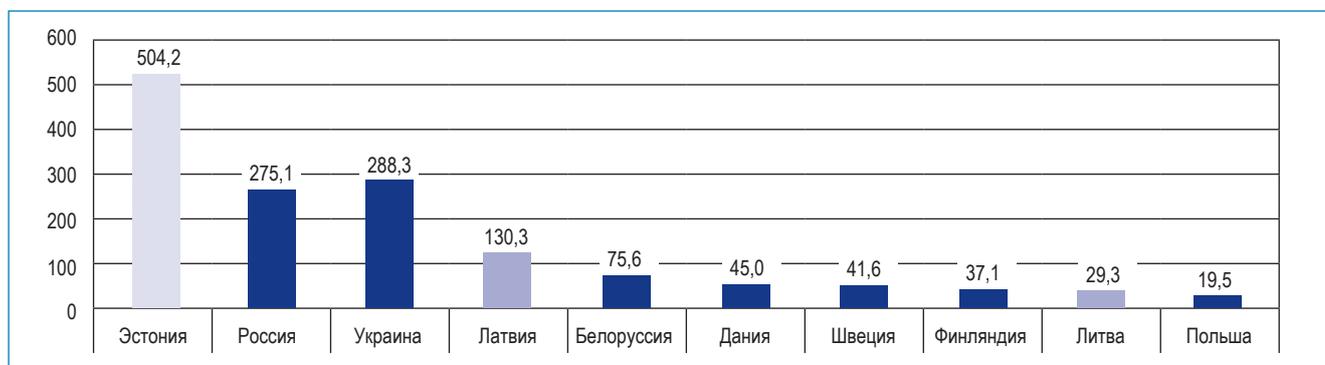


Диаграмма 1. Новые выявленные случаи ВИЧ на миллион человек населения в некоторых странах Европы в 2006 году (по данным EuroHIV 2007a)

Эстония

Первый случай заражения ВИЧ в Эстонии был выявлен в 1988 году, а к концу 2007 года было зарегистрировано уже 6 364 случаев ВИЧ. Общее число людей, которым был поставлен диагноз СПИД, составило к концу 2007 года 191, а общее число умерших от СПИДа составило 170 человек (база данных Инспекции по охране здоровья).

Эпидемия ВИЧ началась в конце 2000 и в 2001 году, когда было зарегистрировано 1 474 новых случаев (1 081 на миллион человек населения). В результате внезапного увеличения числа ВИЧ-инфицированных с осени 2000 года, в феврале 2001 года Министерство социальных дел заявило о наличии концентрированной эпидемии ВИЧ. За последние несколько лет число выявленных случаев ВИЧ в Эстонии уменьшилось (с 899 в 2002 году до 633 в 2007).

В 1988–1999 годах передача ВИЧ через гомо- и гетеросексуальные контакты являлась основным способом распространения ВИЧ. С 2000 года инфекция, в основном, распространялась путем совместного использования шприцев. В последние годы вновь появляются некоторые свидетельства участвовавших случаев передачи половым путем (в основном, от ПИН к их половым партнерам). Таким образом, по данным консультационных кабинетов в 2001 году на долю ПИН приходилось 90% всех новых случаев ВИЧ, в 2003 году – 66% и в 2007 году – 54% (база данных Института Развития Здоровья).

В Эстонии в 2002 году на долю людей в возрасте до 25 лет приходилось 72% новых случаев заболевания, в 2004 году – 61% и в 2007 году – 38%. Доля женщин среди них увеличивалась с 20% в 2000 году до 32% в 2004 году и 41% в 2007 году (база данных Инспекции по охране здоровья).

Факт распространения эпидемии впервые был признан в северо-восточной части страны: в 2000 году 92% новых случаев ВИЧ были обнаружены среди населения этой территории. Уже в следующем году число новых случаев ВИЧ выросло и в столице страны Таллинне. В 2007 году 49% новых случаев выявилось среди жителей северо-востока Эстонии (200 случаев на 100 000 человек населения), 38% среди жителей столицы (59 случаев на 100 000 человек населения) и 13% в других регионах (7 случаев на 100 000 человек населения) (база данных Инспекции по охране здоровья, база данных Департамента статистики Эстонии).

Латвия

Пока что Латвия принадлежит к числу стран ЕС с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ. В 2005–2006 годах на миллион человек приходилось 129,6 случаев, таким образом, в Латвии этот показатель в два раза выше, чем в среднем по ЕС, но остается ниже, чем в Эстонии, Португалии, Великобритании и Люксембурге. Существенное увеличение числа ВИЧ-инфицированных в Латвии наблюдалось в 2001 году. С тех пор этот показатель понизился и стабилизировался в 2005–2007 годах (UNGASS Country Progress Report 2008).

С 1987 по 2007 в Латвии было зарегистрировано 3981 новых случаев ВИЧ (175 на 100 000 человек населения). Из этого числа у 565 человек развился СПИД и 273 человека умерли. Число ежегодно регистрируемых новых случаев ВИЧ в последние несколько лет остается стабильным (2004 – 323, 2005 – 299, 2006 – 299, 2007 – 350). Основной группой риска являются ПИН, на их долю приходится 63% всех зарегистрированных случаев. 17% случаев имеют отношение к передаче при гетеросексуальных контактах, 4% - при гомосексуальных контактах и 0,6% – при передаче от матери к ребенку. С 2001 года число новых выявленных случаев ВИЧ среди ПИН, а также доля ПИН среди новых случаев постепенно уменьшались. В 2001 – 82% новых случаев, в 2003 – 59%, и в 2007 – 40% приходилось на долю ПИН. Напротив, доля передачи при гетеросексуальных контактах постепенно увеличивалась.

Хотя в Латвии передача инфекции, связанная с употреблением наркотиков внутривенно, остается доминирующим путем распространения ВИЧ, ее доля сокращается, а доля передачи при гетеросексуальных контактах постепенно растет.

В начале эпидемии ВИЧ в 2000–2001 годах основную часть заразившихся составляли мужчины. Однако, в последние годы и женская часть населения становится все более подвержена инфекции. В 2000 году на долю женщин приходилось 29% новых случаев среди людей в возрасте 15–25 лет, а в 2006 уже 41% новых случаев. Такая же тенденция наблюдается и среди людей в

возрасте старше 25 лет (в 2000 году на долю женщин приходилось 18% случаев, а в 2006 году уже 36%) (UNGASS Country Progress Report 2008).

По мере распространения ВИЧ в Латвии стали заражаться чаще люди старшего возраста, и их доля постепенно увеличивалась. В 2001 году до 58% новых случаев выявлялось среди младшей возрастной группы (15 лет – 24 года), тогда как в 2006 году лишь 26% новых случаев приходилось на эту группу, а все остальные случаи были выявлены среди людей старшего возраста (> 25 лет).

Хотя абсолютное число случаев ВИЧ среди МСМ невелико, оно растет как доля новых случаев, и с 2000 года увеличилось примерно с 1% до 5% в 2006 году (UNGASS Country Progress Report 2008).

В среднем, в Латвии ежегодно выявляется четыре случая вертикальной передачи ВИЧ, т.е. 20 случаев на 100 000 новорожденных. Также ежегодно выявляется около 30 ВИЧ-позитивных беременных женщин. По состоянию на 31 декабря 2007 года в Латвии от ВИЧ-позитивных матерей родилось 25 ВИЧ-инфицированных детей. Из всех случаев ВИЧ среди беременных женщин 49% приходится на долю передачи половым путем, а 26% женщин употребляли наркотики внутривенным путем (Агентство Общественного Здоровья 2007). В большинстве случаев заражение ВИЧ среди беременных женщин в Латвии происходит у тех матерей, которые не получали необходимого лечения в период беременности.

Заболевание по-разному сказалось на регионах Латвии. Наивысший уровень распространения ВИЧ наблюдается в столице страны Риге (360 случаев на 100 000 жителей) и в западной части страны (в Вентспилсе – 303 случая на 100 000 жителей), тогда как восточные регионы демонстрируют более низкие показатели – так, в Лудза, Алуксне и Мадона показатели являются самыми низкими (UNGASS Country Progress Report 2008).

Литва

В 1989–2007 годах в Литве всего было зарегистрировано 1306 случаев ВИЧ. За это же время СПИД был выявлен у 151 человека, 57 человек умерло от СПИДа.

Первые случаи ВИЧ проявились в гомосексуальном сообществе в 1989 году, и до 1997 года преобладали случаи передачи половым путем. В 1997 году ВИЧ проник в сообщество ПИН (Caplinskas, 2004). В 2003 году ВИЧ передавался, преимущественно, путем использования общих игл при внутривенном употреблении наркотиков. Однако, с 2003 года стало увеличиваться число случаев ВИЧ, связанных с передачей при гетеросексуальных контактах (Strujeva, 2006). В 2007 году было выявлено 106 новых случаев ВИЧ, причем в 44% этих случаев передача состоялась при гетеросексуальных контактах. Среди ПИН было выявлено 77% всех случаев ВИЧ, в 11% случаев ВИЧ передавался во время гетеросексуального контакта, в 7% случаев во время гомосексуального.

В основном, случаи ВИЧ регистрировались в возрастных группах 25–29 лет (25%) и 30–34 лет (19%), 76% всех случаев приходится на долю людей в возрасте 20–39 лет. Доля женщин среди людей с выявленным заболеванием составляет 14%. Столица страны Вильнюс и порт Клайпеда остаются регионами, где сосредоточено большинство зарегистрированных случаев ВИЧ (16% и 29% всех новых случаев, соответственно). По социальным характеристикам 67% всех ВИЧ-инфицированных составляют бывшие осужденные (некоторые из них неоднократно осужденные) (база данных Литовского центра СПИДа при Министерстве здравоохранения, 2008).

Таблица 2. Случаи ВИЧ в трех Прибалтийских странах по состоянию на конец 2007 года

СТРАНА	ЭСТОНИЯ	ЛАТВИЯ	ЛИТВА
Общее число случаев ВИЧ (n)	6 364	3 981	1 306
Число новых случаев в 2007 году / на 100 000 человек населения (n)	633 (47)	350 (15)	106 (3)
Приблизительная доля передачи, связанная с внутривенным употреблением наркотиков (%)	70%	63%	56%
Доля женщин (%)	30%	29%	14%

Гепатит В и С

Эстония

Существенный рост уровня употребления инъекционных наркотиков среди населения в возрасте 15–29 лет в начале 1990-х годов привел к увеличению случаев заболевания гепатитом В и С. Между 1992 и 1998 годами было отмечено существенное увеличение числа заболеваний гепатитом В (6/100 000 в 1992 году и 34/100 000 в 1998 году) и С (0,4/100 000 в 1992 году и 25/100 000 в 1998 году). С 2002 года увеличилось число заболеваний гепатитом В и С и составило (соответственно) 3,3 и 2,7 случаев на 100 000 человек населения в 2007 году. С 1996 года по настоящее время употребление инъекционных наркотиков является наиболее распространенным фактором риска среди молодежи, на его долю приходится более половины всех новых случаев гепатита С (база данных Инспекции по охране здоровья).

Латвия

В 2000–2001 годах в Латвии отмечался быстрый рост числа заболевших гепатитом В, как среди населения в целом, так и среди ПИН. С 2001 года наблюдается уменьшение числа заболевших гепатитом В. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении гепатита С, т.е. до 2000 года наблюдался рост заболеваемости, а после этого отмечался спад. Это относится и к числу заболеваний гепатитом С среди ПИН (Агентство Общественного Здоровья 2007). В 2005 году насчитывалось 170 случаев гепатита В (7,4 на 100 000 человек), 8% из них относились к ПИН. В том же году было зарегистрировано 110 случаев острого гепатита С (4,8 на 100 000 человек), 16% из них относились к ПИН (Государственное Агентство Зависимости 2006).

Литва

По данным Центра профилактики и контроля инфекционных заболеваний отмечается уменьшение числа заболеваний острым вирусным гепатитом В с 1989 года. Уровень заболеваемости в 1988 году составлял 41 на 100 000 населения, а в 2007 году – 2,5 на 100 000. С 2001 по 2006 год уровень заболеваемости острым гепатитом С снижался значительно более быстрыми темпами, чем в 1995–2001 годах. В 2000–2006 годах число заболеваний ежегодно снижалось на 20%, а в 1994–2000 году снижение было существенно медленнее – всего на 6 % ежегодно. В течение последних 7 лет (2001–2007) наблюдалось и резкое уменьшение случаев заболевания гепатитом С. Этот показатель снизился с уровня в 5,4 на 100 000 человек в 2001 году до 1,4 на 100 000 человек в 2007 году. В 2001–2006 годах среднее снижение уровня заболеваемости составило 16% по сравнению с существенно более низким уровнем в 10% в 1995–2001 годах (Žagminas 2007). Данных об общем уровне распространенности в Литве вирусного гепатита С (в т.ч. о хронических случаях) не существует. Хронические случаи гепатита С не заносятся в национальную базу данных. Примерное число случаев гепатита С среди населения в целом составляет 50 000 – 70 000 или 1,5% всего населения страны (Merkinaite 2008).

В 2007 году было зарегистрировано 195 случаев острого вирусного гепатита, в т.ч. 84 случая острого гепатита В (43%), 46 случаев гепатита С (24%) и 23 случая гепатита А (12%). Из 84 случаев острого гепатита В 11 случаев были выявлены среди ПИН (в т.ч. 10 мужчин и 1 женщина). Это составляет 13% всех случаев заболеваний гепатитом В. Из 46 человек с острым гепатитом С 11 случаев были выявлены среди ПИН (в т.ч. 7 мужчин и 4 женщины). Это составляет 24% всех случаев заболеваний гепатитом С (Литовский Департамент по контролю за наркотиками 2008). Не существует системы проведения регулярных исследований (в т.ч. в связи с гепатитом С и В) среди ПИН. Тем не менее, регулярно проводится сигнальное тестирование, позволяющее оценить текущую ситуацию и планировать необходимые действия. Например, тестирование 336 заключенных (которые использовали инъекционные наркотики) исправительного учреждения в Алитусе, проведенное весной 2002 года, выявило 262 случая гепатита С (78%). В том же году 654 ПИН (посетителей Литовского центра СПИДа) были проверены на гепатит С. Уровень распространения заболевания среди таких ПИН составил 81% (Šarplinskienė 2008). В 2003 году проверку прошли 103 ПИН, приобретавших наркотики в цыганском таборе Вильнюса. Был зарегистрирован уровень распространения заболевания в 94%, причем 0,1% составляли носители HBsAg (Šarplinskienė 2004). Из 123 ПИН, прошедших проверку в Литовском центре СПИДа в 2004 году, гепатит С был выявлен у 97%, а 7% составляли носители HBsAg (Šarplinskienė 2006). По данным Литовского центра СПИДа серологические маркеры вирусного гепатита С были обнаружены у 478 (80%) из 599 проанализированных случаев ВИЧ. Наивысший уровень распространения таких маркеров (98%) был выявлен среди зараженных ВИЧ ПИН. Признаками перенесенной инфекции гепатита В (antiHBcor) обладали 333 (80%) из 417 HIV зараженных ВИЧ ПИН (Uzdavinienė 2007).

Туберкулёз

Эстония

Уровень заболеваемости туберкулёзом (ТБ) начал расти в Эстонии в 1990-х годах: с 21/100 000 в 1992 году до 48/100 000 в 1998 году. С 1999 года уровень заболеваемости уменьшился и в 2007 году составил 30/100 000 (общее количество новых случаев составило 408). Количество повторных заболеваний составило в 2007 году 58, и общее количество случаев ТБ, таким образом, 35/100 000. Уровень заболеваемости был выше в северо-восточном регионе (45/100 000) и в одном из южных уездов на границе с Латвией (Валгамаа) (64/100 000). Доля внелегочного ТБ составила в 2007 году 7% (база данных Туберкулёзного регистра Эстонии).

Свыше четверти всех случаев ТБ в Эстонии демонстрировали устойчивость, как минимум, к одному виду лекарства. В 2007 году на ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ) приходилось 13% новых и 15% всех случаев. С 2001 года было зарегистрировано 87 случаев суперустойчивого ТБ (XDR TB) (среди новых случаев и случаев повторного заболевания), 8 из них в 2007 году.

Число пациентов с ТБ и ВИЧ выросло с 1 случая в 1998 году до 49 случаев в 2007 году (всего 183 случая за эти годы). В большинстве случаев заболевшими были люди в возрасте от 20 до 29 лет; 75% из них были мужчины. Среди случаев ТБ/ВИЧ в 2007 году на долю ТБ-МЛУ приходилось 25% (база данных Туберкулёзного регистра Эстонии).

Латвия

Латвия также испытала рост заболеваемости ТБ с момента появления в 1991 году туберкулёза, устойчивого к одному или нескольким лекарственным средствам. В 1991 году было отмечено 29/100 000 случаев заболевания ТБ, в 1998 году 74/100 000 и в 2007 году 49/100 000. Зарегистрированные случаи ТБ-МЛУ демонстрируют аналогичную тенденцию: в 1994 году было отмечено 47 случаев ТБ-МЛУ, в 1997 году 335, а в 2007 году 108. В 2007 году доля ТБ-МЛУ среди новых случаев составила 7%, и 10% среди всех случаев.

В 1994 году был зарегистрирован первый пациент с ТБ/ВИЧ и с этого момента количество таких пациентов увеличивается. Между 1994 и 2007 годами было зарегистрировано 312 случаев с двойным диагнозом ТБ/ВИЧ, среди которых у 23 человек были выявлены по 2 эпизода ТБ. Доля внелегочного ТБ составила 11%, а доля ТБ-МЛУ 18% (всех случаев) (Государственное Агентство по борьбе с туберкулёзом и легочными заболеваниями, Латвия).

В период с 2000 по 2007 годы было зарегистрировано 90 случаев XDR TB (11 из них в 2007 году), что составляет 6% всех зарегистрированных случаев ТБ-МЛУ.

Литва

С 1998 года уровень заболеваемости в Литве стабилизировался на уровне 70/100 000 (в 2005–2006 годах). В 2006 году было отмечено 2 097 новых случаев ТБ и 268 случаев повторного заболевания (уровень заболеваемости ТБ, таким образом, составил 70 случаев на 100 000 человек населения).

Также как Латвия и Эстония, Литва столкнулась с проблемой туберкулёза, устойчивого к лекарственным средствам. В 2006

году доля ТБ-МЛУ среди ранее не подвергавшихся лечению пациентов составила 9%, тогда как доля ТБ-МЛУ среди пациентов уже проходивших лечение составила 47%.

Первый случай активного ТБ у ВИЧ-инфицированного пациента был зарегистрирован в 1992 году. До конца 2007 года было зафиксировано 64 случая ТБ/ВИЧ. Из 21 случая ТБ/ВИЧ, отмеченных в 2007 году, доля ТБ-МЛУ составила 29% (Литовский регистр ТБ).

Употребление инъекционных наркотиков

Эстония

Уровень употребления запрещенных наркотических веществ в Эстонии в последние 15 лет повышался быстрыми темпами. Тенденция была подтверждена Европейским проектом по исследованию употребления школьниками алкоголя и наркотических веществ (ESPAD) в 1995, 1999, 2003 и 2007 годах. В 1995 году 8% эстонских школьников в возрасте 15-16 лет имели опыт употребления запрещенных веществ. В 2003 году их доля составила 24%, а в 2007 году – 30%. Уровень употребления инъекционных наркотиков среди молодых людей снижается. Доля школьников, когда-либо пробовавших инъекционные наркотики, составляла в 2003 году 1,3%, а в 2007 году 0,5% (ESPAD 1995, 1999, 2003, 2007).

Число пациентов, проходивших лечение в связи с психическими или поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением запрещенных наркотических веществ, более чем утроилось с конца 1990-х годов (с 25/100 000 в 1995 году до 82/100 000 в 1998 году), а число пациентов, проходивших лечение в связи с употреблением запрещенных препаратов опия и алкоголя, увеличивалось с начала 90-х годов (Эстонская Больничная касса).

Первые отчеты, описывающие вспышку употребления инъекционных наркотиков и количество ПИН в Эстонии, были основаны на отчетах и экспертных мнениях. Так, в Эстонии указывается наличие 10 000 – 15 000 ПИН (Kalikova 2001). В 2005 году исследование на основании общегосударственных баз данных показало наличие в Эстонии 13 801 ПИН (95% CI 8 178–34 732), что соответствует 2,4% (1,4–6,0%) взрослого населения. Около 72% ПИН проживают в Таллинне и Харьюском уезде, 18% в северо-восточном регионе (Uusküla 2007b).

Различные исследования показывают, что основным употребляемым наркотиком среди ПИН являются амфетамин, фентанил/3-метилфентанил («белый китаец», «белый перс»), а также произведенная в домашних условиях маковая жидкость (Институт Развития Здоровья, 2008). Цена фентанила в Таллинне в зависимости от приобретаемого количества колеблется в пределах 115 – 256 евро за грамм (UNODC, 2008). Цена амфетамина в Таллинне в 2008 году выросла с 13 евро до 26 – 32 евро за грамм (данные Северной префектуры полиции, 2009).

Уровень распространения ВИЧ среди ПИН выявляется в зависимости от типа исследования и места его проведения. Был описан уровень распространения от 40 до 90% (Platt 2006, Uusküla 2007a, Wilson 2007). Поперечное исследование распространения ВИЧ, проведенное в 2005 году, показало уровень распространения заболевания в Таллинне в 54% (среди 350 ПИН) (Platt 2006).

Исследование 57 ПИН продемонстрировало наличие серологических маркеров вирусного гепатита В у 79%, и гепатита С у 83% ПИН (Tefanova 1998). Исследование 159 ПИН, принимающих участие в программах обмена шприцев, продемонстрировало наличие антител вирусного гепатита С у 96% ПИН, и наличие антител HBVcore у 85% ПИН (Uusküla 2007a).

Латвия

Проведенные в 2007 году исследования (n = 4 500) показывают, что 16% населения в возрасте от 15 до 64 лет пробовали те или иные запрещенные наркотические вещества. Уровень использования запрещенных наркотических веществ в течение последнего года / последнего месяца существенно ниже, в сравнении с уровнем использования ранее в течение жизни – соответственно 6% и 2%. В сравнении с исследованиями 2003 года доля тех, кто пробовал наркотики, выросла на 4% (с 12% до 16%). Мужчины пробовали запрещенные наркотические вещества в два раза чаще, чем женщины. К числу наиболее часто используемых наркотиков относятся марихуана или гашиш (12% населения), затем следует «экстази» (5%), амфетамины (3%), кокаин (2%) и ряд опиаатов (3%) (Институт социологических исследований).

Согласно исследованию Европейского проекта об употреблении школьниками алкоголя и наркотических веществ (ESPAD) в 1999 году 22% школьников в возрасте 15–16 лет пробовали те или иные запрещенные вещества, такой же уровень (22%) был отмечен и в 2007 году (ESPAD 2007).

Уровень распространения психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением психотропных веществ, в последние годы повысился, а частота, напротив, понизилась. В 2006 году эти показатели составили, соответственно 2% и 0,5% на 100 000 человек населения, а в 2007 году – 2% и 0,2% на 100 000 (Агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий Латвии 2007, 2008).

В 2005 году было зарегистрировано 174 пациента (8 на 100 000 человек населения) с диагнозом использования психотропных веществ. В последние годы число зарегистрированных случаев зависимости от наркотических и психотропных веществ уменьшилось. Однако это не означает, что уровень употребления наркотиков также снизился. Такие данные могут быть объяснены изменениям в привычках употребляющих наркотики за последние годы, а также поправками в законодательстве, регулирующем регистрацию пациентов (Государственное Агентство Зависимости 2006).

По приблизительным оценкам в Латвии насчитывается 9 588 ПИН. Приблизительно половина из них (4 757) проживает в Риге (Тарепциерис 2007). Примерный уровень распространения употребления инъекционных наркотиков среди взрослого населения составляет 0,5%. Наиболее часто употребляемым в Латвии наркотиком является амфетамин, затем следуют героин, марихуана или гашиш, ханка и эфедрин (Тарепциерис 2007). 1 грамм амфетамина стоит приблизительно 14 евро, а 1 грамм героина – около 178 евро (Агентство Общественного Здоровья 2008).

Литва

В 2007 году в Литве было зарегистрировано 5 715 человек, употребляющих запрещенные наркотические и психотропные вещества. Уровень распространения наркотической зависимости составлял 169 случаев на 100 000 человек населения, что на 4% выше,

чем в 2006 году (163 случая /100 000). Тенденция к увеличению уровня распространенности, наблюдавшаяся в 1998–2002 годах, существенно понизилась в 2002–2007. В Вильнюсе уровень распространения составил 349 случаев на 100 000 человек населения, общее число наркоманов в Вильнюском уезде составило 2 962 человек, в столице – 2 727 человек (492 случаев/100 000). В 2007 году уровень распространения наркотической зависимости среди мужчин составил 294 случая на 100 000 человек населения, среди женщин – 60 случаев, т.е. распространенность среди мужчин была в 5 раз выше, чем среди женщин. По приблизительным оценкам в Литве насчитывается 4 300 ПИН: в Вильнюсе 2 200 ПИН, в Клайпеде – 750 ПИН (база данных Департамента по контролю над наркотиками при Правительстве Литовской Республики, 2007).

77% всех диагностированных в Литве случаев ВИЧ приходится на ПИН. В настоящее время исследования, проведенные среди ПИН, показали уровень распространения ВИЧ на уровне менее 5% (от 0,2% до 3,7%).

80% ПИН употребляют опиаты, 1,5% стимуляторы (в т.ч. кофеин) и 11% – прочие наркотики (база данных Литовского Центра СПИДа при Министерстве здравоохранения, 2007).

В течение последних 7 лет цена на некоторые наркотики, особенно стимуляторы на основе амфетаминов, существенно снизилась. К примеру, цена одной таблетки амфетамина в 2001 году составляла 7 – 12 евро, а в 2007 году всего 2 – 4 евро. Падение цены на амфетамин и метамфетамин вызвано ростом уровня их нелегального производства в стране. По данным Департамента полиции при МВД цена 1 грамма марихуаны составляла в 2007 году 8 – 19 евро (минимум – максимум), цена 1 грамма гашиша 4 – 11 евро, цена 1 грамма метамфетамина 7 – 12 евро; цена 1 таблетки «экстази» 2 – 7 евро; цена 1 грамма героина 35 – 56 евро, цена 1 грамма кокаина 40 – 72 евро. Одна доза (1 мл) макового экстракта стоит 3 – 4 евро.

Услуги по снижению вреда и лечению наркотической зависимости

Эстония

Действия по снижению вреда (обмен шприцев) были представлены в Эстонии уже в 1997 году, но на программы не выделялось достаточно средств. Благодаря поддержке Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также увеличившейся правительственной поддержке в течение последних 4 лет объем соответствующих услуг существенно увеличился. Количество центров низкого порога (ЦНП) и программ обмена шприцев (ПОШ) увеличилось с 13 в 2002 году до 32 в 2007 году. В основном, они расположены в столице (Таллинне) и на северо-востоке страны. Они находятся под управлением неправительственных организаций, получающих финансирование из государственного бюджета (Государственная стратегия по профилактике ВИЧ/СПИДа на 2006–2015 гг) и от местных самоуправлений. В Таллинне находится один ЦНП и два стационарных ПОШ. Помимо этого осуществляются активная уличная работа (Rüütel 2008).

В 2007 году при помощи ЦНП и ПОШ среди ПИН было распространено 1,9 миллиона игл и шприцев и около 720 000 презервативов. В 2006 году приблизительно 66–76% всех ПИН посещали ПОШ, как минимум, раз в три месяца. В 2007 году 60% клиентов посещали ПОШ более года и около 54% постоянных клиентов посещали ПОШ, как минимум, 1 раз в неделю (база данных Института Развития Здоровья).

Заместительная терапия при помощи метадона доступна в специализированных клиниках в Таллинне и северо-восточном регионе страны. Для клиентов участие в финансируемых государством программах бесплатно. В 2007 году курс заместительной терапии при помощи метадона в финансируемых государством программах прошли 675 пациентов. Из них 80% были заражены ВИЧ (база данных Института Развития Здоровья).

Латвия

К концу 2007 года в 13 городах Латвии работало 14 ЦНП. Помимо обмена игл и шприцев они также занимаются распространением презервативов, предлагают консультации и информацию, проводят тестирование на ВИЧ на добровольной основе. Только один такой центр финансируется государством. Остальные 13 ЦНП финансируются как из государственного бюджета, так и местными самоуправлениями.

В настоящее время в Риге работают два ЦНП. В 2007 году в Риге насчитывалось 1 330 ПИН-клиентов ЦНП (примерное количество), а примерный уровень охвата ПИН услугами составлял 30% от всех ПИН в Риге. В 2007 году в Риге было роздано 78 608 шприцев.

В настоящий момент в Латвии (в Риге) действуют две программы заместительной терапии: программа на основе метадона (с 1996 года) и бупренорфина (с 2003 года). Всего было обслужено 684 человека (2000–2006), по состоянию на конец 2007 года программа на основе метадона охватывала 74 клиента (57 клиентов в 2006 году). К концу 2007 года в программе на основе бупренорфина участвовало 59 человек (107 клиентов в 2006 году). Общее число клиентов в 2007 году составило 130 человек. Программа на основе метадона является бесплатной (поддерживается государством). Плата взимается лишь за первую консультацию у врача-нарколога. Программа на основе бупренорфина является платной программой с продолжительностью 1 год или дольше (Агентство Общественного Здоровья, 2008). К концу 2007 года насчитывалось 12 учреждений, оказывающих услуги стационарного лечения (в т.ч. 4 частных учреждения, 3 из которых не получают поддержки со стороны государства). Существует четыре специализированных учреждения лечения и реабилитации, рассчитанных на 185 стационарных пациентов. В четырех больницах существуют отделения лечения зависимостей, рассчитанные на 155 пациентов. Пять других учреждений предлагают еще 51 место. Реабилитационный центр "Dzīves enerģija" («Энергия жизни») в округе Яунпиебалга предлагает программу для детей и подростков, страдающих от наркотической зависимости. По сравнению с 2006 годом число мест для стационарных пациентов сохранилось на прежнем уровне: 391 (392 в 2006 году, 415 в 2005 году, 419 в 2004 году). Число госпитализированных клиентов несколько выросло (на 2%) – 23 374 (22 898 в 2006 году, 19 313 в 2005 году) (Агентство Общественного Здоровья, 2008).

Литва

В настоящее время в шести городах Литвы имеется 9 ЦНП (Алитус, Друскининкай, Каунас, Клайпеда, Мажейкяй, Вильнюс). К числу основных оказываемых ЦНП услуг относятся обмен шприцев и игл, распространение презервативов, образование и

информирование клиентов, консультирование и тестирование на добровольной основе, социальная поддержка, консультирование ПИН по поводу доступных методов тестирования и лечения, направление на программы по избавлению от зависимости. В 2007 году число собранных / розданных шприцев по всей стране составило 187 227/271 248, из них 93 140/173 440 в Вильнюсе. Заместительная терапия метадоном предлагается в Центрах лечения зависимостей в Вильнюсе, Каунасе, Клайпеде и Паневежисе, а также в четырех Центрах психического здоровья в Вильнюсе и одном в Друскининкае. Существует 16 реабилитационных центров длительного пребывания и 4 дневных центра (3 в Каунасе и 1 в Паневежисе). В настоящее время в стране работает 17 реабилитационных центров длительного пребывания, позволяющих разместить 300 пациентов. В 2007 году услуги социальной и психологической реабилитации были оказаны 457 пациентам, в т.ч. 430 пациентам в учреждениях длительного пребывания (база данных Департамента по контролю над наркотиками при Правительстве Литовской Республики, 2007).

Услуги здравоохранения, связанные с ВИЧ и ТБ

Эстония

В Эстонии стоимость большинства услуг здравоохранения компенсируется при помощи Эстонской Больничной кассы. Каждое официально трудоустроенное лицо обладает медицинским страхованием. Кроме того, медицинское страхование распространяется на всех детей в возрасте до 19 лет, всех пенсионеров, беременных женщин (с 12 недели беременности) и на некоторые другие группы лиц. Приблизительно 96% населения обладает медицинской страховкой (30.09.2007) (база данных Департамента статистики, база данных Эстонской Больничной кассы).

Тестирование на ВИЧ проводится в Эстонии с 1987 года. Тестирование добровольное и может быть произведено исключительно с согласия тестируемого лица. Однако, тестирование донорской крови и донорских органов является обязательным (согласно Закону о профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями). Тестирование на ВИЧ рекомендуется пройти всем беременным женщинам, лицам, больным инфекциями, передающимися половым путем, и ТБ. В семи крупнейших городах предлагается добровольное анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ. Эта услуга бесплатна для всех клиентов (в т.ч. иммигрантов и иностранцев, а также для лиц без медицинского страхования). Центры добровольного анонимного консультирования и тестирования на ВИЧ также занимаются тестированием на гепатит В, гепатит С и сифилис (Rüütel 2008). Всего ежегодно делается около 190 000 тестов на ВИЧ, из них около 3% в центрах добровольного анонимного консультирования и тестирования (база данных Эстонской Государственной лаборатории диагностики ВИЧ).

Особые медицинские услуги ВИЧ-инфицированным предоставляются специалистами в области инфекционных заболеваний, ведущими прием в 5 крупных городах. Стоимость таких услуг покрывается государственным медицинским страхованием для тех, кто соответствует критериям страхования, или из государственного бюджета для тех, кто не имеет страховки. Там же бесплатно доступна высокоактивная антиретровирусная терапия (ВАРТ). К концу 2007 года связанное с ВАРТ лечение проходили 772 человека. Медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением ТБ, финансируются из государственного бюджета и Эстонской Больничной кассы (Государственная программа контроля над ТБ, которую осуществляет Институт Развития Здоровья). С 2000 года применяется стратегия противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением (ПППН), её охват составляет 100%. В Эстонии существует 5 отдельных отделений ТБ с 230 местами для лечения, в т.ч. 30 местами для принудительного лечения. Существует также самостоятельный отдел для тюремной системы (40 мест). Каждый из (пятнадцати) уездов обладает центральной больницей, ответственной за лечение ТБ и за ряд проводимых в регионе профилактических мер. Диагностика и лечение ТБ у людей с ВИЧ осуществляется этими же отделами. Каких-либо специальных услуг для ПИН не существует (Rüütel 2008).

Диагностика и лечение гепатита В и С осуществляется специалистами по инфекционным заболеваниям; для лиц обладающих медицинской страховкой их услуги бесплатны.

Эстонская тюремная система располагает собственной системой здравоохранения, курируемой Министерством юстиции. Во всех тюрьмах бесплатно для всех заключенных предлагаются все медицинские услуги, в т.ч. тестирование на ВИЧ, ВАРТ, а также диагностика и лечение ТБ (Rüütel 2008).

Латвия

В Латвии стоимость медицинских услуг покрывается Государственным Агентством обязательного медицинского страхования. Чтобы иметь возможность бесплатного получения медицинских услуг, человек должен зарегистрироваться у семейного врача. Для этого у человека должно быть официальное место жительства (заявленное).

Любое медицинское учреждение в Латвии способно оказать услуги тестирования на ВИЧ. Услуги финансируются из государственного бюджета, в т.ч. тесты на ВИЧ для лабораторий, которые принадлежат государственной системе (бесплатно для пациентов). Однако, консультации до и после проведения тестов не являются для пациентов бесплатными. Услуги, предлагаемые лабораториями сети наблюдения и частными лабораториями, могут быть частично оплачены из государственного бюджета. На основании Закона о медицинском обслуживании кабинет министров устанавливает стандарты безопасности и качества в связи с принятием, тестированием, обработкой, хранением и распространением человеческой крови и ее компонентов – вся донорская кровь проходит тест на ВИЧ. Кроме того, организации, предлагающие медицинские услуги беременным женщинам, обязаны предоставлять всем женщинам во время первых 12 недель беременности услуги добровольного тестирования и консультирования. Профилактическое антиретровирусное лечение осуществляется бесплатно для женщин и новорожденных (Постановление кабинета министров № 611). Тестирование на ВИЧ (сами тесты и консультации) бесплатны для ПИН только в центрах низкого порога (2 центра в Риге).

Центр инфекционных заболеваний Латвии (ICL) несет ответственность за уход и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов, таким образом, услуги лечения являются централизованными. ВИЧ-инфицированные пациенты имеют доступ к ВАРТ, даже если у них нет семейного врача, т.е. получение АРВ лечения не зависит от регистрации у семейного врача. В конце 2007 года ВАРТ воспользовался 381 пациент (из 2 675 пациентов с ВИЧ).

В Латвии организовано управление государственной программой контроля над ТБ с привлечением высококвалифицированного и разностороннего персонала, который разрабатывает политику контроля за ТБ. В 1996 году Латвия внедрила стратегию ПТПН и в 1998 году представила систему лечения ТБ устойчивого к ряду лекарственных препаратов со 100% охватом. В Латвии существует 26 регионов и 5 из них обладают собственными ТБ клиниками с амбулаторными отделениями. В остальных 21 регионе работают специальные кабинеты ТБ (в рамках общей системы здравоохранения). Всего в стране существует 9 ТБ больниц с 945 местами (в т.ч. 80 мест для тюремной системы и 65 мест в психиатрических клиниках). Диагностика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных осуществляется в тех же отделах ТБ. Услуги в области лечения ТБ бесплатны для граждан Латвии и стран ЕС. Пробный проект программы обмена шприцев и игл для пациентов с ТБ / ПИН был запущен в Риге в 2007 году в обоих центрах.

Диагностика и лечение гепатита В и С осуществляется в Латвии на бесплатной основе врачами, заключившими договоры с Государственным агентством обязательного медицинского страхования. С 1997 года вакцинация от гепатита С является бесплатной для всех младенцев, а с 2006 года и для детей в возрасте до 14 лет, которые не проходили вакцинацию до этого. По закону работодатель обязан обеспечить вакцинацию от гепатита В для работников, которые регулярно (по меньшей мере раз в месяц) в ходе работы вступают в прямой контакт с пациентами или биологическим материалом, которые могут передавать вирус гепатита В или с объектами, зараженными такими материалами. В Латвии не существует специальных программ вакцинации для ПИН (Постановления кабинета министров).

Латвийская тюремная система располагает собственной системой здравоохранения, курируемой Министерством юстиции (за исключением медикаментов для лечения ТБ и ВИЧ/СПИДа, которые оплачиваются из государственного бюджета, предусмотренного для нужд здравоохранения) (Латвийская Ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья "Papardes zieds" 2008).

Литва

Тестирование на ВИЧ доступно во всех (десяти) уездах Литвы. В 2007 году уровень тестирования на ВИЧ составлял 4 495 на 100 000 человек населения (база данных Литовского центра СПИДа, 2008). Количество лабораторий, располагающих возможностями проведения тестирования на ВИЧ, увеличивается с каждым годом. Тест на выявление ВИЧ проводится в Государственной Вирусологической лаборатории Литовского Центра СПИДа.

Добровольное тестирование на ВИЧ бесплатно для ПИН в стационарных лечебных заведениях (расходы оплачиваются из специальных муниципальных программ) и Центрах лечения наркотической зависимости в разных уездах (расходы оплачиваются из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования) (Strujeva, 2007).

С 2007 года медицинский осмотр беременных женщин регулируется Указом министра здравоохранения № V-1135 от 29 декабря 2006, согласно которому женщины дважды в течение периода беременности проходят тестирование на ВИЧ – до 12 недели беременности и во время 29-40 недели. Расходы оплачиваются из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования.

Государственным учреждением, ответственным за наблюдение за эпидемиологической ситуацией с ВИЧ/СПИД/ИППП, является Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения.

Медицинские услуги для ВИЧ-инфицированных. Расходы пациентов, у которых выявлен ВИЧ/СПИД, оплачиваются из Фонда обязательного медицинского страхования. С 1998 года к ВАРТ имеют доступ все, кто нуждается в лечении. Доступ к ВАРТ не имеет критериев исключения. Пациенты не несут дополнительных расходов в связи с оплатой медикаментов. В 2004 году порядок компенсаторной диагностики и методов лечения ВИЧ Фонда обязательного медицинского страхования был одобрен Министерством здравоохранения Литовской республики не только для лиц, страдающих от СПИДа, но и для людей, находящихся в группе лиц с высокой вероятностью развития заболевания (закон № V-313/2004). Расходы на лечение оппортунистических инфекций не полностью покрываются из средств Государственного фонда пациентов. ВИЧ-инфицированные пациенты имеют возможность выбрать медицинский центр по месту жительства. Лечение ВИЧ-инфицированным предоставляется бесплатно. Также доступны услуги частной медицины, однако, стоимость таких услуг достаточно высока и позволить себе их может лишь незначительное число пациентов.

Стратегия контроля ТБ описана в Государственной программе профилактики и контроля туберкулеза на 2007–2010 годы, одобренной Правительством Литовской Республики 23 мая 2007 года. В конце 2007 года в Литве насчитывалось 9 специализированных ТБ больниц и 6 поликлиник. Семейные врачи (врачи общей практики), врачи внутренних болезней и педиатры должны поставить предварительный диагноз ТБ и направить пациента к специалисту (специалистам по ТБ, пульмонологам) согласно одобренному алгоритму, а также организовать лечение пациентов с ТБ, направленных к ним специалистами. Регулярно проходит тестирование пациентов с ТБ на ВИЧ – 55% больных ТБ прошли тестирование в 2005 году (база данных Литовского центра СПИДа и Литовского регистра ТБ). ВИЧ-позитивные пациенты, проходящие соответствующее лечение, исследуются на предмет проявления симптомов ТБ. Если есть основания считать, что пациент болен ТБ, такой пациент направляется в специальную клинику.

ПРЕДПОСЫЛКИ И ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной целью исследования является оценка уровня распространения ВИЧ, гепатита В и С, маркеров сифилиса и ТБ, а также соответствующего рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков в Риге (Латвии), Вильнюсе (Литва) и Таллинне (Эстония).

Конкретные цели

- 1) Оценка уровня распространения ВИЧ, гепатита В и С и маркеров сифилиса среди ПИН.
- 2) Оценка факторов риска, связанных с ВИЧ (сексуальное поведение, знания о способах передачи ВИЧ, модели употребления наркотиков, социально-экономический статус и т.п.).
- 3) Сбор данных от ПИН относительно их участия в программах снижения вреда, лечения наркотической зависимости и т.п., а также о пребывании в местах заключения.
- 4) Оценка уровня распространения среди ПИН маркеров инфекции *M. tuberculosis* (MTB).

Одобрение комитета по этике

Исследование было одобрено следующими комитетами по этике:

- 1) Таллинн – Таллиннский Комитет по этике медицинских исследований
- 2) Рига – Комитет по этике Государственного агентства по борьбе с ТБ и легочными заболеваниями
- 3) Вильнюс – Литовский Комитет по биоэтике

МЕТОДЫ

В 2007 году в столицах Эстонии, Латвии и Литвы было проведено перекрестное анонимное исследование ПИН с привлечением респондентов для получения выборки.

ОТБОР РЕСПОНДЕНТОВ

1. Места проведения отбора

Отбор респондентов, собеседования и сбор анализов крови проводились:

- 1) в Таллинне в помещениях неправительственной организации *Convictus Eestli* (программа обмена шприцев)
- 2) в Риге в помещениях Консультационного кабинета СПИДа Агентства Общественного Здоровья и неправительственной организации *DIA+LOGS*
- 3) в Вильнюсе в помещениях кабинета снижения вреда Литовского Центра СПИДа.

2. Квалификационные критерии

ПИН могли принять участие в исследовании, если

- 1) они говорили на эстонском, латышском, литовском или русском языках,
- 2) им было 18 или более лет,
- 3) они употребляли инъекционные наркотики в течение последних двух месяцев,
- 4) были способны предоставить информированное согласие,
- 5) ранее не участвовали в собеседованиях для этого исследования.

Для того, чтобы убедиться в том, что респонденты являются активными ПИН, их кожу изучали на предмет наличия отметин от инъекций и/или их просили описать процесс приготовления наркотиков для инъекции.

3. Стратегия отбора респондентов

Для того, чтобы обеспечить широкий охват ПИН и уменьшить влияние факторов, вызванных набором ПИН только из программ лечения / профилактики, использовался метод проводимой респондентами выборки (ПРВ) (Heckathorn DD, 1997, 2002). Этот метод оказался особенно полезным для скрытых групп респондентов, поскольку основы составления выборки не существует, т.к. размер и границы таких групп респондентов еще не известны. Предыдущие исследования (Heckathorn DD, 1997, 2002) продемонстрировали перспективность метода ПРВ для набора ПИН. Выборка по методу ПРВ осуществлялась тщательно для того, чтобы представить демографический профиль, а также социальное и географическое разнообразие ПИН в Риге, Таллинне и Вильнюсе.

Количество выборок:

- 1) Таллинн 6
- 2) Рига 8 (по 4 в каждом из центров)
- 3) Вильнюс 6

Основные характеристики выборок см. в Приложении.

Во избежание дублирования данных были изучены биометрические данные каждого респондента (объем запястий, длина руки от локтя до среднего пальца), а также их персональные характеристики (пол, национальность, возраст). Специальный проверяющий был ответственен за сопоставление данных и их ежедневную проверку, чтобы убедиться, что в выборку не попали повторы.

4. Мотивация для участия в исследовании

В ходе проведения исследования использовалась двойная система мотивации – первичная мотивация побуждала пройти собеседование, а вторичная – привлечь к исследованию других ПИН. Каждый участник мог привлечь максимум трёх новых участников.

Вознаграждение передавалось участнику сразу после проведения собеседования и после того, как собеседование прошел привлеченный им человек. Система вторичной мотивации была реализована в виде специальных купонов, причем для получения вознаграждения участник должен был вернуться на место проведения исследования.

1) В Таллинне за прохождение собеседования участники получали подарочные карты на продукты в супермаркетах стоимостью 6,4 евро (100 ЕЕК), а за привлечение нового участника подарочные карты на продукты стоимостью 3,2 евро (50 ЕЕК). Таким образом, максимальная выгода от участия в исследовании могла составить 16 евро (250 ЕЕК).

2) В Риге за прохождение собеседования участники получали подарочные карты супермаркетов стоимостью в 7 евро (5 LVL), и подарочные карты такой же стоимости за привлечение нового участника. Таким образом, максимальная выгода от участия в исследовании могла составить 29 евро (20 LVL). Если респондент, у которого в ходе проведения исследования был выявлен ТБ, обращался для прохождения дополнительного обследования в Государственное агентство по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями, он получал подарочную карту стоимостью в 7 евро (5 LVL).

3) В Вильнюсе за прохождение собеседования участники получали подарочные карты на продукты в супермаркетах стоимостью 5,4 евро (20 LTL), и подарочные карты такой же стоимости за привлечение нового участника. Таким образом, максимальная выгода от участия в исследовании могла составить 21,6 евро (80 LTL).

5. Число набранных участников

- 1) Таллинн – 350
- 2) Рига – 407
- 3) Вильнюс – 400

6. Период сбора данных

Сбор данных осуществлялся:

- 1) в Таллинне: май – июнь 2007 года
- 2) в Риге: сентябрь – декабрь 2007 года
- 3) в Вильнюсе: октябрь 2007 – январь 2008 года

ПОКАЗАТЕЛИ

1. Поведенческая информация

Для сбора поведенческой информации интервьюеры использовали структурированный вопросник. Вопросник был основан на версии вопросника 2b(rev.2) второй фазы исследования Употребления инъекционных наркотиков WHO (Des Jarlais 2006). Собранные на стадии экспресс-оценки (12 – 13 октября 2006 года) информация использовалась для адаптации инструментария к местным условиям. С тем, чтобы освободить место для нового материала, некоторые предыдущие части были устранены или сокращены (чтобы вопросник не оказался неприемлемо длинным).

Адаптированный вопросник прошел испытания среди местных ПИН.

Вопросник охватывал следующие области:

- Квалификационные критерии, информация о собеседовании и отборе (Раздел А);
- Демографические и социально-экономические характеристики (Раздел В);
- Употребление наркотиков и опыт недавнего употребления наркотиков инъекционным путём (Разделы D и F);
- Рискованное поведение в связи с ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков (Разделы E и M);
- Контакты с полицией и информация о тюремном заключении (Раздел С);
- Сексуальное поведение, проституция (Раздел H);
- Предыдущее тестирование на ВИЧ, статус ВИЧ (Разделы K и L);
- История лечения наркотической зависимости (Раздел С);
- Знания о СПИДе и изменении поведения (Раздел J);
- Контакты с услугами по профилактике ВИЧ и снижению вреда (Раздел M).

Собеседование длилось около 40 минут и проводилось на латышском, эстонском, литовском и русском языках.

2. Анализы

Образцы венозной крови изучались на выявление маркеров ВИЧ, гепатита В и С, а также ТБ.

Лабораторные исследования проводились с использованием следующих методов:

1) Антитела ВИЧ

- в Риге - Vironostika HIV Uni-Form II Ag/Ab, BIOMERIEUX и Genscreen Plus HIV Ag-Ab, BioRad, Франция; все положительные случаи подтверждались при помощи аналогичных тестов (второй анализ)
- в Таллинне - VIRONOSTIKA HIV Uniform II Ag/Ab, BioMerieux; положительные случаи подтверждались при помощи INNO LIA HIV I/II Score Westernblot
- в Вильнюсе - VIRONOSTIKA HIV Uniform II Ag/Ab, BioMerieux; положительные случаи подтверждались при помощи INNO LIA HIV I/II Score Westernblot

2) Гепатит В

а) мембранный антиген гепатита В

- в Риге - ETI-MAK-4 HBsAg; DiaSorin, ASV-Италия или AxSYM система HBs Ag (V2); ABBOTT, США
- в Таллинне - ETI-MAK-4 HBsAg; DiaSorin, ASV-Италия

б) антитела anti-HBc

- в Риге – Enzygnost Anti-HBc моноклональный; DADE Behring, Германия или AxSYM система CORE; ABBOTT, США
- в Таллинне - ETI-AB-COREK Plus (ядро anti-HBc), DiaSorin
- в Вильнюсе – Monolisa anti-HBc plus; Bio-Rad, Франция

3) Гепатит С

- в Риге - MONOLISA anti-HCV PLUS версия 2.; BIORAD, Франция или AxSYM система HCV версия 3.0.; ABBOTT, США
- в Таллинне - ETI-AB-HCVK-3 (anti-HCV), DiaSorin
- в Вильнюсе – Ortho HCV 3.0 ELISA; Ortho Clinical Diagnostics, США

4) Сифилис (RPR)

- в Риге – метод RPR
- в Таллинне – метод RPR
- в Вильнюсе – метод RPR

5) Туберкулёз. Для оценки инфекции *M. tuberculosis*:

- в Риге - QuantiFERON-TB Gold, Cellestis Europe
- в Таллинне - QuantiFERON-TB Gold, Cellestis Europe
- в Вильнюсе все участники тестировались на TB IgG (Panthozyme MYCO IgG; Omega Diagnostics Ltd, Великобритания).
Позитивные случаи проходили повторное тестирование при помощи QuantiFERON-TB Gold.

ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ ДАННЫХ

В ходе проведения собеседований интервьюеры заполняли вопросники и проверяли их непосредственно после собеседования. Заполненные вопросники собирались, проверялись и ежедневно просматривались на предмет выявления неточностей. Все данные вводились дважды, а затем наборы данных сверялись для выявления и исправления неточностей. Проверенные таким образом наборы проходили простую диапазонную проверку для обеспечения высокого качества данных. Статистический анализ осуществлялся при помощи SPSS 14.0 или 16.0 для Windows, или при помощи STATA 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические характеристики

Пол и возраст

Средний возраст участников в Таллинне (26,5 лет) был несколько ниже, чем в Риге и Вильнюсе (29,9 и 30,5 лет, соответственно) (Таблица 3).

Доля мужчин в исследовании была существенно ниже в Риге (70%; 95% CI 66–75%) в сравнении с Вильнюсом (82%; 95% CI 79–86%) и Таллинном (84%; 95% CI 80–88%) (Таблица 4).

Таблица 3. Возрастное распределение по странам

Возрастная группа	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
≤19	26	7,4	27	6,6	9	2,3
20–24	109	31,2	95	23,3	63	15,7
25–29	125	35,7	111	27,3	135	33,7
≥30	90	25,7	174	42,8	193	48,3
Средний возраст (минимальный и максимальный)	26,5 (17–54)		29,9 (17–55)		30,5 (18–57)	
Медианный возраст	26,0		28,0		29,0	

Таблица 4. Половое распределение, по странам

Пол	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Мужской	294	84,0	286	70,3	329	82,3
Женский	56	16,0	121	29,7	71	17,7

Национальность

Доля участников некоренной национальности была наивысшей в Таллинне (85% участников не являлись этническими эстонцами) и наиболее низкой в Вильнюсе (57% участников не являлись этническими литовцами) (Таблица 5). В Литве наиболее распространенными представителями других национальностей были поляки (n=75), белорусы (n=7) и цыгане (n=6). В Таллинне наиболее распространенными представителями других национальностей были украинцы (n=5), в Риге украинцы (n=8), белорусы (n=6) и поляки (n=5).

Таблица 5. Этническое распределение по странам

Национальность	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Русские	286	81,7	217	53,3	130	32,5
Эстонцы/латыши/литовцы	53	15,2	159	39,1	173	43,3
Другие	11	3,1	31	7,6	96	24,0

Образование

35% процентов респондентов в Риге, 36% в Вильнюсе и 53% в Таллинне сообщили, что имеют менее 9 лет образования (Таблица 6).

Таблица 6. Распределение участников по уровню образования (высший уровень формального образования) по странам

Образование	ТАЛЛИНН (n=349)		РИГА (n=394)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Основное	186	53,3	136	34,5	177	44,3
Среднее	88	25,2	167	42,4	172	43,0
Среднее-специальное	67	19,2	75	19,0	43	10,7
Высшее	8	2,3	16	4,1	8	2,0

Доход

Постоянная или временная работа являлась основным источником дохода в течение последних 4 недель для 24% участников в Вильнюсе, 54% участников в Таллинне и 73% в Риге (Таблица 7). Попрошайничество и проституция крайне редко указывались в качестве источника дохода. Для 5% участников в Риге, 32% участников в Таллинне и 38% участников в Вильнюсе кражи, ограбления и воровство являлись основным источником дохода в течение последних 4 недель (Таблица 7).

Таблица 7. Доход по странам

Источник дохода	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Постоянная работа	92	26,3	140	34,4	41	10,3
Временная работа	95	27,2	156	38,3	54	13,5
Предприниматель физическое лицо	-	-	6	1,5	3	0,8
Государственное пособие	18	5,1	29	7,1	78	19,5
Доход супруга/супруги, родственника или друга	13	3,7	37	9,1	28	7,0
Студенческие стипендии/гранты	-	-	1	0,2	1	0,3
Попрошайничество	2	0,6	2	0,5	1	0,3
Продажа наркотиков	2	0,6	-	-	0	-
Проституция	-	-	-	-	13	3,2
Кражи, ограбления или воровство	112	32,0	19	4,7	153	38,2
Доход родителей	12	3,4	14	3,4	27	6,7

Семейное положение

По меньшей мере половина участников во всех трех странах были холосты (не замужем) (Таблица 8). 5% участников в Таллинне, 9% участников в Вильнюсе и 10% участников в Риге на момент проведения исследования состояли в браке (Таблица 8).

Таблица 8. Семейное положение

Семейное положение	ТАЛЛИНН (n=347)		РИГА (n=402)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Состоит в законном браке	16	4,6	39	9,7	34	8,5
Гражданский брак	64	18,4	109	27,1	54	13,5
Вдова/вдовец	9	2,6	5	1,2	2	0,5
Не живёт с супругом/супругой	10	2,9	44	10,9	9	2,3
Разведен(а)	1	0,3	5	1,2	46	11,5
Холост/не замужем	247	71,2	200	49,9	255	63,7

Место проживания

Большинство опрошенных (90% в Вильнюсе, 91% в Таллинне, 96% в Риге) проживали в доме или квартире, которыми они владели, или которые снимали, а 0,7% в Риге, 3% в Таллинне и 6% в Вильнюсе не обладали местом жительства (постоянным адресом) (Таблица 9).

Таблица 9. Основное место проживания в течение последних 6 месяцев

Основное место проживания	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=406)		ВИЛЬНЮС (n=390)	
	n	%	n	%	n	%
Собственный дом или квартира	52	14,8	134	33,0	63	15,7
Съемный дом или квартира	68	19,4	124	30,6	31	7,7
Съемная комната (по дням)	3	0,9	3	0,7	1	0,3
Чья-то еще квартира	200	57,1	130	32,0	266	66,5
Приют, социальное жилье	9	2,6	2	0,5	6	1,5
Нет постоянного адреса	9	2,6	3	0,7	22	5,5
В тюрьме	2	0,6	4	1,0	1	0,3
Другой ответ	7	2,0	6	1,5	-	-

Употребление наркотиков

Начало употребления запрещенных наркотических веществ

71% участников в Риге, 68% в Таллинне и 43% участников в Вильнюсе употребляли запрещенные вещества иным способом, до того, как начали делать себе инъекции (Таблица 10). Средний возраст начала употребления наркотиков до начала ввода наркотиков путем инъекций:

- Таллинн – 16,3 лет (диапазон 9–40 лет; медианный возраст 16,0 лет)
- Рига – 17,3 лет (диапазон 8–36 лет; медианный возраст 16,0 лет)
- Вильнюс – 17,4 лет (диапазон 12–27 лет; медианный возраст 17,0 лет)

Таблица 10. Употребление запрещенных наркотических веществ (в немедицинских целях) до начала употребления инъекционным способом

	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=388)	
	n	%	n	%	n	%
Употребление наркотиков иным способом	238	68,0	290	71,3	166	42,8

Средний возраст начала употребления наркотиков путем инъекций указан в Таблице 11.

Таблица 11. Средний возраст начала употребления наркотиков в немедицинских целях путем инъекций по странам

	ТАЛЛИНН	РИГА	ВИЛЬНЮС
Средний возраст	18,7	20,2	20
Диапазон	10–42	12–40	12–36
Медианный возраст	18,0	19,0	19,0

Таблица 12. Продолжительность употребления наркотиков путем инъекций (в годах) по странам

Продолжительность употребления наркотиков путем инъекций (в годах)	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=401)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
<3	38	10,9	67	16,7	18	4,5
3–5	64	18,3	56	13,9	37	9,3
6–10	158	45,1	143	35,7	171	42,8
>10	90	25,7	135	33,7	174	43,5
Средняя продолжительность (в годах, SD)	7,9 (SD 4,4)		9,7 (SD 7,6)		10,4 (SD 5,0)	

В Риге результаты опроса среди женщин свидетельствуют о меньшей продолжительности употребления наркотиков путем инъекций (менее 3 лет), чем среди мужчин ($p < 0,006$). В Таллинне не наблюдалось отличий в продолжительности употребления наркотиков путем инъекций в разбивке по полам.

Частота инъекций и вводимые наркотики

Не все опрошенные употребляли инъекционные наркотики ежедневно. Среднее число дней в течение последних четырех недель, когда участники употребляли инъекционные наркотики, составляло:

- 27,3 дней в Вильнюсе (диапазон 4–30 дней, медиана 30 дней);
- 22,1 дней в Таллинне (диапазон 1–28 дней, медиана 28 дней);
- 12,7 дней в Риге (диапазон 0–31 день, медиана 10 дней).

Доля ежедневно употреблявших инъекционные наркотики в течении последних 4 недель:

- в Таллинне 60,7% (95% CI 55,5–65,9)
- в Риге 27,1% (95% CI 22,6–31,6)
- в Вильнюсе 76,3 (95% CI 70,7–78,9)

Среднее количество инъекций в день (если участник употреблял наркотики инъекционным путем):

- 3,2 в Таллинне (диапазон 1–15; медиана 3,0);
- 2,1 в Вильнюсе (диапазон 1–3; медиана 2,0);
- 1,8 в Риге (диапазон 0–8; медиана 2,0).

В Таллинне основными наркотиками, употребляемыми инъекционным путем, являлись синтетические опиаты, в особенности фентанил или триметилфентанил, который употребляли 73% участников (Таблица 13). В Риге и Вильнюсе не было участников, употреблявших фентанил инъекционным путем. В Риге основным инъекционным наркотиком были героин (45% участников) и амфетамин (44% участников). В Вильнюсе основными инъекционными наркотиками были опий (58%) и героин (32%).

Таблица 13. Основные наркотики, употребляемые инъекционным путем, за последние четыре недели по странам

Основной наркотик	ТАЛЛИНН (n=344)		РИГА (n=385)		ВИЛЬНЮС (n=397)	
	n	%	n	%	n	%
Героин	4	1,2	173	44,9	128	32,2
«Белый китаец» (фентанил) или «белый перс» (триметилфентанил)	249	72,4	-	-	-	-
Амфетамин	90	26,1	169	43,9	35	8,8
Ханка / опий *	-	-	20	5,2	231	57,8
Кокаин	-	-	1	0,3	-	-
Судафед	1	0,3	-	-	3	0,8
Эфедрин	-	-	22	5,7	-	-

* жидкая производная опийной маковой соломки

В Таллинне лица моложе 20 лет делали инъекции амфетамина чаще, чем лица 20 лет и старше ($p < 0,001$). Аналогичная ситуация наблюдалась в Латвии ($p = 0,02$). Группы лиц более старшего возраста более часто употребляли героин.

В Риге различия отмечались также в связи с разбивкой по полу – женщины чаще использовали амфетамин, чем мужчины ($p = 0,03$), а мужчины чаще использовали героин. В Таллинне не наблюдалось различий в типах употребляемых наркотиков в связи с половыми различиями. В Литве не наблюдалось различий в основных употребляемых инъекционных наркотиках в связи с полом и возрастом участников.

В Риге лица, употребляющие амфетамин, отмечали менее продолжительное время инъекционного употребления (менее 3 лет), чем лица, употребляющие героин ($p < 0,001$). Аналогично в Таллинне – лица, употребляющие амфетамин, отмечали менее продолжительное время инъекционного употребления (менее 3 лет), чем лица, употребляющие фентанил ($p < 0,02$).

Рискованное поведение при инъекциях

Совместное использование принадлежностей для инъекций

31% участников в Риге, 25% в Таллинне и 2% в Вильнюсе сообщили о совместном использовании шприцев и/или игл в течение последних четырех недель (Таблица 14).

Таблица 14. Совместное использование шприцев и/или игл в течение последних четырех недель по странам

Доля людей, совместно использующих шприцы и/или иглы	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Доля людей, совместно использующих шприцы и/или иглы	88	25,1	124	30,5	8	2,0

ВИЧ и гепатит В и С передаются также путем совместного использования и других принадлежностей для осуществления инъекций помимо шприцев и игл. Например, в Таллинне 21% сообщили о введении раствора наркотика из одного шприца в другой; 17% сообщили о совместном использовании ложек/ампул; 9% сообщили о совместном использовании фильтров/ткани; 24% сообщили о совместном использовании принадлежностей для смешивания. Суммарно 42% сообщили о совместном использовании, как минимум, одного из этих предметов (Таблица 14). В Риге о совместном использовании, как минимум, одного из этих предметов сообщили 61% участников (Таблица 15).

Таблица 15. Совместное использование принадлежностей для инъекций в течение последних четырех недель по странам (доля, %)

	ТАЛЛИНН (n=350)	РИГА (n=407)	ВИЛЬНИОС (n=400)
Шприцы/иглы	25,1	30,5	2,0
Ведение раствора наркотика из одного шприца в другой	21,1	16,0	2,5
Ложки/ампулы	17,1	44,7	2,0
Фильтры/ткань	9,4	30,5	2,3
Принадлежности для смешивания	23,7	39,3	2,5
Любая комбинация вышеперечисленного	58,1	53,8	2,0

Доля сообщивших о совместном использовании шприцев/игл в течение последних шести месяцев составляет:

- 45% в Риге (n=184);
- 35% в Таллинне (n=124);
- 5% в Вильнюсе (n=20).

24% участников в Риге (92 человека из 384), 13% в Таллинне (40 человек из 325) и 6% в Вильнюсе (23 человека из 400) сообщили, что во время первой инъекции они использовали стерильные шприцы/иглы.

Источники получения совместно используемых игл в течение последних 6 месяцев указаны в Таблице 16, а причины совместного использования приведены в Таблице 17. Во всех трех странах основным источником получения совместно используемых шприцев является близкий друг, а основной причиной такого использования – нехватка шприцев и тщательный выбор лиц, совместно с которыми используются шприцы.

Таблица 16. Источники получения совместно используемых игл в течение последних 6 месяцев (среди тех, кто сообщил о совместном использовании шприцев/игл в течение последних 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН (n=124)		РИГА (n=184)		ВИЛЬНИОС (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
Источники получения совместно используемых шприцев/игл						
Постоянный сексуальный партнер	46	37,7	56	30,4	0	0
Родственник	8	6,6	17	9,2	5	25,0
Близкий друг	78	63,9	103	56,0	15	75,0
Дилер	8	6,6	15	8,2	13	65,0
Кто-то, кого участники не знали особенно хорошо	42	34,4	32	17,4	11	55,0

Таблица 17. Причины совместного использования шприцев/игл (среди тех, кто сообщил о совместном использовании шприцев/игл в течение последних 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН (n=123)		РИГА (n=184)		ВИЛЬНИОС (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
Причины						
На меня оказывали давление другие люди	4	3,3	2	1,1	2	10
Я думал, что это безопасно, поскольку я почистил шприцы/иглы	53	43,1	59	32,1	9	45
Я внимательно слежу за тем, с кем я совместно использую шприцы/иглы	93	75,6	92	50,0	8	40
Я был в тюрьме	25	20,3	20	10,9	2	10
У меня не было собственных игл и/или шприцев	107	87,0	134	72,8	7	35
Иглы и шприцы нелегко найти	24	19,5	22	12,0	-	-
Иглы и шприцы дорого стоят	25	20,3	8	4,3	-	-

Передозировки

44% участников в Риге, 48% в Вильнюсе и 63% в Таллинне сообщили, что испытывали передозировку инъекционных наркотиков. Количество случаев передозировки указано в Таблице 18. Большое количество передозировок в Таллинне может быть связано с употреблением фентанила, дозировки которого труднее соблюдать.

Таблица 18. Количество передозировок (среди тех, у кого они были) по странам

	ТАЛЛИНН (n=222)		РИГА (n=174)		ВИЛЬНЮС (n=190)	
	n	%	n	%	n	%
Один раз	43	19,4	57	32,8	63	33,2
Два раза	42	18,9	45	25,9	69	36,3
3–5 раз	80	36,0	56	32,2	49	25,8
6–10 раз	27	12,2	8	4,6	6	3,2

Использование услуг по профилактике, снижению вреда и медицинских услуг

Источник стерильных игл

Основным источником новых и стерильных игл в течение последних 6 месяцев в Таллинне являлась программа обмена шприцев (для 42 % участников) или аптеки в Риге (87%) и Вильнюсе (61%) (Таблица 19).

Таблица 19. Основной источник новых игл и шприцев в течение последних 6 месяцев по странам

Основной источник	ТАЛЛИНН (n=344)		РИГА (n=392)		ВИЛЬНЮС (n=244)	
	n	%	n	%	n	%
Аптека	133	38,7	341	87,0	148	60,7
Больница	-	-	1	0,3	-	-
Уличный работник или мобильный ПОШ	50	14,5	14	3,6	30	12,3
Половой партнер	-	-	1	0,3	1	0,4
Член семьи, не сексуальный партнер	1	0,3	-	-	-	-
Друзья	14	4,1	2	0,5	-	-
Дилер	1	0,3	-	-	15	6,1
Программа обмена игл/шприцев	145	42,1	33	8,4	50	20,5

Программы обмена шприцев

В Риге 43% участников сообщили, что принимали участие в программе обмена шприцев, в Таллинне этот показатель составлял 82% а в Вильнюсе 98% участников.

В Таллинне ПИН со стажем менее 3 лет реже пользовались услугами программы обмена шприцев, чем лица, употребляющие наркотики в течение более продолжительного времени ($p=0,004$). Употребляющие фентанил чаще посещали пункт обмена шприцев, чем употребляющие амфетамин ($p=0,008$). Не наблюдалось существенных различий на основе пола и возраста.

В Риге ПИН со стажем менее 3 лет реже пользовались услугами программы обмена шприцев, чем лица, употребляющие наркотики в течение более продолжительного времени ($p=0,04$). Употребляющие героин чаще посещали пункт обмена шприцев, чем употребляющие амфетамин ($p=0,009$). Не наблюдалось существенных различий на основе пола и возраста.

Лечение наркотической зависимости

В Таллинне 39% ($n=136$) участников хотя бы раз в жизни проходили лечение от наркотической зависимости, в Риге такой показатель составляет 41% ($n=165$), в Вильнюсе 55% ($n=220$). На момент проведения исследования 16% участников в Таллинне ($n=22$) проходили то или иное лечение (% от числа тех, кто лечился от наркотической зависимости хотя бы раз в жизни). В Риге и Вильнюсе доля таких участников составила, соответственно, 18% ($n=30$) и 23% ($n=51$).

Виды лечения обозначены в Таблице 20.

Таблица 20. Виды лечения по странам (n)

ВИД ЛЕЧЕНИЯ	ТАЛЛИНН (n=22)	РИГА (n=30)	ВИЛЬНЮС (n=51)
Не медицинское лечение (консультирование амбулаторных больных / психотерапия)	1	7	5
Краткосрочная детоксикация (метадон/ бупренорфин)	10	4	1
Долгосрочная детоксикация (метадон/ бупренорфин)	9	11	45
Реабилитация с прохождением стационарного лечения	-	2	-
Группы поддержки	-	1	-

Охват медицинским страхованием

В Риге расходы на медицинские услуги покрываются из средств Государственного агентства обязательного медицинского страхования. Чтобы получить бесплатный доступ к медицинским услугам необходимо зарегистрироваться у семейного врача. Для регистрации необходимо иметь постоянное (заявленное) место жительства. 78% участвовавших в данном исследовании ПИН были зарегистрированы у семейных врачей и имели право на получение бесплатных медицинских услуг.

В Таллинне расходы на медицинские услуги покрываются из Эстонской Больничной кассы. Каждый официально трудоустроенный человек обладает медицинской страховкой. Кроме того, медицинское страхование распространяется на всех детей в возрасте до 19 лет, всех пенсионеров, беременных женщин (с 12 недели беременности) и на некоторые другие группы лиц. Приблизительно 96% населения обладает медицинской страховкой. 43% участвовавших в нашем исследовании ПИН обладали медицинской страховкой.

В Вильнюсе 35% опрошенных ПИН располагали государственным медицинским страхованием. Литовский Закон о системе здравоохранения (помимо прочих групп пациентов, имеющих доступ к государственным медицинским услугам) определяет, что медицинскими услугами могут пользоваться: лица с ТБ, инфекциями, передающимися половым путём (ИППП), страдающие от алкогольной и наркотической зависимости, а также от других болезней, указанных в списке, определенном Министерством здравоохранения (47 str. 2d. 7 p.). Закон о медицинском страховании перечисляет группы лиц, застрахованных за государственный счет. Среди них находятся лица, страдающие от инфекционных заболеваний, представляющих опасность для общества, определенных Министерством здравоохранения (ст. 6.4.11) (ВИЧ указан первым в списке таких заболеваний).

Тюремное заключение

Доля участников, когда-либо отбывавших заключение в тюрьме, составляла в Вильнюсе 71% (n=283), в Таллинне 58% (n=204) и в Риге 45% (n=184). Из тех, кто отбывал заключение в тюрьме 27% респондентов в Вильнюсе, 44% в Риге и 45% в Таллинне сообщили, что употребляли в тюрьме инъекционные наркотики.

Сексуальное поведение и связанные с ним риски

Подавляющее большинство респондентов были гетеросексуальной ориентации (Таблица 21). За последние 6 месяцев сексуально активными (вагинальный, анальный или оральный секс) были 73% (n=256) участников в Таллинне, 81% (n=331) в Риге и 87% (n=349) в Вильнюсе. Число половых партнеров за последние 12 месяцев представлено в Таблице 22.

Таблица 21. Сексуальная ориентация по странам

	ТАЛЛИНН (n=341)		РИГА (n=381)		ВИЛЬНЮС (n=392)	
	n	%	n	%	n	%
Гетеросексуальны	333	97,7	353	92,7	389	99,2
Гомосексуальны (геи или лесбиянки)	3	0,9	2	0,5	3	0,8
Бисексуальны	8	2,4	26	6,8	0	0

Таблица 22. Число половых партнеров за последние 12 месяцев по странам

	ТАЛЛИНН (n=347)		РИГА (n=376)		ВИЛЬНЮС (n=390)	
	n	%	n	%	n	%
Сексуальных контактов не было	69	19,9	36	9,6	51	13,1
1 партнер	122	35,2	179	47,6	200	51,3
2 или более партнеров	156	44,9	161	42,8	139	35,6

Основные партнеры

В Таблицах 23–25 представлены данные о числе основных партнеров, использовании презервативов во время секса с основными партнерами, а также о наличии у основного партнера подтвержденного статуса ВИЧ/гепатита.

Таблица 23. Количество основных партнеров за последние шесть месяцев (среди вступавших в половые акты) по странам

	ТАЛЛИНН (n=256)		РИГА (n=286)		ВИЛЬНЮС (n=189)	
	n	%	n	%	n	%
Основных партнеров нет	84	32,8	4	1,4	0	0
1 партнер	142	55,5	215	75,2	173	91,5
2 или более партнеров	30	11,7	67	23,4	16	8,5

Таблица 24. Как часто в течение шести последних месяцев во время полового акта с основным партнером (партнерами) использовались презервативы по странам

	ТАЛЛИНН (n=172)		РИГА (n=282)		ВИЛЬНЮС (n=189)	
	n	%	n	%	n	%
Всегда	57	33,1	55	19,5	20	10,6
Иногда	115	66,9	72	25,5	15	7,9
Никогда	-	-	155	55,0	154	81,5

Таблица 25. Основные партнеры с ВИЧ или гепатитом (среди вступавших в половые акты с основными партнерами за последние 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН		РИГА		ВИЛЬНЮС	
	n	%	n	%	n	%
Инфицированы ВИЧ	50 (из 166)	30,1	30 (из 269)	11,2	11 (из 189)	5,8
Инфицированы гепатитом	46 (из 152)	30,3	67 (из 269)	24,9	65 (из 189)	34,4

Случайные партнеры

В Таблицах 26–28 представлены данные о числе случайных партнеров, использовании презервативов во время секса со случайными партнерами, а также о наличии у того или иного случайного партнера подтвержденного статуса ВИЧ/гепатита.

Таблица 26. Количество случайных партнеров за последние шесть месяцев (среди вступавших в половые акты за последние 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН (n=252)		РИГА (n=105)		ВИЛЬНЮС (n=349)	
	n	%	n	%	n	%
Случайных партнеров нет	122	48,4	2	1,9	130	37,2
1 партнер	29	11,5	22	21,0	39	11,2
2 или более партнеров	101	40,1	81	77,1	180	51,6

Таблица 27. Как часто в течение шести последних месяцев во время полового акта со случайным партнером (партнерами) использовались презервативы по странам (среди вступавших в половые акты со случайными партнерами)

	ТАЛЛИНН (n=133)		РИГА (n=103)		ВИЛЬНЮС (n=219)	
	n	%	n	%	n	%
Всегда	79	59,4	49	47,6	23	10,5
Иногда	54	40,6	21	20,4	112	51,5
Никогда	-	-	33	32,0	84	38,4

Таблица 28. Случайные партнеры с ВИЧ или гепатитом (среди вступающих в половые акты со случайными партнерами за последние 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН		РИГА		ВИЛЬНЮС	
	п	%	п	%	п	%
Инфицированы ВИЧ	36 (из 130)	27,7	12 (из 94)	12,8	4 (из 219)	1,8
Инфицированы гепатитом	29 (из 125)	23,2	19 (из 94)	20,2	142 (из 219)	64,8

Источники получения презервативов

В Риге и Вильнюсе основным источником получения презервативов были аптеки, а в Таллинне – программа обмена шприцев (Таблица 29).

Таблица 29. Основной источник получения презервативов за последние четыре недели по странам (среди сексуально активных в течение последних 4 недель респондентов)

	ТАЛЛИНН (n=206)		РИГА (n=293)		ВИЛЬНЮС (n=277)	
	п	%	п	%	п	%
Основной источник						
Не использовали презервативы	46	22,3	125	42,7	204	73,6
Аптеки	37	20,0	97	33,1	8	2,9
Магазины / киоски	34	16,5	26	8,9	29	10,5
Программа обмена шприцев	80	38,8	24	8,2	27	9,4
Социальный работник	16	7,8	9	3,1	3	1
Презервативы приобрел партнер	3	1,5	12	4,1	6	2,2

Использование противозачаточных средств с основным партнером

48% участников в Риге, 40% в Таллинне и 58% в Вильнюсе сообщили, что со своим основным партнером они не пользуются противозачаточными средствами (Таблица 30). Основным методом контрацепции во всех трех странах являлись презервативы.

Таблица 30. Использование противозачаточных средств с основным партнером (среди вступающих в половые акты с основными партнерами за последние 6 месяцев) по странам

	ТАЛЛИНН (n=172)		РИГА (n=282)		ВИЛЬНЮС (n=189)	
	п	%	п	%	п	%
Основной метод						
Не использовались	69	40,1	134	47,5	110	58,2
Презервативы (мужчина или женщина)	78	45,3	122	43,3	35	18,5
Гормональные противозачаточные средства	21	12,2	31	11,0	26	13,8
Прочее	6	3,5	41	14,5	18	9,5

Использование общих игл и шприцев с половыми партнерами

2% (n=9) участников в Вильнюсе, 13% в Таллинне (n=46) и 18% в Риге (n=60) сообщили об использовании общих игл и/или шприцев со своими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев (из числа всех участников).

Проституция

5% участников в Вильнюсе (n=19), 3% в Риге (n=13) и 2% в Таллинне (n=7) сообщили о том, что когда-либо получали деньги, наркотики или другие вещи в обмен на секс.

В течение последних четырех недель один человек в трех странах сообщил о получении денег или наркотиков в обмен на секс один раз (из числа тех, кто сообщил о таком поведении), а 17 человек в Вильнюсе, 2 в Риге и 3 в Таллинне сообщили о получении денег или наркотиков в обмен на секс более, чем однажды.

Знания о профилактике ВИЧ/СПИДа

97% участников в Таллинне (n=341); 99% в Риге (n=401) и 99,8% в Вильнюсе (n=399) сообщили, что слышали о ВИЧ и СПИДе.

В Таблице 31 представлены данные знания ответов на три наиболее распространенных вопроса о передаче ВИЧ и профилактике заболевания.

Таблица 31. Доля людей, правильно ответивших на вопросы о ВИЧ и СПИДе (среди тех, кто слышал о ВИЧ и СПИДе)

	ТАЛЛИНН (n=341)		РИГА (n=401)		ВИЛЬНЮС (n=399)	
	n	%	n	%	n	%
Может ли человек защититься от ВИЧ при помощи презерватива?	329	96,5	370	92,3	378	94,7
Считаете ли вы, что человек может заразиться ВИЧ (вирус, который вызывает СПИД) и при этом выглядеть здоровым?	329	96,5	380	94,8	378	94,7
Может ли человек заразиться ВИЧ через шприц, который до этого использовал кто-то другой?	338	99,1	391	97,5	380	95,2
Правильные ответы на все 3 вопроса.	309	90,6	348	86,8	386	96,7

В Таблице 32 в разбивке по странам приведены названные участниками пути распространения ВИЧ.

Таблица 32. Способы заражения человека ВИЧ (среди тех, кто слышали о ВИЧ и СПИДе)

ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК	ТАЛЛИНН (n=341)		РИГА (n=401)		ВИЛЬНЮС (n=399)	
	n	%	n	%	n	%
Не знаю ни одного способа	3	0,9	5	1,2	1	0,3
Использование общих игл и / или шприцев	290	85,0	340	84,8	371	92,8
Совместное использование других принадлежностей для инъекционного употребления наркотиков / растворов наркотических веществ	183	53,7	299	74,6	183	45,8
Сексуальный контакт	270	79,2	358	89,3	253	63,3
Незащищенный сексуальный контакт	193	56,6	282	70,3	95	23,8
Вступление в контакт с зараженной кровью	115	33,7	298	74,3	225	56,3
Переливание крови / продуктов крови	42	12,3	245	61,1	55	13,5
Перинатально, от матери к ребенку	42	12,3	208	51,9	62	15,5

Доля участников, которые считали, что лечение ВИЧ эффективно, составила 50% в Таллинне, 46% в Вильнюсе и 45% в Риге. Доля тех, кто считал, что заразившись, сможет получить лечение, была ниже – 35% в Таллинне, 41% в Вильнюсе и 30% в Риге.

Инфекционные заболевания

В Таблице 33 обозначена доля участников (по странам), которые сообщили, что когда-либо болели инфекционным или заболеванием, передающимся половым путём.

Таблица 33. Доля когда-либо болевших следующими инфекционными заболеваниями по странам

ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ТАЛЛИНН (n=350)	РИГА (n=407)	ВИЛЬНЮС
Туберкулёз	2,0	8,1	7,5
Сифилис	2,3	3,9	ND
Гонорея	4,9	8,4	ND
Генитальный герпес	1,7	3,4	ND
Хламидиоз	4,0	4,2	ND
Гепатит	54,1	31,9	ND
ВИЧ	34,6	15,1	ND

Предыдущие анализы на ВИЧ и консультации

Большинство участников во всех трех странах хотя бы раз в жизни проверялись на ВИЧ (Таблица 34). Из тех, кто проверялся на ВИЧ, более половины участников в Риге и Таллинне сообщили о том, что перед анализами и после них им были предоставлены консультации (Таблица 35).

Таблица 34. Доля сообщивших о проверке на ВИЧ хотя бы раз в жизни и в течение последних 12 месяцев по странам (из всех участников)

	ТАЛЛИНН		РИГА		ВИЛЬНЮС	
	n	%	n	%	n	%
Проверка на ВИЧ хотя бы раз в жизни	297	84,6	292	71,7	379	94,8
Проверка на ВИЧ в течение последних 12 месяцев	199	56,9	180	44,2	290	72,5

Таблица 35. Консультации перед анализами и после них (из тех, кто проверялся на ВИЧ)

	ТАЛЛИНН (n=296)		РИГА (n=290)		ВИЛЬНЮС (n=379)	
	n	%	n	%	n	%
Консультаций не было	46	15,5	85	29,3	54	14,2
Консультации перед анализами	63	21,3	41	14,1	31	8,2
Консультации после анализов	12	4,1	5	1,7	10	2,6
Консультации перед анализами и после них	175	59,1	159	54,9	284	74,9

Результаты последних проверок на ВИЧ представлены в Таблице 36 (по сообщениям участников).

Таблица 36. Доля лиц получивших положительный результат во время проверки на ВИЧ (из тех, кто проходил проверку на ВИЧ) по странам (по сообщениям участников)

	ТАЛЛИНН (n=297)		РИГА (n=292)		ВИЛЬНЮС (n=379)	
	n	%	n	%	n	%
Лица, у которых последняя проверка на ВИЧ оказалась положительной	121	40,7	44	15,1	24	6,3

Предыдущие анализы на гепатит В и С

Многие участники хотя бы раз в жизни проходили проверку на наличие серологических маркеров гепатита В и С (Таблица 37). Доля таких участников особенно высока в Вильнюсе, где 88% проходили проверки на гепатит В и С.

Таблица 37. Доля тех, кто проходил проверку на гепатит В и С хотя бы раз в жизни и в течении последних 12 месяцев по странам (из всех участников)

	ТАЛЛИНН (n=350)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Проверка на гепатит В, хотя бы раз в жизни	230	65,7	195	47,9	339	84,8
Проверка на гепатит В в течение последних 12 месяцев	128	36,6	85	20,9	306	76,7
Проверка на гепатит С, хотя бы раз в жизни	226	64,6	212	52,1	361	90,3
Проверка на гепатит С в течение последних 12 месяцев	129	36,9	98	24,0	177	44,4

Таблица 38. Доля тех, результаты чьих последних проверок на гепатит В и С оказались положительными (из тех, кто проверялся на гепатит В и С) по странам

	ТАЛЛИНН		РИГА		ВИЛЬНЮС	
	n	%	n	%	n	%
Положительный тест на гепатит В	114	49,6	51	26,2	32	9,4
Положительный тест на гепатит С	121	53,5	114	53,8	288	79,8

Вакцинация от гепатита В

Доля тех, кто сообщил о прохождении вакцинации от гепатита В составляла в Таллинне 21%, в Риге 7% и в Вильнюсе 1,5%.

Антиретровирусная терапия

Доля проходивших антиретровирусную терапию (в % от числа тех, чей последний тест на ВИЧ оказался положительным):

- в Литве 4% (n=1);
- в Таллинне 13% (n=16);
- в Риге 23% (n=10).

Также см. Таблицу 36 в отношении статуса ВИЧ по сообщениям самих участников.

Результаты серологических тестов

Тесты на наличие антител ВИЧ

Уровень распространения ВИЧ среди участников был существенно выше в Таллинне (55%; 95% CI 50–60%), чем в Риге (22%; 95% CI 19–27%) или Вильнюсе (8%; 95% CI 5–11%) (Таблица 39).

Таблица 39. Тесты на наличие антител ВИЧ по странам

Результат анализа на ВИЧ	ТАЛЛИНН (n=347)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Положительный	192	55,3	92	22,6	32	8,0
Отрицательный	155	44,7	315	77,4	368	92,0

В Риге 57% из числа тех, кто в процессе исследования были определены, как ВИЧ-позитивные, сообщили, что их последний тест на ВИЧ показал аналогичный результат.

В Таллинне 63% из числа тех, кто в процессе исследования были определены, как ВИЧ-позитивные, сообщили, что их последний тест на ВИЧ показал аналогичный результат (120 из 192 ВИЧ-позитивных).

В Вильнюсе 75% из числа тех, кто в процессе исследования были определены, как ВИЧ-позитивные, сообщили, что их последний тест на ВИЧ показал аналогичный результат.

Тесты на наличие антител вирусного гепатита С

Уровень распространения гепатита С был наиболее низким в Риге (74%; 95% CI 70–79%). В Таллинне уровень распространения составил 90% (95% CI 91–96%), а в Вильнюсе 95% (95% CI: 93–97%).

Таблица 40. Тесты на наличие антител вирусного гепатита С по странам

Результат проверки на вирусный гепатит С	ТАЛЛИНН (n=347)		РИГА (n=406)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Положительный	327	93,4	302	74,2	379	94,8
Отрицательный	20	5,7	104	25,6	21	5,3

В Риге 55% из числа тех, чей результат в процессе исследования был определен, как положительный, сообщили, что их последний тест на гепатит С показал аналогичный результат.

В Таллинне 38% из числа тех, чей результат в процессе исследования был определен, как положительный, сообщили, что их последний тест на гепатит С показал аналогичный результат (124 из 327).

В Вильнюсе 90% из числа тех, чей результат в процессе исследования был определен, как положительный, сообщили, что их последний тест на гепатит С показал аналогичный результат.

Тесты на наличие антител вирусного гепатита В

Уровень распространения антител HBV-core был самым низким в Риге 56% (95% CI: 51–61%). В Таллинне уровень распространения составил 77% (95% CI: 72–81%), в Вильнюсе – 82% (95% CI: 78–86%).

Таблица 41. Результаты тестов на наличие антител HBV-core, по странам

Результаты тестов на наличие антител HBV-core	ТАЛЛИНН (n=349)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Положительный	268	76,8	227	55,7	328	82,0
Отрицательный	81	23,1	179	44,0	72	18,0

Данные об участниках с параллельными инфекциями ВИЧ, гепатита С и В, приведены в Таблице 42.

Таблица 42. Результаты тестов на ВИЧ и гепатит С и В по странам (из всех участников)

	ТАЛЛИНН (n=349)		РИГА (n=407)		ВИЛЬНЮС (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
ВИЧ-отрицательный, гепатит В – отрицательный, гепатит С – отрицательный	17	4,9	85	21	16	4
ВИЧ + гепатит В + гепатит С	164	47,4	63	15,6	27	6,8

Сифилис

Тесты 4% (n=18) участников в Риге, 9% (n=33) участников в Таллинне и 7% (n=28) участников в Вильнюсе показали наличие положительных маркеров сифилиса.

Туберкулёз

7 участников в Таллинне (2%), 30 участников в Вильнюсе и 33 в Риге (8%) сообщили о том, что когда-то болели туберкулёзом. В Таблице 43 приводятся данные о результатах гамма-интерферон тестирования (маркеры латентного туберкулёза).

Таблица 43. Результаты гамма-интерферон тестирования по странам

Результаты гамма-интерферон тестирования	ТАЛЛИНН (n=208)		РИГА (n=387)		ВИЛЬНЮС (n=102)*	
	n	%	n	%	n	%
Положительный	21	10,1	89	23,0	25	24,5
Отрицательный	186	89,4	276	71,3	77	75,5
Неопределенный	1	0,5	22	5,7	-	

* В Вильнюсе все участники проходили тестирование на ТБ IgG (Panthozyme MYCO IgG; Omega Diagnostics Ltd, UK). При выявлении положительного результата участники вновь проходили тест при помощи QuantiFERON-TB Gold. Приведены результаты только для тех, кто продемонстрировал положительный результат в тестировании на ТБ IgG.

В Таллинне уровень распространения латентного ТБ среди ВИЧ-положительных участников составил 9%, а среди ВИЧ-негативных – 12%. В Риге уровень распространения латентного ТБ среди ВИЧ-положительных участников составил 17%, а среди ВИЧ-негативных – 23%.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Во всех трех странах Балтии в 1990-е годы наблюдалось повышение уровня употребления инъекционных наркотиков, и это способствовало быстрому распространению ВИЧ, а также гепатита В и С.

На основе результатов данного исследования большинство ПИН в столицах трех Прибалтийских государств составляли молодые холостые мужчины. Участники наиболее старшего возраста были из Литвы (средний возраст – 30,5 лет), а наиболее младшего – из Таллинна (средний возраст – 26,5 лет). Существенная часть из них не являлись представителями коренной нации (русские, поляки, украинцы и т.д.). Многие ПИН хотя бы раз в жизни пребывали в тюремном заключении; менее четверти из них имели профессиональное или высшее образование. Для 24% участников в Вильнюсе, 54% участников в Таллинне и 73% участников в Риге постоянная или временная работа являлась основным источником дохода в течение последних 4 недель. Попрошайничество и проституция очень редко отмечались в качестве источника дохода (только в Вильнюсе). Для 5% участников в Риге, 32% участников в Таллинне и 38% участников в Вильнюсе кражи, ограбления и воровство являлись основным источником дохода в течение последних 4 недель. Исследование показало, что в Вильнюсе большее число участников пользовалось государственными пособиями (20%), чем в Риге и Таллинне. В Таллинне и Риге вдвое больше ПИН, чем в Вильнюсе, сообщили о том, что их основным источником дохода является постоянная или временная работа.

71% участников исследования в Риге, 68% в Таллинне и 43% в Вильнюсе употребляли запрещенные наркотические вещества иным способом до того, как начали делать себе инъекции. Средний возраст начала употребления наркотиков составил в Таллинне 16,3 лет, в Риге 17,3 лет и в Вильнюсе 17,4 лет. Это указывает на необходимость повышать профилактику употребления наркотиков среди детей и подростков посредством обучения в школе, обучения среди сверстников и других программ. Программы, нацеленные на молодежь, употребляющую наркотики, с целью предотвратить употребление инъекционных наркотиков также очень важны. Зачастую с такой молодежью затруднительно работать через школу – к работе необходимо привлекать различные организации по работе с молодыми людьми, входящими в группы риска, а также организации здравоохранения первичного уровня.

Средняя продолжительность употребления наркотиков инъекционным путём варьировалась от 7,9 лет в Таллинне до 10,4 в Вильнюсе. Наиболее распространенными инъекционными наркотиками в Таллинне являлись фентанил (72%) и амфетамин (26%). В Риге это были героин (45%) и амфетамин (44%). В Вильнюсе ханка (маковая жидкость) являлась основным инъекционным наркотиком для 57%, а героин для 32% участников. Амфетамин реже использовался в Вильнюсе в качестве основного инъекционного наркотика (9%). Участники исследования, употребляющие амфетамин, как правило, сообщили о меньшей продолжительности употребления наркотиков инъекционным путём (менее 3 лет), по сравнению с ПИН в Таллинне и Риге.

39% участников в Таллинне, 41% в Риге и 55% в Вильнюсе хотя бы раз в жизни проходили лечение от наркотической зависимости. Учитывая большое количество ПИН и относительно длительный период инъекционного употребления наркотиков, очевидно, что существует потребность повышать доступность и качество лечения от наркотической зависимости и реабилитации в т.ч. перорального лечения лиц, зависимых от наркотиков. Такие программы должны учитывать конкретные потребности лиц, употребляющих различные инъекционные наркотики (опиаты или стимуляторы). Программы обмена шприцев и консультационные кабинеты должны активно направлять клиентов на лечение и рекомендовать им программы реабилитации.

44% участников в Риге, 48% в Вильнюсе и 63% в Таллинне сообщили, что испытывали передозировку инъекционных наркотиков. Программы снижения вреда должны обращать внимание на профилактику передозировки и информировать ПИН о т.н. «более безопасных» дозах и способах введения наркотиков.

31% участников в Риге, 25% в Таллинне и 2% в Вильнюсе сообщили о совместном использовании шприцев и/или игл в течение последних четырех недель. Помимо этого, многие сообщили о совместном использовании прочих принадлежностей для инъекций. Было ясно продемонстрировано, что совместное использование принадлежностей для инъекций может являться существенным способом передачи ВИЧ и гепатита С. Хаган и его коллеги обнаружили, что 54% случаев гепатита С среди тех, кто не использовал совместно шприцы, связаны с совместным использованием принадлежностей для инъекций (Hagan 2001). Программы, направленные на уменьшение вероятности передачи ВИЧ и гепатита С среди ПИН, должны будут сфокусироваться на предотвращении совместного использования любых принадлежностей для инъекций, а также игл и шприцев. Распространение информации и консультирование являются важной частью выполнения такой задачи. По возможности, также следует распространять стерильные и т.н. «более безопасные» принадлежности. Программы, нацеленные на ПИН с меньшим стажем также важны, поскольку такие ПИН с меньшей вероятностью связаны с профилактическими услугами, но при этом практикуют инъекционное введение наркотиков и рискованное сексуальное поведение.

Программа обмена шприцев являлась основным источником получения стерильных шприцев для 42% участников в Таллинне, 40% в Вильнюсе и 8% в Риге. Получение стерильных шприцев через уличных работников в качестве основного источника обозначили 15% в Таллинне, 4% в Риге и 0,3% в Вильнюсе. Особое внимание необходимо обратить на повышение качества программ обмена шприцев с тем, чтобы охватить большее число ПИН.

Достаточно распространенной практикой было приобретение шприцев в аптеках. В будущем аптеки могут стать дополнительным пунктом обмена шприцев и консультирования в таких странах как Эстония, где инъекционное употребление наркотиков и ВИЧ являются очень серьезными проблемами. Привлечение к программам профилактики аптекарей является распространенной практикой в развитых странах и показало себя с лучшей стороны в качестве альтернативы специальным программам обмена шприцев и ЦНП (Strang 1996; Lurie 1998; Matheson 2002; Thein 2003).

Значительное число участников сообщили, что когда-либо отбывали наказание в тюрьмах, причем треть из них продолжала инъекционное употребление наркотиков, находясь в заключении. Предыдущие исследования показали наличие важной взаимосвязи между пребыванием в заключении и ВИЧ (Kang 2005, Wood 2005). В 2002 году в Литве в тюрьме Алитус наблюдался существенный всплеск ВИЧ (Likatavicius 2003). В Эстонии приблизительно 15 – 20% всех новых случаев ВИЧ диагностируются в тюрьмах (база данных Эстонской Государственной лаборатории диагностики ВИЧ). К концу 2007 года в Латвии 26% всех зарегистрированных случаев ВИЧ диагностировались в тюрьмах (при помещении заключенных в тюрьму).

Тюрьмы являются средой, в которой могут быстро распространяться инфекции наподобие ВИЧ. Таким образом, необходимо

уделять больше внимания изменению поведения ПИН, программам снижения вреда и лечению зависимости от наркотических веществ в тюрьмах.

Результаты демонстрируют, что ПИН являются сексуально активными и многие из них вступали в течение последних 6 месяцев в контакт с несколькими партнерами. Рискованное поведение (отказ от использования презервативов и совместное использование шприцев с партнером) было широко распространено. Уровень использования противозачаточных средств с основным партнером был низок. 48% участников в Риге, 40% в Таллинне и 58% в Вильнюсе сообщили, что они не используют со своим основным партнером никакого метода контрацепции. Презервативы являлись основным методом контрацепции во всех трех странах.

Часть ПИН также сообщили (только в Литве), что получали деньги, наркотики и другие вещи в обмен на секс. Поскольку сексуальные партнеры ПИН считаются потенциальными переносчиками ВИЧ и гепатита, необходимо также принимать меры по снижению вреда в отношении сексуального поведения (образование, развитие навыков, раздача бесплатных презервативов в рамках программ обмена шприцев).

Результаты исследования демонстрируют, что даже те, кто знают о своем статусе ВИЧ-инфицированного, периодически ведут себя рискованно (в половой жизни и при инъекционном употреблении наркотиков). Это служит доказательством того, что уровень воздействия на таких лиц не является достаточным. Все программы снижения вреда должны обращать особенное внимание на лиц, зараженных ВИЧ и/или другими инфекционными заболеваниями.

Уровень распространения ВИЧ среди ПИН, участвовавших в данном исследовании, был высок: 55% в Таллинне, 23% в Риге и 8% в Вильнюсе. Это соответствует данным более ранних исследований – уровень распространения ВИЧ среди 350 ПИН в Таллинне в 2005 году составлял 54% (Platt 2006). В Латвии в 2005 году уровень распространения ВИЧ среди 325 ПИН составлял 22% (Агентство Общественного Здоровья, 2005). В Вильнюсе уровень распространения ВИЧ среди 320 ПИН составил 10% (Čaplinskiene 2008). Высокий уровень распространения ВИЧ отмечался и в других странах Восточной Европы. В Тольятти, Российская Федерация (2001) 56% прошедших тесты ПИН были ВИЧ-позитивными, в Санкт-Петербурге такой показатель составил 47% (2006). В Белоруссии уровень распространения ВИЧ среди ПИН (по данным программы снижения вреда в городе Жлобин) составил в 2006 году 52% (EuroHIV 2007 b).

По данным настоящего исследования уровень распространения гепатита С был еще выше – 93% в Таллинне, 74% в Риге и 95% в Вильнюсе. Гепатит С достаточно распространен среди ПИН с доминированием серотипа от 60% до 80% (Des Jarlais 2001). Уровень распространения в Восточной Европе составлял 92% (Naumov 1999). Гепатит С часто проявляется у ПИН в начале употребления наркотиков. Проведенное в Балтиморе, США исследование продемонстрировало, что среди ПИН, делающих себе инъекции менее двух лет, уровень распространения гепатита С составил 60% (Garfein 1998). Около 80% зараженных стали хроническими носителями гепатита С, и вирус легко распространяется путем совместного использования принадлежностей для инъекций. У меньшинства зараженных, у которых заболевание перешло в тяжелую форму, ожидаемый период с момента заражения гепатитом С до развития заболевания печени финальной стадии составляет 20 – 30 лет (Des Jarlais 2001).

2% участников в Таллинне и 8% в Риге и Вильнюсе сообщили, что болели туберкулезом. Уровень распространения латентного туберкулеза составлял 10% в Таллинне и 23% в Риге. У лиц, инфицированных только ТБ, риск развития инфекции в заболевание туберкулезом в течении жизни составляет 5–10%. У лиц, инфицированных одновременно и ТБ, и ВИЧ, ежегодный риск развития инфекции в туберкулез составляет 5–10%, (Selwyn 1989).

Высокий уровень распространения гепатита С и вероятность перехода заболевания в хроническую стадию демонстрирует, что системы здравоохранения должны принять во внимание увеличивающуюся необходимость лечения ВИЧ и гепатита, а также быть готовыми к потенциальной эпидемии туберкулеза среди ПИН, особенно среди тех, кто уже инфицирован ВИЧ.

Доля когда-либо проверявшихся на ВИЧ варьировалась от 72% в Риге до 92% в Вильнюсе. Количество проверявшихся на гепатит С и В было еще ниже в Таллинне и в Риге. Высокий уровень прошедших проверку в Вильнюсе связан с высоким уровнем участия респондентов в программах обмена игл/шприцев, в рамках которых всем участникам предлагают провериться на ВИЧ и вирусный гепатит. Доля лиц, сообщивших о том, что до и после прохождения тестирования им были оказаны соответствующие консультации, составила менее 75%. 43% в Риге, 38% в Таллинне и 25% в Вильнюсе из тех, чьи тесты на ВИЧ оказались положительными в ходе проведения исследования, не знали о своём статусе. Свидетельства показывают, что 25% лиц, не знающих о том, что они заражены ВИЧ, ответственны за 54% новых случаев заражения (Marks 2006). Исследование показывает необходимость развивать добровольное тестирование и консультирование, в т.ч. повышать уровень обучения персонала.

Добровольное тестирование и консультирование на ВИЧ, гепатита и других ИППП должно предлагаться в удобных для ПИН местах. Необходимо развить систему направления на лечение после прохождения тестов. Подход, основанный на индивидуальном социальном сопровождении клиента (сотрудничество медицинского персонала и социальных работников), может увеличить число пациентов, а также их приверженность к лечению от наркотической зависимости и АРВ терапии.

Не все обследованные ПИН были охвачены государственной системой медицинского страхования или ее эквивалентами. Это может являться одним из барьеров, затрудняющих доступ к медицинскому обслуживанию, и он должен быть принят во внимание в ходе планирования и развития сектора здравоохранения. Впрочем, вероятно, что существенная часть ПИН не обращается за медицинской помощью, испытывая страх перед дискриминацией и стигматизацией со стороны медицинских работников.

Приблизительно половина участников считала, что лечение ВИЧ является эффективным. Доля участников, которые считали, что могут получить доступ к лечению, если заразятся, составляла примерно одну треть. Изучение фактических и воображаемых препятствий в доступе к медицинскому обслуживанию должно продолжаться и в дальнейшем.

Несмотря на относительную стабилизацию уровня распространения ВИЧ среди ПИН во всех трех странах, существуют риски дальнейшего распространения ВИЧ, гепатита и др. ИППП путем передачи через сексуальные контакты (половым партнерам ПИН и населению в целом). Одной из ключевых задач в этой связи является предотвращение употребления наркотиков, в особенности инъекционных.

Для обеспечения эффективного результата необходима интеграция медицинских и социальных услуг. Все профилактические и лечебные программы должны принимать во внимание международный опыт, но при этом адаптировать его к местным реалиям, а также принимать в расчет социальные и культурные особенности местных ПИН.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ГРУППЫ

Исследовательская группа в Риге

ИМЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	ОБЯЗАННОСТИ
Андрис Фердатс	Агентство Общественного Здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций
Анда Карните	Агентство Общественного Здоровья; Рижский университет Страдинс, Отделение здравоохранения и эпидемиологии	План исследования, ввод данных, анализ результатов и публикаций
Инга Брокере	Агентство Общественного Здоровья	План исследования, ввод данных, анализ результатов и публикаций, наблюдение за местами проведения исследования
Байба Эглите	Агентство Общественного Здоровья	Ввод данных
Иева Тука	Агентство Общественного Здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций, наблюдение за местами проведения исследования
Гунта Кирвেলাйте	Государственное Агентство по борьбе с туберкулёзом и легочными заболеваниями	План исследования ТБ
Инга Булмистре	Агентство Общественного Здоровья	План исследования, сбор данных, наблюдение за местами проведения исследования

Исследовательская группа в Таллинне

ИМЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	ОБЯЗАННОСТИ
Аннели Уускюла	Департамент здравоохранения Отделение дерматологии, Тартуский университет	План исследования, анализ результатов и публикаций
Хелле-Май Лойт	Институт Развития Здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций, надзор за исследованием ТБ
Кристи Рюйтель	Институт Развития Здоровья здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций,
Аве Талу	Институт Развития Здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций, наблюдение за местом проведения исследования
Катри Абель-Олло	Институт Развития Здоровья	План исследования, анализ результатов и публикаций, наблюдение за местом проведения исследования
Лилия Лыхмус	Институт Развития Здоровья	Анализ результатов и публикаций
Кай Клийман	Государственная программа по борьбе с ТБ, Институт Развития Здоровья	План исследования ТБ
Игорь Соболев	Неправительственная организация Convictus Eesti	Наблюдение за местом проведения исследования

Исследовательская группа в Вильнюсе

ИМЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	ОБЯЗАННОСТИ
Саулиус Чаплинскас	Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения, Университет М.Ромериса, Отделение социальной политики, доцент	Координатор проекта, план исследования, руководство исследовательской группой
Ирма Чаплинскиене	Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения Руководитель отделения эпидемиологии, Университет М.Ромериса	План исследования, наблюдение за местом проведения исследования, анализ результатов и публикаций
Виенеле Липникиене	Лаборатория, Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения, врач	Лабораторный план исследования, руководитель тестирования
Янина Кулсиене	Центр снижения вреда, Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения	Руководитель на месте проведения собеседований
Лилия Кочановская	Центр снижения вреда, Литовский центр СПИДа при Министерстве здравоохранения	Сбор данных, направление респондентов на тестирование
Ромуальдас Гуревичиус	Вильнюсский университет, доцент	Консультант исследования

БИБЛИОГРАФИЯ

Агентство Общественного Здоровья (Public Health Agency). The prevalence and consequences of dependency inducing substances in Latvia. 16th edition, Riga, 2008. Текст доступен на сайте: http://www.sva.lv/files/atkaribas/addiction_in_lv.16_edition.pdf

Агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий Латвии (Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency). Yearbook of Health Care Statistics in Latvia, 2006. Riga, 2007

Агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий Латвии (Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency). Yearbook of Health Care Statistics in Latvia, 2007. Riga, 2008

Brassard P., et al. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(8):988-993.

Čaplinskas S, Strujeva O. et al. Epidemiology of the human immunodeficiency virus (HIV) in Lithuania: 19 year surveillance result. Poster exhibition: 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 2007. Sydney. Australia. Abstract no. MOPEC013” Текст доступен на сайте: <http://www.iasociety.org>

Čaplinskas S. Epidemiology of HIV/AIDS in Lithuania in 1988-2001: review of present situation and prognosis of HIV transmission trends. *Medicina (Kaunas).* 2004;40(2):161-8. <http://medicina.kmu.lt>

Čaplinskiene I, Čaplinskas S, Griskevicius A, et al. Research on Drug Use and Biological; Markers among the Clients of the Harm Reduction Site at Lithuanian AIDS Centre 2nd open Europe AIDS conference „Europe and HIV/AIDS: new challenges, new opportunities”, Vilnius, Sept 16-18, 2004: poster. – ISBN 9986-720-16-8. - Vilnius: abstract book. 2004. – P.59. Текст доступен на сайте: <http://www.iasociety.org>

Čaplinskiene I. Assessment of behavioural and biological indicators in injecting drug users (IDUs). Abstract no. CDC0452. AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference. Canada, Toronto. Текст доступен на сайте: <http://www.iasociety.org>

Čaplinskiene I. Comparison of the sociodemographic characteristics and risky behaviour of active HIV(+) and HIV(-) injecting drug users (IDUs). Abstract no. MOPE0610 and poster presentation. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Текст доступен на сайте: <http://www.iasociety.org>

Confronting the epidemic. Public service review: European Union. Issue 14.p.60.

Des Jarlais DC, Schuchat A. Hepatitis C Among Drug Users: Deja Vu All Over Again? *Am J Pub Health* 2001;91(1):21–22.

Des Jarlais DC, Perlis TE, Stimson GV, et al. WHO Phase II Drug Injection Collaborative Study Group: Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health* 2006, 6:54

Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, et al. Factors Associated With Prevalent Hepatitis C: Differences Among Young Adult Injection Drug Users in Lower and Upper Manhattan, New York City. *Am J Pub Health* 2001;91(1):23–30.

Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Lithuanian National Report on Drug situation 2006. Annual report, 2007. Availbale at: www.nkd.lt

Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Lithuanian National Report on Drug situation 2007. Annual report, 2008. Availbale at: www.nkd.lt

ESPAD 2007. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendencijas skolēnu vidū. Sabiedrības veselības aģentūra, Rīga, 2008. Текст доступен на сайте: http://www.sva.lv/files/atkaribas/espas_laspas_2007.pdf

ESPAD Report 1995. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

ESPAD Report 1999. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

ESPAD Report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.

EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. No 75, 2007 (a)

EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. No 76, 2007 (b)

Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro.* 1998;18(suppl 1):S11–S19.

Hagan H, Thiede H, Wdss NS, et al. Sharing of drug preparation equipment as a risk faetor for hepatitis C virus. *Am J Public Health* 2001;91:42–46.

Heckathorn D.D., 2002: Respondent-driven sampling II: valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems* 49(1):11–34

Heckathorn D.D., et al. 2001. A Methodology for Reducing Respondent Duplication and Impersonation in Samples of Hidden Populations. *Journal of Drug Issues*

Heckathorn, D.D., 1997: “Respondent-driven sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations”. *Social Problems* (2): 174–199

Institute of Sociological Studies. Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū. Pētījuma rezultāti. Rīga, 2008.

- International Consultant on Estimation of the Prevalence of Problem Drug Use in Lithuania. 2007. <http://www.unodc.org/documents/baltics>
- Kalikova N. The HIV epidemic in Estonia. Proceedings of the 3rd Congress of the Estonian Society of Sexually Transmitted Infections (EUSTI) 2001:14–5.
- Kang SY, Deren S, Andia J, et al. HIV Transmission Behaviors in Jail/Prison Among Puerto Rican Drug Injectors in New York and Puerto Rico. *IDS Behav* 2005;18:1–10.
- Латвийская Ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья. “Papardes zieds”, Literature Review of the project Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups, Riga, 2008. Текст доступен на сайте: <http://www.unodc.org/unodc/en/baltics/library.html>
- Likatavičius G, Caplinskas S, et al. HIV outbreak in prison / 14th international conference on the reduction of drug related harm “Strengthening Partnerships for a Safer Future”: final programme and abstract book, Chiangmai, Thailand, Apr 6-10, 2003: abstract P.174.
- Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447–1450.
- Merkinaite S., Lazarus J.V., Gore C. Addressing HCV infection in Europe: reported, estimated and undiagnosed cases. *Centr Eur J Public Health* 2008;16 (3):106–110.
- Metinis pranešimas. Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV. 2008. Текст доступен на сайте: www.nkd.lt
- Metinis pranešimas. Narkotikų kontrolės departamentas.2008. p.76–78.
- Naoumov NV. Hepatitis C virus infection in Eastern Europe. *J Hepatol* 1999;31(Suppl. 1): 84–87.
- Narkotikų vartojimas ir ŽIV infekcija įkalinimo įstaigose. Drug use and HIV in prisons / Irma Čaplinskienė, Saulius Čaplinskas, Algirdas Griškevičius. – Bibliogr.: 28 pavad. // *Medicina*. - ISSN 1010-660X. - 2003, T.39, Nr. 8, p.797-80 Текст доступен на сайте: <http://medicina.kmu.lt>
- National Institute for Health Development. Estonian Drug Monitoring Centre. (2008). Reitox National Focal Point “Estonia”. National Report (2007 data) to the EMCDDA „New development, trends and in-depth information on selected issues”.
- Platt L, Bobrova N, Rhodes T, et al. High HIV prevalence among injecting drug users in Estonia: implications for understanding the risk environment. *AIDS* 2006;16(20):2120–2123
- Priimägi L, Kremerman I, Tefanova V, et al. Study on hepatitis C and hepatitis B infected intravenous drug users. *Eesti Arst* 1998;6:521–523.
- Reitox National Focal Point (2007) 2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Latvia: new development, trends and in-depth information on selected issues. Riga: Public Health Agency
- Rüütel K. HIV prevention in Estonia 2007. National Institute for Health Development. Tallinn, 2008.
- Strujeva O. Reglamentation of Volunteer Testing and Counselling Services for IDU's in Lithuania. 2007. <http://www.unodc.org/documents/baltics>
- Strujeva O., Caplinskas S. et al. Trends by transmission category in HIV/AIDS in Lithuania (1988-2005). : *AIDS* 2006 - XVI International AIDS Conference. Canada, Toronto. Abstract no. CDC0006
- Tefanova V, Krupskaja L, Kikos G, et al. Study on hepatitis B and hepatitis C epidemiology in Tallinn. *Eesti Arst* 1998;6:552–553.
- Tefanova, V., Priimägi, L., Tallo, T., Jaroslavtsev N. Hepatitis B and C infection among intravenous drug users in prisons and visitors of anonymous consulting rooms in Estonia: prevalence and risk factors“. *Connections* 2003;14:8–9.
- Trapencieris M, et al. (2007) Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 2007. gada posma rezultātu analīze. Rīga: NVO „Dia+Logs“
- UNGASS Country Progress Report, Latvia. Reporting period: January 2006 – December 2007. Текст доступен на сайте: <http://www.unaids.org>
- UNGASS Country Progress Report, Lithuania. Reporting period: January 2006 – December 2007. Текст доступен на сайте: <http://www.unaids.org>
- UNODC. Annual reports Questionnaire Part III. Illicit supply of drugs. Estonia. 2008.
- Uusküla A, McNutt LA, Dehovitz J, et al. High prevalence of blood-borne virus infections and high-risk behaviour among injecting drug users in Tallinn, Estonia. *Int J STD AIDS*. 2007;18(1):41-6.
- Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, Abel K, Rüütel K, Hay G. Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addiction Research & Theory* 2007;15:4, 411–424.
- Uzdavinienė V, et al. Prevalence of viral hepatitis B and C among HIV-infected people in Lithuania . Abstract no. C10978. *AIDS* 2008 – XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. Текст доступен на сайте: <http://www.iasociety.org>
- Uzdavinienė V. Accessibility of Antiretroviral Therapy for Injecting Drug Users in Lithuania. 2007. <http://www.unodc.org/documents/baltics>
- Uzdavinienė V. et al. Principles of HIV mother-to-child transmission (MTCT) prophylaxis in Lithuania. : *AIDS* 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. CDE0088”, *AIDS* 2008 - XVII International AIDS Conference. Mexico. Abstract no. CDE0088” Текст доступен

на сайте: <http://www.iasociety.org>

Uzdaviniene V., et al. Prevalence of viral hepatitis B and C among HIV-infected people in Lithuania . Print Only: The XIV International AIDS Conference. 2002. Barcelona. Abstract no. C10978. <http://www.iasociety.org>

Uzdaviniene V, et al. Human immunodeficiency virus and tuberculosis coinfection in Lithuania. : AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference. Mexico. Abstract no. CDC0083" <http://www.iasociety.org>

WHO. Providing comprehensive TB and HIV prevention treatment and care services for injecting drug users. Geneva 2006.

Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, et al. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. EUROSURVEILLANCE 2008;13 (50):1–3.

Wilson TE, Sharma A, Zilmer K, et al. The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. Int J STD AIDS. 2007;18(6):389-91.

Wood E, Li K, Small W, et al. Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. Public Health Rep 2005;120(2):150–156.

Žagminas K., Morkūnas B., Kuprevičienė N., et al. Vakcinacijos strategija. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007. p.91-97. National Health Board. Текст доступен на сайте: <http://www.lrs.lt>

База данных Государственного регистра ТБ, Эстония.

База данных Департамента по контролю над наркотиками при Правительстве Литовской Республики, 2007. Доступна на сайте: <http://www.nkd.lt>

База данных Департамента статистики Эстонии. Доступна на сайте: <http://www.stat.ee/rahvastik>

База данных Инспекции по охране здоровья. Доступна на сайте: <http://www.tervisekaitse.ee>

База данных Института Развития Здоровья Эстонии. Доступна на сайте: <http://www.tai.ee/>.

База данных Литовского фонда медицинского страхования. Доступна на сайте: <http://www.vlk.lt>

База данных Литовского центра СПИДа при Министерстве здравоохранения. Доступна на сайте: <http://www.aids.lt>

База данных Министерства социальных дел Эстонии. Доступна на сайте: <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>

База данных Регистра ТБ Латвии. Государственное агентство по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями, Латвия.

База данных Эстонской Больничной кассы. Доступна на сайте: <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/>

База данных Эстонской государственной лаборатории диагностики ВИЧ. Доступна на сайте: <http://www.ltkh.ee/?id=1069>

Государственное Агентство Зависимости (The State Addiction Agency, Narkoloģijas valsts aģentūra) (2006) Alkoholisma, narkomānijas un smēķēšanas izplatība un sekas Latvijā. 14. izdevums, Rīga, Latvia

ПРИЛОЖЕНИЯ. ДАННЫЕ ПО ВЫБОРКАМ

Рига, Латвия

	Зерно выборки 1	Зерно выборки 2	Зерно выборки 3	Зерно выборки 4	Зерно выборки 5	Зерно выборки 6	Зерно выборки 7	Зерно выборки 8
Пол	мужской							
Возраст	24	36	30	28	32	29	26	36
Национальность	русский	русский	украинец	русский	латыш	латыш	русский	чеченец
Основной наркотик	героин	эфедрин	амфетамин	амфетамин	амфетамин	амфетамин	героин	амфетамин
Проституция	нет	нет	нет	да	нет	нет	нет	нет
Тюремное заключение	нет	нет	да	нет	да	да	да	да
Статус ВИЧ (по сообщениям участников)	негативный	неизвестно	неизвестно	негативный	негативный	позитивный	негативный	негативный
Количество волн	9	7	9	9	2	5	3	13

Таллинн, Эстония

	Зерно выборки 1	Зерно выборки 2	Зерно выборки 3	Зерно выборки 4	Зерно выборки 5
Пол	женский	мужской	женский	мужской	мужской
Возраст	24	35	19	23	21
Национальность	русская	русский	русская	эстонец	эстонец
Основной наркотик	фентанил	фентанил	амфетамин	фентанил	амфетамин
Проституция	нет	нет	нет	нет	нет
Тюремное заключение	нет	на	да	да	да
Статус ВИЧ (по сообщениям участников)	позитивный	негативный	позитивный	негативный	негативный
Количество волн	15	16	2	1	4

Вильнюс, Литва

	Зерно выборки 1	Зерно выборки 2	Зерно выборки 3	Зерно выборки 4	Зерно выборки 5	Зерно выборки 6
Пол	мужской	мужской	мужской	женский	женский	мужской
Возраст	30	35	42	18	25	36
Национальность	русский	литовец	литовец	литовка	полька	литовец
Основной наркотик	героин	героин	маковая жидкость	маковая жидкость	маковая жидкость	героин
Проституция	нет	нет	нет	нет	да	нет
Тюремное заключение	да	нет	да	нет	нет	да
Статус ВИЧ (по сообщениям участников)	позитивный	негативный	негативный	негативный	негативный	позитивный
Количество волн	9	10	6	2	4	5