



# Поведенческое мониторинговое исследование по ВИЧ/СПИДу

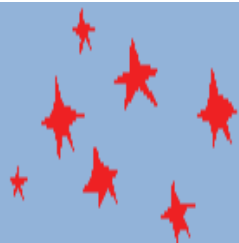
Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск  
Российская Федерация, 2005 год

*Результаты выборочного анализа  
и программные рекомендации*



**стеЛЛИТ**

Санкт-Петербургская  
общественная организация  
социальных проектов





# Составители

М.М.Русакова	Канд-т социолог.наук. Директор ОО социальных проектов «Стеллит». Доцент факультета социологии Санкт-Петербургского Государственного Университета. Научный сотрудник Социологического Института РАН	Общее руководство проектом. Участие в разработке методического обеспечения
И.Н.Гурвич	Доктор психолог. наук. Научный директор ОО социальных проектов «Стеллит». Профессор факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета. Главный научный сотрудник Социологического Института РАН	Научное руководство проектом. Разработка плана математико- статистической обработки данных. Анализ результатов. Участие в подготовке текста (Введение, Научная методология, Рекомендации)
А.А.Яковлева	Канд-т социолог.наук. Заместитель директора ОО социальных проектов «Стеллит». Руководитель направления «Социальные исследования» ОО социальных проектов «Стеллит»	Организационное руководство проектом. Участие в разработке методического обеспечения. Руководится сбором данных в Иркутске. Участие в подготовке текста (гл.1, гл.4). Подготовка текста к публикации
О.С.Левина	Директор по развитию ОО социальных проектов «Стеллит». Преподаватель межфакультетской программы подготовки магистров по специальности «Общественное здоровье» Санкт-Петербургского Государственного Университета	Участие в разработке методического обеспечения. Руководится сбором данных в Оренбурге. Участие в подготовке текста (гл.1)
Э.М.Виноградова	Профессор, академик РАСН. Научный руководитель ОО «Центр социально- политических исследований «ИНДИКАТОР». Зам. директора по научно-исследовательской работе Оренбургского филиала Московского Института бизнеса и политики, руководитель центра социально-политических исследований	Организация сбора данных в Оренбурге. Участие в подготовке текста (гл.1)
М.В.Акулова	Председатель Иркутского областного отделения Российского красного креста	Организация сбора данных в Иркутске. Участие в подготовке текста (гл.1)
В.Тун	Руководитель проектов, отдел оценки и исследований, Международная организация по вопросам здоровья семьи	Руководство разработкой методического обеспечения. Участие в подготовке текста (Научная методология)
З.Д.Бодановская	Руководитель направления «Организационное консультирование» ОО социальных проектов «Стеллит». Преподаватель межфакультетской программы подготовки магистров по специальности «Общественное здоровье» Санкт-Петербургского Государственного Университета	Участие в разработке методического обеспечения. Руководство сбором данных в Санкт-Петербурге. Участие в математико- статистической обработке данных. Участие в подготовке текста (гл.3)
Одиноква В.А.	Аналитик направления «Социальные исследования» ОО социальных проектов «Стеллит»	Участие в математико- статистической обработке данных. Участие в подготовке текста (гл.2, гл.5)
Вихрова Е.И.	Статистик направления «Социальные исследования» ОО социальных проектов «Стеллит»	Участие в математико- статистической обработке данных



# Оглавление

<b>БЛАГОДАРНОСТИ.....</b>	<b>4</b>
<b>ПЕРЕЧЕНЬ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ.....</b>	<b>2</b>
<b>ПЕРЕЧЕНЬ ИЛЛЮСТРАЦИЙ.....</b>	<b>3</b>
<b>ПЕРЕЧЕНЬ ТАБЛИЦ.....</b>	<b>7</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>8</b>
<b>НАУЧНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ.....</b>	<b>10</b>
Методика ПМИ.....	10
Выборка ПМИ.....	10
Процедура.....	11
МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ДАННЫХ.....	11
<b>ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗУЧЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ13</b>	
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.....	13
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ.....	15
ОРЕНБУРГ.....	18
ИРКУТСК.....	19
<b>ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЕЖНЫХ ГРУПП.....</b>	<b>22</b>
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ.....	22
ОРЕНБУРГ.....	24
ИРКУТСК.....	26
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ.....	28
<b>ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ.....</b>	<b>37</b>
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ.....	37
ОРЕНБУРГ.....	39
ИРКУТСК.....	41
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ.....	43
<b>ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА ..</b>	<b>51</b>
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ.....	51
ОРЕНБУРГ.....	53
ИРКУТСК.....	56
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ.....	59
<b>ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ.....</b>	<b>68</b>
<b>ГЛАВА 6. ЦЕЛЕВЫЕ ПРЕВЕНТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ИЗУЧЕННЫХ ГРУПП И ТЕРРИТОРИЙ.....</b>	<b>73</b>
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВСЕ ИЗУЧЕННЫЕ ГРУППЫ.....	73
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИЗУЧЕННЫЕ ТЕРРИТОРИИ.....	78
ЦЕЛЕВЫЕ ПРЕВЕНТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПО ТЕРРИТОРИЯМ И ПО ГРУППАМ.....	79
<b>ПАРТНЕРЫ ПМИ.....</b>	<b>96</b>



# Благодарности

За помощь в подготовке и проведении поведенческого мониторингового исследования (ПМИ) в Оренбурге и Иркутске ООО социальных проектов «Стеллит» благодарит региональных партнеров: ООО «Центр социально-политических исследований «ИНДИКАТОР» и Иркутское региональное отделение Общероссийской общественной организации «Российский красный крест»

За оказанное содействие в проведении исследования и помощь в подготовке эмпирических данных мы благодарим организации:

## В Санкт-Петербурге

Администрацию Санкт-Петербурга	Северо-западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом
Комитет по здравоохранению	Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
Комитет по образованию	Пункт оказания помощи наркозависимым и профилактики ВИЧ-инфекции Городской наркологической больницы
Комитет по труду и социальной защите населения	Администрации клубов «Грешники», «Кабаре», «Моно», «Объект»
Управление федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков по Санкт-Петербургу и Ленинградской области	
Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера	

## В Оренбурге

Министерство образования Оренбургской области	профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
Управление социальной защиты Оренбургской области	Оренбургский областной клинический наркологический диспансер
Кафедра кожных и венерических болезней Оренбургской государственной медицинской академии	Автономная некоммерческая организация «Бюро по проблемам наркомании»
Государственное учреждение здравоохранения «Областной центр по	Общественная организация «Новая жизнь»
	Некоммерческий фонд «Позитивная инициатива»

## В Иркутске

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями	Департамент социальной защиты Комитета по делам горожан г.Иркутска
Главное управление общего и профессионального образования Администрации Губернатора Иркутской области	Городской психонаркологический диспансер г. Иркутска



# Перечень терминов и сокращений

ВИЧ-инфекция, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, который передается от человека к человеку определенными путями и вызывает нарушение функций или разрушение иммунной системы организма человека

Дроп-ин центр (от англ. drop-in – зайти, заглянуть, «завалиться» в гости) – тип социальной поддержки, основанный на создании комфортного пространства, свободного от предубеждения и неприятия, в котором целевая группа может свободно получать доступ к различной психосоциальной помощи

ИМ (институционализируемая молодежь) – здесь: молодежь в возрасте 15-25 лет, находящаяся в интернатах, вечерних школах и ПУ

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем, сексуально-трансмиссивные, венерические

МСМ (мужчины, имеющие секс с мужчинами) – мужчины, практикующие проникающие сексуальные контакты с лицами своего пола; термин, часто применяемый в контексте профилактики ВИЧ, когда не имеет значения сексуальная ориентация мужчины, а важны лишь характеристики поведения. Здесь: мужчины в возрасте 15-49 лет, находящийся в гей-клубе и имевший опыт сексуальных контактов с мужчиной

НИМ (неинституционализируемая молодежь) – здесь: лица мужского и женского пола в возрасте 15-25 лет, находящаяся в приютах, социально-реабилитационных, медико-социальных и дроп-ин центрах

ПИН (потребители инъекционных наркотиков) – лица, употребляющие опьяняющие вещества, отнесенные к незаконным, без назначения врача, с помощью инъекций (подкожного, внутримышечного, внутривенного и др. введения в ткани или сосуды организма малых количеств растворов); в контексте профилактики ВИЧ – лица, употребляющие наркотики путем внутривенных инъекций. Здесь: лица мужского и женского пола в возрасте 15-49 лет, употребляющие запрещенные законом препараты инъекционно

«Равный равному» – метод профилактической работы, при котором специально подготовленные добровольцы из числа целевой группы распространяют среди «своих» информацию и средства предохранения, обучают безопасному поведению, оказывают поддержку

Коммерческие половые партнеры – партнеры, сексуальные контакты с которыми вознаграждаются деньгами, наркотиками и пр.

РКС (работники коммерческого секса) – лица, практикующие половые контакты за вознаграждение, т.е. с коммерческими половыми партнерами. Здесь – женщины в возрасте 15-49 лет, осуществляющие предложение сексуальных услуг за вознаграждение на улицах

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита, последняя (терминальная) стадия ВИЧ-инфекции



# Перечень иллюстраций

Рисунок 1. Динамика новых случаев ВИЧ-инфекции в России, абс.	13
Рисунок 2. Распределение случаев ВИЧ по путям инфицирования, 2004 год (% случаев с идентифицированным путем инфицирования) по данным ФНМЦ ПБ СПИД МЗ РФ.	14
Рисунок 3. Жизненный преваленс наркопотребления в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	28
Рисунок 4. Годовой преваленс инъекционного наркопотребления в группах ИМ и НИМ (от числа лиц, когда-либо пробовавших наркотики); Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	29
Рисунок 5. Опыт половых контактов в течение жизни в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	29
Рисунок 6. Опыт половых контактов в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года (доля от числа лиц, когда-либо вступавших в половые контакты); Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	30
Рисунок 7. Среднее число некоммерческих половых партнеров в группах ИМ и НИМ за предшествующий год; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.	30
Рисунок 8. Использование презерватива при каждом половом контакте с некоммерческими половыми партнерами в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	30
Рисунок 9. Опыт половых контактов с коммерческими партнерами в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	31
Рисунок 10. Использование презерватива при каждом половом контакте с коммерческим партнером в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	31
Рисунок 11. Наличие симптомов ИППП в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	32
Рисунок 12. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.	32
Рисунок 13. Опыт тестирования на ВИЧ-инфекцию в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	33
Рисунок 14. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе ИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	33
Рисунок 15. Уровень заболеваемости гепатитами в группе ИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	34
Рисунок 16. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	34



---

Рисунок 17. Уровень заболеваемости гепатитами в группе НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	34
Рисунок 18. Уровень травматизма в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	35
Рисунок 19. Охват профилактическими мероприятиями групп ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	35
Рисунок 20. Охват профилактическими программами по методу «равный – равному» групп ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	36
Рисунок 21. Характеристики использования инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	43
Рисунок 22. Среднее количество человек, с которыми ПИН пользовались одним и тем же инструментарием для инъекционного введения наркотиков в течение предшествующего месяца; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.	44
Рисунок 23. Наличие возможности приобретения «чистого» инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	44
Рисунок 24. Среднее число различных половых партнеров в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	45
Рисунок 25. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	45
Рисунок 26. Опыт половых контактов в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	45
Рисунок 27. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Санкт-Петербург; %.	46
Рисунок 28. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Оренбург; %.	46
Рисунок 29. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Иркутск; %.	46
Рисунок 30. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	47
Рисунок 31. Наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	47
Рисунок 32. Уровень информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач. М.	48
Рисунок 33. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.	48
Рисунок 34. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	49



---

Рисунок 35. Уровень заболеваемости гепатитами в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	49
Рисунок 36. Уровень заболеваемости туберкулезом в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	49
Рисунок 37. Знакомство ПИН с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	50
Рисунок 38. Среднее число коммерческих половых партнеров в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.	60
Рисунок 39. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	60
Рисунок 40. Жизненный, годовой и актуальный преваленс неинъекционного и инъекционного наркопотребления в группе РКС, Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	61
Рисунок 41. Характеристики использования инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	61
Рисунок 42. Среднее количество человек, с которыми РКС пользовались одним и тем же инструментарием для инъекционного введения наркотиков в течение предшествующего месяца; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.	61
Рисунок 43. Наличие возможности приобретения «чистого» инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	62
Рисунок 44. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Санкт-Петербург; %.	63
Рисунок 45. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Оренбург; %.	63
Рисунок 46. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Иркутск; %.	63
Рисунок 47. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	63
Рисунок 48. Наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	64
Рисунок 49. Уровень информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач. М.	64
Рисунок 50. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.	65
Рисунок 51. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	65
Рисунок 52. Уровень заболеваемости гепатитами в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	66





---

Рисунок 53. Уровень заболеваемости туберкулезом в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	66
Рисунок 54. Знакомство РКС с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.	67
Рисунок 55. Наличие различных половых контактов с различными половыми партнерами в группе МСМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург; %.	69
Рисунок 56. Наличие различных половых контактов с различными половыми партнерами в группе МСМ в течение предшествующий 6 мес.; Санкт-Петербург; %.	69
Рисунок 57. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе МСМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург; %.	69
Рисунок 58. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.	70
Рисунок 59. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.	70
Рисунок 60. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.	71
Рисунок 61. Уровень заболеваемости гепатитами в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.	71
Рисунок 62. Знакомство МСМ с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург; %.	72



---

# Перечень таблиц

Таблица 1. Объем реализованной выборки по группам и по территориям, кол-во чел.	11
Таблица 2. Динамика инцидента ВИЧ-инфекции на 100 тыс. нас., Санкт-Петербург, 2000-2004 гг.	15
Таблица 3. Распространенность наркомании на 100 тыс. нас., Санкт-Петербург, 2003-2004 гг.	17
Таблица 4. Динамика инцидента ВИЧ-инфекции, Иркутск, 1999-2004 гг.	20
Таблица 5. Динамика инцидента наркомании, Иркутск, 1996-2004 гг.	20
Таблица 6. Число лиц, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «наркомания», Иркутск, 1996-2004 гг., абс.ч.	21



# Введение

В настоящей публикации представлены выборочные результаты поведенческого мониторингового исследования (ПМИ), проведенного в трех городах Российской Федерации в 2005 г. ПМИ охватило города Северо-Западного федерального округа (Санкт-Петербург), Приволжского федерального округа (Оренбург) и Сибирского федерального округа (Иркутск).

ПМИ было реализовано по инициативе и при финансовой поддержке российского представительства Агентства США по международному развитию (USAID) с целью разработки обоснованных превентивных программ, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения названных территорий.

В организации, научном и методическом обеспечении, а также в проведении ПМИ принимала участие Международная организация здоровья семьи (ФНП). Непосредственным исполнителем работ являлась Региональная общественная организация социальных проектов «Стеллит» (Санкт-Петербург). Региональными партнерами проекта были ООО «Центр социально-политических исследований «ИНДИКАТОР» и Иркутское Областное отделение Российского Красного Креста.

В соответствии со своей направленностью ПМИ охватило следующие уязвимые группы населения: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работниц коммерческого секса (РКС), мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ) и молодежь групп повышенного «риска».

ПМИ основано на методическом подходе к изучению поведенческих аспектов динамики эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, который использовался для проведения дозорных поведенческих исследований, инициированных Международной организацией здоровья семьи (ФНП) с 1999 г. в более чем в 25 странах Африки, Латинской и Центральной Америки, Восточной Европы и Азии. Поэтому результаты российского ПМИ могут быть использованы для прямого и непосредственного сравнения поведенческих аспектов эпидемиологической ситуации в России с аналогичными характеристиками эпидемиологической ситуации в других странах, где проведены, проводятся или будут проведены подобные исследования.

Изложение выборочных результатов ПМИ предваряется описанием социально-эпидемической ситуации на охваченных ПМИ территориях, что необходимо для понимания социального, экономического и собственно эпидемиологического контекста как формирования, так и предупреждения поведения «риска» в целевых группах.

Основное содержание настоящей публикации составляет изложение и описание выборочных результатов ПМИ, а также их сравнительный анализ по территориальным общностям, осуществленные по центральным индикаторам исследования (приблизительно 1/7 часть всех индикаторов). Эти индикаторы дают «ключевую» информацию о социально-демографическом составе, территориальном распределении, поведении и состоянии здоровья охваченных ПМИ целевых групп.

Завершает настоящую публикацию перечень обоснованных и потенциально высоко результативных профилактических мероприятий для охваченных ПМИ групп и территорий. Перечень разрабатывался на основе результатов анализа всех индикаторов ПМИ, и приводится, из соображений необходимости его практического применения без сокращений.

Таким образом, содержащиеся в настоящей публикации материалы позволяют в широком социальном контексте оценить поведенческие аспекты эпидемиологической ситуации по



ВИЧ/СПИДу и некоторым другим связанным социально-опасным заболеваниями в территориальных общностях и в соответствующих высоко уязвимых группах, и разработать превентивные программы на уровне конкретности вплоть до рабочих планов организаций, ответственных за проведение профилактических мер.



# Научная методология

## *Методика ПМИ*

Первичным документом ПМИ являлся стандартизованный вопросник<sup>1</sup>, рекомендованный для проведения дозорных поведенческих исследований в разных странах мира крупнейшими мировыми организациями, работающими в сфере общественного здоровья: Всемирная Организация Здравоохранения (WHO), Международная организация по вопросам охраны здоровья семьи (FHI), Агентство США по международному развитию (USAID), Министерство по международному развитию Великобритании (DFID). Вопросник имеет варианты, предназначенные для каждой из вошедших в ПМИ групп населения. Для данного ПМИ вопросник был адаптирован по результатам пилотажного исследования во всех включенных в основное исследование группах на петербургской части целевого контингента.

Примененная в ПМИ опросная методика включает в себя широкий круг индикаторов. В частности, вопросник включает следующие информационные блоки: социально-демографическая структура; брак и сожительство; характеристики наркопотребления, в т.ч. практика совместного использования инъекционных принадлежностей; сексуальные партнеры; использование механических средств защиты от ИППП/ВИЧ; информированность об ИППП и заболеваемость ИППП; ВИЧ/СПИД – информированность, опыт тестирования, стигма и дискриминация людей с позитивным ВИЧ-статусом; показатели общей заболеваемости; обращаемость за специализированной лечебно-профилактической помощью; использование средств массовой информации; охват превентивными программами в сфере ВИЧ/СПИДа. Общий объем индикаторов, включенных в ПМИ, составил 277.

## *Выборка ПМИ*

Исследование охватило следующие уязвимые группы населения: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работницы коммерческого секса (РКС), мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), молодежь групп повышенного «риска» (ИМ и НИМ).

Выборка ПМИ была смешанной. Она осуществлена по процедуре, предусмотренной «Руководством по проведению периодических поведенческих исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ»<sup>2</sup> (ссылка), подготовленным авторами методики, с незначительной модификацией. При планировании выборки учитывались результаты предварительно проведенного в каждом из городов социального и географического картирования.

Границы молодежной группы определялись возрастом 15-25 лет. Выделялись две подгруппы молодежного контингента риска – институционализируемая (ИМ) и неинституционализируемая (НИМ). К подгруппе ИМ были отнесены лица, находящиеся в различных социальных институтах, таких как профессионально-технические училища, школы-интернаты и вечерние школы. К подгруппе НИМ были отнесены лица, находящиеся в приютах, дневных стационарах, реабилитационных и медико-социальных центрах. Выборка для первой подгруппы была двухступенчатой. На первой ступени осуществлялся отбор учреждений нахождения молодежи (гнездовая выборка), а на второй ступени – простой вероятностный внутригнездовый отбор (вероятностная выборка). Для второй подгруппы опрашивались все доступные для опроса лица.

<sup>1</sup> Стандартные методики представлены в издании: Исследования особенностей поведения: Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ. – Международная организация по вопросам охраны здоровья семьи, 2004.

<sup>2</sup> Там же.



В группе ПИН отбор респондентов осуществлялся по социальным сетям, существующим в среде наркопотребителей, т.е. выборка формировалась по принципу т.н. «снежного кома», однако количество привлекаемых респондентов ограничивалось фиксированным числом («выборка, управляемая респондентом»). Начальное количество рекрутеров из среды ПИН составило 13 в Санкт-Петербурге, и по 10 в Оренбурге и Иркутске. Рекрутеры, как правило, были клиентами местных программ профилактики, проводимых некоммерческими организациями, либо представлены личными контактами исследователей. Каждый из рекрутеров получил 3 купона для рекрутирования других ПИН.

Из числа РКС в выборку исследования включались только занятые предоставлением сексуальных услуг на улице. Они отбирались в местах их постоянных скоплений, т.е. выборка была гнездовой с формированием гнезд по территориально-временному принципу.

ПМИ в группе МСМ проводился только в Санкт-Петербурге. Отбор МСМ для участия в исследовании проводился на основе гнездовой выборки, где гнездами являлись гей-клубы (4). В отборе МСМ в ПМИ был задействован рекрутер из числа МСМ.

Общий объем реализованной по территориям и по группам выборки представлен в таблице 1.

Таблица 1. Объем реализованной выборки по группам и по территориям, кол-во чел.

	ИМ	НИМ	ПИН	РКС	МСМ	ИТОГО
Санкт-Петербург	866	114	200	662	692	2534
Оренбург	1366	38	200	176	-	1780
Иркутск	1350	46	196	205	-	1797
<b>ВСЕГО</b>	<b>3582</b>	<b>198</b>	<b>596</b>	<b>1043</b>	<b>692</b>	<b>6111</b>

## Процедура

Проведение ПМИ осуществлялось специально обученными работниками профильных организаций, по роду своей деятельности непосредственно связанными с целевыми контингентами (аутрич-работники, сотрудники учреждений здравоохранения, негосударственных организаций и т.п.) и профессиональными интервьюерами. Руководство проведением исследования на местах осуществлялось сотрудниками ОО социальных проектов «Стеллит».

Перед началом сбора данных в каждом из городов процедура сбора согласовывалась и была одобрена ответственными представителями административно-управленческого аппарата. Участие в исследовании было добровольным. Заполнение вопросника поощрялось вознаграждением в виде продуктового набора (кофе, шоколад) или предметов личной гигиены (шампунь, гель для душа). Участникам исследования была гарантирована полная конфиденциальность информации. В ходе сбора информации были соблюдены все необходимые этические требования к подобного рода исследованиям.

## Математико-статистическая обработка данных

Предварительная (первичная) математико-статистическая обработка данных по номинальным шкалам использованных в ПМИ вопросов (индикаторов) включала в себя расчет процентных распределений значений признаков. Для порядковых и интервальных шкал рассчитывались меры центральной тенденции: средняя величина (M) для сгруппированных данных и медиана (Me) с величиной её интерквартильного размаха (Q). Для шкал измерения знаний и аттитудов, построенных по принципу «кафетерия», предварительно рассчитывались шкальные оценки, полученные каждым респондентом, а затем – медианное значение для подгруппы или выборки в целом.



---

Вторичная математико-статистическая обработка данных была выполнена методом иерархического лог-линейного анализа. Она позволила статистически оценить вариацию значений признаков по всем включенным в ПМИ индикаторам одновременно и по подвыборкам, и по территориям. Полученные оценки были положены в основу разработки дифференцированной системы первоочередных, или приоритетных, т.е. потенциально наиболее эффективных с точки зрения превентивной стратегии, мер по лечению, сохранению и укреплению здоровья целевого контингента ПМИ.



# Глава 1. Характеристики изученных территориальных общностей

## *Российская Федерация*

Численность населения России в 2005 году составила 143,5 млн. человек, причем 35,3 млн. человек, составляющая 24,5% населения страны, – это молодежь в возрасте 15-29 лет. Естественное движение населения России в последние годы характеризуется убылью. В 2004 году убыль составила 790 тыс. человек. Денежные доходы в среднем на душу населения в текущем году достигли 8299 рублей (290 долларов США)<sup>3</sup>.

Первый случай ВИЧ-инфекции впервые был выявлен в России в 1987 году. Резкий рост уровня ВИЧ-инфекции начался в стране лишь десять лет спустя - после 1998 года. В период с 1998 года до 2001 года число новых случаев ВИЧ непрерывно нарастало, и только в 2002-2004 гг. наметился некоторый спад (рис. 1). Сейчас Россия, наряду со странами Восточной Европы, демонстрирует самые высокие темпы роста ВИЧ - инфекции.

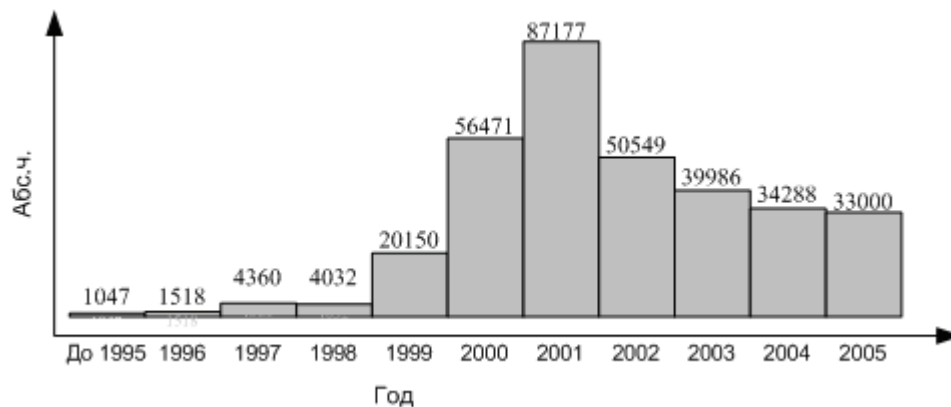


Рисунок 1. Динамика новых случаев ВИЧ-инфекции в России, абс.

На конец 2005 года в России было зарегистрировано 331398 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 14390 – у несовершеннолетних. Родилось от ВИЧ-позитивных матерей, по данным на 31.12.2004 г., 11271 детей. Умерло за период эпидемии 7538 ВИЧ-позитивных, в том числе 325 детей. Больных СПИДом в настоящее время насчитывается 1384, из которых 200 человек – дети. Умерло с установленным диагнозом СПИД за весь период 996 человек, в том числе 133 ребенка<sup>4</sup>. Однако по расчетным данным количество людей, живущих с ВИЧ, в стране еще выше: от 800 000 (по оценке Федерального научно-методического центра СПИДа) до 1,5 миллиона человек (по расчетам Национального разведывательного центра США, Эберштадт, Фешбах), что составляет 1-2% взрослого населения.

В настоящее время в России преобладает парентеральный путь заражения, связанный с потреблением наркотиков инъекционным способом, на втором месте находится

<sup>3</sup> Официальный сервер Государственного Комитета по статистике <http://www.gks.ru>

<sup>4</sup> Г.Г.Онищенко. Основные задачи по организации надзора, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на современном этапе // Совещание по организации надзора и профилактике ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. г. Суздаль, 11-13 октября 2005 года.





гетеросексуальный путь передачи ВИЧ, на третьем – заражение детей от ВИЧ-позитивных матерей (рис.2). Около 1% случаев заражения приходится на гомосексуальные контакты, и это четвертый по значению путь передачи ВИЧ в России. В 2004 году случаев заражения детей от матерей при грудном вскармливании было 2, но случаев заражения матерей от детей, как и случаев заражения при переливании крови, зарегистрировано не было.

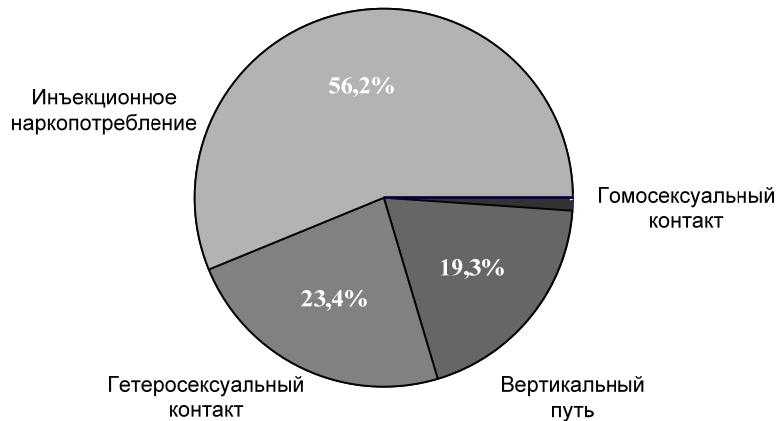


Рисунок 2. Распределение случаев ВИЧ по путям инфицирования, 2004 год (% случаев с идентифицированным путем инфицирования) по данным ФНМЦ ПБ СПИД МЗ РФ.

Среди инфицированных ВИЧ потребители наркотиков составляют, как показывают обследования, подавляющее большинство. Проблема наркомании приобрела особую актуальность во второй половине 1980-х годов, когда Россия стала и обширным рынком сбыта, и страной транзита для мирового трэффика наркотических веществ. В середине 1990-х годов в России впервые появился героин. Этот наркотик быстро занял лидирующие позиции в структуре наркопотребления. Основной способ употребления героина в России – внутривенные инъекции. Только по официальным данным в России на конец 2004 года было 342719 наркозависимых, или 240 человек на 100 тыс. нас., а также 150928, или 106 человек на 100 тыс. нас. лиц, употребляющих наркотики с вредными для здоровья последствиями. В 2004 году было впервые выявлено 17514 новых случаев опиатной зависимости, что составляет 12 человек на 100 тыс. населения<sup>5</sup>.

Заболеваемость вирусными гепатитами в последние годы имела динамику, сходную с динамикой распространения ВИЧ. По данным Российского Федерального Центра Госсанэпиднадзора, в 2004 году в России отмечено снижение заболеваемости вирусным гепатитом по сравнению с 2003 годом: В - на 20%, С - на 8,6%. Показатели распространенности заболевания на 100 000 населения соответственно составили 10,4 и 4,8.

Вместе с тем, по данным Федерального научно - методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 2004 год, все больше новых заражений среди женщин происходит через гетеросексуальные контакты, многие из которых не связаны с партнером - ПИН, и доля заражений гетеросексуальным путем постоянно нарастает.

Региональная картина распространения ВИЧ крайне неоднородна<sup>6</sup>. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах России, однако 70% всех случаев приходится на 10

<sup>5</sup> Распространенность наркологических расстройств в России в 2003-2004 гг. Краткий статистический сборник. Москва, ННЦН, 2005 г.

<sup>6</sup> Сельцовский А.П., Поляков С.В. Мазус А.И. и др. ВИЧ/СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия. М., Департамент здравоохранения г. Москва, Российский институт стратегических исследований. 2004. – 48 с.



высокоразвитых и густонаселенных регионов. По абсолютному количеству новых случаев заражения ВИЧ в 2004 году лидировали Московская, Свердловская, Самарская, Ленинградская области и Башкирия.

Абсолютное число ВИЧ-положительных было наибольшим в Свердловской (23270) и Московской областях (23100), Санкт-Петербурге (22608), Самарской области (19981), Москве (18343), Иркутской (16587), Челябинской (12849) и Оренбургской (11746) областях. Другие 27 регионов России имеют численность ВИЧ-положительных от 1 до 10 тыс. человек.

По оценке руководителя Российского федерального центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом В. Покровского и других экспертов, прогноз развития эпидемии зависит от того, насколько массовой будет гетеросексуальная передача ВИЧ. Исходя из высокого уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, предполагается, что уровень такой передачи будет существенно выше, чем в Западной Европе и Северной Америке.

## Санкт-Петербург

Санкт-Петербург расположен в Северо-Западном регионе России, в дельте реки Невы на берегу Финского залива Балтийского моря и занимает вместе с подчиненными административно-территориальными образованиями площадь в 1439 км<sup>2</sup>. Географическое положение Санкт-Петербурга определяет его стратегическое значение для России. Санкт-Петербург находится в центре пересечения морских и речных транспортных путей, наземных магистралей, являясь наиболее географически приближенным к странам Европейского Сообщества крупным российским городом. Расстояние до главных европейских столиц составляет от Санкт-Петербурга 1-2 тысячи километров, и воздушный перелет до них занимает 2-3 часа.

По численности населения Санкт-Петербург находится на четвертом месте в Европе после Лондона, Москвы и Парижа<sup>7</sup>. На конец 2004 г. в Санкт-Петербурге проживало 4596 тыс. человек. Численность молодежи Санкт-Петербурга в возрасте от 14 до 25 лет составляла 1052,6 тыс. чел. (22,9% населения города).

Уровень доходов населения в городе в среднем выше, чем в целом по России. Средняя заработная плата в Санкт-Петербурге по данным на конец первого полугодия 2005 года составила 10343 рублей (362 USD)<sup>8</sup>.

Пик эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге пришелся на 2001 год, когда было выявлено 9836 новых случаев (табл. 1). В дальнейшем отмечалось постепенное снижение выявляемости ВИЧ с некоторым ростом с конца 2004 г.

Таблица 2. Динамика инцидента ВИЧ-инфекции на 100 тыс. нас., Санкт-Петербург, 2000-2004 гг.

Год	2000	2001	2002	2003	2004
Показатель	68,3	205,6	107,3	72,1	75,8

<sup>7</sup> Сайт Администрации Санкт-Петербурга [www.gov.spb.ru](http://www.gov.spb.ru)

<sup>8</sup> Доклад Комитета экономического развития, промышленной политики и торговли Администрации Санкт-Петербурга «Об итогах социально-экономического развития Санкт-Петербурга в январе-июне 2005 года».



В Санкт-Петербурге на 01.01.2006 г распространенность ВИЧ-инфекции находилась на уровне 625,8 на 100 тыс. жителей (0,6% населения), что позволило включить город в число 5 субъектов РФ с наиболее высоким уровнем пораженности населения ВИЧ (показатели от 300,0 до 650,0). Общее число жителей города, у которых установлен положительный результат теста на антитела к ВИЧ за все годы наблюдения составил 28563<sup>9</sup> чел.

Заболеваемость вирусным гепатитом С в 2004 году регистрировалась в городе на уровне 2003 года - 15,1 на 100 000 населения. Заболеваемость вирусным гепатитом В снизилась за год на 22,9% (12,1 на 100 000 населения). Вместе с тем, рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в городе продолжился: их суммарный показатель в 2004 году составил 158,3 на 100 000 населения, что выше показателя для города в 2003 году на 7% и в 3 раза выше, чем по Российской Федерации в целом за 2004 год (51,2 на 100 000 населения). Продолжился и рост смертности от хронических вирусных гепатитов: в 2004 году в городе умерло 243 больных, и показатель смертности составил 5,3 на 100 000 населения, тогда как в 2003 году умерло 234 пациента, а показатель смертности равнялся 5,1 на 100 000 населения.

Таким образом, в 2004 году наблюдалась стабилизация эпидемической ситуации по ВИЧ - инфекции и парентеральным вирусным гепатитам, при накоплении больных в населении. Отмечается активизация полового пути распространения этих инфекций. Увеличилась доля женщин фертильного возраста, вовлеченных в эпидемию. Продолжился рост количества детей, рожденных от ВИЧ - позитивных матерей. Возросло число больных СПИДом и летальных исходов от этого заболевания.

Динамика распространения инфекций, передающихся половым путем, в 2004 году была благоприятной. По сумме заболеваний здесь наблюдается снижение показателя по сравнению с 2003 годом на 7,1% - с 585,7 до 544,1 на 100 тыс. населения. Наиболее выраженными за этот период были темпы снижения заболеваемости сифилисом – на 26% (с 66,5 до 49,2 на 100 тыс. населения) и гонореей – на 13% (с 53,3 до 45,9 на 100 тыс. населения). Возрастание первичной заболеваемости отмечено только для хламидиоза - 2,2%<sup>10</sup>.

По данным официальных источников, наблюдаемую динамику наркопотребления в Санкт-Петербурге (табл. 2) можно охарактеризовать как снижение пораженности наркоманией на фоне роста числа новых случаев, причем преимущественно за счет опийной наркомании, но только у лиц старше подросткового возраста, а также роста числа новых случаев потребления наркотиков с вредными последствиями для здоровья<sup>11</sup>.

Ситуация по превенции ВИЧ/СПИДа в уязвимых группах населения в Санкт-Петербурге характеризуется следующими особенностями. Молодежь на сегодняшний день является группой, наиболее широко охваченной превентивной деятельностью. Разветвленная сеть государственных учреждений осуществляет социальный контроль над несовершеннолетними. Реализуемые в городе превентивные программы являются по своему содержанию антинаркотическими, направленными на сохранение сексуального здоровья или комплексными.

В большинстве случаев в качестве заказчиков и исполнителей программ выступают государственные организации: Министерство образования и науки, Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, Министерство здравоохранения, Министерство внутренних дел, Комитет по образованию и науке Санкт-Петербурга, Центр профилактики наркомании при Комитете по образованию Санкт-Петербурга, Служба профилактики наркозависимости Городского центра профилактики безнадзорности и наркозависимости несовершеннолетних, Медицинский центр профилактики наркозависимости. Среди профилактических программ следует назвать

<sup>9</sup> О ситуации по ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге в 2005 году и задачах по сдерживанию эпидемии. Информационный бюллетень СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». СПб., 2006.

<sup>10</sup> Отчет о работе Комитета по здравоохранению за 2004 и перспективы развития здравоохранения до 2010 года (Информационные материалы). СПб, 2005.

<sup>11</sup> Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003-2004 годах. Краткий статистический сборник. Национальный научный Центр наркологии. М, 2005. – 84 с.



следующие постоянно действующие программы, охватывающие всю подростковую часть населения Санкт-Петербурга: Федеральная программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», Федеральная программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)», Целевая программа по предупреждению распространения в Санкт-Петербурге заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (программа «Анти-ВИЧ/СПИД»), школьный предмет «Основы безопасности жизнедеятельности».

Таблица 3. Распространенность наркомании на 100 тыс. нас., Санкт-Петербург, 2003-2004 гг.

	Преваленс		Инцидент	
	2003	2004	2003	2004
<b>Взрослые</b>				
Число зарегистрированных больных наркоманией	190,76	187,43	13,28	14,21
Число зарегистрированных больных опийной наркоманией	178,33	176,53	11,31	12,56
Число зарегистрированных больных гашишной наркоманией	1,34	1,06	0,15	0,04
Число лиц, зарегистрированных в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями	33,36	25,45	4,33	3,31
<b>Подростки</b>				
Число зарегистрированных больных наркоманией	18,16	15,28	7,17	8,38
Число зарегистрированных больных опийной наркоманией	15,30	11,83	7,17	6,41
Число зарегистрированных больных гашишной наркоманией	-	-	-	-
Число лиц, зарегистрированных в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями	46,84	44,86	22,94	24,16

Превентивные программы среди потребителей инъекционных наркотиков реализуются в Санкт-Петербурге следующими организациями – БОФ «Гуманитарное действие», Санкт-Петербургское Государственное Учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (проект «Улей»), Пункт профилактики ВИЧ/СПИДа Городской инфекционной больницы №30 имени С.П.Боткина, Пункт оказания помощи наркозависимым и профилактики ВИЧ-инфекции Городской наркологической больницы и другими.

В стационарных или мобильных пунктах (автобусах) осуществляется обмен использованных шприцев, раздача презервативов, проводятся консультации специалистов по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, ИППП. Проводится анонимное и бесплатное тестирование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, сифилис.

В группе РКС программа снижения вреда реализуются, главным образом, силами двух организаций – Благотворительного общественного фонда «Гуманитарное действие», который осуществляет проект «Мобильный пункт профилактики ВИЧ/ИППП и других социально значимых заболеваний среди женщин коммерческого секс-бизнеса», и Общественной организации социальных проектов «Стеллит», которая ведет превентивную работу в группе женщин, вовлеченных в секс-бизнес на улицах, в гостиницах, саунах, притонах, а также размещающих рекламу услуг в специализированных журнальных изданиях и сети Интернет. Особое внимание в работе этих организаций, помимо информирования о медицинских рисках заражения ИППП и ВИЧ, уделяется оказанию психологической помощи, социальному



сопровождению в медицинские и наркологические центры, в т.ч. и с целью тестирования на ВИЧ, решению социальных вопросов.

Работа с мужчинами, практикующими гомосексуальные контакты, в т.ч. с теми, кто предоставляет коммерческие сексуальные услуги, проводится в Санкт-Петербурге с 2004 года (Общественная организация социальных проектов «Стеллит», Межрегиональная Общественная Организация «Общество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом», Центр социального развития и информации PSI и другие организации). Сегодня в рамках этого направления проводятся информационные кампании и консультации по вопросам здоровья в местах локализации мужчин, вовлеченных в продажу секс-услуг, а также в специализированных клубах и других местах проведения досуга, развивается медико-социальное сопровождение, а также реализуются мероприятия по повышению доступности и мотивации к обращению за медико-социальной помощью.

Деятельность по превенции ВИЧ и ИППП в уязвимых группах населения развивается в направлении расширения сферы медико-социальных услуг, включая формирование сети доверенных специалистов (БОФ «Гуманитарное действие», ОО социальных проектов «Стеллит», Фонд социального развития и информирования PSI). В «Пункте профилактики ВИЧ-инфекции и иных социально-значимых заболеваний» Городской инфекционной больницы № 30 им. С.П.Боткина представители уязвимых групп населения могут бесплатно и без предоставления документов пройти тестирование на ВИЧ и другие инфекции, получить консультации инфекциониста, хирурга и других врачей, пройти лечение инфекционных заболеваний, включая лечебно-консультативную помощь при беременности.

## *Оренбург*

Оренбург – административный центр Оренбургской области. Город расположен в регионе Южного Урала, примерно в 100 км от границы России с Казахстаном, и делится на две части рекой Урал, по которой проходит географическая граница Европы и Азии. Таким образом, одна часть города находится в Европе, а другая – в Азии.

Оренбург – это точка пересечения различных торговых и транспортных путей, соединяющих Центральную Россию и страны Средней Азии, а также Поволжский регион России с территориями Сибири. Площадь города составляет около 1300 км<sup>2</sup>.

Постоянное (стационарное) городское население в 2004 г составило 544,7 тыс. чел. Оренбург – относительно «молодой» город, где молодежь, т.е. лица в возрасте от 15 до 30 лет, составляет 23,8% населения. Уровень жизни в Оренбурге достаточно низкий - средняя заработная плата оренбуржцев в 2005 году оценивается на уровне 5,9 тыс. рублей (206 USD) в месяц.

Первый случай ВИЧ-инфекции в Оренбурге был зарегистрирован в мае 1997 года. На 01.01.05 г. в Оренбурге зарегистрировано около 5600 случаев ВИЧ-инфекции, из них 573 были выявлены в 2004 году. На 01.01.05 г. в Оренбургской области зарегистрировано 14594 людей с позитивным ВИЧ-статусом, т.о., по их абсолютному числу Оренбургская область занимает 7-е место из 89 регионов, а по распространенности ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения – третье место. Согласно официальным данным основным путём ВИЧ-инфицирования в 2004 году являлся гетеросексуальный (49,1%), несколько реже - парентеральный(42,7%).

Число случаев гепатита «В» в период 1994 – 1997гг. оставалось относительно стабильным – регистрировалось от 234 до 289 больных ежегодно. При этом доля больных, заражение которых произошло из-за инъекционного употребления наркотиков, возрастала. В 1998 г. число заболевших гепатитом «В» увеличилось в 1,4 раза по сравнению с 1997 г., и, кроме того, более чем в два раза возросла доля больных гепатитом «В», которые злоупотребляли



наркотиками. В абсолютных цифрах в 1998 г. было зарегистрировано 414 случаев вирусного гепатита «В» и «С», в 1999 г. – 1384 случаев, в 2000 – 2520 случаев.

В 2003 году в г. Оренбурге наркологической службой было зарегистрировано 1082 больных наркоманией. Распространенность наркомании (показатель на 10 тыс. нас.) в городе и области заметно не различается: в 2001 году - 28,1 в Оренбурге и 24,3 в области, в 2002 году - 22,6 в Оренбурге и 23,8 в области, и в 2003 году - 20,6 в Оренбурге и 22,0 в области.

Расчетная численность потребителей инъекционных наркотиков в 2004 году составила в Оренбурге 3000-3500 человек. В группе ПИН наиболее распространено внутривенное употребление героина, далее - употребление стимуляторов амфетаминового ряда (преимущественно эфедрона).

Проведение превентивных мероприятий в уязвимых группах населения осуществляется силами достаточно узкого круга организаций. Общественная организация при Комитете по делам молодежи «Молодежь против наркотиков» специализируется преимущественно на первичной превенции девиантного поведения и пропаганде здорового образа жизни среди подростков. В сфере превенции ВИЧ сотрудники организации работают среди учащихся учреждений начального и среднего профессионального образования, студентов ВУЗов, а также старшеклассников общеобразовательных школ и их ближайшего окружения.

Автономная некоммерческая организация «Бюро по проблемам наркомании» действует на базе и в тесном взаимодействии с Областным наркологическим диспансером. Бюро осуществляет программы первичной профилактики распространения наркомании и ВИЧ среди молодежи, школьников, в т.ч. на базе ночных клубов, а также проводит обучающие мероприятия для педагогов. В сфере вторичной профилактики Бюро работает в направлении превенции ВИЧ и ИППП в группе ПИН. «Бюро по проблемам наркомании» является в Оренбурге основным разработчиком и исполнителем проекта «Радуга», в рамках которого реализуется профилактика ВИЧ в уязвимых группах населения. Партнерами по реализации проекта, помимо Областного наркологического диспансера, Областной центр профилактики инфекционных заболеваний и борьбы со СПИД, Благотворительная организация «Евразия-АнтиСПИД».

В рамках проекта организован стационарный пункт профилактики, который расположен в Центре профилактики инфекционных заболеваний и борьбы со СПИДом. Кроме того, осуществляется социальная (уличная) работа и распространяется информация о возможностях, предоставляемых Программой, среди ПИН и РКС. Предоставляется помощь юриста, гинеколога, дерматовенеролога и психолога, реализуются меры по социальной реадaptации представителей уязвимых групп населения на основе взаимодействия с молодежной биржей труда и фондом обязательного медицинского страхования.

## *Иркутск*

Город Иркутск является центром Иркутской области, входящей в состав Сибирского Федерального округа. Область расположена в южной части Восточной Сибири, в бассейнах верхнего течения рек Нижней Тунгуски, Ангары и Лены. На юго-востоке области расположено озеро Байкал. В современных границах Иркутская область существует с 1937 года; общая её площадь – 775 тыс. км<sup>2</sup>.

Иркутск является одним из старейших русских городов Сибири. Современный Иркутск находится в ряду крупнейших городов Российской Федерации и имеет статус одного из семи городов, обладающих уникальным историческим и культурным наследием. Город занимает площадь 30,6 тыс. га.



Уровень жизни жителей Иркутска в последние годы повышается. Среднемесячный денежный доход на душу населения за 2004 г. превысил доход 2003 г. на 17,7% и составил 5355 рублей, а в январе-мае 2005 г вырос еще на 27,2% и составил 6094,8 руб. (213 USD).

Первый случай ВИЧ-инфекции в г. Иркутске был зарегистрирован в 1990-м году<sup>12</sup>. Далее до 1998 г. включительно регистрировались лишь единичные случаи инфицирования: в 1993 г. – 1, в 1995 г. – 1, в 1996 г. – 1, в 1997 г. – 1, в 1998 г. – 2. Т.о. за период 1990-1998 гг. в Иркутске было зарегистрировано всего семь случаев ВИЧ-инфекции, причем в первые годы устанавливался половой путь передачи, а с 1996 г. – парентеральный. Все эти случаи являлись «завезенными» из других регионов России и зарубежных стран.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в г. Иркутске началась в 1999 г., на фоне широкого распространения внутривенного употребления наркотиков. Всего в 1999 г. в г.Иркутске было зарегистрировано 2631 случай ВИЧ-инфекции, в 2000 г. – 2877, в 2001 г. – 1465. С 2002 г. отмечается снижение регистрируемых случаев при стабилизации числа обследований. Так, в 2002 г. был зарегистрирован 981 случай, в 2003 г. – 670, в 2004 г. – 757 (табл. 3). Всего на территории города Иркутска на конец 2004 г. был зарегистрирован 7961 случай ВИЧ-инфекции (показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 1334,9).

Таблица 4. Динамика инцидента ВИЧ-инфекции, Иркутск, 1999-2004 гг.

Год	1999	2000	2001	2002	2003	2004
На 100 тыс. нас.	446,17	484,6	247,8	176,06	115,9	130,9
Кол-во чел.	2631	2877	1465	981	670	757

Источник: Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом

Столь высокий уровень заболеваемости ВИЧ, безусловно, был связан с высоким уровнем наркопотребления в городе. В ходе дозорного исследования 2002 г., проведенного среди ПИН, был установлен крайне высокий уровень пораженности этой группы ВИЧ-инфекцией, равнявшийся 59,8%. При этом пораженность в возрастной группе 15-19 лет составила 90,0%, а в возрастной группе 20-24 года – 71,6%<sup>13</sup>.

Рост числа лиц, употребляющих наркотические вещества, в г. Иркутске и Иркутской области наблюдается с 1995 г. По статистическим данным Иркутского областного наркологического диспансера на конец 2004 г., на территории Иркутской области было зарегистрировано 13468 потребителей наркотических веществ (527,2 на 100 тыс. населения), в т.ч. в г. Иркутске – 5223 чел. (903,4 на 100 тыс. населения). Динамика заболеваемости наркоманией среди взрослого населения г. Иркутска с 1995 по 2004 гг. представлена в таблице 5.

Таблица 5. Динамика инцидента наркомании, Иркутск, 1996-2004 гг.

Год	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
На 100 тыс. нас.	141,4	256,0	369,8	469,1	654,3	855,0	936,2	887,5	903,4
Абс.ч., кол-во чел.	836	1522	2196	2766	3868	5055	5413	5223	5223

Источник: Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом

«Пик» как инцидента, так и преваленса наркомании среди населения города приходится на 2002 год, после чего наблюдается некоторое снижение. Всего на диспансерном учёте с

<sup>12</sup> При подготовке данного раздела использовались статистические данные, предоставленные Иркутским Областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом.

<sup>13</sup> Изучение эффективности дозорных сероэпидемиологических и поведенческих исследований в системе надзора за ВИЧ-инфекцией в группах лиц, употребляющих наркотики внутривенно/ Отчет по результатам пилотного проекта на 6-и территориях Российской Федерации. СПб: Северо-Западный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом Санкт-Петербургского Института им. Пастера МЗРФ, Социологический Институт РАН. 2002.



диагнозом «наркомания» в г. Иркутске в 2004 г. состояло 4368 взрослых и 407 несовершеннолетних<sup>14</sup> (табл. 6).

Таблица 6. Число лиц, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «наркомания», Иркутск, 1996-2004 гг., абс.ч.

Год	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Взрослые	1035	1718	1876	2264	3868	4439	5413	4732	4368
Подростки	58	136	320	512	1110	616	811	419	407

Источник: Иркутский областной наркологический диспансер

По данным Иркутского областного кожно-венерологического диспансера, в 2004 г. заболеваемость сифилисом на территории г. Иркутска и Иркутской области составила в 2430 случаев (90,1 на 100 тыс. населения), гонореей – 3428 случаев (127 на 100 тыс. населения), вирусным гепатитом «В» (острая форма) – 394 случая (15,4 на 100 тыс. населения), вирусным гепатитом «С» (острая форма) – 234 случая (9,13 на 100 тыс. населения).

Для молодежи с 2004 года проводятся информационные кампании по профилактике ВИЧ/СПИДа: «Безопасный секс - приятная забота», «ВИЧ: узнай больше», «Приручи свои желания» и пр., которые финансирует UNICEF. В сфере превенции ВИЧ и ИППП среди молодежи ряд программ реализуется самими учебными заведениями, которые используют традиционные и относительно неспецифические методы профилактики, такие как лекции, обсуждения и пр., а поэтому недостаточно эффективны. Существенное внимание уделяется в городе развитию сфер дополнительных образовательных услуг, клубной и кружковой досуговой деятельности, физкультуры и спорта.

В связи с обострением эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции на территории области, с 2002 г. Иркутским областным отделением Российского Красного Креста совместно с Иркутским областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом реализуется программа снижения вреда для ПИН. В основу организации работы была положена модель, разработанная и реализуемая в Санкт-Петербурге БОФ «Гуманитарное действие». Иркутские Красный Крест и Центр СПИДа являются основными грантополучателями в области превенции ВИЧ/СПИДа на территории города и области.

В рамках Программы проводятся психологические, медицинские и другие консультации в местах продажи наркотиков, распространяются информационные брошюры, выдаются направления на медицинское обследование и в группы самопомощи для ВИЧ-позитивных лиц, производится обмен шприцев. Все медицинские услуги наркологического профиля населению Иркутска оказывают профильные государственных организации, поскольку коммерческих наркологических центров не существует.

Специализированных программ превенции для РКС в г.Иркутске не проводится. В течение последних лет Областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом предпринимались попытки охвата профилактическими мерами группы РКС в той её части, которая занята в фирмах досуга и гостиницах, однако они оказались неуспешными в силу кадровых трудностей и отсутствия финансирования. Группа уличных РКС частично включена в программу снижения вреда в виде распространения брошюр и презервативов, реализуемую Иркутскими Областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и Областным отделением Российского Красного Креста, однако только вблизи мест продажи наркотиков.

<sup>14</sup> Данные предоставлены Иркутским областным психоневрологическим диспансером.





## Глава 2. Характеристика МОЛОДЕЖНЫХ ГРУПП

### *Санкт-Петербург*

#### *Социально-демографические характеристики*

Половая структура обследованной в Санкт-Петербурге молодежи практически совпадает среди ИМ и НИМ – незначительно преобладают юноши (54%-56%). Средний возраст обследованных подгрупп составляет соответственно 16,4 и 17,1 года.

В обеих подгруппах преобладают лица со средним общим (70% и 74%) и начальным (21% и 26%) образованием. Большинство ИМ на момент проведения опроса проживали в родительской семье (85%), тогда как НИМ в приюте/интернате (49%) или в общежитии (38%). В обеих подвыборках около 17% респондентов трудоустроены, занятость в незаконных сферах активности не отмечается.

#### *Характеристики наркопотребления*

Жизненный преваленс наркопотребления колеблется от 24% (ИМ) до 43% (НИМ). Годовой преваленс инъекционного наркопотребления достигает 1% в группе ИМ и в 12 раз выше в группе НИМ. У 68% НИМ наркопотребление приводило к осложнениям в виде проблем с венами, а в 4% случаев - к передозировкам. Таким образом, хотя в целом наркопотребление в обследованной молодежной группе Санкт-Петербурга представлено единичными случаями, среди НИМ присутствуют лица с устойчивым инъекционным наркопотреблением.

#### *Характеристики сексуального поведения*

Сексуальные контакты были у 61%-66% молодежи. В течение последнего года подобные контакты имелись у 85% ИМ и 75% НИМ (от общего числа когда-либо вступавших в сексуальные контакты). Среднее количество некоммерческих сексуальных партнеров за последний год в обеих подгруппах равнялось 3 чел. Уровень использования презерватива при некоммерческих контактах существенно более высок в группе ИМ (44%), чем в НИМ (19%).

Коммерческие сексуальные контакты характерны только для группы ИМ, где в такие контакты в течение последнего года вступали 3% респондентов. При каждом коммерческом половом контакте использовали презерватив 46% респондентов.

В гомосексуальные контакты мужская часть обеих молодежных подвыборок в течение последнего года не вступала.

#### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Информированность об ИППП оказалась в группе низкой. Так, среди симптомов ИППП у женщин респонденты чаще всего называли боли в животе (12%-15%) и выделения из половых органов (13% -17%). Среди симптомов ИППП у мужчин чаще всего были названы выделения из половых органов (13%-14%) и жжение при мочеиспускании (10%-12%). Информированность об ИППП в подгруппах ИМ и НИМ значимо не различалась.

Симптомы ИППП в течение предшествующего года, перенесли 1% ИМ (выделения – менее 1%, язвы/ранки – менее 1%) и 6% НИМ (выделения – 4%, язвы/ранки – 2%). При



обнаружении симптомов ИППП в специализированное медицинское учреждение обратились все НИМ и только 64% ИМ. Первые сделали это в течение первой недели после обнаружения симптомов, а вторые – по истечении месяца или ещё позже.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе слышали все представители НИМ и практически все (99%) - ИМ. Вместе с тем, информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции была выше в группе ИМ, чем НИМ: 6,2 и 5,6 баллов соответственно из 10 возможных. Доля проходивших тестирование на ВИЧ среди НИМ почти втрое больше, чем среди ИМ: 28% и 10% соответственно.

Уровень толерантности по отношению к людям с позитивным ВИЧ-статусом в молодежной группе оказался средним и выше в группе ИМ, чем НИМ: 4,0 и 3,1 балла соответственно из 7-ми возможных.

#### *Общий уровень здоровья*

В структуре заболеваемости обращает на себя внимание высокий уровень заболеваний ЦНС в подгруппе НИМ – 16%, что втрое превышает показатель для ИМ. Такое же соотношение наблюдается и по уровню психических расстройств, составляющем в подгруппе НИМ 18%, только здесь показатели различаются более чем вчетверо по сравнению с группой ИМ. Уровень травматизма в течение предшествующего года относительно низок в группе ИМ (61%), и относительно высок в группе НИМ (75%).

По гепатитам существенно высокий уровень заболеваемости отмечается только для гепатита «А»: такой диагноз устанавливался 3% ИМ и 10% НИМ. Показатель заболеваемости туберкулезом колеблется в молодежной группе в пределах 2%-3%.

#### *Источники информации и превентивные программы*

Радио и телевидение являются основными источниками информации для обеих молодежных подгрупп: к ним молодежь города обращается, как правило, ежедневно.

Охват группы превентивными мероприятиями (специализированные учебные занятия по проблемам ВИЧ/СПИДа) относительно низкий, и варьирует от 19% среди ИМ до 25% среди НИМ. В программах «равный-равному» участвовали 5% ИМ и 10% НИМ.

#### *Резюме*

Резюмируя рассмотрение характеристик молодежных подгрупп города Санкт-Петербург, можно отметить следующие особенности. Прежде всего, это достаточно значительное количество половых контактов у 2/3 молодежи при низкой частоте использования презервативов. Такие виды высоко рискованного поведения, как употребление наркотиков инъекционным путем и вступление в коммерческие сексуальные контакты, количественно ограничены единичными случаями. Показатели информированности об ИППП и прохождения тестирования на ВИЧ низки. Достаточно низок и индекс социального принятия людей с позитивным ВИЧ-статусом. Среди группы НИМ города устанавливается относительно высокий уровень заболеваемости социально опасными болезнями, прежде всего, нервно-психическими. Охват молодежной группы превентивными мероприятиями низок в обеих изучавшихся подгруппах, но все же несколько более высок в группе НИМ.



## Оренбург

### *Социально-демографические характеристики*

По полу в обеих подгруппах оренбургской молодежи незначительно преобладают девушки (53%). Средний возраст варьирует от 15,5 лет в подгруппе НИМ до 17,2 лет в подгруппе ИМ.

В подгруппе ИМ подавляющее большинство получили общее среднее образование (94%). В подгруппе НИМ 3% вообще никогда не посещали образовательные учреждения, 60% имеют начальное образование, а 38% - общее среднее образование. Относительно большая доля получивших лишь начальное образования среди представителей подгруппы НИМ очевидно обусловлена более низким средним возрастом в сравнении с группой ИМ.

Большинство представителей ИМ проживали либо в родительской семье (68%), либо в общежитии или в семье родственников (по 1/10). Среди НИМ большинство проживали в приюте/интернате (45%) или в родительской семье (37%).

Доля трудоустроенных составила в молодежных подгруппах 31%-34%. Отмечается занятость части респондентов в сфере девиантной или собственно криминальной активности. Так, среди ИМ были единичные случаи занятости предоставлением сексуальных услуг, торговлей наркотиками, воровством и сбытом краденого. Среди НИМ до 8% были заняты воровством и сбытом краденого.

### *Характеристики наркопотребления*

Жизненный преваленс наркопотребления достигает 16% среди ИМ и 47% среди НИМ. Годовой преваленс инъекционного наркопотребления также более высок среди НИМ, где он достигает 17%, что более чем вчетверо выше аналогичного показателя для ИМ. С осложнениями в связи с употреблением наркотиков в виде проблем с венами сталкивалась 1/3 наркопотребителей из числа НИМ, а пережили передозировки 5%. Таким образом, наркопотребление в молодежной группе Оренбурга представлено единичными случаями, однако среди НИМ есть случаи тяжелого инъекционного наркопотребления.

### *Характеристики сексуального поведения*

Имеют опыт сексуальных контактов 57% ИМ и 66% НИМ. Доля вступавших в сексуальные контакты в течение предшествующего года достигает 85% и 92% соответственно. Количество некоммерческих сексуальных партнеров в группе ИМ составляло в среднем 4, и было вдвое меньше чем в группе НИМ. Представители ИМ демонстрируют более высокую частоту использования презервативов по сравнению с НИМ: использовали презерватив каждый раз при половом контакте с некоммерческим партнером в течение предшествующего года 44% и 17% соответственно.

Имели коммерческие половые контакты в течение последнего года вступали 7% ИМ и 22% НИМ. Представители ИМ использовали презерватив при каждом половом контакте с коммерческим партнером более чем в 1,5 раза чаще, чем представители НИМ (71% и 40% соответственно). Из мужской части ИМ 1% опрошенных вступали в гомосексуальные контакты, причем 40% из них – в течение последнего года, и, в среднем, с одним партнером.

### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Информированность об ИППП в молодежной группе в целом относительно низкая. Среди симптомов ИППП у женщин чаще всего назывались выделения из половых органов (22%-27%), выделения с запахом (18%-19%) и боли в животе (16%-19%). Среди симптомов ИППП у мужчин наиболее часто назывались генитальные язвы/ранки (23%-25%), выделения из половых органов (9%-28%) и жжение при мочеиспускании (12%-23%). В отношении



симптомов ИППП у женщин информированность обеих молодежных подгрупп заметно не различалась, а в отношении симптомов ИППП у мужчин представители ИМ были информированы лучше, чем НИМ.

В группе НИМ в течение предшествовавшего года 13% имели выделения из половых органов, а 3% - генитальные язвы/ранки. Из числа ИМ выделения из половых органов имели 3%, 1% - генитальные язвы/ранки. Из числа представителей ИМ 81% при появлении симптомов обратились в специализированное медицинское учреждение, причем по прошествии недели или менее с момента появления симптомов. Из числа представителей НИМ только 1/5 обратились за медицинской помощью, причем с момента появления симптомов до обращения проходило, в среднем, месяц и более.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе слышали все представители оренбургской молодежи. Информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ инфицирования оказалась в этой группе достаточно высокой – от 6 баллов из 10 возможных в группе НИМ до 6,6 в группе ИМ. Тестирование на ВИЧ когда-либо проходили 29% и 15% соответственно.

Уровень толерантности в отношении к людям с позитивным ВИЧ-статусом значимо не различается в группах ИМ и НИМ и колеблется от 3,0 до 3,4 баллов из 7-ми возможных соответственно.

#### *Общий уровень здоровья*

Уровень заболеваемости выше в группе НИМ, чем ИМ. Заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли соответственно 11% и 4%, психические расстройства – 11% и 5%. Уровень травматизма, напротив, оказался крайне высок в группе ИМ (85%) и почти вдвое ниже – в группе НИМ (47%).

Заболеваемость гепатитами достигает существенного уровня только в группе НИМ, где диагноз «Гепатит А» был поставлен 24% подростков, «Гепатит В» – 3%, «Гепатит С» – 5%. Заболеваемость туберкулезом представлена в среднем 3%.

#### *Источники информации и превентивные программы*

Обращение к средствам массовой информации наиболее часто происходит в группе ИМ. Её представители наиболее часто, как правило, ежедневно, обращаются к таким видам СМИ как радио и телевидение. Представители НИМ существенно реже используют СМИ, и относительно часто смотрят только телевизор (примерно раз в неделю).

Охват группы специализированными превентивными программами по проблемам ВИЧ/СПИДа вдвое выше среди ИМ (35%). В группе НИМ такими программами охвачены лишь 18%. В программах «равный-равному» участвовали около 3% представителей оренбургской молодежной группы.

#### *Резюме*

По социально-демографическим параметрам особенностями группы являются существенная доля проживающих вне родительской семьи среди ИМ, и напротив, проживающих с родителями - среди НИМ, а также относительно высокий уровень занятости в сферах девиантной активности, характерный для обеих подвыборок. Представители НИМ демонстрируют более высокий уровень высокорискованного поведения в формах инъекционного наркопотребления и вступления в коммерческие сексуальные контакты. Однако и представители группы ИМ демонстрирует поведение риска в формах существенного числа некоммерческих сексуальных партнеров и недостаточного использования презервативов при половых контактах с ними. Информированность об ИППП



и ВИЧ в молодежной группе относительно высока. Уровень заболеваемости особенно гепатитами, а также ИППП значительно высока в группе НИМ. Охват превентивными мероприятиями в виде профилактических программ достигает сколько-нибудь существенного уровня лишь в группе ИМ, где такими программами были охвачена треть респондентов.

## *Иркутск*

### *Социально-демографические характеристики*

Доля юношей среди обследованной иркутской молодежи составляет 50%-54%. Средний возраст в подгруппе составил 15,3 лет в группе НИМ и 16,9 лет в группе ИМ.

В подгруппе ИМ преобладают лица, получившие среднее общее образование (76%), а среди НИМ 91% имеют начальное образование.

Большинство представителей ИМ проживали в родительской семье (65%), а также в приюте/интернате, общежитии или семье родственников (по 1/10). Среди НИМ большинство проживали в приюте/интернате (98%).

Доля трудоустроенных была в данной подвыборке 24%-26%. Части подростков присуща девиантная трудовая активность. Так, среди ИМ отмечались случаи участия в торговле наркотиками, воровстве и сбыте краденого. Среди НИМ по 9% заняты проституцией и попрошайничеством.

### *Характеристики наркопотребления*

Жизненный преваленс наркопотребления составил 10% среди ИМ и 48% среди НИМ. Годовой преваленс инъекционного наркопотребления также более высок в группе НИМ, где он достигает 9%, тогда как в группе ИМ - 5%. Из осложнений наркопотребления отмечались только передозировки (5%-6%). Таким образом, систематическое наркопотребление в молодежной группе Иркутска представлено единичными случаями, несмотря на то, что в группе НИМ города высок уровень проб инъекционно употребляемых наркотиков.

### *Характеристики сексуального поведения*

Имели опыт половых контактов 55% ИМ и 48% НИМ. Доля вступающих в половые контакты в течение предшествующего года составила 72% и 27% соответственно. Для относительно небольшой доли НИМ, имевших половые контакты в течение предшествовавшего года, характерно существенное количество некоммерческих половых партнеров (в среднем 5). Количество таких партнеров в группе ИМ составило в среднем 3. ИМ также демонстрирует более высокую частоту использования презервативов каждый раз при половом контакте с некоммерческим партнером (56%), по сравнению с НИМ (1/3).

В коммерческие половые контакты в течение предшествующего года вступали 9% ИМ и 17% НИМ. Из числа ИМ только  $\frac{3}{4}$  использовали презерватив при каждом половом контакте с коммерческим сексуальным партнером, тогда как среди НИМ – 100%.

В гомосексуальные контакты в течение предшествующего года не вступал никто из обследованных молодежных групп.

### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Из симптомов ИППП у женщин чаще всего были названы выделения из половых органов (3% - 28%) и боли в животе (3%-9%). Среди симптомов ИППП у мужчин наиболее часто



назывались генитальные язвы/ранки (6%-12%) и жжение при мочеиспускании (6%-11%). Представители ИМ более хорошо информированы о симптомах ИППП, чем НИМ.

Выделения из половых органов в течение предшествовавшего года отмечали у себя 11% НИМ, 2% - язвы/ранки. Отметили у себя симптомы ИППП в виде выделений из половых органов 3% ИМ. Из представителей НИМ, переносивших ИППП, 58% обратились в специализированное медицинское учреждение, чаще по прошествии месяца и более с момента возникновения симптомов. Из числа ИМ все, у кого обнаружили симптомы ИППП, обратились за медицинской помощью, причем с, как правило, в течение недели и менее.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе слышали все опрошенные в Иркутске НИМ и только 76% ИМ. Информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ оказалась достаточно высокой: 6,2 - 6,3 баллов из 10 возможных соответственно. Тестирование на ВИЧ проходили 20% ИМ и 17% НИМ.

Социальная дистанция по отношению к людям с позитивным ВИЧ-статусом в иркутской молодежной группе достаточно высока, особенно среди НИМ. Так, индекс толерантности составил 2,5 среди НИМ и 3,6 среди ИМ из 7 возможных.

#### *Общий уровень здоровья*

Уровень заболеваемости оказался существенным по психическим расстройствам и туберкулезу. Заболеваемость НИМ психическими расстройствами достигает 39%, туберкулезом 7%. Заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли 4%-7%, травмы – 53%-61%. Заболеваемость гепатитами достигает значительного уровня только в группе ИМ, где диагноз «гепатит В» был поставлен 1,4%.

#### *Источники информации и превентивные программы*

Из средств массовой информации представители иркутской молодежи наиболее часто обращаются к телевидению (в среднем, ежедневно).

Охват группы специализированными превентивными мероприятиями по проблеме ВИЧ/СПИДа относительно высок и достигает 33% в группе ИМ и 40% в группе НИМ. Вместе с тем, в программах «равный-равному» участвовали не более 2% представителей ИМ и никто из группы НИМ.

#### *Резюме*

Особенностями группы с точки зрения социально-демографических характеристик являются существенная доля проживающих вне родительской семьи среди представителей ИМ, и низкий образовательный уровень группы НИМ. Обращает на себя внимание высокий уровень девиантных видов занятости, присущий как группе ИМ, так и НИМ. Риск распространения ВИЧ-инфекции связан в иркутской молодежной группе, главным образом, с особенностями сексуального поведения: значительное количество половых партнеров и низкая частота использования презервативов при половых контактах. Здесь также следует отметить и высокую частоту коммерческих половых контактов в группе НИМ. Информированность об ИППП относительно низкая как среди НИМ, так и ИМ, о ВИЧ – особенно в группе НИМ. Уровень общей заболеваемости высок в группе НИМ, особенно по психическим расстройствам и ИППП. Охват превентивными мероприятиями относительно высок, особенно среди НИМ.



## Сравнительный анализ территориальных общностей

### Социально-демографические характеристики

Среди ИМ наиболее старшей по возрасту оказалась оренбургская подгруппа, среди НИМ – санкт-петербургская. В Оренбурге и Иркутске группы НИМ имели более младший средний возраст, чем ИМ, а в Санкт-Петербурге, напротив, более старший.

Среди ИМ более высокий уровень образования был в оренбургской подгруппе, где почти все респонденты имели среднее общее и профессионально-техническое образование. В двух других городах до 1/5 молодежи имели только начальное образование. Среди НИМ более высокий уровень образования оказался в санкт-петербургской подгруппе, ниже – в оренбургской, и самый низкий – в иркутской, где почти все имели только начальное образование.

Наибольшее отличие внутри группы ИМ отмечается по постоянному месту проживания: большинство санкт-петербургских представителей этой группы проживали в родительской семье, а в Оренбурге и Иркутске до 1/3 - вне семьи. И, напротив, оренбургскую группу НИМ отличает существенная (около трети) доля проживающих в родительской семье, тогда как значительная часть НИМ в Санкт-Петербурге и Иркутске проживали в интернате/приюте или в общежитии (только в Санкт-Петербурге).

Наибольшая доля трудоустроенных в обеих молодежных подгруппах – в Оренбурге, несколько меньше - в Иркутске, и наименьшая – в Санкт-Петербурге. В двух первых упомянутых городах также установлено наличие девиантных видов занятости в молодежных подгруппах.

### Характеристики наркопотребления

Употребление наркотиков, в том числе инъекционным путем, оказалась свойственно молодежным подгруппам. Во всех обследованных городах жизненный преваленс наркопотребления во всех трех городах существенно выше НИМ, где он превышает 2/5 всего объема выборки, а значимые различия в его уровне по городам отсутствуют (рис.3).

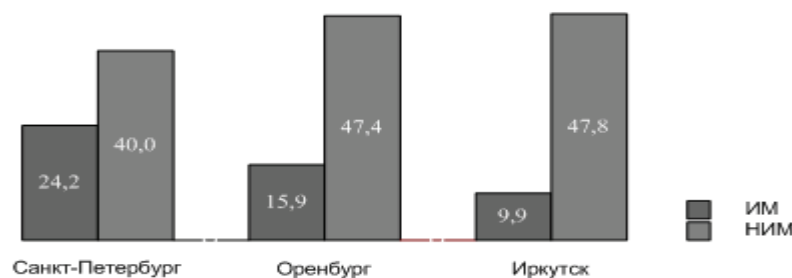


Рисунок 3. Жизненный преваленс наркопотребления в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.



Годовой prevalence инъекционного наркопотребления максимален среди оренбургской молодежи, а минимален – среди иркутской (рис.4). В группе ИМ максимальный жизненный prevalence наркопотребления устанавливается в Санкт-Петербургской подгруппе, а минимальный – в иркутской. В целом он почти вдвое ниже, чем в группе НИМ. Годовой же prevalence инъекционного наркопотребления, напротив, наибольший в Иркутске и наименьший в Санкт-Петербурге.

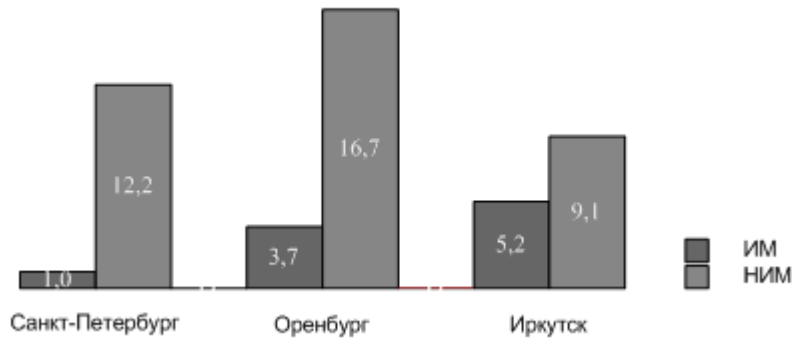


Рисунок 4. Годовой prevalence инъекционного наркопотребления в группах ИМ и НИМ (от числа лиц, когда-либо пробовавших наркотики); Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Во всех молодежных подгруппах, за исключением иркутской ИМ, имели место осложнения наркопотребления. Наиболее серьезными они были в Санкт-Петербургской и оренбургской группах НИМ.

#### Характеристики сексуального поведения

Сексуальное высоко рискованное поведение присутствует во всех молодежных подгруппах обследованных городов. В целом в половые контакты вступали от половины до двух третей обследованных представителей молодежных подгрупп (рис. 5).

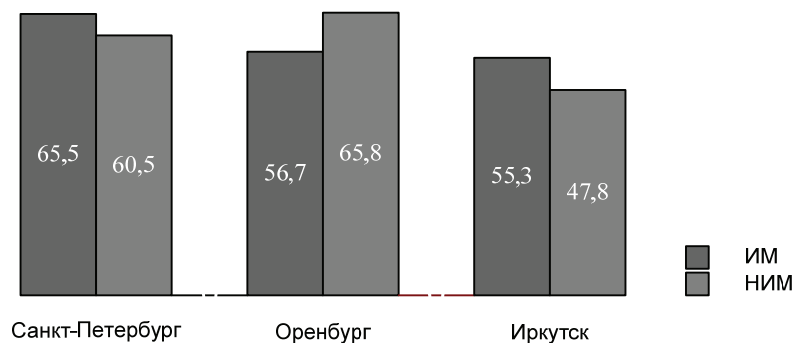


Рисунок 5. Опыт половых контактов в течение жизни в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Исключение здесь составляет лишь иркутская подгруппа НИМ, где только менее половины подростков имели такие контакты. В этой же подгруппе устанавливается и наименьшая доля подростков, которые вступали в половые контакты в течение последнего года (рис. 6). Вместе с тем, названная подгруппа «лидирует» по количеству некоммерческих половых партнеров за этот период (рис.7).



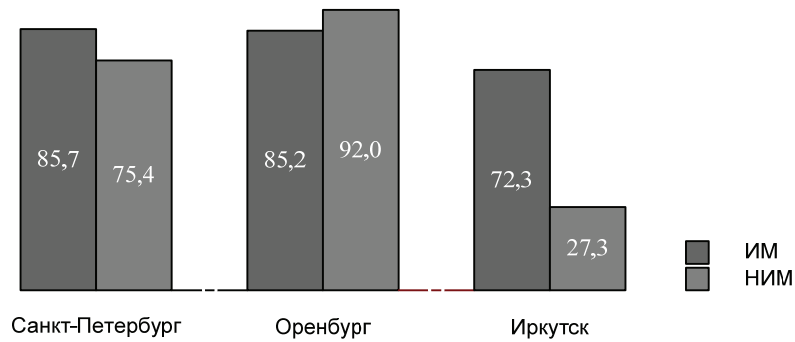


Рисунок 6. Опыт половых контактов в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года (доля от числа лиц, когда-либо вступавших в половые контакты); Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

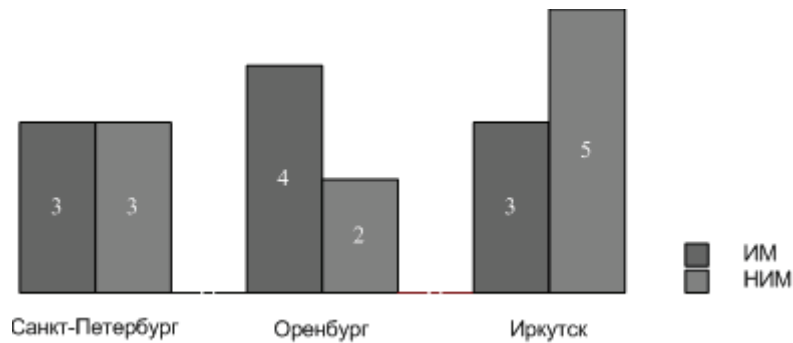


Рисунок 7. Среднее число некоммерческих половых партнеров в группах ИМ и НИМ за предшествующий год; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.

Несколько меньшее число некоммерческих партнеров было в течение года у представителей оренбургской подгруппы ИМ, но она же – единственная для которой оказались характерны гомосексуальные контакты. Уровень использования презервативов при некоммерческих половых контактах крайне низок во всех молодежных подгруппах, особенно в подгруппах НИМ (рис.8).

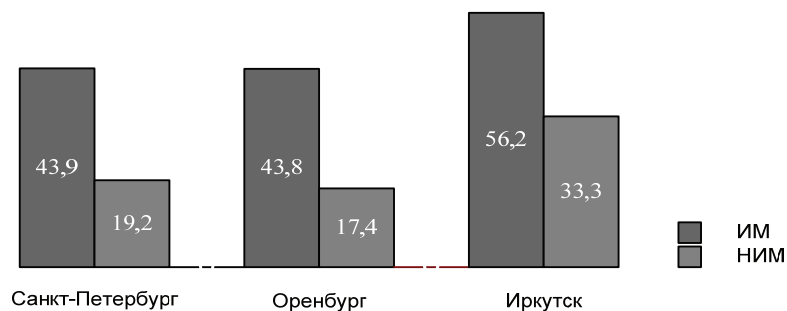


Рисунок 8. Использование презерватива при каждом половом контакте с некоммерческими половыми партнерами в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

В коммерческие половые контакты вступали представители всех обследованных молодежных подгрупп, за исключением НИМ в Санкт-Петербурге (рис.9). Наибольшая доля вступавших в такие контакты отмечается среди оренбургской и иркутской подгрупп НИМ.

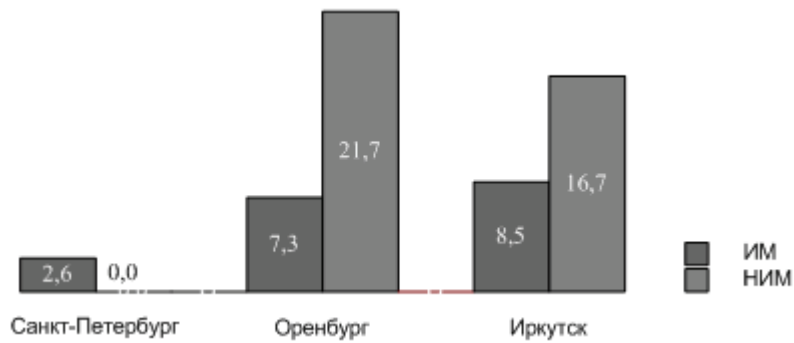


Рисунок 9. Опыт половых контактов с коммерческими партнерами в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Использование презервативов при всех коммерческих половых контактах устанавливается только среди иркутской подгруппы НИМ. В Санкт-петербургской подгруппе ИМ и оренбургской подгруппе НИМ уровень использования презерватива при коммерческих половых контактах, напротив, крайне низок (рис. 10).

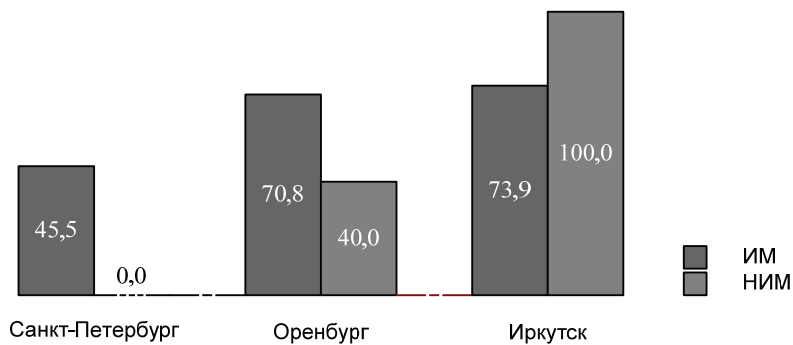


Рисунок 10. Использование презерватива при каждом половом контакте с коммерческим партнером в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

#### Информированность и поведение, связанное с ИППП

Информированность об ИППП в молодежной подгруппе оказалась наиболее низкой из всех обследованных уязвимых групп населения. Из молодежных подгрупп наиболее хорошо информированы о симптомах ИППП, причем как у мужчин, так и у женщин, оренбургские подгруппы ИМ и НИМ.

Частота симптомов ИППП в течение предшествующего года наиболее высока в оренбургской и иркутской подгруппах НИМ (рис. 11). Высокая (100%) обращаемость по поводу ИППП отмечается, между тем, только среди иркутской подгруппы НИМ.

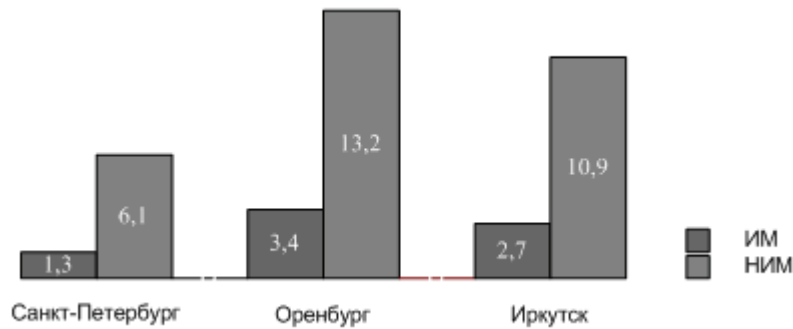


Рисунок 11. Наличие симптомов ИППП в группах ИМ и НИМ в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

### Информированность и поведение, связанное с ВИЧ

В отношении информированности о ВИЧ выделяется подгруппа иркутской НИМ, где почти четверть подростков никогда не слышала о ВИЧ. Информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции была наиболее низкой в Санкт-петербургской подгруппе НИМ. В целом же по всем городам этот показатель был выше среди представителей ИМ, чем среди НИМ.

Социальное принятие людей с позитивным ВИЧ-статусом в молодежной подгруппе существенно ниже, чем среди других обследованных уязвимых групп населения. Наибольший уровень толерантности отмечается в Санкт-Петербурге. В целом более высокий уровень толерантности характерен для подгруппы ИМ по сравнению с подгруппой НИМ во всех городах (рис.12).

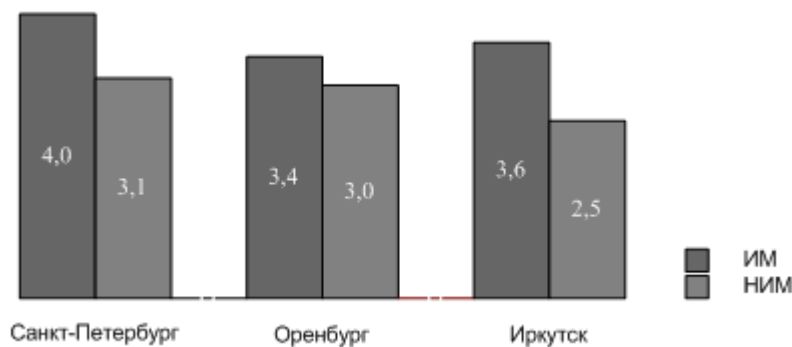


Рисунок 12. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.

В подгруппе ИМ максимальная доля проходивших тестирование на ВИЧ-инфекцию отмечается в Иркутске, а среди НИМ она в Иркутске, напротив, минимальна, но достаточно высока в двух других городах (рис.13).

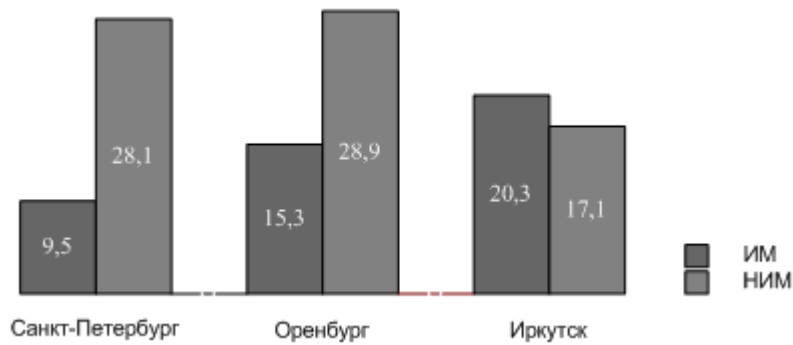


Рисунок 13. Опыт тестирования на ВИЧ-инфекцию в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

#### Общий уровень здоровья

Общий уровень заболеваемости заметно более высок в подгруппе НИМ, по сравнению с ИМ (рис.14-18). В частности, заболеваемость патологией ЦНС наибольшая среди НИМ Санкт-Петербурга и Оренбурга, психическими расстройствами – среди НИМ Иркутска. Исключение здесь составляет травматизм, уровень которого наиболее высок среди оренбургской подгруппы ИМ. Заболеваемость гемоконтактными гепатитами наибольшая среди оренбургской молодежи, особенно в подгруппе НИМ. Уровень туберкулеза, максимальный для обследованных молодежных подгрупп, отмечается среди иркутской НИМ.

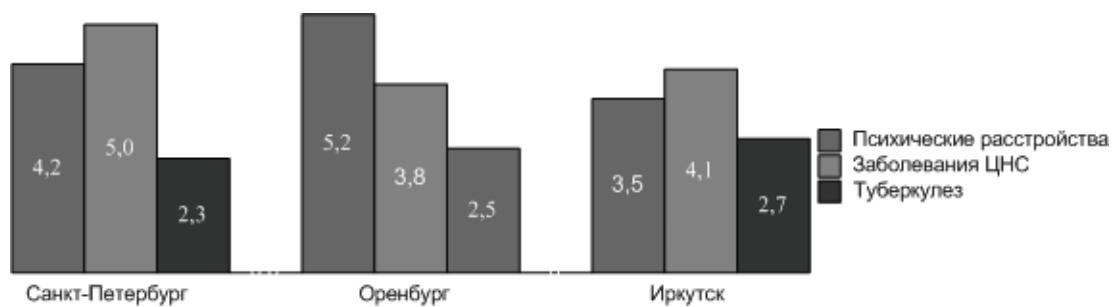


Рисунок 14. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе ИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

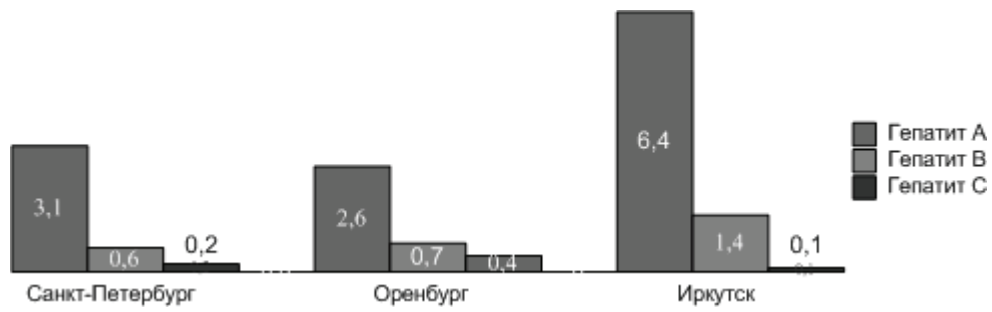


Рисунок 15. Уровень заболеваемости гепатитами в группе ИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

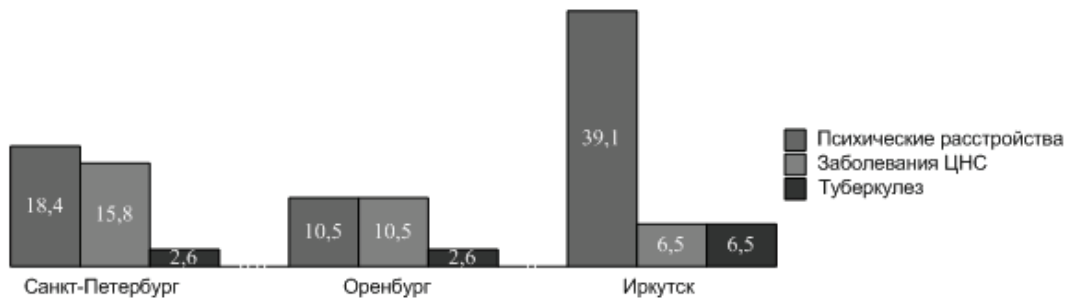


Рисунок 16. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

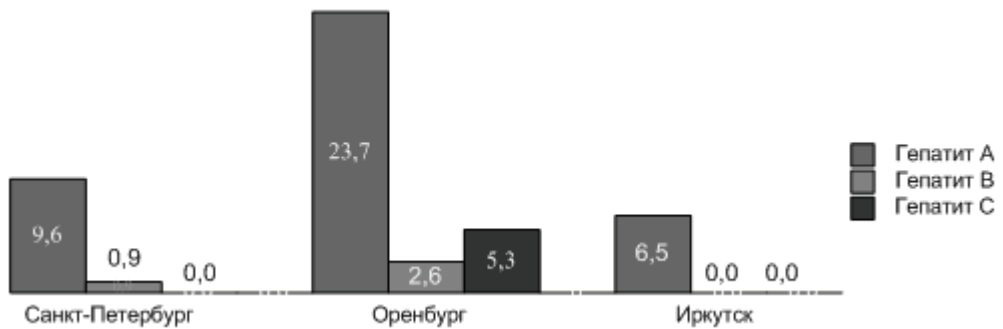


Рисунок 17. Уровень заболеваемости гепатитами в группе НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

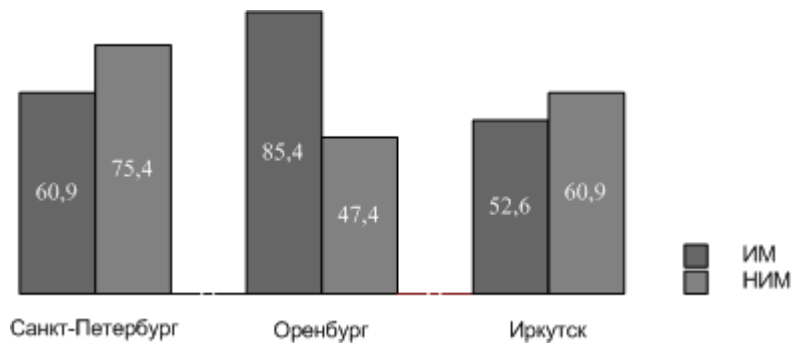


Рисунок 18. Уровень травматизма в группах ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

#### Источники информации и превентивные программы

Телевидение является наиболее часто используемым источником информации во всех молодежных подгруппах. Радио же часто используется только Санкт-Петербургскими подгруппами ИМ и НИМ и Иркутской ИМ. Для Оренбургской подгруппы НИМ характерно более редкое использование даже этих наиболее популярных среди молодежи СМИ.

Наиболее широко охвачена профилактическими мероприятиями Иркутская подгруппа НИМ (рис.19). Среди подгрупп ИМ наибольший охват профилактическими программами отмечается в Оренбургской и Иркутской подгруппах.

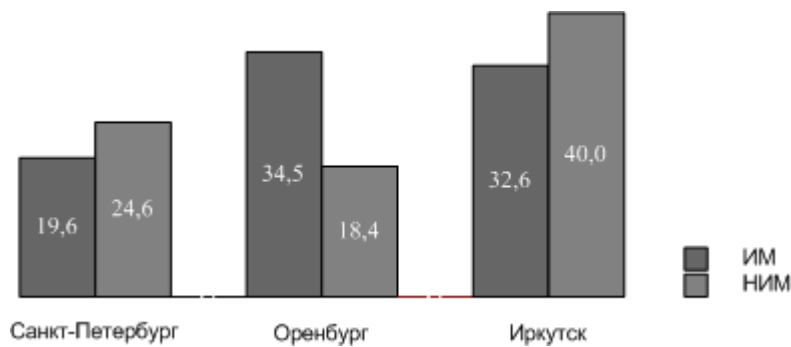


Рисунок 19. Охват профилактическими мероприятиями групп ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.



Для Санкт-Петербургской молодежной подгруппы характерен наибольший охват программами «равный-равному» (рис.20).

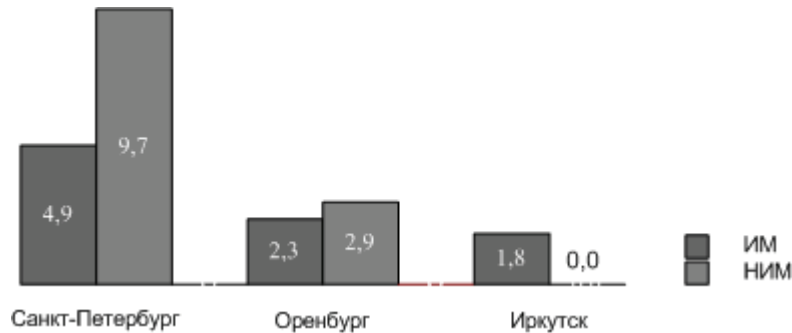


Рисунок 20. Охват профилактическими программами по методу «равный – равному» групп ИМ и НИМ; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

### Резюме

Подводя итог, отметим те особенности, которые характеризуют молодежную группу в каждом из городов, охваченных ПМИ.

В Оренбурге и Иркутске это меньший родительский контроль в подгруппе ИМ и более высокий уровень занятости, в том числе и в девиантных видах трудовой активности, обеих молодежных подгрупп. НИМ в этих городах отличает значительная доля вступавших в коммерческие половые контакты и наиболее высокая частота симптомов ИППП.

Все подростки, вступавшие когда-либо в половые контакты, характеризуются достаточно высоким уровнем сексуальной активности, проявляющейся в количестве половых партнеров. Частота использования презервативов, тем не менее, низка во всех обследованных молодежных подгруппах.

Подгруппу НИМ во всех городах отличает существенный уровень употребления наркотиков, в том числе инъекционным путем, а также и более высокий уровень общей заболеваемости, что особенно характерно для иркутской и оренбургской подгрупп.

Для всех опрошенных молодежных подгрупп характерен относительно низкий уровень информированности об ИППП, а иркутскую подгруппу ИМ отличает еще и низкий уровень осведомленности о ВИЧ.

В целом, более высокий уровень поведения «риска» характерен для оренбургской и иркутской молодежи, несмотря на их больший охват превентивными мероприятиями.



# Глава 3. Характеристика группы потребителей инъекционных наркотиков

## *Санкт-Петербург*

### *Социально-демографические характеристики*

В выборке петербургских ПИН несколько преобладают мужчины; их доля составила 61%. Средний возраст опрошенных – 27 лет. Преобладают лица, получившие профессионально-техническое (34%), среднее специальное (31%) и среднее общее (22%) образование.

Подавляющее большинство ПИН представляет стационарное население города (99%). Соответственно, зарегистрированы постоянно по месту жительства в Санкт-Петербурге 94%. Большинство ПИН проживали в Выборгском, Калининском и Петроградском районах Санкт-Петербурга. Обращает на себя внимание достаточно высокая территориальная мобильность представителей данной группы – более чем на месяц выезжали за пределы города 17% обследованных ПИН.

### *Характеристики наркопотребления*

Поведение риска, связанное с практиками совместного использования инструментария для инъекций, характеризуется следующими особенностями. Более 1/10 ПИН (12%) использовали чужую иглу или шприц во время последней инъекции, а по показателю за последний месяц эта доля достигает 36%. В течение последнего месяца в среднем трое человек использовали иглу или шприц совместно с каждым опрошенным ПИН. В течение последнего месяца 18% ПИН хотя бы один раз использовали для инъекций чужой шприц.

Еще более показателен в этом отношении индикатор одалживания игл и шприцев в течение последнего месяца. Так, только 2% ПИН ни разу не одалживали иглы и шприцы. Вместе с тем, доступность чистых игл и шприцев в этой группе высока – 98% ПИН почти всегда могут приобрести чистый инструментарий.

Лечение или помощь в связи с употреблением наркотиков на момент проведения опроса получали только 1,5% респондентов, тогда как почти 2/3 вообще никогда не получали такого рода лечение или помощь.

### *Характеристики сексуального поведения*

В течение последнего года у опрошенных ПИН было в среднем 5 некоммерческих и 4 случайных половых партнера. Все половые контакты были гетеросексуальными. Не использовали презерватив при каждом половом контакте почти 4/5 ПИН (79%).

Имели коммерческие половые контакты 16% ПИН. Среднее количество коммерческих половых партнеров за предшествующий год составило 14. При этом почти ¼ (24%) ПИН не использовали презервативы с коммерческим половым партнером каждый раз.





### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Среди симптомов ИППП у женщин обследованные ПИН чаще всего называли выделения из половых органов (51%) и выделения с запахом (38%). Примерно по 1/3 назвали зуд и жжение при мочеиспускании, чуть более 1/5 – боли в животе, язвы и ранки на половых органах, только 9% - увеличение паховых лимфоузлов. Относительно симптомов ИППП у мужчин ПИН информированы несколько лучше. Так, выделения из половых органов назвали 58%, жжение – 49%, язвы и ранки на половых органах – 34%, и только такой симптом как отек в паховой области назвали всего 11%.

Наличие симптомов ИППП в течение предшествующего опросу года отметили в группе 1,5% ПИН, причем ни один из них не обратился в специализированное медицинское учреждение.

### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе информированы все обследованные ПИН. Однако по индексу уровня информированности о путях передачи ВИЧ и способах превенции инфицирования она достигает только 6,6 баллов из 10 возможных. Тем не менее, это один из наиболее высоких уровней информированности по всем обследованным в ходе ПМИ уязвимым группам.

Более 3/4 ПИН проходили тестирование на ВИЧ (77%). Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, была в группе высокой.

Уровень личностного принятия людей с позитивным ВИЧ-статусом и больных СПИДом достигает 6,6 баллов из 7-ми возможных.

### *Общий уровень здоровья*

По характеристикам общей заболеваемости обращает на себя внимание доля ПИН, которым был установлен диагноз «гепатит»: 69% (гепатит «С») и 24% (гепатит «В»). Также высок в группе уровень травматизма (54%) и психических расстройств (20%). Диагноз «туберкулез» был поставлен только 1,5% ПИН, заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли 4%.

### *Источники информации и превентивные программы*

В соответствии с частотой обращения к средствам массовой информации, основными источниками информации для представителей группы ПИН являются телевидение, которое они смотрят ежедневно, а также радио и печатные материалы, к которым они обращаются как минимум раз в неделю.

С программами профилактики, реализуемыми в Санкт-Петербурге специально для ПИН знакомы 27%. Чаще всего обследованные ПИН обращались для обмена игл и шприцев (31%), бесплатного тестирования на ВИЧ (25%), получения презервативов (21%), и реже - для бесплатного тестирования (17%) или лечения (15%) ИППП.

### *Резюме*

Резюмируя, отметим следующие особенности поведения петербургских ПИН. Прежде всего, это высокая территориальная мобильность части представителей группы. Далее это небезопасные практики использования инструментария для инъекций, несмотря на его высокую воспринимаемую доступность. Кроме того, это значительное количество половых партнеров, в том числе и коммерческих, вкупе с низкой частотой использования презервативов, особенно при половых контактах с некоммерческими партнерами.



На фоне относительно высокой информированности о ВИЧ и ИППП уровень субъективно переживаемых симптомов ИППП относительно низок. Соответственно, низок и уровень обращаемости за специализированной помощью по поводам ИППП и диагностики ВИЧ-инфицирования. Только незначительное число ПИН получали специализированную помощь в связи с употреблением наркотиков. Обращает на себя внимание также высокий уровень травматизма и заболеваемости социально-опасными болезнями (гепатитами и психическими расстройствами) в данной подгруппе.

Со специализированными профилактическими программами знакомы менее трети ПИН, а среди видов использовавшейся помощи преобладает обмен игл и шприцев, а также получение презервативов.

## *Оренбург*

### *Базовые социально-демографические характеристики*

В оренбургской выборке ПИН преобладают лица мужского пола (84%). Средний возраст – 26 лет. Большинство ПИН имеют среднее общее (38%) или среднее специальное образование (18%). Обращает на себя внимание значительная доля тех, кто имеет незаконченное высшее или высшее образование (33%).

Большинство ПИН относится к стационарному населению Оренбурга (94%) и проживает в Юбилейном, Рабочем и Свердловском районах города. Довольно значительной оказалась и доля лиц, проживающих в городе с временной регистрацией или вообще без регистрации (9%). ПИН, относящиеся к некоренным жителям города являются уроженцами других регионов России, чаще всего, Кавказа. Почти четверть (24%) ПИН проявляют повышенную территориальную мобильность, а именно, выезжали в течение последнего года за пределы города более чем на месяц.

### *Характеристики наркопотребления*

Поведение риска, связанное с практикой совместного использования инструментария для инъекций, характеризуется следующими особенностями. Во время последней инъекции чужую иглу или шприц использовали только 5% ПИН, а доля хотя бы раз использовавших чужую иглу или шприц в течение последнего месяца составляет 30%. Одной иглой или шприцем вместе с респондентом в течение последнего месяца воспользовались в среднем 2 человека. Одалживали хотя бы раз в течение последнего месяца иглу или шприц 99% ПИН. В течение последнего месяца пользовались шприцем, им не принадлежащим, 46% ПИН. Вместе с тем, возможность приобретения чистого инструментария в городе достаточно высока – 88% ПИН могут приобрести его почти всегда.

В обследованной группе ПИН на момент опроса никто не проходил курс лечения и не получал помощь в связи с употреблением наркотиков, а более 2/3 вообще никогда не получали наркологической помощи.

### *Характеристики сексуального поведения*

Среднее количество некоммерческих половых партнеров за предшествующий год в группе ПИН составило 3 постоянных и 3 случайных. У 15% ПИН в течение последнего года имелись гомосексуальные контакты, в среднем, с 1 партнером. Использовали презервативы при каждом половом контакте с некоммерческим партнером только 17% ПИН.

Коммерческих половых партнеров имели в течение предшествующего года 18% ПИН. По-видимому, подобные контакты носят эпизодический характер, так как среднее число половых



партнеров за последний месяц равно 0, а за последний год - 1. Использовали презерватив при каждом коммерческом половом контакте 80% ПИН.

#### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Среди симптомов ИППП у женщин ПИН чаще всего называли выделения из половых органов (59%), выделения с запахом (62%), язвы и ранки на половых органах (49%), зуд (34%). Менее 1/5 ПИН называли боли в животе, жжение при мочеиспускании и увеличение паховых лимфоузлов. Среди симптомов ИППП у мужчин были названы выделения из половых органов (86%), жжение при мочеиспускании (66%), язвы и ранки на половых органах (62%), отек в паховой области (13%). Таким образом, информированность о симптомах ИППП в группе ПИН достаточно высока, особенно относительно симптомов ИППП у мужчин, что объясняется преобладанием в выборке лиц мужского пола.

Наличие симптомов ИППП в течение предшествующего опросу года отметили 17% ПИН. У 16% это были выделения, у 2% - язвы и ранки на половых органах. При обнаружении этих симптомов 58% обратились за помощью в специализированное медицинское учреждение, в среднем в течение недели или меньше с момента появления симптомов.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе информированы все опрошенные представители группы ПИН. Однако индекс уровня информированности о путях передачи ВИЧ и способах превенции инфицирования составляет только 6 баллов из 10 возможных.

Почти 4/5 ПИН проходили тестирование на ВИЧ (79%). Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, была в группе очень высокой.

Социальное принятие людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, оцениваемое по индексу толерантности, достаточно высоко и достигает 6 баллов из 7 возможных.

#### *Общий уровень здоровья*

В течение последнего года перенесли заболевания ЦНС 6% ПИН, психическое расстройство - 1/5, 82% имели травмы. Крайне высока заболеваемость гепатитом «В» и «С» (34% и 59% соответственно). Значительна доля тех, кому был установлен диагноз «туберкулез» (8%).

#### *Источники информации и превентивные программы*

В соответствии с частотой обращения к средствам массовой информации основным источником информации для группы ПИН является телевидение, которое они смотрят ежедневно, а также радио, которое они слушают раз в неделю. К остальным СМИ ПИН обращаются менее 1 раза в неделю.

С программами профилактики для ПИН, реализуемыми в городе, знакомы 87% ПИН. Чаще всего в течение последнего года ПИН получали презервативы (59%), обменивали иглы и шприцы (58%), получали информационные материалы (51%), проходили бесплатное тестирование на ВИЧ (41%).

#### *Резюме*

Резюмируя, необходимо отметить высокую территориальную мобильность части представителей ПИН. Несмотря на высокую доступность инструментария для инъекций, частота использования чужого или уже использовавшегося инструментария также высока.



В сфере сексуального поведения отмечается крайне низкая частота использования презервативов при половых контактах с некоммерческими партнерами, а также высокая доля вступающих в гомосексуальные контакты, которые, правда, нельзя назвать множественными.

Информированность о симптомах ИППП и обращаемость по их поводу можно охарактеризовать в группе как относительно высокую. Что же касается ВИЧ, то здесь как информированность о путях передачи и способах превенции, так и доля тестирувавшихся в течение последнего года относительно низки.

ПИН Оренбурга характеризуются крайне высоким уровнем заболеваемости гепатитами, психическими расстройствами, туберкулезом и травматизмом. Вместе с тем, для группы характерен и сравнительно высокий уровень вовлеченности в превентивные мероприятия.

## *Иркутск*

### *Социально-демографические характеристики*

В иркутской выборке ПИН преобладают лица мужского пола – 70%. Средний возраст опрошенных ПИН составил 27 лет. В выборке преобладают лица со средним общим (50%) и незаконченным высшим (40%) образованием. Все ПИН постоянно проживают в городе, как правило в Свердловском, Октябрьском и Ленинском районах. Без регистрации проживает 10% опрошенных ПИН, а 21% из них выезжали за пределы города более чем на месяц, что является признаком высокой территориальной мобильности.

### *Характеристики наркопотребления*

Поведение «риска», связанное с практикой совместного использования инструментария для инъекций, характеризуется в группе иркутских ПИН следующими особенностями. Использовали чужую иглу или шприц во время последней инъекции 12% ПИН, и также 12% использовали хотя бы раз чужую иглу или шприц в течение последнего месяца в среднем с 1 человеком.

Вместе с тем 77% ПИН ни разу не одалживали чужую иглу или шприц в течение последнего месяца, а 78% ни разу не использовали не принадлежащий им шприц.

Возможность приобретения чистых игл или шприцев в группе иркутских ПИН относительно низка, только 80% могут приобрести их почти всегда.

Помощь или лечение в связи с употреблением наркотиков на момент опроса получали только 1% ПИН, а более половины из них вообще никогда не получали такого лечения.

### *Характеристики сексуального поведения*

В течение последнего года представители ПИН имели в среднем 3 постоянных и 2 случайных партнеров. С некоммерческими партнерами при каждом половом контакте в течение последнего года презерватив использовали 48% ПИН.

В коммерческие половые контакты вступали 11% ПИН, в среднем с 2 партнерами за последний месяц. При каждом половом контакте с коммерческим партнером презерватив использовали 94% ПИН, что вдвое чаще, по сравнению с контактами с некоммерческими партнерами. В гомосексуальные контакты в течение последнего года ПИН не вступали.



### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Информированность о ИППП в группе ПИН оказалась относительно низкой. Среди симптомов ИППП у женщин наиболее часто упоминались выделения из половых органов – 29%, тогда как другие симптомы назывались более чем вдвое реже. Среди симптомов ИППП у мужчин чаще всего упоминались также выделения из половых органов (54%); другие симптомы назывались существенно реже.

Отмечали наличие симптомов ИППП у себя в течение предшествующего года 6% ПИН (с одинаковой частотой назывались и выделения, и язвы/ранки). ¾ ПИН обратились при этом за помощью в профильное медицинское учреждение. Время с момента появления симптомов до обращения составляло, в среднем, более недели, но менее месяца.

### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

Информированность о ВИЧ/СПИДе в группе не абсолютна – слышали о ВИЧ/СПИДе 98% ПИН. Вместе с тем индексный показатель информированности о путях передачи ВИЧ и способах превенции инфицирования достигает 6,7 баллов из 10 возможных. Тестирование на ВИЧ проходили 79% ПИН. Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа оказалась максимальной.

Уровень социального принятия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, относительно низок - 5,7 баллов из 7-ми возможных.

### *Общий уровень здоровья*

Перенесли заболевания ЦНС в течение предшествующего года 6% ПИН, психические заболевания – 3%. Обращает на себя внимание крайне высокий уровень травматизма – 89% ПИН получили травмы. В группе очень высок уровень заболеваемости гепатитом «А» (65%), тогда как заболеваемость гепатитами «В» и «С» составляет около 10%, что является довольно низким показателем для группы ПИН в целом. Уровень заболеваемости туберкулезом составил 3%.

### *Источники информации и превентивные программы*

Наиболее часто используемыми видами средств массовой информации в группе ПИН Иркутска являются радио и телевидение, к которым они обращаются практически ежедневно.

Для группы характерна крайне низкая информированность о программах профилактики, существующих для ПИН в Иркутске (10%). Наиболее часто получаемыми ПИН видами помощи были получение презервативов (65%), другое менее 1/6 ПИН.

### *Резюме*

Таким образом, можно отметить следующие особенности поведения представителей группы ПИН в Иркутске. Уровень использования чужого инструментария в группе не высок, но низка воспринимаемая возможность приобретения чистого инструментария. Лишь незначительное количество ПИН получают лечение в связи с употреблением наркотиков. Количество половых контактов с некоммерческими партнерами достаточно велико.

Для группы ПИН Иркутска характерна относительно низкая информированность о симптомах ИППП, однако относительно высок уровень информированности о путях распространения и способах превенции ВИЧ-инфекции. Заболеваемость в целом достаточно высока в отношении травматизма и гепатита «А». Охват группы превентивными программами крайне низок.



## Сравнительный анализ территориальных общностей

### Социально-демографические характеристики

Преобладание в группе ПИН лиц мужского пола наиболее существенно в Оренбурге. Различие между подгруппами по возрасту не превышает года. В сфере образования обращает на себя внимание преобладание профессионально-технического образования среди Санкт-петербургских ПИН, а также высшего и незаконченного высшего образования - среди оренбургских и иркутских ПИН. Доля проживающих в своем городе без регистрации наиболее велика среди ПИН Оренбурга и Иркутска.

### Характеристики наркопотребления

Различия в практике совместного пользования инъекционными принадлежностями между ПИН отдельных городов следующие. Наиболее велика доля использовавших чужую иглу или шприц при последней инъекции среди ПИН Санкт-Петербурга и Иркутска. Доля ни разу не использовавших чужую иглу или шприц за последний месяц, а также среднее количество человек, пользовавшихся одной иглой или шприцем с респондентом минимальна в Санкт-Петербурге, максимальна в Иркутске и имеет промежуточное значение в Оренбурге (рис.21).

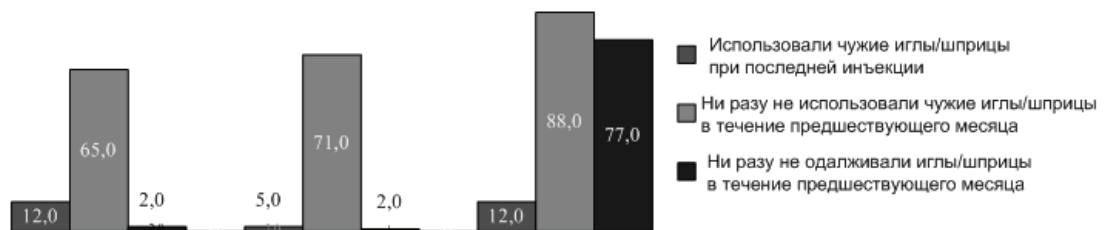


Рисунок 21. Характеристики использования инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Обращает на себя внимание низкая доля ПИН, ни разу не одалживавших иглы и шприцы в течение последнего месяца в Санкт-Петербурге и Оренбурге, по сравнению с Иркутском. Наибольшая доля ПИН, ни разу не использовавших не принадлежащий им шприц, отмечается в Санкт-Петербурге, несколько ниже она в Иркутске, и минимальна - в Оренбурге (рис.22).

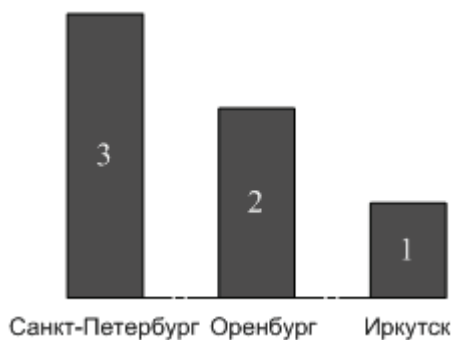




Рисунок 22. Среднее количество человек, с которыми ПИН пользовались одним и тем же инструментарием для инъекционного введения наркотиков в течение предшествующего месяца; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.

Возможность приобретения чистых игл и шприцев максимальна в Санкт-Петербурге и минимальна в Иркутске (рис.23).

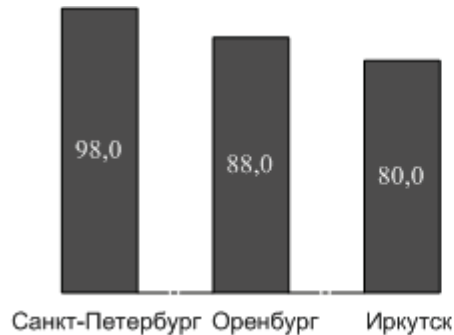


Рисунок 23. Наличие возможности приобретения «чистого» инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Прохождение лечения в связи с употреблением наркотиков на момент проведения ПМИ существенно не различается в изученных городах, и всюду крайне редко. Тем не менее, в Санкт-Петербурге и Иркутске, по сравнению с Оренбургом, выше доля тех, кто проходил наркологическое лечение когда-либо в прошлом.

#### Характеристики сексуального поведения

Сексуальное поведение риска представителей ПИН в отдельных городах имеет следующие особенности. По количеству некоммерческих сексуальных партнеров, причем как постоянных, так и случайных, лидируют Санкт-Петербургские ПИН (рис. 24). Они же, как и Оренбургские ПИН, отличаются наиболее низкой частотой использования презервативов при некоммерческих сексуальных контактах (рис.25).

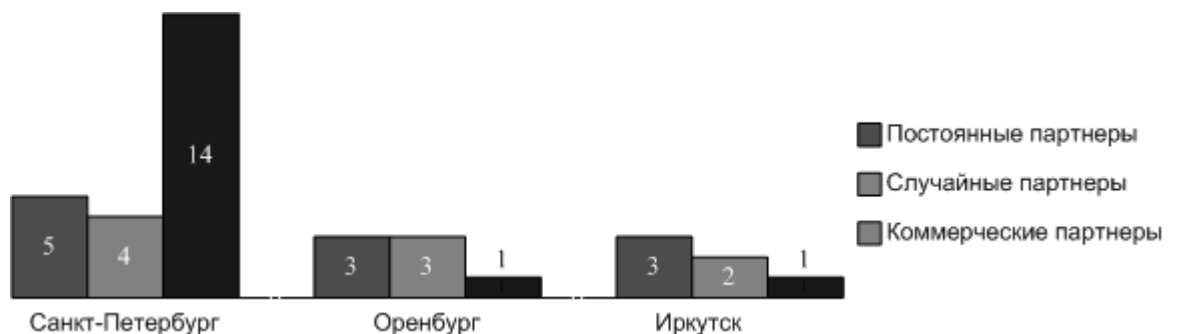




Рисунок 24. Среднее число различных половых партнеров в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

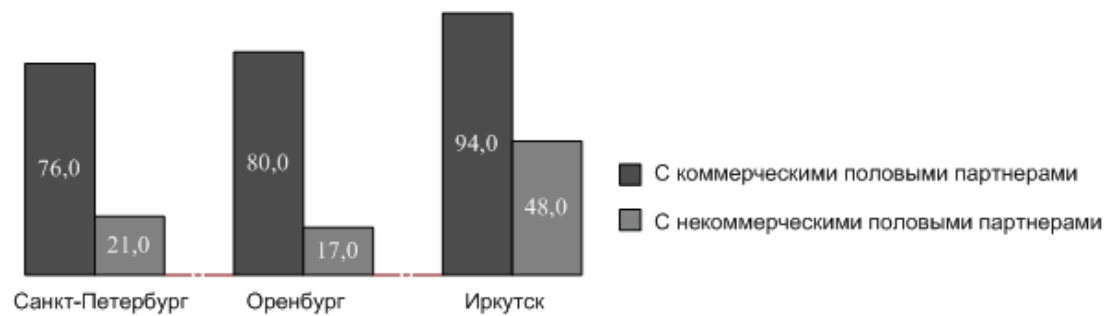


Рисунок 25. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Актуальные гомосексуальные контакты свойственны только оренбургским ПИН, и в этом же городе среди ПИН наиболее велика доля имевших коммерческие половые контакты в течение предшествующего года (рис.26).

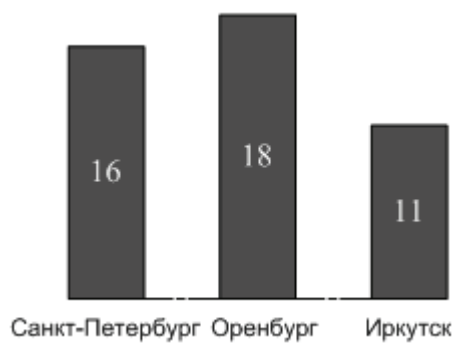


Рисунок 26. Опыт половых контактов в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Однако по количеству коммерческих сексуальных контактов в течение последнего месяца лидируют Санкт-Петербургские ПИН, тогда как для представителей ПИН в других городах подобные контакты были эпизодическими. Для названной подгруппы ПИН характерен и наиболее низкий уровень использования презервативов при коммерческих половых контактах.

#### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Наиболее высокий уровень информированности о симптомах ИППП, как у мужчин, так и у женщин, отмечается в подгруппе оренбургских ПИН. Несколько ниже информированность Санкт-Петербургских, и существенно ниже - Иркутских ПИН (рис.27-30).



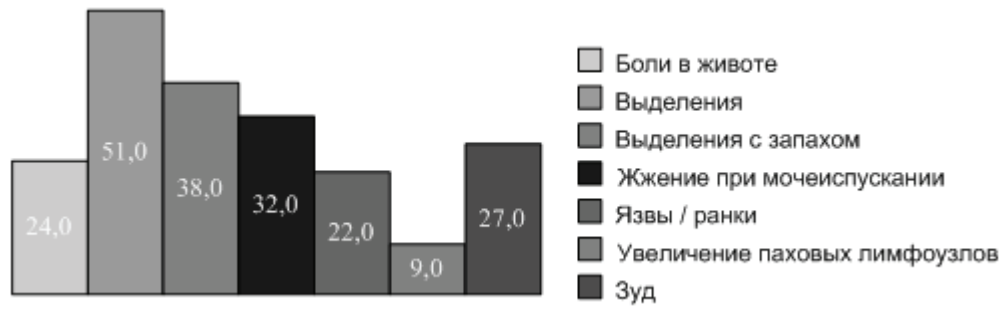


Рисунок 27. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Санкт-Петербург; %.

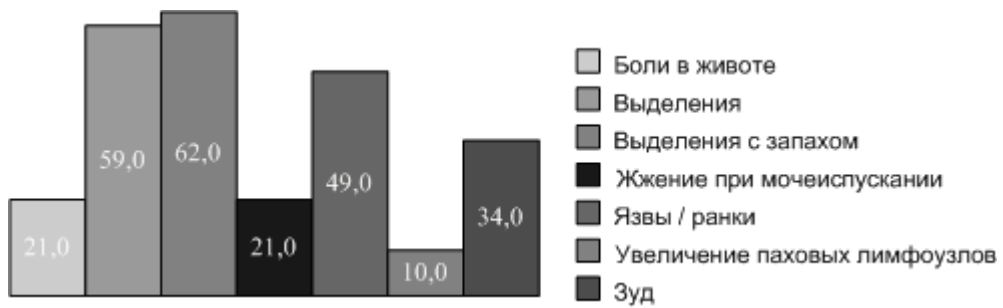


Рисунок 28. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Оренбург; %.

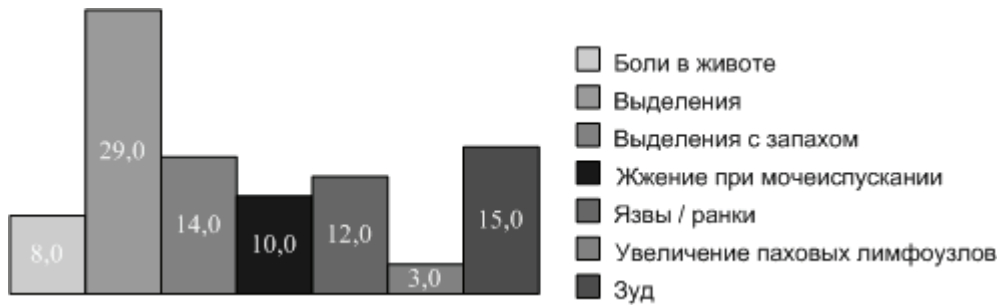


Рисунок 29. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе ПИН; Иркутск; %.

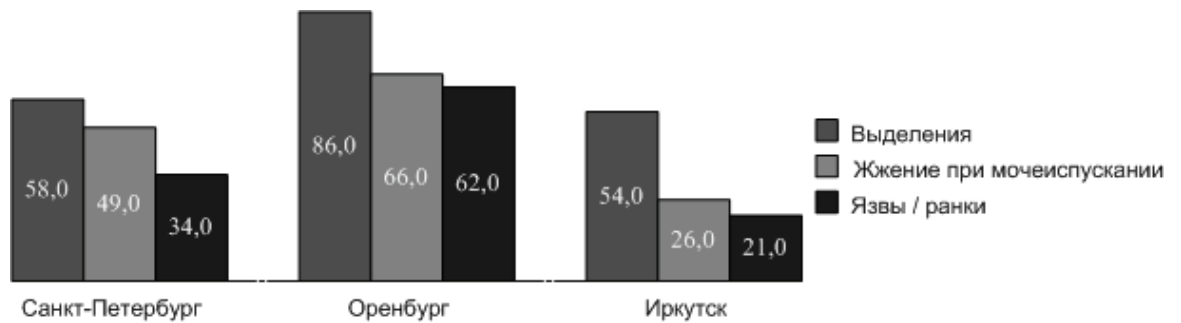


Рисунок 30. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Для подгруппы оренбургских ПИН устанавливается и наиболее высокий уровень перенесенных в течение последнего года симптомов ИППП, а также наименьшая продолжительность периода с момента появления симптомов до момента обращения в специализированное медицинское учреждение. Минимальный уровень обращаемости в медицинское учреждение при появлении симптомов ИППП отмечается в Санкт-Петербурге (рис.31).

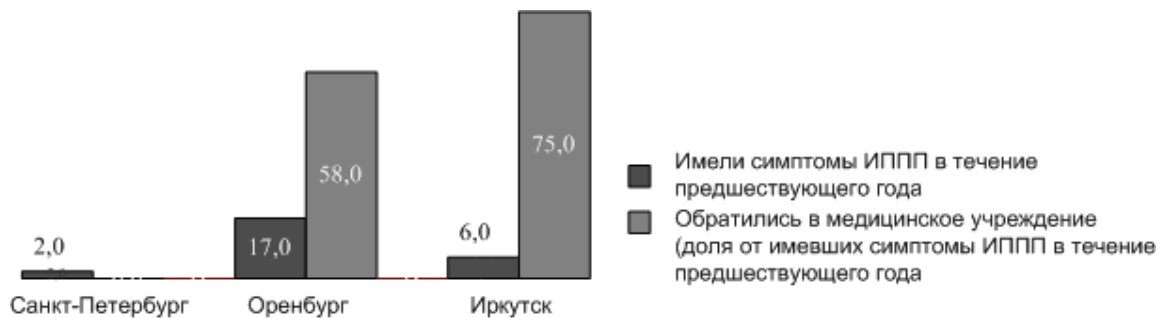


Рисунок 31. Наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью в группе ПИН в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

### Информированность и поведение, связанное с ВИЧ

Информированность о ВИЧ/СПИДе в группе ПИН относительно высока на всех обследованных территориях. Однако в подгруппе иркутских ПИН присутствуют респонденты, никогда не слышавшие о ВИЧ. Максимальный уровень информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ отмечается среди ПИН Иркутска и Санкт-Петербурга (рис.32). Доля ПИН, проходивших тестирование на ВИЧ, существенно не варьирует по городам, как и удовлетворенность помощью, оказанной в учреждениях, занимающихся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, которая во всех подгруппах оказалась максимально возможной.

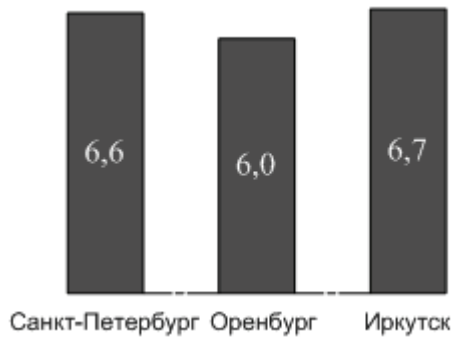


Рисунок 32. Уровень информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач. М.

Толерантность по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группе ПИН высока: наибольшая в Санкт-Петербурге, и наименьшая – в Иркутске (рис.33).

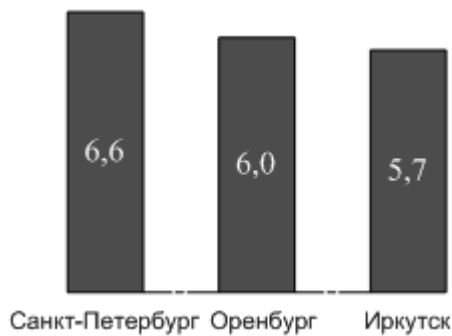


Рисунок 33. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.

#### Общий уровень здоровья

Уровень заболеваемости ЦНС по городам существенно не варьирует. Наиболее высокий уровень психической заболеваемости характерен для Санкт-петербургских и Оренбургских ПИН, превышая иркутский показатель более чем в 6 раз. Для Оренбургских и Иркутских ПИН характерен наиболее высокий уровень травматизма (рис.34).

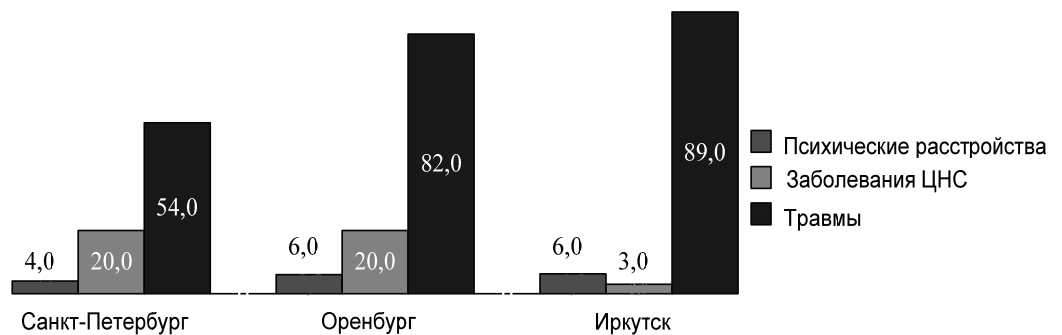




Рисунок 34. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

В отношении заболеваемости гепатитами «В» и «С» лидируют оренбургская и санкт-петербургская подгруппы ПИН, тогда как для иркутской подгруппы устанавливается крайне высокий уровень заболеваемости гепатитом «А» (рис.35-36). По уровню заболеваемости туберкулезом также лидирует оренбургская подгруппа ПИН.

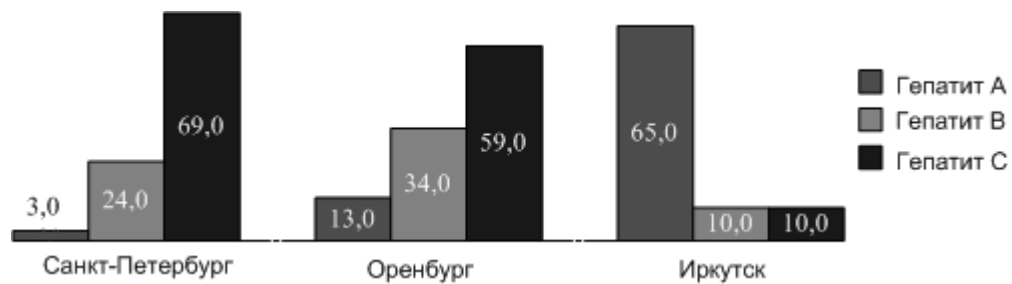


Рисунок 35. Уровень заболеваемости гепатитами в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

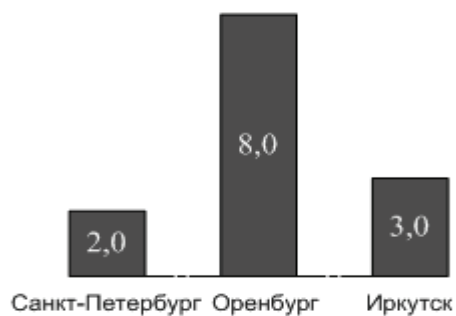


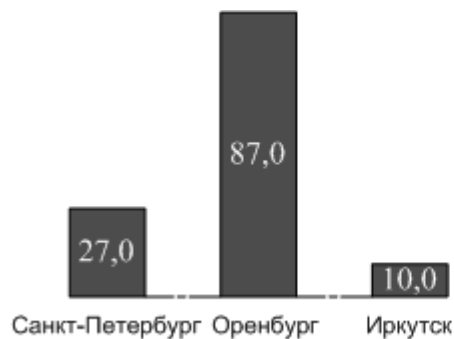
Рисунок 36. Уровень заболеваемости туберкулезом в группе ПИН; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.



### *Источники информации и превентивные программы*

В соответствии с частотой обращения к средствам массовой информации основным источником информации для представителей группы ПИН являются телевидение и радио, а также печатные материалы – для Санкт-Петербургской подгруппы ПИН.

Знакомство с программами профилактики ВИЧ/СПИДа максимально среди ПИН Оренбурга, где подавляющее большинство респондентов знают о программах профилактики, проводимых в их городе (рис. 18). В этой же подгруппе, как и в подгруппе Санкт-Петербургских ПИН, значительное количество респондентов обращалось за различными видами помощи, оказываемой в рамках профилактических программ (чаще всего обмен игл и шприцев, бесплатное тестирование на ВИЧ, получение презервативов).



*Рисунок 37. Знакомство ПИН с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.*

Для Иркутской подгруппы ПИН характерен наиболее низкий уровень знакомства с программами профилактики для ПИН, и лишь один вид помощи достаточно часто использовался в течение предшествующего опросу года (получение презервативов).

### *Резюме*

Резюмируя основные территориальные различия подгрупп ПИН в аспекте риска распространения ВИЧ, необходимо отметить следующее. В Санкт-Петербургской подгруппе ПИН отмечается наиболее высокий уровень поведения «риска» как в отношении практики использования инструментария для инъекций, так и в отношении сексуальных контактов, количество которых в этой подгруппе весьма значительно. Оренбургскую подгруппу отличает высокий уровень общей заболеваемости на фоне наиболее высокой информированности об ИППП и наибольшей включенности в профилактические программы для ПИН. Иркутскую подгруппу ПИН характеризует как низкий уровень информированности об ИППП, так и низкий охват превентивными мероприятиями.



# Глава 4. Характеристика группы работниц коммерческого секса

## *Санкт-Петербург*

### *Социально-демографические характеристики*

Средний возраст РКС, опрошенных на улицах Санкт-Петербурга, составил 27,3 года. Преобладают в этой подгруппе лица, имеющие среднее специальное (36%) или среднее общее образование (28%). К фактически постоянно проживающему населению города относятся 99% РКС. Как правило, это жительницы Выборгского, Калининского, Центрального, Петроградского, Красногвардейского, Кировского, Приморского и Невского районов города. На момент опроса 96% РКС имели постоянную регистрацию в Санкт-Петербурге, 1% - временную регистрацию, а 3% - не имели регистрации.

По семейному положению среди РКС преобладают незамужние: на момент опроса 61% РКС не состояли в зарегистрированном и/или гражданском браке, и 25% постоянно проживали в гражданском браке.

Каждая третья РКС (31%) на момент опроса, помимо продажи сексуальных услуг, зарабатывала деньги каким-то другим способом. Около половины женщин (47%) работали в сфере торговли, 35% - в сфере услуг, 13% - в сфере производства. Кроме того, часть РКС зарабатывали деньги незаконным путем: 8% - кражами, 4% - мошенничеством, 2% - участием в грабежах.

Более чем у половины РКС (57%) на момент опроса на иждивении находились дети, родители и/или другие родственники; среднее число иждивенцев составило 2 чел.

### *Характеристики сексуального поведения*

Уровень использования механических средств защиты при половых контактах в подгруппе РКС оказался высок при коммерческих контактах и недостаточно высок при некоммерческих. Среднее количество коммерческих половых партнеров за последний год в подгруппе достигает 740 человек. За последний день работы у РКС было в среднем 2,6 коммерческих половых партнера. Использовали презерватив в течение последнего года при каждом половом контакте с коммерческими партнерами 96% РКС.

Вместе с тем в выборке вообще не отмечены половые контакты с некоммерческими партнерами в течение последнего месяца. Презерватив при каждом контакте с некоммерческими партнерами в течение последнего года использовали всего 17% РКС. Уровень использования женского презерватива низок – только 8% когда-либо его применяли.

### *Характеристики наркопотребления*

В подгруппе Санкт-петербургских РКС прежде всего обращает на себя внимание характер наркопотребления. Уровень инъекционного употребления наркотиков в течение последнего года в группе крайне высок – 96%, из-за чего годовой преваленс инъекционного наркопотребления среди РКС практически совпадает с жизненным преваленсом (91%). То же можно отметить и в отношении инъекционного наркопотребления в течение последнего



месяца – его уровень совпадает с годовым преваленсом. Т.о. практически все опрошенные РКС являются давними и актуальными инъекционными наркопотребителями.

Использовали чужую иглу или шприц при последней инъекции 6% РКС. Ни разу не использовали чужую иглу или шприц в течение последнего месяца 79% РКС. Приблизительно столько же (80%) ни разу не одалживали кому-либо иглы и шприцы в течение последнего месяца. Следует отметить, что по указанным индикаторам РКС демонстрируют существенно более низкий уровень поведения риска, чем собственно инъекционные наркопотребители. Не принадлежащий им шприц в течение последнего месяца ни разу не использовали 77% РКС.

Те, кто все же использовали чужую иглу или шприц в течение последнего месяца, пользовались этими инструментами совместно, в среднем, с 2 другими наркопотребителями. Однако 90% РКС считают, что почти всегда могут приобрести чистые иглы и шприцы для инъекций.

Проходили лечение в связи с употреблением наркотиков на момент опроса менее 2% РКС, а более половины из них никогда не лечились по поводу наркомании.

#### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Информированность об ИППП в подгруппе РКС оказалась относительно высока. Так, 89% РКС в числе симптомов ИППП у женщин назвали выделения из половых органов, 58% - выделения с запахом, 40% упомянули зуд. Боли в животе и жжение при мочеиспускании назвали по 31% РКС, генитальные язвы и ранки отметили 25%, и только 14% назвали паховые лимфоузлы. Среди симптомов ИППП у мужчин 72% РКС назвали выделения, 32% - жжение при мочеиспускании, 18% - генитальные язвы и ранки, 11% - отек в паховой области. В целом же Санкт-петербургские РКС оказались более информированы о симптомах ИППП у женщин, по сравнению со всеми другими группами риска, и менее – о симптомах ИППП у мужчин, по сравнению с МСМ и ПИН.

Перенесли симптомы ИППП в течение последнего года 13% РКС, причем у 12% имелись выделения из половых органов, а у 4% - язвы/ранки на половых органах. При обнаружении симптомов 78% обратились в специализированное медицинское учреждение. Период с момента обнаружения симптомов до обращения составил в среднем более недели, но менее месяца.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе слышали все РКС. Индекс информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ достигает 5,9, что является относительно низким показателем. Вместе с тем, уровень прохождения тестирования на ВИЧ довольно высок – прошли его когда-либо 85% РКС. Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, была в группе максимально возможной.

Индекс толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, составил в группе петербургских РКС 5,4 из 7-ми баллов, что несколько ниже, чем ПИН, но в целом же выше, чем в других принимавших участие в исследовании уязвимых групп в Санкт-Петербурге.

#### *Общий уровень здоровья*

Уровень заболеваемости наиболее высок среди РКС по группе гепатитов. Так, гепатит «В» диагностировался у 41% РКС, гепатит «С» - у 69%. Обращает на себя внимание то, что уровень заболеваемости гепатитом «С» в подгруппе практически такой же, как в подгруппе ПИН, а гепатитом «В» – почти что вдвое выше.



Перенесли заболевания ЦНС в течение последнего года 2% РКС, психическое расстройство 7%, пострадали от травм 66%. Диагноз «туберкулез» был установлен менее чем 2% РКС, и это один из самых низких уровней во всех обследованных группах.

#### *Источники информации и превентивные программы*

Наиболее часто используемыми средствами массовой информации среди РКС являются радио и телевидение, которые используются большинством РКС ежедневно.

Почти две трети (61%) РКС знакомы с программами профилактики для РКС, проводимыми в Санкт-Петербурге. Наиболее часто в течение последнего года РКС прибегали к таким видам помощи, как получение презервативов и популярной медицинской литературы (85%), получение только презервативов (77%), обмен игл и шприцев (63%), бесплатное тестирование на ВИЧ (60%), на ИППП (41%), получение информационных материалов по проблемам ВИЧ/СПИДа (40%).

#### *Резюме*

Резюмируя данные о ключевых поведенческих характеристиках риска распространения ВИЧ-инфекции, можно отметить, что уличная РКС в Санкт-Петербурге – это женщина в возрасте около 27 лет, уроженка Санкт-Петербурга, со средним общим или профессиональным образованием, как правило, не состоящая в зарегистрированном или гражданском браке. Часто, помимо продажи сексуальных услуг, она зарабатывает средства к существованию еще каким-то способом, иногда - криминальным (кражи, мошенничество, грабеж).

В сфере поведения «риска» обращает на себя внимание крайне высокий уровень инъекционного наркопотребления в данной подгруппе. Получает же лечение по поводу наркопотребления лишь незначительная часть нуждающихся в нем РКС. Вместе с тем, для РКС Санкт-Петербурга характерно относительно не частое использование чужих игл и шприцев для инъекций и одалживание собственного инструментария. Доступность чистого инъекционного инструментария для РКС в городе достаточно высока.

В сфере сексуального поведения следует отметить низкий уровень использования презервативов при половых контактах с некоммерческими партнерами. Однако и количество таких партнеров в этой группе незначительно. Количество коммерческих половых контактов в подгруппе чрезвычайно велико, но в преобладающей их части используется презерватив.

РКС достаточно хорошо информированы об ИППП. Высок среди них и уровень прохождения тестирования на ВИЧ. В этом, возможно, проявляется значительный охват подгруппы превентивными мерами – две из каждых трех РКС знают о таких программах. Вместе с тем, в подгруппе крайне высок общий уровень заболеваемости, прежде всего гемоконтактными гепатитами, что, несомненно, является следствием присущего подгруппе высокого уровня инъекционного наркопотребления.

## *Оренбург*

#### *Социально-демографические характеристики*

Средний возраст РКС, опрошенных на улицах Оренбурга, составил 22,1 года. Имеют среднее общее образование 35% РКС, а среднее специальное - 21%. В группе оказалась достаточно велика доля лиц, как получивших начальное (13%), так и незаконченное высшее образование (14%). Таким образом, группа оренбургских РКС по уровню образования достаточно разнородна.

К фактически постоянно проживающему населению города относятся 96% опрошенных РКС. Местом их проживания чаще всего являются районы: Промышленный, Дзержинский, Центральный и Ленинский. При этом 84% РКС на момент опроса имели постоянную





регистрацию в Оренбурге, 3% - временную регистрацию, а весьма существенная доля (13%) вообще не имели регистрации.

Большинство РКС Оренбурга - незамужние женщины. На момент опроса 79% РКС не состояли в зарегистрированном и/или гражданском браке, 12% - постоянно проживали с партнером в гражданском браке.

На момент проведения ПМИ, помимо продажи сексуальных услуг, 24% РКС зарабатывали средства на существование каким-то другим способом. Из их числа 64% работали в сфере торговли, 43% - в сфере услуг, 10% - в сфере производства. Следует отметить, что ни одна из оренбургских РКС не указала, что вовлечена в нелегальные способы получения дохода (кражи, мошенничество и пр.). Это является отличительной особенностью подгруппы в сравнении с двумя другими городами, возможно, связанное либо с большей долей закрытости подгруппы, либо с более сильным неформальным и/или формальным контролем данных видов криминальной активности в городе.

У 64% РКС на момент опроса на иждивении находились дети, родители и/или другие родственники; в среднем число иждивенцев составило 1 чел.

#### *Характеристики сексуального поведения*

Количество коммерческих сексуальных партнеров за последний год достигает в подгруппе оренбургских РКС в среднем 656 человек, или 2,6 за последний день, когда РКС предоставляла коммерческие сексуальные услуги. Обращает на себя внимание достаточно низкий для РКС уровень использования презервативов при коммерческих сексуальных контактах – только 81% из них использовали презерватив при каждом таком контакте в течение последнего года.

Количество некоммерческих партнеров за последний месяц в подгруппе равняется в среднем 1. С некоммерческими партнерами при каждом половом контакте в течение последнего года презерватив использовали 44% РКС, что является относительно высоким показателем, по сравнению с другими группами, обследованными в ходе ПМИ.

Женский презерватив когда-либо использовали только 9% РКС города.

#### *Характеристики наркопотребления*

Жизненный преваленс наркопотребления в группе Оренбургских РКС относительно низок. Годовой преваленс инъекционного наркопотребления среди когда-либо пробовавших наркотики все же относительно высок и достигает 43%. Среди употреблявших инъекционные наркотики в течение последнего года подавляющее большинство РКС (92%) продолжали употреблять наркотики и в течение месяца, предшествовавшего проведению ПМИ.

Ни одна из опрошенных РКС не использовала чужую иглу или шприц во время последней инъекции. Однако доля ни разу не использовавших чужую иглу или шприц в течение последнего месяца оказалась только 64%. Ни разу не одалживали и не передавали собственный инструментальный для инъекций в течение последнего месяца 73% РКС. Ни разу не использовали не принадлежащий им шприц в течение последнего месяца 82% из них. Те же, кто использовал чужую иглу или шприц в течение последнего месяца, делали это в среднем с 1 человеком.

Доступность чистых игл и шприцев среди оренбургских РКС одна их самых низких среди изученных подгрупп: только 82% могут приобрести их почти всегда.

Ни одна из опрошенных РКС не проходила лечения в связи с наркозависимостью на момент проведения ПМИ, однако более половины проходили такое лечение в прошлом.



### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Среди симптомов ИППП у женщин оренбургские РКС чаще всего называют выделения из половых органов (59%), зуд (46%), выделения с запахом (45%), боли в животе (36%), генитальные язвы и ранки (21%). Другие симптомы назвали менее 1/5 РКС. Из симптомов ИППП у мужчин чаще всего были названы выделения (79%), жжение при мочеиспускании (26%), язвы/ранки (21%). В целом информированность об ИППП все же нельзя назвать высокой.

Наличие симптомов ИППП в течение последнего года наблюдалось у 21% оренбургских РКС, и по этому показателю они лидируют среди всех обследованных групп. В частности, 18% РКС отмечали у себя наличие выделений из половых органов, 5% - наличие язвы/ранки на половых органах. Обратились за помощью при появлении симптомов в специализированное медицинское учреждение 70% РКС. С момента появления симптомов до обращения за медицинской помощью проходило, в среднем, более недели, но менее месяца.

### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе знают все оренбургские РКС. Индекс информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфицирования достигает в этой подгруппе 6,5 баллов из 10 возможных. Когда-либо тестировались на ВИЧ 84% РКС.

Индекс толерантности по отношению к людям с позитивным ВИЧ-статусом составил 4,0 балла из 7-ми возможных. Это наиболее низкий показатель для всех представителей РКС и для всех обследованных в ходе ПМИ взрослых подгрупп.

### *Общий уровень здоровья*

Уровень заболеваемости в оренбургской подгруппе РКС относительно не высок. Заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли 3% РКС, психические расстройства – 7%, травмы – 53%, гепатит «В» – 3%, гепатит «С» – 6%, почти по 1% - гепатиты «Е» и «D», а 3% устанавливался диагноз «туберкулез».

### *Источники информации и превентивные программы*

Наиболее часто используемыми средствами массовой информации в подгруппе РКС являются радио и телевидение, которые большинством используются ежедневно.

Знают о программах профилактики, проводимых в Оренбурге специально для РКС, 46%. В течение предшествующего года РКС чаще всего получали следующие виды помощи: бесплатное тестирование на ИППП (41%), бесплатное тестирование на ВИЧ (61%), получение презервативов и информационных материалов (57%), получение только презервативов (53%), получение информационных материалов по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа (42%).

### *Резюме*

Резюмируя данные о рассмотренных характеристиках поведения «риска», отметим следующее. РКС в Оренбурге – это женщины в возрасте около 22 лет, не состоящие в зарегистрированном или гражданском браке, которые во многих случаях являются приезжими (примерно каждая десятая) и не имеют регистрации. Часть из них, помимо продажи секс-услуг, имеют легальную работу (как правило, в сфере торговли или услуг). По образовательному уровню эта подгруппа отличается значительной гетерогенностью, хотя преобладает среднее образование.



Распространенность аддиктивного поведения в подгруппе средняя, по сравнению с другими изученными совокупностями, а уровень инъекционного наркопотребления пока локализован в достаточно узком кругу. РКС имеют достаточно высокий уровень знаний о симптоматике, путях передачи и способах превенции ВИЧ/СПИДа, высокий уровень прохождения тестирования на ВИЧ.

В подгруппе оренбургских РКС также отмечается относительно высокий уровень использования презерватива при половых контактах как с коммерческими, так и с некоммерческими партнерами, что является отличительной особенностью этой подгруппы.

На наличие у себя симптомов ИППП в течение предшествующего опросу года указала каждая пятая РКС, что является крайне высоким уровнем для групп риска. Заболеваемость же другими социально-опасными болезнями в подгруппе находится на относительно низком уровне.

Показатель охвата подгруппы превентивными программами по своему значению средний – каждая вторая РКС знает о целевых программах профилактики, проводимых в Оренбурге.

## *Иркутск*

### *Социально-демографические характеристики*

Средний возраст РКС, опрошенных на улицах Иркутска, составил 24,7 года. Уровень образования опрошенных РКС следующий: 44% имеют среднее общее образование, и это максимальный показатель для данной группы в сравнении по трем городам, 23% - среднее специальное, 14% - профессионально-техническое, 10% - незаконченное высшее, 3% - высшее, 4% - начальное образование.

Все опрошенные относятся к фактически постоянно проживающему населению города. Места их проживания являются Свердловский, Октябрьский, Куйбышевский, Ленинский и Кировский районы. При этом только 73% РКС на момент опроса имели постоянную регистрацию в Иркутске, 7% имели временную регистрацию, а 20% вообще регистрации не имели. Доля не имеющих регистрации в подгруппе максимальна среди всех других обследованных в ПМИ подгрупп.

На момент опроса 7/10 РКС не состояли в зарегистрированном и/или гражданском браке, 16% постоянно проживали с партнером в гражданском браке, 9% состояли в зарегистрированном браке, однако проживали отдельно от супруга, 2% состояли в зарегистрированном браке и проживали совместно с супругом, 2% состояли в зарегистрированном браке, однако проживали отдельно от супруга с другим сексуальным партнером.

Помимо продажи сексуальных услуг, 14% РКС получали средства к существованию каким-то другим способом, что является минимальным показателем среди всех других обследованных подгрупп. Из их числа 43% работали в сфере торговли, 43% - в сфере услуг, 25% - в сфере производства. Кроме того, часть РКС зарабатывала деньги незаконным путем: 18% - кражами, 7% - мошенничеством, 4% - участием в грабежах. Показатели вовлеченности иркутских РКС в криминальные виды активности оказались максимальными для этой группы в сравнении с РКС двух других городов.

У более чем половины РКС (54%) на момент опроса на иждивении находились дети, родители и/или другие родственники; среднее число иждивенцев составило 1 чел.



### *Характеристики сексуального поведения*

В сфере сексуального поведения обращает на себя внимание чрезвычайно большое количество коммерческих половых контактов и низкий уровень использования презервативов, причем как с коммерческими, так и с некоммерческими партнерами. Среднее число коммерческих половых партнеров в течение последнего года составило в подгруппе 888. В последний день, когда РКС предоставляли коммерческие сексуальные услуги, среднее количество клиентов достигало 3,1. Это максимальный показатель для всех включенных в ПМИ групп. При этом только 83% РКС в течение последнего года использовали презерватив при каждом половом контакте с коммерческим партнером.

Вместе с тем, за последний месяц у большинства РКС города не было половых контактов с некоммерческими партнерами. Презерватив в течение последнего предшествующего года использовали при всех контактах с некоммерческими партнерами 26% РКС.

Женский презерватив когда-либо использовали только 4% РКС.

### *Характеристики наркопотребления*

Для подгруппы иркутских РКС характерен высокий уровень аддиктивного поведения, в чем проявляется их сходство с Санкт-Петербургской подгруппой. Так, жизненный преваленс инъекционного потребления наркотиков достигает в подгруппе 85%, и практически совпадает с годовым преваленсом инъекционного наркопотребления (97%). Преваленс же актуального наркопотребления (за последний месяц), в свою очередь, практически совпадает с годовым, и составляет 98%. Другими словами, иркутские РКС, как и Санкт-Петербургские, в массе своей являются давними и актуальными инъекционными наркопотребителями.

Однако практика использования общего инструментария для инъекций в данной подгруппе характеризуется значительно большим риском, чем в других подгруппах РКС. Так, 12% РКС использовали чужую иглу или шприц при последней инъекции. Лишь менее 1% ни разу не использовали чужой инструментарий для инъекций в течение последнего месяца. За этот период совместный инструментарий использовался представителями группы в среднем с 2 наркопотребителями. Ни разу не использовали не принадлежащий им шприц в течение последнего месяца 67% РКС. Ни разу не одалживали шприцы в течение последнего месяца 68%, что также является наиболее низким показателем во всех обследованных подгруппах РКС.

При этом доступность чистых игл и шприцев в иркутской подгруппе даже выше, чем, например, в Оренбургской. Почти всегда могут приобрести чистые иглы и шприцы 90% РКС. Таким образом, в сфере использования инструментария для инъекций в группе отмечается достаточно высокий уровень поведения риска, несмотря на относительно высокую доступность чистого инструментария.

Менее 1% РКС проходили на момент опроса лечение в связи с наркозависимостью, и более половины получали такое лечение в прошлом.

### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Иркутские РКС демонстрируют относительно высокий уровень информированности об ИППП, в том числе и о симптомах ИППП у мужчин. Среди симптомов ИППП у мужчин были названы следующие: выделения из половых органов (69%), жжение при мочеиспускании (44%), генитальные язвы и ранки (28%), отек в паховой области (8%). Среди симптомов ИППП у женщин назвались: выделения из половых органов (70%), выделения с запахом (49%), зуд (39%), жжение при мочеиспускании (34%), боли в животе (19%), увеличение паховых лимфоузлов (8%), генитальные язвы и ранки (7%).



Симптомы ИППП в течение предшествующего года имелись у 6% РКС; у 5% были выделения из половых органов, у 1% - язвы/ранки. Вместе с тем, обращаемость по их поводу была низкой – только 67% обратились в медицинское учреждение при появлении симптомов ИППП, причем с момента появления симптомов до момента обращения прошло в среднем более месяца.

#### *Информированность и поведение, связанное с ВИЧ*

О ВИЧ/СПИДе слышали все РКС города. Информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ достигает в подгруппе 6,5 баллов из 10 возможных, то есть выше средней. Обращаемость по поводу тестирования на ВИЧ тоже высока – 90% когда-либо проходили тестирование. Это максимальный показатель во всех обследованных в ПМИ группах. Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, была максимально возможной.

Индекс толерантности по отношению к ВИЧ-позитивным в этой группе составил 5,8 баллов из 7-ми возможных. Это наиболее высокий показатель для РКС. Кроме того, Иркутск – это единственный город, где толерантность по отношению к ВИЧ-инфицированным среди РКС практически совпадает с таковым у представителей ПИН. В остальных же городах толерантность в среде ПИН выше, чем среди РКС.

#### *Общий уровень здоровья*

Заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли 4% РКС, психические расстройства - 10%, у 57% имелись травмы. Гемоконтактными гепатитами поражены более ¼ подгруппы. Диагноз «гепатит В» был поставлен 26%, а «гепатит С» - ещё 26% РКС. Высока оказалась и поражённость туберкулезом (5%). В целом же заболеваемость социально опасными болезнями в подгруппе находится на среднем уровне для данной группы, за исключением психических расстройств и туберкулеза, где иркутские представители РКС лидируют.

#### *Источники информации и превентивные программы*

Наиболее часто используемыми средствами массовой информации в подгруппе РКС являются радио и телевидение, которым большинство обращается ежедневно.

Охват иркутских РКС превентивными программами – наиболее низкий из всех трех обследованных подгрупп трех городов. Слышали о программах профилактики, проводимых в Иркутске для РКС, 40%. В течение последнего года РКС чаще всего получали такие виды помощи, как получение только презервативов (65%), получение презервативов и профилактической литературы (60%), обмен игл и шприцев (47%), бесплатное тестирование на ВИЧ (43%), получение информационных материалов об ИППП и ВИЧ (36%). Другие же виды помощи получили менее 1/10 опрошенных РКС.

#### *Резюме*

РКС Иркутска – это молодые женщины в возрасте 24-25 лет, постоянно проживающие в городе, однако каждая пятая из них не имеет постоянной регистрации. Они, как правило, получили незаконченное среднее образование, не состоят в зарегистрированном или гражданском браке. В подавляющем большинстве случаев продажа сексуальных услуг для них является основным источником дохода.

Риск распространения ВИЧ связан в подгруппе как с наркопотреблением, так и с характеристиками сексуального поведения. Характерен высокий уровень инъекционного наркопотребления и небезопасных практик использования инструментария для инъекций. Примерно 1/10 РКС испытывает затруднения в получении чистого инструментария. В сфере сексуального поведения РКС привлекает внимание чрезвычайно значительное количество



коммерческих половых партнеров при совершенно недостаточном использовании презервативов.

Сравнительный уровень заболеваемости социально опасными болезнями в данной подгруппе в целом средний по гепатитам и половым инфекциям и высокий - по психическим расстройствам и туберкулезу.

РКС в Иркутске достаточно высоко информированы о ВИЧ/СПИДе и ИППП, большинство из них проходили тестирование на ВИЧ. Однако охват подгруппы РКС превентивными мероприятиями не высок.

## *Сравнительный анализ территориальных общностей*

### *Социально-демографические характеристики*

Санкт-петербургские РКС представлены в исследовании сравнительно наиболее старшей возрастной группой женщин, оренбургские – наиболее младшей, а иркутские по возрасту занимают промежуточное значение. Санкт-петербургская подгруппа имеет в целом несколько более высокий уровень образования, чем оренбургская и иркутская. Вместе с тем иркутская подгруппа наименее однородна по уровню образования – в ней наиболее велика доля как получивших начальное образование, так и получивших незаконченное высшее или высшее образование.

Доля РКС, не относящихся к фактически постоянно проживающему населению, – наибольшая в Оренбурге. В городе довольно значительна и доля РКС, проживающих без регистрации. Максимальна же эта доля среди иркутских РКС, где она достигает 1/5.

Доля РКС, занятых другими, помимо предоставления сексуальных услуг, видами деятельности, максимальна среди РКС Санкт-Петербурга, несколько ниже она в Оренбурге и минимальна - в Иркутске. Однако в Иркутске наиболее велика доля женщин, проявляющих различные виды криминальной активности, такой как кражи, мошенничество и участие в грабежах. Существенно ниже доля криминализованного контингента в Санкт-Петербурге. В Оренбурге же криминализация РКС вообще не устанавливается.

Во всех трех городах большинство РКС не состоит в браке и не находится в гражданском сожительстве. Среди Санкт-петербургских РКС почти вдвое больше лиц, проживающих в гражданском сожительстве с мужчиной и втрое больше проживающих с брачным партнером, чем в Оренбурге или Иркутске.

Более половины РКС во всех трех городах имеют иждивенцев, причем наибольшее количество иждивенцев имеют Санкт-петербургские РКС – в среднем 2.

### *Характеристики сексуального поведения*

Количество коммерческих половых партнеров, как по показателю за год, так и по показателю за последний «рабочий» день, наиболее велико у иркутских РКС. Наиболее редкое использование презервативов при коммерческих половых контактах отмечается в группе оренбургских РКС (рис.38-39).

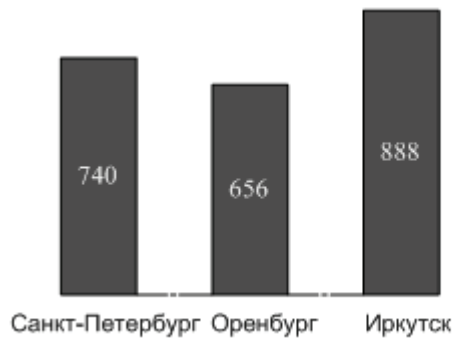


Рисунок 38. Среднее число коммерческих половых партнеров в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.

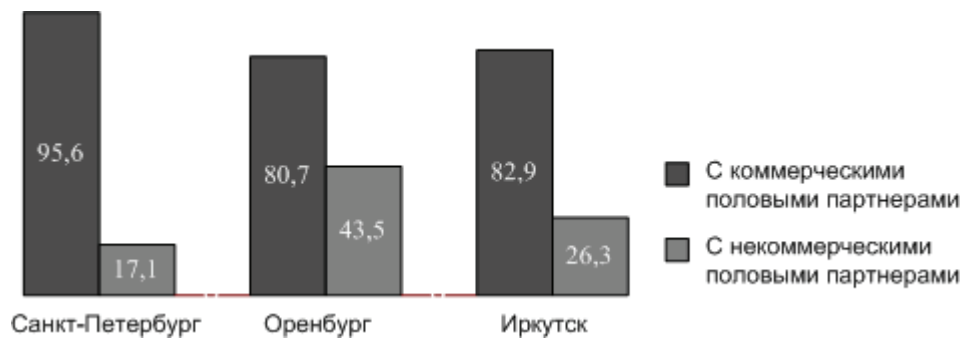


Рисунок 39. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Количество некоммерческих половых партнеров больше у оренбургских РКС, и они же чаще прочих используют при половых контактах с некоммерческими партнерами презерватив. Для петербургских РКС характерен самый низкий уровень использования презервативов при половых контактах с некоммерческими партнерами.

Во всех трех городах, включенных в ПМИ, уровень использования женского презерватива не превышает 1/10. Минимален же этот уровень в Иркутске.

#### Характеристики наркопотребления

По уровню жизненного преваленса наркопотребления среди изученных подгрупп лидируют Санкт-Петербургские РКС, и незначительно отстают от них Иркутские (рис.40). Уровень годового и актуального (в течение последнего месяца) преваленса инъекционного наркопотребления среди Санкт-Петербургских и Иркутских РКС практически идентичен. Среди оренбургских РКС менее половины пробовавших когда-либо наркотики употребляли их инъекционным путем в течение предшествовавшего ПМИ года. Практически все, кто употреблял наркотики в течение последнего года продолжали употреблять их и в течение последнего месяца. Таким образом, оренбургские РКС демонстрируют наиболее низкий, по сравнению с РКС двух других городов, уровень инъекционного наркопотребления.

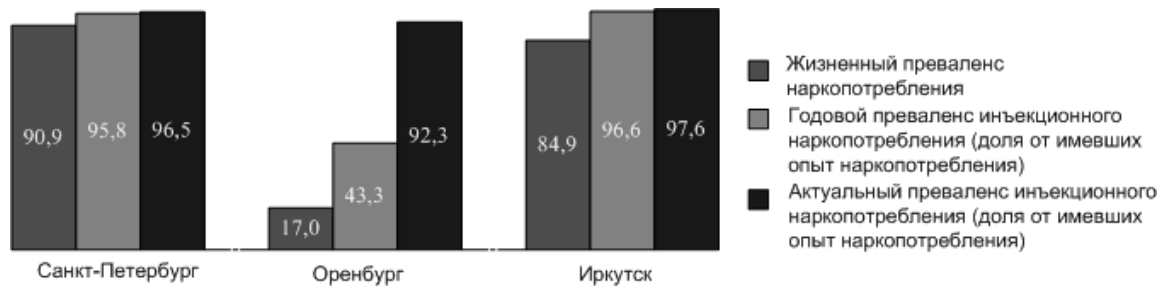


Рисунок 40. Жизненный, годовой и актуальный преваленс неинъекционного и инъекционного наркопотребления в группе РКС, Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Практика совместного использования инструментария для инъекций наиболее распространена в иркутской подгруппе (рис.41-42).

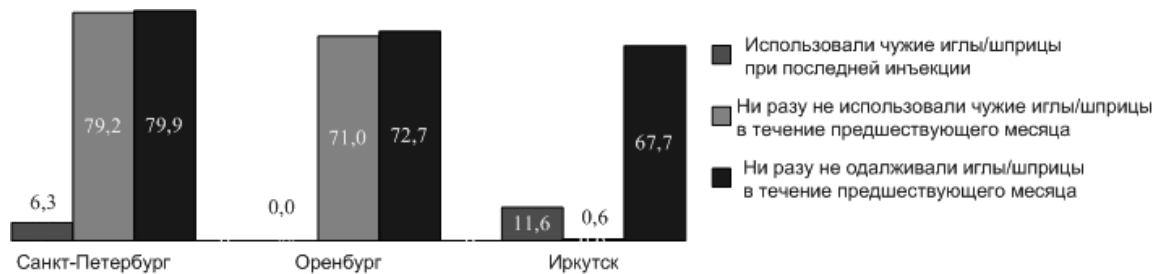


Рисунок 41. Характеристики использования инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

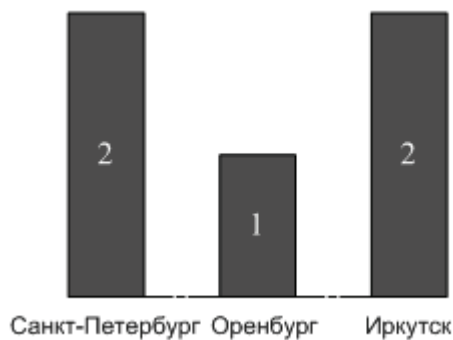


Рисунок 42. Среднее количество человек, с которыми РКС пользовались одним и тем же инструментарием для инъекционного введения наркотиков в течение предшествующего месяца; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; М.





Так, в ней наиболее велика доля использовавших чужую иглу или шприц и при последней инъекции, и в течение последнего предшествующего ПМИ месяца, минимальна доля ни разу не одалживавших иглу или шприц и не использовавших чужой шприц в течение этого последнего месяца, а также максимальное для подгруппы РКС среднее количество человек, с которыми совместно использовался инструментарий для инъекций. Сравнивая Санкт-Петербургскую и Оренбургскую подгруппы, следует отметить то, что среди Санкт-Петербургских РКС отмечается вдвое большее среднее количество РКС, которые использовали инструментарий совместно с другими наркопотребителями. По большинству индикаторов Санкт-Петербургские и Оренбургские РКС демонстрируют более низкий уровень поведения риска, чем, например, ПИН соответствующих городов, а Иркутские, напротив, более высокий.

Недостаточно высокая доступность чистых игл и шприцев для РКС устанавливается в Оренбурге (рис.43).

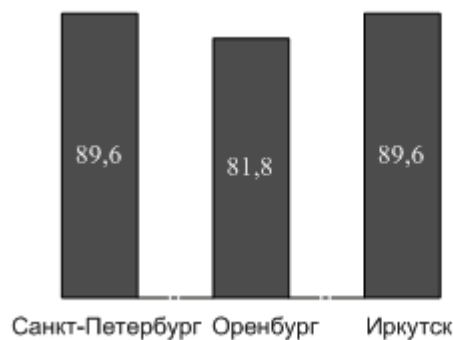


Рисунок 43. Наличие возможности приобретения «чистого» инструментария для инъекционного введения наркотиков в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

Доля получающих лечение в связи с наркоманией крайне незначительна среди РКС всех трех городах, охваченных ПМИ.

#### *Информированность и поведение, связанное с ИППП*

Информированность об ИППП, как они протекают у женщин, несколько выше среди Санкт-Петербургских РКС. В целом же, все три подгруппы РКС достаточно хорошо информированы о симптомах ИППП как у женщин, так и у мужчин (рис.43-47).

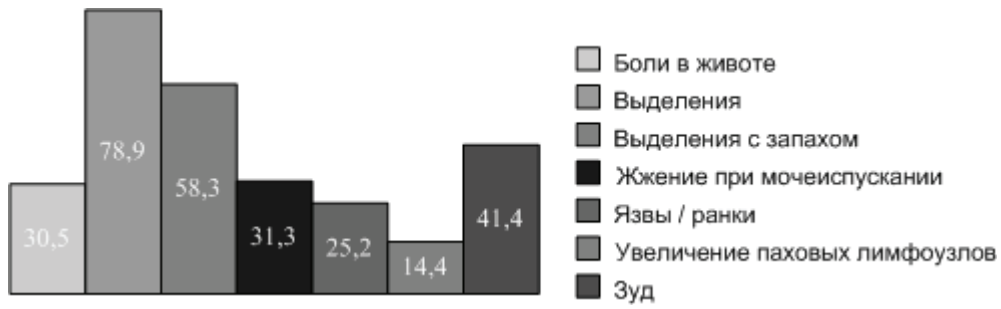


Рисунок 44. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Санкт-Петербург; %.

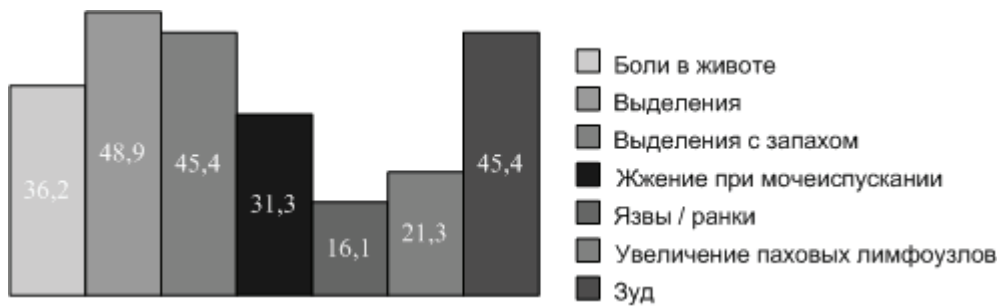


Рисунок 45. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Оренбург; %.

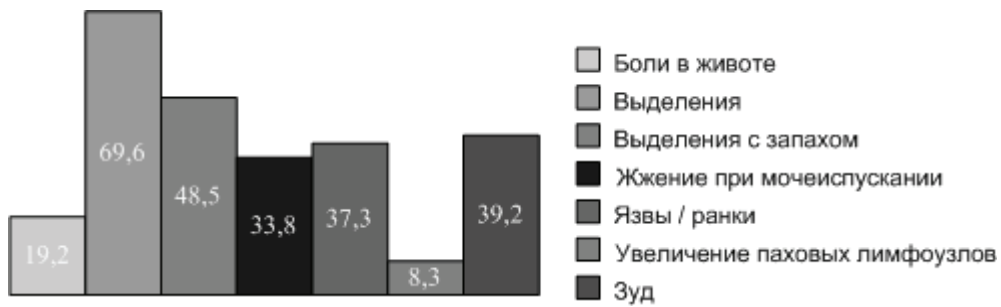


Рисунок 46. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе РКС; Иркутск; %.

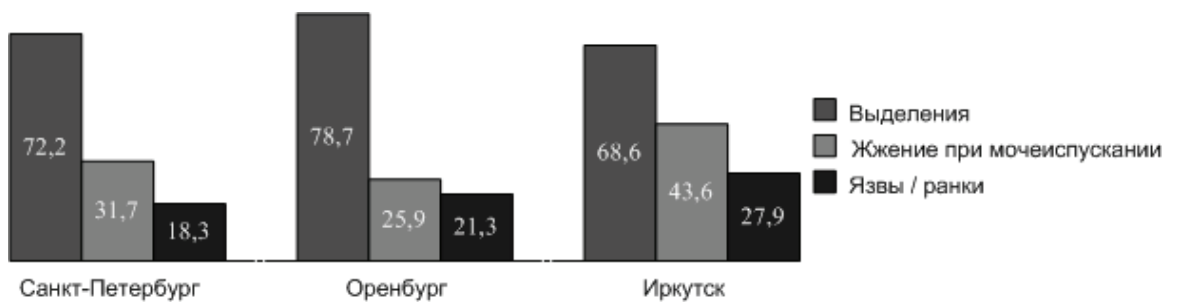


Рисунок 47. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.



Наличие симптомов ИППП, возникших в течение предшествующего года, чаще всего устанавливается среди оренбургских РКС (рис. 13). В этой же подгруппе отмечается и относительно низкий уровень обращаемости за медицинской помощью при возникновении симптомов ИППП. Наиболее низкая частота возникновения симптомов ИППП отмечается в подгруппе иркутских РКС, которые демонстрируют и самую низкую обращаемость при возникновении симптомов, и наиболее продолжительное время с момента их появления до обращения в специализированное медицинское учреждение.

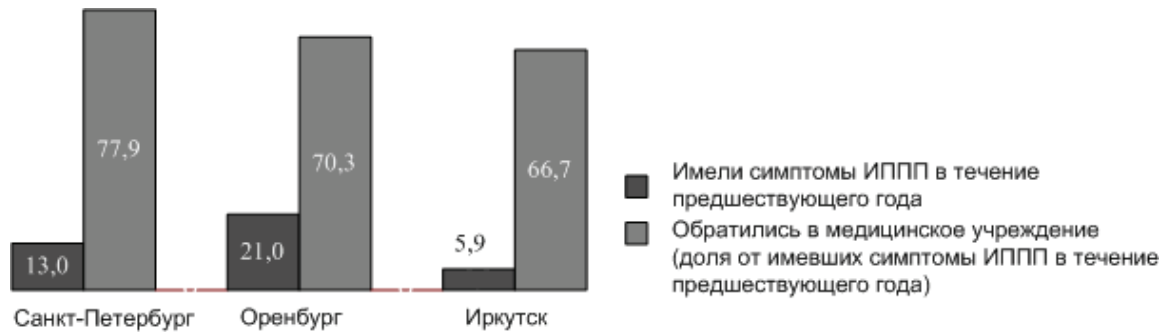


Рисунок 48. Наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью в группе РКС в течение предшествующего года; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

#### Информированность и поведение, связанное с ВИЧ

Практически все РКС во всех трех включенных в ПМИ городах слышали о ВИЧ/СПИДе. Информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ оказалась минимальной среди Санкт-петербургских РКС и несколько большей среди оренбургских и иркутских РКС (рис.49). Доля же проходивших тестирование максимальна среди РКС Иркутска. Во всех трех городах удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, была максимальной.

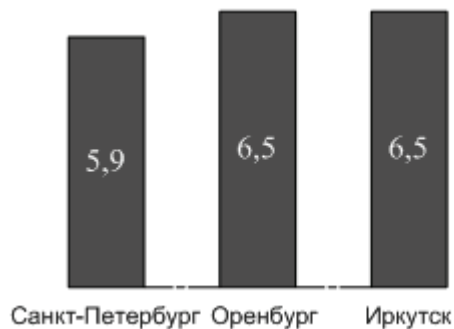


Рисунок 49. Уровень информированности о путях передачи и способах превенции ВИЧ-инфекции в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач. М.

Толерантность по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в целом в группе РКС выше средней и приближается к таковой в группе ПИН. Наибольшим же уровнем толерантности отличаются иркутские РКС (рис.50).

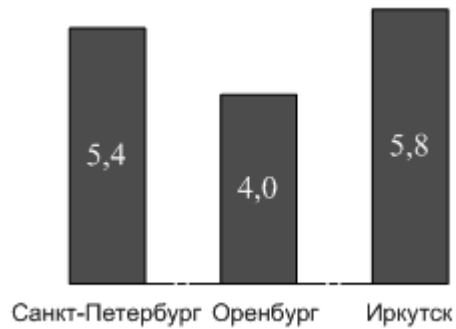


Рисунок 50. Уровень толерантности по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; балл.знач.

#### Общий уровень здоровья

Заболеваемость социально опасными болезнями наиболее высока среди РКС в Санкт-Петербурге, особенно по гепатитам «В» и «С» и травматизму, несколько ниже она в Иркутске, где, по сравнению с другими городами, среди РКС несколько выше уровень заболеваний ЦНС, психических расстройств и туберкулеза, и наименьшая - в Оренбурге, за исключением симптомов ИППП (рис.51-53).

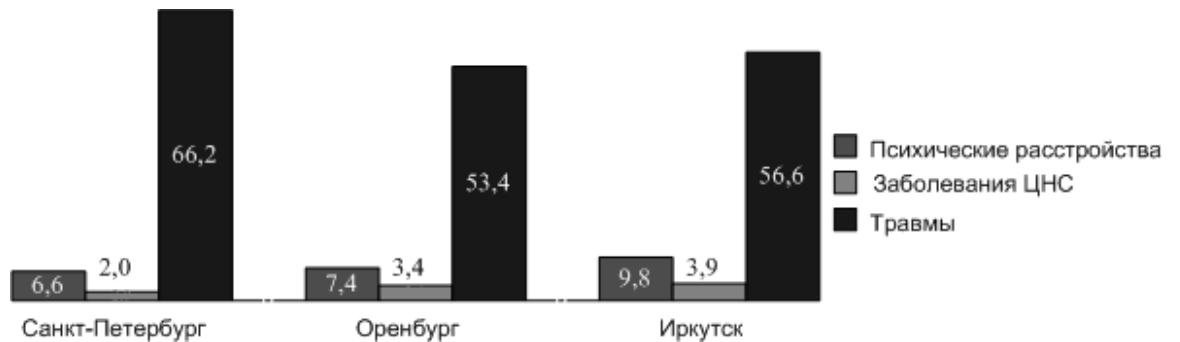


Рисунок 51. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

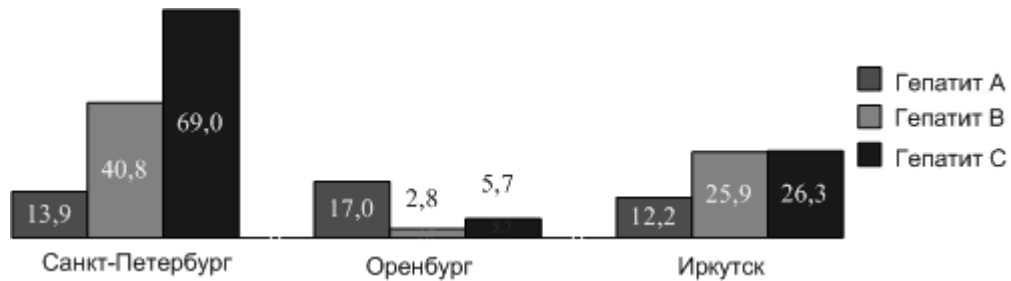


Рисунок 52. Уровень заболеваемости гепатитами в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

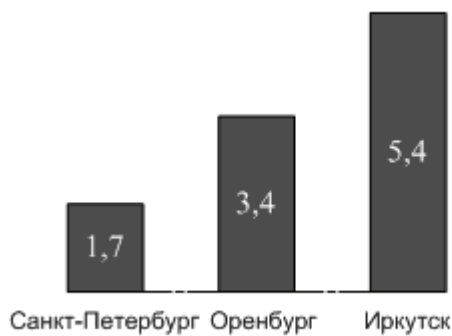


Рисунок 53. Уровень заболеваемости туберкулезом в группе РКС; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

#### Источники информации и превентивные программы

Наиболее часто используемыми РКС средствами массовой информации являются во всех трех городах радио и телевидение.

Показатель охвата РКС превентивными программами максимален в Санкт-Петербурге, минимален в Иркутске и имеет промежуточное значение в Оренбурге (рис.54). Во всех трех городах наиболее часто РКС прибегали к таким видам помощи, как получение презервативов и профилактической литературы, бесплатное тестирование на ВИЧ, а в Санкт-Петербурге и Иркутске – еще и к обмену игл и шприцев.

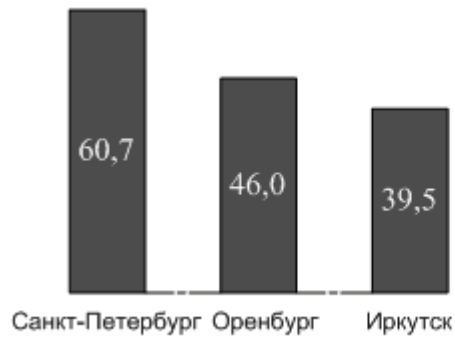


Рисунок 54. Знакомство РКС с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск; %.

### Резюме

Резюмируя основные территориальные различия подгрупп РКС в аспекте риска распространения ВИЧ, необходимо отметить следующее. В Санкт-Петербургской и Иркутской подгруппах устанавливается наиболее высокий уровень поведения «риска», связанного с употреблением инъекционных наркотиков, и наиболее высокий уровень заболеваемости социально-опасными болезнями.

Санкт-Петербургские РКС лучше прочих информированы об ИППП и в наибольшей мере охвачены специализированными профилактическими программами для РКС.

Иркутскую же подгруппу характеризует низкий охват превентивными мероприятиями и столь же низкая доступность для неё медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения, что обусловлено отсутствием регистрации в городе у существенной части РКС.

Оренбургской подгруппе присущ наиболее высокий уровень симптоматики ИППП и наименьшая субъективно воспринимаемая доступность чистых игл и шприцев для РКС, являющихся наркопотребителями.

Все три подгруппы характеризуются низкой частотой использования презервативов при некоммерческих половых контактах и недостаточностью получаемой наркологической помощи.



---

## Глава 5. Характеристика группы МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

### *Социально-демографические характеристики*

Средний возраст МСМ, охваченных ПМИ в Санкт-Петербурге, составил 25 лет. МСМ – это высокообразованная группа, в которой 23% имеют незаконченное высшее образование, 37% – высшее образование, а около 2% – закончили аспирантуру. Соответственно, эта группа отличается от других, включенных в ПМИ, максимальной продолжительностью обучения.

Постоянно проживают в городе лишь 86% МСМ. Большинство опрошенных МСМ проживают в следующих районах города: Центральном, Невском, Калининском, Московском, Выборгском и Кировском. Постоянная регистрация есть у 89% МСМ, 3% проживают в городе без регистрации, а остальные имеют временную регистрацию.

### *Характеристики сексуального поведения*

Количество некоммерческих партнеров за предшествующий год было 6. Однако презерватив использовался здесь существенно реже – только 42% МСМ использовали презерватив при каждом таком половом контакте.

Гетеросексуальные контакты за предшествующее полугодие имели 66% МСМ, в среднем с 2 партнерами-женщинами. Презерватив при каждом подобном контакте использовали только 40% МСМ.

В анальный секс с мужчинами вступали в течение последнего полугодия 87% МСМ, в среднем с 5 пассивными или с 4 активными половыми партнерами. Смазки во время анальных контактов использовали 85% МСМ.

Коммерческих половых партнеров в течение предшествующего года имели 12% МСМ. Их среднее количество за последнее полугодие достигало 3 человек. Использовали презерватив при каждом коммерческом половом контакте 73% МСМ.

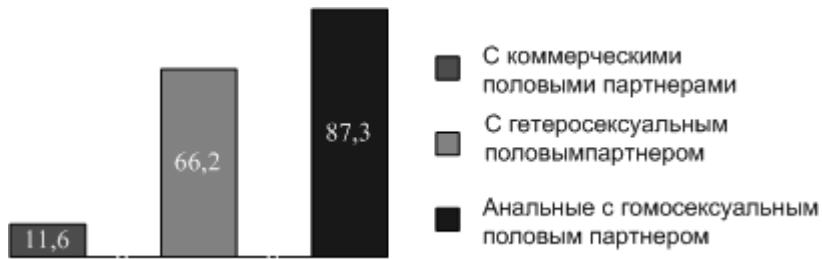


Рисунок 55. Наличие различных половых контактов с различными половыми партнерами в группе MSM в течение предшествующего года; Санкт-Петербург; %.

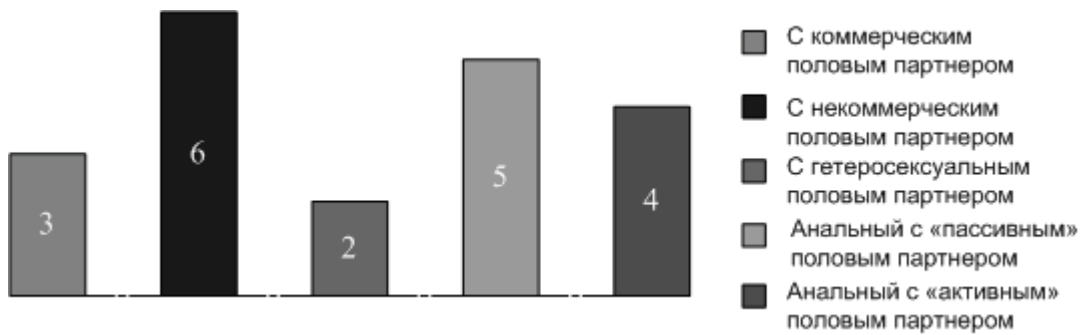


Рисунок 56. Наличие различных половых контактов с различными половыми партнерами в группе MSM в течение предшествующих 6 мес.; Санкт-Петербург; %.

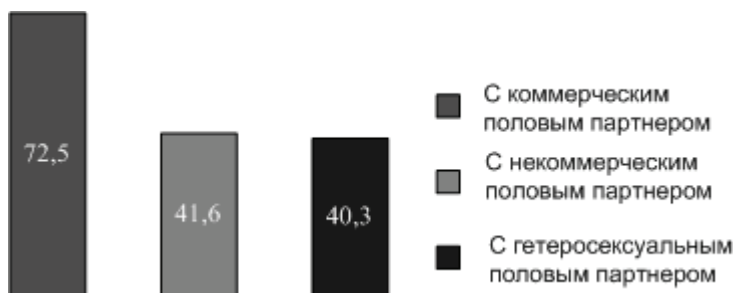


Рисунок 57. Использование презерватива при каждом половом контакте с различными половыми партнерами в группе MSM в течение предшествующего года; Санкт-Петербург; %.





### Характеристики наркопотребления

Инъекционным путем наркотики в течение последнего года употребляли 4% МСМ.

### Информированность и поведение, связанное с ИППП

Информированность о симптомах ИППП в группе МСМ оказалась выше относительно симптомов этих заболеваний у мужчин, чем у женщин (рис.58-59). Так, среди симптомов у мужчин чуть более половины МСМ указали выделения, 2/5 - жжение при мочеиспускании, треть назвали генитальные язвы и ранки. Среди симптомов у женщин чаще всего назывались выделения из половых органов (25%) и выделения с запахом (22%).

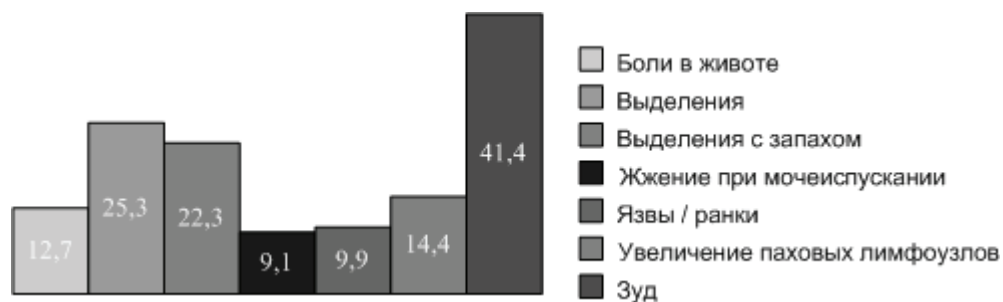


Рисунок 58. Знание различных симптомов ИППП у женщин в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.

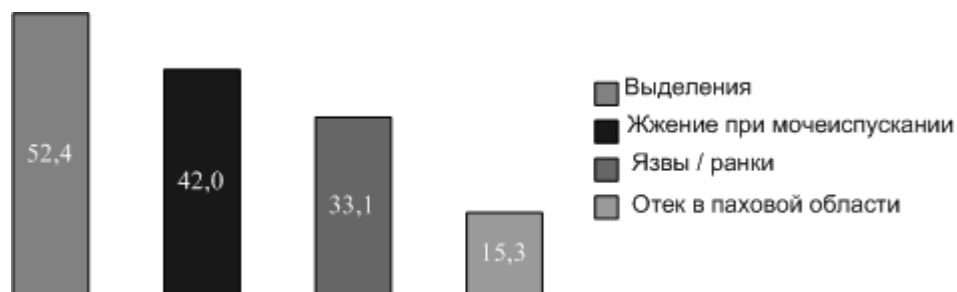


Рисунок 59. Знание различных симптомов ИППП у мужчин в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.

Почти 8% МСМ указали на наличие симптомов ИППП в течение года, предшествующего ПМИ: 7% имели выделения, 4% - язвы и ранки на половых органах. В специализированное медицинское учреждение при появлении симптомов ИППП обратились 83% МСМ, как правило, в течение недели или менее с момента появления симптомов.

### Информированность и поведение, связанное с ВИЧ

Информированность о ВИЧ/СПИДе достигает в группе МСМ 100%. Средний балл по индексу информированности о путях передачи ВИЧ и способах превенции инфицирования достигает 5,8 баллов из 10 возможных, что является одним из наиболее низких уровней во всех обследованных в ходе ПМИ группах, не исключая молодежи. Доля тестировавшихся на ВИЧ среди МСМ оказалась наиболее низкой среди всех обследованных взрослых групп, и

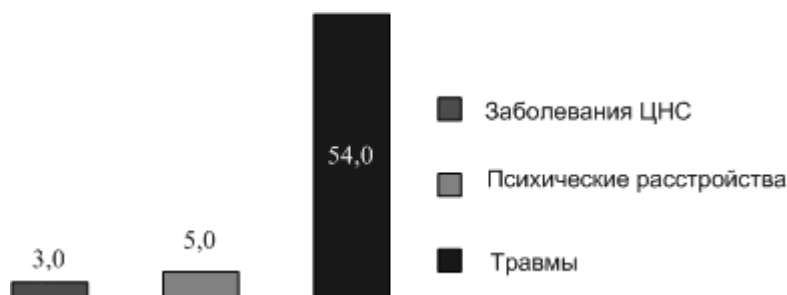


составила 52%. Удовлетворенность помощью, оказанной в учреждении, занимающемся диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа, максимально высокая.

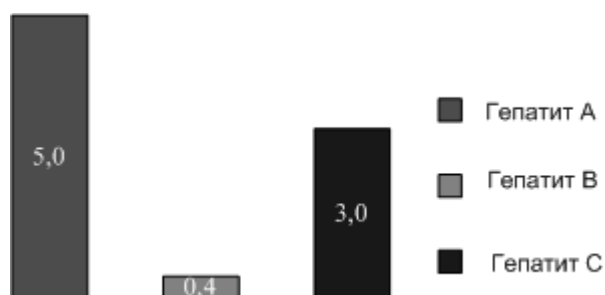
Толерантность в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, достигает 5 баллов из 7-ми возможных. Это промежуточный уровень относительно других принимавших участие в ПМИ групп - выше, чем в молодежных группах, но в среднем ниже, чем в группах РКС и ПИН.

#### *Общий уровень здоровья*

Заболевания ЦНС в течение последнего года перенесли 3% МСМ, психические расстройства – 5%, травмы - 54%. Заболеваемость гепатитами наиболее высока по гепатиту «А» (15%). Диагноз «гепатит В» был установлен 5% МСМ, «гепатит С» - менее, чем 1%. Диагноз «туберкулез» устанавливался 3% МСМ. В целом же по показателям заболеваемости группа МСМ более всего приближена к группе ИМ, обнаруживая лишь несколько более высокий по сравнению с ней уровень заболеваемости гепатитом «В».



*Рисунок 60. Уровень заболеваемости социально-опасными болезнями в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.*



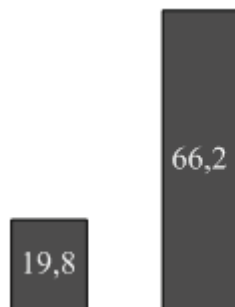
*Рисунок 61. Уровень заболеваемости гепатитами в группе МСМ; Санкт-Петербург; %.*



### *Источники информации и превентивные программы*

Источниками информации, к которым МСМ обращаются наиболее часто, являются радио, телевидение и Интернет. Со всеми ими, как правило, представители группы контактируют ежедневно.

Информированы о специализированных программах профилактики для МСМ, проводимых в Санкт-Петербурге, 20% МСМ (рис. 10). Виды помощи, полученные МСМ в течение предшествующего года, чаще всего, были: бесплатное тестирование на ВИЧ, ИППП и получение презервативов. Каждым из этих видов помощи пользовались около 10% МСМ, а 66% получали презервативы и профилактическую литературу в гей-клубах. Таким образом, 2/3 МСМ были охвачены профилактическими воздействиями, однако большинство МСМ не рассматривают получение презервативов и литературы как участие в профилактической программах.



*Рисунок 62. Знакомство МСМ с целевыми программами профилактики, проводимыми для данной группы; Санкт-Петербург; %.*

### *Резюме*

Таким образом, МСМ Санкт-Петербурга - это высокообразованная группа, представленная коренными жителями или давно проживающими в городе лицами, с постоянной регистрацией по месту жительства, в возрасте младше 30 лет, одинокими.

Риск передачи ВИЧ-инфекции в группе, несомненно, обусловлен характеристиками сексуального поведения. В первую очередь, это достаточно большое количество половых партнеров при относительно редком использовании презервативов. В большей степени сказанное относится к некоммерческим сексуальным контактам, поскольку коммерческие контакты в группе носят, скорее, эпизодический характер.

Вместе с тем, в группе отмечается недостаточная информированность о путях передачи и способах превенции ВИЧ, а также игнорирование необходимости тестирования на ВИЧ-инфекцию. По-видимому, здесь проявляется недостаточный охват группы превентивными мероприятиями.



## Глава 6. Целевые превентивные программы для изученных групп и территорий

Представленные ниже перечни превентивных мероприятий, составляющие содержание превентивных целевых программ, вытекают из результатов сквозного анализа индикаторов связанного со здоровьем поведения представителей групп риска в отдельных городах, и составлены по принципу приоритетности реализации тех или иных превентивных мер в каждой из подгрупп.

Рекомендуемые превентивные мероприятия организованы в соответствии с уровнем их генерализации. Таких уровней три: 1) предназначенные для всех групп риска, причем вне зависимости от их территориальной принадлежности; 2) предназначенные для всего контингента риска каждого из городов; 3) предназначенные только для отдельной группы риска отдельного города.

### *Профилактические мероприятия, направленные на все изученные группы*

#### *Группа ИМ*

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ здесь необходимо учитывать психологические особенности подросткового возраста.

б. Поскольку для подгруппы характерен наиболее низкий из всех обследованных групп уровень информированности об ИППП, в обучающую профилактическую программу для неё необходимо включение тематики инфекций, передаваемых половым путем.

в. В подгруппе также отмечается низкий уровень информированности о ВИЧ, наименьшая доля ВИЧ-инфицированных среди ближайшего социального окружения, меньшая толерантность к ним, по сравнению с взрослыми. Отсюда в рамках программ первичной профилактики необходимо формирование толерантности и социального принятия ВИЧ-инфицированных.

г. В подгруппе отмечается низкий уровень информированности о местах, где можно пройти тестирование (77%-82%), и соответственно, низкий уровень прохождения тестирования (9%-20%). В рамках образовательной программы вторичной профилактики для данной группы следует поэтому предоставлять всестороннюю информацию о ВИЧ/СПИДе, включая сведения о значении тестирования для своевременного выявления и последующего эффективного лечения СПИДа.

д. В подгруппе отмечается относительно высокий уровень информированности о мужских презервативах, и низкий уровень информированности о женских. Вместе с тем уровень использования презервативов низкий. До 3/5 не используют презерватив при каждом коммерческом половом контакте, и до 4/5 не используют презерватив при некоммерческом половом контакте. В обучающую программу для данной подгруппы необходимо поэтому включить тематику применения механических средств защиты при сексуальных контактах.



е. В соответствии с частотой реальных контактов представителей данной подгруппы со средствами массовой информации рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (реклама, новости, документальный фильм, специальный репортаж);
- радио (новости, специальный репортаж, интервью);
- печатные материалы (брошюры, листовки, афиши, постеры, газетные статьи);
- для существенно меньшей части институционализированной молодежи действенно использование Интернета, причем здесь целесообразно использовать специально созданный сайт.

ж. Охват превентивными программами в подгруппе следует охарактеризовать как низкий (19%-34%). Поэтому в ней необходимо более широко осуществлять специализированные целевые образовательные программы, программы «снижения вреда» и другие профилактические программы. Поскольку источником информации о ВИЧ/СПИДе в этой подгруппе, вызывающим наибольшее доверие, являются врачи и медсестры, их и следует привлекать для проведения программ. Наименьшее доверие у данной подгруппы как источник информации вызывают учителя, родители и родственники. Поэтому программы, реализуемые педагогами, не следует осуществлять в этой подгруппе. Мало результативными здесь будут и программы, ориентированные на родительскую семью.

### *Группе НИМ*

а. Здесь также необходимо учитывать психологические особенности подросткового возраста при разработке и осуществлении целевых профилактических программ.

б. Кроме того, при разработке методики реализации и определении содержания подобных программ следует учитывать более низкий образовательный уровень неинституционализированной молодежи, по сравнению с институционализированной, т.е. делать их содержание максимально упрощенным и доступным для восприятия.

в. В этой подгруппе очень широко распространен опыт использования наркотических препаратов (до половины объема подгруппы), главным образом, за счёт препаратов конопли. Также широко представлена проба ингалянтов (27% - 49% от числа пробовавших наркотики) и атропиноподобных препаратов (17%-41% от числа пробовавших наркотики). Имеется также инъекционное употребление наркотиков, - 9%-12% в течение последнего года. Поэтому антинаркотическая работа в этой подгруппе должна во многом быть ориентирована на меры первичной профилактики, в виде включения вопросов последствий наркотизации в образовательную программу для данной подгруппы в целом.

В отношении же инъекционных наркопотребителей необходимо проведение целевых мероприятий по вторичной и третичной профилактике наркозависимости:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченной наркоманией, возможно, по месту постоянного нахождения представителей данной подгруппы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных наркоманией установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения наркомании на базе городского наркологического диспансера;
- прохождение больными после окончания лечения реабилитационной программы на базе городского реабилитационного центра;



- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников.

г. Уровень информированности об ИППП среди неинституционализированной молодежи - наиболее низкий во всех обследованных группах. В обучающую превентивную программу для данной группы необходимо включение тематики инфекций, передаваемых половым путем.

д. В подгруппе отмечается относительно высокий уровень информированности о мужских презервативах, и низкий уровень информированности о женских. Вместе с тем уровень использования презервативов низкий. До 3/5 не используют презерватив при каждом коммерческом половом контакте, до 4/5 не используют презерватив при некоммерческом половом контакте. Отсюда в обучающую профилактическую программу для данной подгруппы необходимо включить тематику применения механических средств защиты при сексуальных контактах.

е. Среди неинституционализированной молодежи устанавливается низкий уровень информированности о местах, где можно пройти тестирование на ВИЧ (42%-80%), и, соответственно, низкий уровень прохождения тестирования (17%-28%). Поэтому в рамках образовательной программы вторичной профилактики для данной подгруппы следует предоставлять всестороннюю информацию о ВИЧ/СПИДе, включая сведения о значении тестирования для своевременного выявления и последующего эффективного лечения СПИДа.

ж. В подгруппе неинституционализированной молодежи отмечается относительно высокий уровень заболеваемости патологией мочевыводящей системы (12% - 13%), высокая обращаемость (78% - 100%), но крайне низкая эффективность лечения. Действительно, у 57% - 100% получавших лечение наблюдалось частичное излечение или переход заболевания в хроническую стадию. Поэтому организационно-методическим отделам территориальных органов здравоохранения городов необходимо, осуществив анализ заболеваемости патологией мочевыводящей системы и специализированной медицинской помощи данной подгруппе, разработать целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи.

з. Охват превентивными программами в подгруппе можно охарактеризовать как низкий (19%-34%). Поэтому в ней необходимо более широко осуществлять целевые образовательные программы, программы «снижения вреда» и другие профилактические программы, направленные на данную подгруппу. Так же, как и среди институционализированной молодежи, источником информации о ВИЧ/СПИДе в этой подгруппе, вызывающим наибольшее доверие, являются врачи и медсестры, которых следует привлекать для проведения программ. Также наименьшее доверие у данной подгруппы как источник информации вызывают учителя, родители и родственники. Поэтому программы, реализуемые педагогами, не следует осуществлять и в этой подгруппе. Также мало результативными здесь будут и программы, ориентированные на родительскую семью.

### *Группа ПИН*

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ необходимо учитывать преобладание мужчин среди ПИН с точки зрения известных психологических особенностей их поведения в сфере здоровья и отношения к профилактике.

б. Около 1/5 ПИН ежегодно выезжают за пределы города на срок, превышающий месяц, что позволяет рассматривать эту группу как представляющую повышенную эпидемиологическую угрозу в плане территориального распространения ВИЧ/СПИДа.

в. Среди ПИН велика доля проживающих с брачным партнером или сожителем (40%-50%), из-за чего превентивные мероприятия здесь должны охватывать, по возможности, весь круг семейных или других устойчивых сексуальных отношений.



г. В группе необходимо проводить весь комплекс мероприятий по вторичной и третичной профилактике наркозависимости:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченной наркоманией, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных наркоманией установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения наркомании на базе городского наркологического диспансера;
- прохождение больными после окончания лечения реабилитационной программы на базе городского реабилитационного центра;
- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников;
- включение проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную программу для данной группы в целом.

В структуре наркопотребления преобладает инъекционное употребление героина (87% - 92%), поэтому в антинаркотической работе следует делать акцент на мерах вторичной и третичной профилактики, а именно – на лечении и реабилитации наркозависимых и их последующем медико-социальном сопровождении.

д. В группе отмечается высокий уровень совместного пользования инъекционными принадлежностями: 1/10 – 1/3 от числа обследованных пользовались в течение последнего месяца чужой иглой или шприцем. Только чуть более половины каждый раз при введении наркотика пользовались чистой иглой. Широко распространено одалживание и передача шприцев. Отсюда в образовательную профилактическую программу для данной группы необходимо включение тематики безопасного использования оснащения для инъекций.

е. В группе отмечается относительно высокий уровень информированности о мужских презервативах, и низкий уровень информированности о женских. Уровень использования презервативов относительно высок только при коммерческих контактах, тогда как при некоммерческих - низкий (76%-94% используют презерватив при каждом коммерческом половом контакте, 17%-48% используют презерватив при каждом некоммерческом половом контакте). Поэтому в обучающую профилактическую программу для данной группы необходимо включить тематику применения механических средств защиты при сексуальных контактах, где акцентировать внимание на использовании презерватива при некоммерческих сексуальных контактах.

### *Группа РКС*

а. Более половины РКС имеют иждивенцев, в среднем около двух человек. Поэтому мероприятия по социально-трудовой реабилитации в данной группе будут неэффективными, если трудовая занятость не будет обеспечивать достаточно высокий уровень дохода. Соответственно, необходимо дополнительное обучение РКС востребованным на рынке труда профессиям на базе специально отобранных учебных заведений. Требуется, кроме того, разработка мер по трудоустройству РКС на основе специальной программы, разработанной совместно с территориальной службой занятости и контролируемой органами исполнительной власти.

б. Уровень алкоголизации в группе очень высок: от употребления с частотой несколько раз в неделю до практически ежедневной алкоголизации. На первом плане превентивной работы с



этим контингентом должны поэтому стоять меры по борьбе со злоупотреблением алкоголем, а именно:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченным алкоголизмом, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных алкоголизмом установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения алкоголизма на базе городского наркологического диспансера;
- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников;
- включение проблем, связанных с последствиями алкоголизации, в образовательную программу для данной группы в целом.

в. Для группы РКС характерен высокий уровень перенесенного насилия (в течение года, предшествовавшего исследованию - 23%-42%). Отсюда необходимо:

- включение в специализированную реабилитационную программу для данной группы психологических мероприятий по нейтрализации последствий перенесенного насилия;
- сосредоточение внимания правоохранительных органов и правозащитных организаций на превенции насилия в данной группе.

г. Группа представляет собой высокую эпидемиологическую угрозу в связи с количеством сексуальных партнеров в ней (от 656 до 888 коммерческих партнеров в течение года, в среднем 2,6-3,1 за предшествующий опросу день работы). Поэтому группа требует особого внимания с точки зрения охвата превентивными мероприятиями и их действенности.

д. Для группы характерен высокий уровень заболеваемости половой системы – 13% - 40%. Несмотря на относительно высокую обращаемость (88% - 92%), эффективность лечения крайне низкая – у 30%-67% прошедших лечение отмечается частичное излечение либо переход заболевания в хроническую стадию. Отсюда для всех РКС необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей-гинекологов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся по поводу заболеваний половой системы;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

е. В группе отмечается относительно высокий уровень информированности о мужских презервативах, и низкий уровень информированности о женских. Уровень использования презервативов высокий при коммерческих контактах и низкий - при некоммерческих. До 81% - 96% представителей группы используют презерватив при каждом коммерческом половом контакте, и лишь 17%-43% используют презерватив при каждом некоммерческом половом контакте. Поэтому в обучающую программу для данной группы необходимо включить тематику применения механических средств защиты при сексуальных контактах, где следует





акцентировать риск распространения ВИЧ/СПИДа и ИППП при незащищенных некоммерческих сексуальных контактах.

ж. От 20% до 40% РКС в течение предшествующего опросу года обращались за специализированной гинекологической помощью. Среди обращений преобладают обращения в государственные лечебно-профилактические учреждения. Поэтому развитие и совершенствование негосударственной гинекологической помощи представляет собой резерв улучшения этого вида помощи данному контингенту.

## *Профилактические мероприятия, направленные на изученные территории*

### *Санкт-Петербург*

а. Необходимо повысить доступность для взрослых представителей групп риска механических средств защиты (презервативов) в местах локализации повышенного риска (гостиница, отель, бар, кафе, клуб), а также использовать для их распространения поликлинические учреждения и центры планирования семьи.

### *Оренбург*

а. Для наркопотребителей, включая группу РКС, здесь характерен высокий уровень использования неофициальных каналов приобретения чистых игл и шприцев, таких как медицинский работник, больница, родственники, сексуальный партнер, друзья, кража, человек, постоянно делающий уколы наркопотребителям, несмотря на то, что достаточно часто упоминается и ПОШ (пункт обмена шприцов). Отсюда необходимо обеспечить беспрепятственное получение чистых игл и шприцев:

- через аптечную сеть (посредством выдачи специальных направлений);
- через сотрудников программ «снижения вреда».

### *Иркутск*

а. Для наркопотребителей, включая РКС, здесь также характерен высокий уровень использования неофициальных каналов приобретения чистых игл и шприцев, таких как наркодилер или приобретение шприцев на улице, несмотря на то, что часто упоминается и ПОШ. Возможность приобретения более всего затрудняется отсутствием у потребителей денег. Поэтому необходимо обеспечить беспрепятственное и бесплатное получение чистых игл и шприцев:

- через аптечную сеть (посредством выдачи специальных направлений);
- через сотрудников программ «снижения вреда».



## *Целевые превентивные программы, дифференцированные по территориям и по группам*

### *Целевые превентивные программы для Санкт-Петербурга*

#### Группа ИМ

а. В подгруппе широко распространена инициальная проба наркотиков (1/4), главным образом, препаратов конопли (95%), а также стимуляторов (1/3). В антинаркотической работе поэтому следует делать акцент на мерах первичной профилактики, т.е. на включении проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную профилактическую программу для данной группы в целом.

#### Группа НИМ

а. В подгруппе отмечается относительно высокий уровень заболеваемости по следующим видам патологии. Уровень инфекционной заболеваемости составляет 74%. Обращаемость высокая, и отказ от лечения вызван, как правило, воспринимаемой несерьезностью заболевания. Эффективность лечения, однако, относительно низка, и частичное излечение либо переход в хроническую стадию наблюдается у 6% болевших. Для группы также характерна наиболее высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (20%), сопровождающаяся низкой обращаемостью (70%) и высокой частотой негативных исходов (65%). Отказ от лечения вызван, в большинстве случаев, воспринимаемой несерьезностью заболевания и отсутствием эффективного лечения. Характерна, кроме того, высокая распространенность заболеваний ЦНС (16%). Обращаемость высока (83%), однако эффективность полученного лечения низкая – у 56% наблюдается частичное излечение, переход в хроническую стадию или нетрудоспособность. В подгруппе отмечается высокий уровень травматизма (75%). Обращаемость при нем высока (87%), но для существенной части обратившихся течение травмы имело негативный исход, включая нетрудоспособность (15%).

Отсюда для подгруппы необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей-терапевтов, кардиологов и невропатологов;
  - формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
  - повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся по поводу инфекционных, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний ЦНС и травм;
  - организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.
- б. В соответствии с частотой контактов представителей подгруппы со средствами массовой информации наиболее эффективным для осуществления превентивной деятельности будет использование следующих СМИ и форм подачи информации:
- телевидение (реклама, новости, художественный и документальный фильм, специальный репортаж);



- радио (новости, шоу, специальный репортаж);
- печатные материалы (брошюры, листовки, афиши, постеры, газетные и журнальные статьи, специальная литература).

### Группа ПИН

а. Группа представляет высокий эпидемиологический риск с точки зрения передачи ВИЧ половым путем, поскольку 14,6% ПИН вступают в коммерческие сексуальные контакты. За предшествующий опросу месяц число партнеров у ПИН в среднем составило 27 человек. Среднее количество половых партнеров за предшествующий опросу год по группе составило: 14 коммерческих, 5 некоммерческих и 4 случайных. Отсюда группа требует особого внимания с точки зрения охвата превентивными мероприятиями и их действенности.

б. При возникновении симптомов ИППП для ПИН характерен отказ от лечения, прием препаратов из домашней аптечки, самолечение. Поэтому необходимо:

- освещение вопросов лечения ИППП в рамках специализированной обучающей программы для данной группы;
- диспансерное наблюдение за представителями данной группы, страдающими ИППП, активно выявленными или самостоятельно обратившимися за помощью.

в. В структуре заболеваемости группы отмечается высокая распространенность психических расстройств (20%) и крайне низкая обращаемость по их поводу (47%), с соответственно крайне низкой эффективностью лечения – у 90% наблюдается частичное излечение или переход заболевания в хроническую стадию. Отказ от лечения вызван, как правило, воспринимаемой несерьезностью заболевания или мнением об отсутствии эффективного лечения. Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом В (24%), С (69%) и D (1%).

Отсюда в данной группе необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей - психиатров и инфекционистов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся – психиатрической и по поводу инфекционных заболеваний;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

г. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания в группе преобладает надежда на самопомощь. Поэтому в рамках программы вторичной профилактики необходимо формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

д. В группе крайне низка обращаемость за специализированной наркологической помощью (2,5%). При этом большинство респондентов обращались в коммерческие наркологические учреждения и общественные организации. Поэтому для данной группы необходимо развивать систему и государственной и негосударственной наркологической помощи, снижать расходы пациентов на лечение в рамках специально финансируемых программ, формировать позитивную установку на обращение за специализированной помощью.



е. По поводу лечения ИППП в течение последнего года 12% ПИН обращались в медицинские учреждения, главным образом, в государственные, а также в общественные организации. Отсюда для ПИН следует развивать и совершенствовать систему и государственной, и негосударственной дермато-венерологической помощи, снижать расходы пациентов на лечение в рамках специально финансируемых программ, формировать позитивную установку на обращение за специализированной помощью.

ж. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (основной - художественный фильм, в меньшей степени - реклама, интервью, специальный репортаж);
- печатные материалы (брошюры, листовки, специальная литература);
- радио (интервью).

з. Охват группы превентивными программами низкий (27% знают о проводимых программах профилактики, и 19% из них лично принимали в таких программах участие, причем с низкой частотой – один раз в несколько месяцев). Отсюда необходимо более широко осуществлять целевые образовательные программы, программы «снижения вреда» и другие профилактические программы, направленные на данную группу.

### Группа РКС

а. Среди петербургских РКС наиболее велика доля проживающих с брачным партнером или сожителем (почти 40%), в связи с чем необходим охват превентивными мероприятиями всего круга семейных или других устойчивых сексуальных отношений в этой группе.

б. По уровню наркопотребления петербургские РКС практически не отличаются от ПИН. Отсюда среди них необходимо проводить мероприятия по вторичной и третичной профилактике наркозависимости:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченной наркоманией, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных наркоманией установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения наркомании на базе городского наркологического диспансера;
- прохождение больными после окончания лечения реабилитационной программы на базе городского реабилитационного центра;
- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников;
- включение проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную программу для данной группы в целом.

В структуре наркопотребления преобладает инъекционное употребление героина (более 90% РКС), поэтому в антинаркотической работе следует делать акцент на мерах вторичной и третичной профилактики, а именно – на лечении и реабилитации наркозависимых и их последующем медико-социальном сопровождении.



в. Для группы характерен высокий уровень совместного использования инъекционными принадлежностями. Так, 1/5 из них использовала чужую иглу или шприц за последний месяц, и только 1/2 каждый раз используют чистую иглу. Около 1/2 применяли общие принадлежности при приготовлении и введении наркотика. Только 1/10 промывали шприцы каждый раз перед инъекцией, и, как правило, без дезинфицирующих средств. Отсюда необходимо включение тематики безопасного использования оснащения для инъекций в целевую образовательную профилактическую программу.

г. Для группы характерна высокая частота симптоматики ИППП (13%). Поэтому необходимо проведение комплекса мероприятий по выявлению, нозологической квалификации и лечению ИППП:

- клиническое и лабораторное обследование представителей группы силами городского кожно-венерологического диспансера, возможно, по месту их постоянного нахождения;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных ИППП установки на обращение за специализированной венерологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения ИППП на базе городского венерологического диспансера.

д. В структуре заболеваемости РКС отмечается высокий уровень бронхолегочной патологии (40%) с низкой эффективностью лечения (частичное излечение либо переход в хроническую стадию наблюдается у 44%), несмотря на высокую обращаемость (87%). Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом В (40%) и С (69%). Отсюда необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи в группе:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей – терапевтов, пульмонологов и инфекционистов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся в связи с бронхолегочными заболеваниями и гепатитами;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

е. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания преобладает надежда на самопомощь. В рамках программы вторичной профилактики для данного контингента необходимо поэтому формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

ж. В наркологическое учреждение за предшествующий опросу год обращались 13% РКС. Обращения в основном происходили в государственные учреждения. Удовлетворенность оказанной наркологической помощью в группе низкая. Отсюда необходимо развивать и совершенствовать систему негосударственной наркологической помощи, формировать у медицинского персонала наркологических ЛПУ толерантное и гуманное отношение к представителям данной группы путем осуществления специализированных тренинговых программ.

з. По поводу лечения ИППП в течение последнего года в специализированные медицинские учреждения обращались 56% РКС, причем также, главным образом, в государственные. Развитие и совершенствование негосударственной дермато-венерологической помощи способствовало бы улучшению диагностики и лечения ИППП в данной группе риска.



и. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности в группе РКС следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (приоритетный канал информирования), где наиболее хорошо воспринимаемая форма подачи информации - специальный репортаж, в меньшей степени - реклама, новости, шоу, документальный фильм, интервью;

- печать (брошюры, листовки, афиши, постеры, газетные статьи, специальная литература);

- радио (реклама, новости).

### Группа МСМ

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ для данного контингента следует учитывать, что контингент МСМ – наиболее высокообразованный среди групп риска, а потому при разработке и реализации программ для них недопустимо упрощенчество и примитивизация в подаче материала.

б. В связи с тем, что в данной группе наиболее высока доля нестационарного населения (14%), для неё необходимо создавать альтернативные возможности получения профилактической и лечебной помощи, не связанные с регистрацией в городе.

в. Устойчивое гомо- или гетеросексуальное сожительство мало характерно для этой группы (менее ¼ состоят в устойчивых гомосексуальных отношениях), в связи с чем МСМ необходимо рассматривать как эпидемиологическую угрозу распространения ВИЧ вне группы. Для неё характерны множественные гомосексуальные контакты, в том числе и предоставление коммерческих сексуальных услуг (12%). Группа требует особого внимания с точки зрения охвата превентивными мероприятиями и их действенности.

г. В группе достаточно широко распространена инициальная проба наркотических препаратов (38%). В структуре наркопотребления преобладают препараты конопли (9/10), кокаин (1/5) и галлюциногены (1/5). Отсюда в антинаркотической работе, направленной на данную группу, следует делать акцент на мерах первичной профилактики, т.е. на включении проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную профилактическую программу для данной группы в целом.

д. Обсуждение вопросов ВИЧ/СПИДа с коммерческим сексуальным партнером не характерно для представителей группы. Поэтому в систему пропаганды сохранения здоровья в данной группе необходимо включение распространения знаний о ВИЧ/СПИДе среди некоммерческих сексуальных партнеров МСМ.

е. В группе отмечается относительно низкий уровень прохождения тестирования на ВИЧ (51%), и его большая давность (в течение последнего года тестировались только 61%). Отсюда в рамках образовательной программы вторичной профилактики для данной группы следует предоставлять всестороннюю информацию о ВИЧ/СПИДе, включая сведения о значении тестирования для своевременного выявления и последующего эффективного лечения СПИДа.

ж. Для заболеваемости МСМ характерен относительно высокий уровень патологии опорно-двигательного аппарата (14%), с относительно низкой обращаемостью (3/4) и высокой частотой негативных исходов, включая нетрудоспособность (85%). Отказ от лечения вызван здесь, как правило, воспринимаемой несерьезностью заболевания и прохождением лечения по поводу другого заболевания. Отсюда необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи в группе:



- периодические медицинские осмотры с участием врачей-ортопедов-травматологов, ревматологов и хирургов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

з. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания в группе преобладает надежда на самопомощь. В рамках программы вторичной профилактики необходимо поэтому формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

и. По поводу наркологического заболевания в течение последнего года в специализированные ЛПУ обращались 13% МСМ. В большинстве случаев это были обращения в государственные медицинские учреждения. Отсюда развитие и совершенствование негосударственной наркологической помощи могло бы повысить эффективность наркологической помощи данной группе риска.

к. По поводу диагностики и лечения ИППП в течение последнего года обращались в медицинские учреждения 28% МСМ. Хотя обращение в государственные специализированные медицинские учреждения преобладало, МСМ нередко обращались и в коммерческие учреждения. Отсюда применительно к МСМ следует развивать и совершенствовать систему и государственной, и негосударственной дерматовенерологической помощи, снижать расходы этих пациентов на лечение в рамках специально финансируемых программ.

л. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности в данной группе риска следующие виды СМИ и формы подачи информации.

- Интернет (специальный сайт, реклама). Приоритетный канал информации, так как Интернет часто используется представителями группы для поиска сексуального партнера (сайты знакомств для МСМ). Кроме того, среди МСМ высок уровень готовности посетить сайт по баннеру о профилактике ВИЧ/СПИДа, сексуальном здоровье, высоко оценивается полезность консультаций и проявляется интерес к общению с социальным работником на форуме и в чате.
- Телевидение /реклама, новости, шоу, художественный фильм, специальный репортаж/;
- Печать /брошюры, листовки (они наиболее хорошо знакомы представителям группы), афиши, постеры, газетные статьи/.
- Радио /реклама, новости, специальный репортаж/.

м. Охват группы превентивными программами еще недостаточно высок (20% знают о программах для данного контингента, 12% из них лично принимали участие в подобных программах, причем, как правило, в разовом порядке), однако уже создана база для более глубокого и эффективного внедрения профилактических программ в группе МСМ. Отсюда необходимо более широко осуществлять целевые образовательные программы, программы снижения вреда и другие профилактические программы, направленные на группу. В частности, следует повышать информированность о таких видах помощи как бесплатное тестирование и лечение ИППП, бесплатное тестирование и медицинская помощь по поводу ВИЧ/СПИДа, предоставление информационных материалов, группы самопомощи



---

наркопотребителей и ВИЧ-инфицированных, бесплатная наркологическая помощь, реабилитация наркопотребителей, получение шприцев и презервативов, восстановление документов, юридические консультации.

### *Целевые превентивные программы для Оренбурга*

#### Группа ИМ

а. При разработке и осуществлении целевых программ нужно учитывать, что значительная часть институционализированной молодежи этого города (1/3) проживает вне семьи, а следовательно семейно ориентированные программы здесь использовать нецелесообразно.

б. В структуре заболеваемости группы отмечается высокий уровень травматизма (85%), причем большинство перенесших травмы обращались за медицинской помощью (85%), но для существенной части обращение имело негативный исход, включая нетрудоспособность (13%). Отсюда организационно-методическому отделу территориального органа здравоохранения необходимо осуществить анализ травматизма и травматологической помощи данной группе и разработать целевые мероприятия по снижению травматизма и повышению эффективности специализированной помощи.

#### Группа НИМ

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ, предназначенных для этой группы, необходимо учитывать присущий ей более низкий образовательный уровень, по сравнению с институционализированной молодежью.

б. Для группы характерен высокий уровень пережитого насилия. Так, в течение года, предшествовавшего исследованию, насилие было применено к 22% представителей группы. Поэтому необходимо:

- включение в реабилитационную программу психологических мероприятий по нейтрализации последствий перенесенного насилия;

- сосредоточение внимания правоохранительных органов и правозащитных организаций на превенции насилия в данной группе.

в. Для группы характерна высокая частота симптоматики ИППП (13%). Поэтому для неё необходим комплекс мероприятий по выявлению, нозологической квалификации и лечению ИППП:

- клиническое и лабораторное обследование представителей группы силами городского кожно-венерического диспансера, возможно, по месту их постоянного нахождения;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных ИППП установки на обращение за специализированной венерологической помощью;

- обеспечение эффективного лечения ИППП на базе городского дермато-венерологического диспансера.

г. Для группы характерен также отказ от обращения за квалифицированной и специализированной венерологической помощью, а взамен его - обращение в аптеку, прием препаратов из домашней аптечки, обращение к целителю, длительное течение симптомов до обращения за помощью. Отсюда необходимо:





- освещение вопросов лечения ИППП в рамках специализированной обучающей программы для данной группы;

- диспансерное наблюдение за представителями данной группы, страдающими ИППП, активно выявленными или самостоятельно обратившимися за помощью.

д. В группе отмечаются следующие особенности заболеваемости, обращаемости и исходов заболеваний. Уровень заболеваемости бронхолегочной патологией относительно невысок (29%), однако отмечается низкая обращаемость (менее  $\frac{3}{4}$ ), чаще всего, в связи с необходимостью лечения по поводу другого заболевания, и соответственно, низкая эффективность лечения – у 45% частичное излечение или переход в хроническую форму течения. При относительно невысоком уровне заболеваемости патологией половой системы (10%) отмечается, тем не менее, низкая обращаемость (50%), вызванная, прежде всего, отсутствием денег на лечение. Соответственно и негативные исходы заболевания наблюдаются у 50% леченных. Также для группы характерна относительно высокая распространенность заболеваний ЦНС (10%). Обращаемость здесь максимальна (100%), однако эффективность полученного лечения низкая – у 48% леченных наблюдается только частичное излечение, переход в хроническую форму или наступает нетрудоспособность. Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом А (23%). Отсюда для данной группы риска необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей-специалистов - терапевтов, урологов, гинекологов, инфекционистов и невропатологов;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью, особенно в отношении бронхолегочных заболеваний и заболеваний половой системы;

- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся, что особенно актуально в отношении помощи при заболеваниях ЦНС (неврологической);

- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

е. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации, для осуществления превентивной деятельности рекомендуется использовать следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (новости, документальный фильм), причем с учетом необходимости подачи тематической информации в возможно более доступной форме (выявлены трудности в понимании информации, предоставляемой по телевидению);

- печатные материалы (брошюры, листовки, афиши, постеры, газетные и журнальные статьи).

### Группа ПИН

а. При разработке и осуществлении целевых превентивных программ для данной группы риска следует учитывать относительно высокий образовательный уровень ПИН города (20% имеют незаконченное высшее образование).

б. В связи с тем, что в группе довольно высока доля лиц, проживающих в городе без регистрации (7%), необходимо создавать для них альтернативные возможности получения профилактической и лечебной помощи, не связанные с регистрацией в городе. Этим мигрантов также необходимо рассматривать как представляющих повышенную эпидемиологическую угрозу.



в. Для группы характерен высокий уровень алкоголизации – в среднем несколько раз в неделю. Отсюда в превентивную работу с ней необходимо включение мер по борьбе со злоупотреблением алкоголем, а именно:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченным алкоголизмом, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных алкоголизмом установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения алкоголизма на базе городского наркологического диспансера;
- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников;
- включение проблем, связанных с последствиями алкоголизации, в образовательную программу для данной группы в целом.

г. Для группы характерна высокая частота симптоматики ИППП (16%), что вызывает необходимость проведения комплекса мероприятий по выявлению, нозологической квалификации и лечению ИППП:

- клиническое и лабораторное обследование представителей группы силами городского кожно-венерического диспансера, возможно, по месту их постоянного нахождения;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных ИППП установки на обращение за специализированной венерологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения ИППП на базе городского венерологического диспансера.

д. Состояние заболеваемости в группе характеризуется следующими особенностями. Прежде всего, это высокий уровень заболеваемости бронхолегочной патологией (50%), с низкой эффективностью лечения (частичное излечение либо переход в хроническую форму течения - у 41% леченных), несмотря на высокую обращаемость (98%). Отмечается также высокий уровень заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта (49%), при низкой обращаемости (34%) и высокой частоте негативных исходов (частичное излечение, переход в хроническую форму – у 93%). Наблюдается также высокий уровень заболеваний мочевыводящей системы (39%), с высокой обращаемостью (95%), но крайне низким уровнем эффективности лечения – у 44% леченных отмечается частичное излечение заболевания либо его переход в хроническую форму. Кроме того, наблюдается относительно высокий уровень заболеваемости половой системы (11%), при высокой обращаемости (91%), но низкой эффективности лечения (негативные исходы у более чем ¼). Для группы характерен также высокий уровень патологии опорно-двигательного аппарата (14%), при низкой обращаемости (68%) и высокой частоте негативных исходов (96%). Отказ от лечения вызван здесь, как правило, воспринимаемой несерьезностью заболевания и необходимостью прохождения лечения по поводу другого заболевания. Отмечается высокая распространенность психических расстройств (19%), при которых имеется низкая обращаемость (61%), и, соответственно, крайне низкая эффективность лечения – у 85% леченных наблюдается лишь частичное излечение или переход заболевания в хроническую форму. Отказ от лечения вызван, как правило, воспринимаемой несерьезностью заболевания или мнением об отсутствии эффективного лечения. Характерен также высокий уровень травматизма (81%), при котором большинство обращались за медицинской помощью (83%), но для существенной части из травма имела негативный исход, включая нетрудоспособность (10%). Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом В (34%) и С (59%). Отсюда



для данной группы необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей – терапевтов (гастроэнтерологов, пульмонологов), психиатров, урологов, гинекологов, травматологов-ортопедов, инфекционистов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

е. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания преобладает надежда на самопомощь. Поэтому в рамках программы вторичной профилактики необходимо формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

ж. В течение предшествующего опросу года всего 7% ПИН обращались в наркологические учреждения города. Преобладают обращения в государственные наркологические учреждения, сопровождающиеся низкой удовлетворенностью оказанной помощью. Отсюда в городе необходимо развивать и совершенствовать систему негосударственной наркологической помощи, формировать у медицинского персонала наркологических учреждений толерантное и гуманное отношение к представителям данной группы путем осуществления специализированных тренинговых программ.

з. За специализированной помощью по поводу ИППП в течение последнего года обращались 12% ПИН. Здесь также преобладают обращения в государственные медицинские учреждения дермато-венерологического профиля, хотя присутствуют обращения и в негосударственные учреждения. Таким образом, в городе следует развивать и совершенствовать и государственную, и негосударственную венерологическую помощь представителям данной группы риска, снижать расходы таких пациентов на лечение в рамках специально финансируемых программ, формировать позитивную установку на обращение за специализированной медицинской помощью.

и. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации в данной группе риска рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (основная форма - художественный фильм, режиссура – реклама, новости, документальный фильм, специальный репортаж, интервью);
- радио (новости, специальный репортаж, интервью).

к. Группа вносит существенный вклад в заболеваемость туберкулезом (7,5%). Поэтому для неё необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности фтизиатрической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей-фтизиатров;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту выявленных и обращающихся по поводу туберкулеза;



- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

### Группа РКС

а. В связи с тем, что в группе высока доля лиц, проживающих в городе без регистрации (13%) необходимо создавать для её представительниц альтернативные возможности получения профилактической и лечебной помощи, не связанные с регистрацией в городе.

Мигрирующую часть группы РКС необходимо рассматривать как представляющую повышенную эпидемиологическую угрозу.

б. В группе имеется существенная доля наркопотребителей (17%), большинство из которых эпизодически употребляет наркотики инъекционным путем. Однако систематическое употребление наркотиков инъекционно для них не характерно, а в структуре употребления преобладают препараты конопли и стимуляторы. Поэтому в антинаркотической работе для данной группы следует делать акцент на мерах первичной профилактики, то есть на включении проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную превентивную программу. В отношении же инъекционных наркопотребителей необходимы мероприятия по вторичной и третичной профилактике наркозависимости:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченной наркоманией, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных наркоманией установки на обращение за специализированной наркологической помощью;

- обеспечение эффективного лечения наркомании на базе городского наркологического диспансера;

- прохождение больными после окончания лечения реабилитационной программы на базе городского реабилитационного центра;

- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников.

в. Для группы характерна высокая частота симптоматики ИППП (21%). Отсюда для неё необходим комплекс мероприятий по выявлению, нозологической квалификации и лечению ИППП:

- клиническое и лабораторное обследование представителей группы силами городского кожно-венерического диспансера, возможно, по месту их постоянного нахождения;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных ИППП установки на обращение за специализированной венерологической помощью;

- обеспечение эффективного лечения ИППП на базе городского венерологического диспансера.

г. В структуре заболеваемости данной отмечается относительно высокий уровень ЛОР-патологии (95%), при которой около ¼ отказались от лечения, так как не считали заболевание серьезным. Переход заболевания в хроническую стадию наблюдался у 11 %. Устанавливается также высокий уровень заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта (32%), при низкой обращаемости (66%) и высокой частоте негативных исходов (частичное излечение или переход в хроническую стадию - у 87%). Кроме того, наблюдается высокий уровень заболеваемости патологией мочевыводящей системы (36%), с относительно высокой обращаемостью (81%), но крайне низкой эффективностью лечения – у 61% леченных



наблюдается частичное излечение либо переход в хроническую форму течения. Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом А (17%) и D (0,6%).

Специалистам организационно-методического отдела территориального органа здравоохранения необходимо проанализировать состояние ЛОР-заболеваемости, а также заболеваемости по разделам патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы в данной группе и оказываемой при ней помощи, разработать мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи.

Для группы необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей – терапевтов (пульмонологов, гастроэнтерологов), ЛОР, урологов и инфекционистов;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся;
- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

д. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания преобладает надежда на самопомощь. Поэтому в рамках программы вторичной профилактики необходимо формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

е. В течение предшествующего опросу года лишь 6% РКС города обращались за специализированной наркологической помощью, причем в большинстве случаев - в государственные медицинские учреждения. Поэтому развитие и совершенствование негосударственной наркологической помощи могло бы способствовать улучшению наркологической помощи данной группе риска.

ж. За специализированной помощью по поводу ИППП в течение последнего года обращались 52% РКС. Здесь также преобладает обращение в государственные ЛПУ. Поэтому развитие и совершенствование негосударственной дермато-венерологической помощи могло бы способствовать улучшению помощи при ИППП данной группе риска.

з. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации для данной группы рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (реклама, новости, документальный фильм, специальный репортаж, интервью);
- радио (реклама);
- печатные материалы (брошюры, листовки, афиши, постеры, газетные статьи, специальная литература).

и. Охват превентивными программами представителей этой группы риска низкий (46% знают о проводимых программах профилактики, и 40% из них лично принимали в таких программах участие, с низкой частотой – один раз в несколько месяцев). Отсюда необходимо более широко осуществлять целевые образовательные программы, программы «снижения вреда» и другие профилактические программы, направленные на данную группу.



## *Целевые превентивные программы для Иркутска*

### Группа ИМ

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ здесь следует учитывать, что значительная часть институционализированной молодежи города (1/3) проживает вне семьи, а следовательно для неё нецелесообразно планирование семейно ориентированных программ.

### Группа НИМ

а. При разработке и осуществлении целевых профилактических программ для этой подгруппы необходимо учитывать наличие в ней лиц, никогда не посещавших образовательные учреждения (2,6%), для которых вообще не могут быть применены программы, основанные на письменной информации.

б. Здесь следует учитывать также и в целом более низкий образовательный уровень этой подгруппы, по сравнению с институционализированной молодежью.

в. Отмечается высокий уровень занятости представителей данной подгруппы в сферах девиантной активности – проституции и попрошайничестве (по 9%). В связи с этим рекомендуется предусматривать необходимость обеспечения части подростков альтернативными рабочими местами.

г. Для подгруппы характерна высокая распространенность симптоматики ИППП (11%). Отсюда для неё необходимо применение комплекса мероприятий по выявлению, нозологической квалификации и лечению ИППП:

- клиническое и лабораторное обследование представителей группы силами городского кожно-венерического диспансера, возможно, по месту их постоянного нахождения;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных ИППП установки на обращение за специализированной венерологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения ИППП на базе городского венерологического диспансера.

д. Для подгруппы характерна крайне высокая распространенность психических расстройств (39%). Несмотря на высокую обращаемость, эффективность лечения крайне низкая – у 89% наблюдается частичное излечение или переход в хроническую форму течения. Поэтому специалистам организационно-методического отдела территориального органа здравоохранения необходимо проанализировать состояние заболеваемости психическими расстройствами и оказываемой при них помощи и разработать мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи представителям данной подгруппы.

Подгруппа вносит существенный вклад в заболеваемость туберкулезом (6,5%), вследствие чего для неё необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей-фтизиатров;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;
- повышение эффективности – качества специализированной помощи по поводу туберкулеза (фтизиатрической) данному контингенту выявленных и обращающихся;



- организационное обеспечение высококачественной специализированной фтизиатрической помощи представителям группы.

е. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации для осуществления превентивной деятельности в подгруппе рекомендуется использовать телевидение (реклама, новости, специальный репортаж). Другие СМИ просматриваются представителями подгруппы реже 1 раза в неделю. При ориентации на данную подгруппу таких сообщений необходимо, кроме того, повышать доступность печатных материалов, понятность радиопередач.

### Группа ПИН

а. При разработке и осуществлении целевых превентивных программ для этой группы следует учитывать наличие в ней лиц, никогда не посещавших образовательные учреждения (4%). Вместе с тем, следует учесть и относительно высокий образовательный уровень ПИН города в целом (40% имеют незаконченное высшее образование).

б. В связи с тем, что в группе высока доля лиц, проживающих в городе без регистрации (9%), необходимо создавать альтернативные возможности получения ими профилактической и лечебной помощи, не связанные с регистрацией в городе. Мигрантов также необходимо рассматривать как представляющих повышенную эпидемиологическую угрозу.

в. Заболеваемость группы характеризуется тем, что при относительно невысоком уровне болезней ЦНС (6%) и высокой обращаемости при них, устанавливается высокая частота негативных исходов лечения, включая наступление нетрудоспособности (50%). Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом А (65%), В (10%) и С (10%). Отсюда для группы необходимы следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей невропатологов и инфекционистов;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью (в том числе и по поводу заболеваний ЦНС);

- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся;

- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

г. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания преобладает надежда на самопомощь. Поэтому в рамках программы вторичной профилактики в группе необходимо формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

д. В течение последнего года 69% ПИН обращались в наркологические учреждения города. Преобладали обращения в государственные наркологические учреждения, с крайне высокой степенью неудовлетворенности оказанной помощью. Отсюда в городе необходимо развивать и совершенствовать негосударственную наркологическую помощь, формировать у медицинского персонала наркологических учреждений толерантное и гуманное отношение к пациентам путем осуществления специализированных тренинговых программ.

е. За специализированной помощью по поводу ИППП в течение последнего года обращались всего 2% ПИН. Преобладали обращения в государственные профильные учреждения. Развитие и совершенствование негосударственной дермато-венерологической помощи способствовало бы улучшению медицинского обслуживания данного контингента при ИППП.



ж. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации для осуществления превентивной деятельности в группе рекомендуется использовать следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (специальный репортаж, документальный фильм);
- радио (специальный репортаж);
- печать (брошюры, листовки, афиши, постеры);
- существенная часть представителей группы являются активными пользователями Интернета, и среди них высок уровень готовности посетить сайт по баннеру о профилактике ВИЧ/СПИДа, сексуальном здоровье, высоко оценивается полезность консультаций и выражается повышенный интерес к общению с социальным работником на форуме и в чате.

з. Охват группы превентивными программами крайне низкий (только 10% знают о проводимых программах профилактики, и только 8% из них лично принимали в таких программах участие, причем с низкой частотой – один раз в несколько месяцев). Отсюда необходимо более широко осуществлять целевые образовательные программы, программы «снижения вреда» и другие профилактические программы, направленные на данную группу.

### Группа РКС

а. В связи с тем, что в группе крайне высока доля лиц, проживающих в городе без регистрации (20%), для них необходимо создавать альтернативные возможности получения профилактической и лечебной помощи, не связанные с регистрацией в городе. Мигрантов также необходимо рассматривать как представляющих повышенную эпидемиологическую угрозу.

б. В группе отмечается высокий уровень занятости в сферах девиантной активности – 18% занимаются кражами, 7% - мошенничеством. В реабилитационные программы для РКС города следует включить криминологический раздел, предусмотреть необходимость обеспечения криминализованного контингента альтернативным рабочим местом.

в. В связи с присущим группе высоким уровнем наркозависимости в ней необходимо проводить мероприятия по вторичной и третичной профилактике наркозависимости, а именно:

- клиническое обследование представителей группы врачами-наркологами с целью выделения лиц, страдающих клинически очерченной наркоманией, возможно, по месту постоянного нахождения представителей группы;
- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных наркоманией установки на обращение за специализированной наркологической помощью;
- обеспечение эффективного лечения наркомании на базе городского наркологического диспансера;
- прохождение больными после окончания лечения реабилитационной программы на базе городского реабилитационного центра;
- последующее наблюдение и социальная помощь пациентам со стороны персонала диспансера и социальных работников;
- включение проблем, связанных с последствиями наркотизации, в образовательную программу для данной группы в целом.





В структуре наркопотребления преобладает инъекционное употребление героина (более 80% РКС), поэтому в антинаркотической работе следует делать акцент на мерах вторичной и третичной профилактики, а именно – на лечении и реабилитации наркозависимых и их последующем медико-социальном сопровождении.

г. Для группы характерен высокий уровень совместного пользования инъекционными принадлежностями: 1/10 использовали чужую иглу или шприц в течение последнего месяца, только ½ каждый раз используют чистую иглу. Около ½ использовали общие принадлежности при приготовлении и введении наркотика. Отсюда вытекает необходимость включения тематики безопасного использования оснащения для инъекций в образовательную программу.

д. В структуре заболеваемости РКС города отмечается высокий уровень ЛОР-патологии (93%), причем большинство заболевших обращались за медицинской помощью, но эффективность лечения была низкой, - переход заболевания в хроническую форму наблюдался у 18 %. Также отмечается высокий уровень патологии бронхолегочной системы (38%) с низкой эффективностью лечения (частичное излечение либо переход в хроническую стадию у 56%), несмотря на высокую обращаемость (96%). Группа вносит существенный вклад в заболеваемость гепатитом В (26%) и С (26%), а также туберкулезом (6,5%).

Специалистам организационно-методического отдела территориального органа здравоохранения необходимо проанализировать состояние заболеваемости по разделам ЛОР-патологии и патологии бронхолегочной системы в данной группе и оказываемой при них помощи и разработать мероприятия по снижению заболеваемости, повышению эффективности лечебно-профилактической помощи.

Необходимы также следующие целевые мероприятия по снижению заболеваемости и повышению эффективности лечебно-профилактической помощи:

- периодические медицинские осмотры с участием врачей – терапевтов (пульмонологов), ЛОР и инфекционистов;

- формирование психологами и социальными работниками у выявленных больных установки на обращение за специализированной лечебно-профилактической помощью;

- повышение эффективности – качества специализированной помощи данному контингенту обращающихся;

- организационное обеспечение высококачественной специализированной медицинской помощи представителям группы.

е. В сфере предпочтений при обращении за помощью в случае заболевания преобладает надежда на самопомощь. Поэтому в рамках программы вторичной профилактики необходимо формировать установку на обращение за профессиональной медицинской помощью.

ж. В течение предшествующего опросу года 18% РКС обращались в наркологические учреждения города. Преобладали обращения в государственные профильные учреждения, характеризующиеся низкой удовлетворенностью оказанной помощью. Отсюда необходимо развивать и совершенствовать систему негосударственной наркологической помощи, формировать у медицинского персонала наркологических учреждений толерантное и гуманное отношение к представителям данной группы путем осуществления специализированных тренинговых программ.

з. За специализированной помощью по поводу ИППП в течение последнего года обращались 18% РКС города. Преобладают обращения в государственные профильные учреждения. Развитие и совершенствование негосударственной дермато-венерологической помощи могло бы улучшить медицинское обслуживание при ИППП данной группы риска.



---

и. В соответствии с частотой контактов со средствами массовой информации рекомендуется использовать для осуществления превентивной деятельности в группе следующие виды СМИ и формы подачи информации:

- телевидение (реклама, новости, шоу, документальный фильм, специальный репортаж);
- радио (новости, специальный репортаж);
- печатные материалы (афиши, постеры и любые другие подобные материалы).

к. Охват группы превентивными программами низкий (39% знают о проводимых программах профилактики, и 37% из них лично принимали участие, причем с низкой частотой – один раз в несколько месяцев). Отсюда вытекает необходимость более широкого осуществления целевых образовательных программ, программ «снижения вреда» и других профилактических программ, направленных на данную группу.

\*\*\*

Высокая обоснованность приведенных рекомендаций результатами исследования позволяет говорить об их высокой потенциальной эффективности для снижения эпидемиологического риска, сохранения и укрепления здоровья представителей целевых контингентов изученных городов.



---

# Партнеры ГМИ

Заинтересованные организации могут направлять запрос на полный текст отчета о результатах Поведенческого мониторингового исследования на адрес партнеров проекта:

## *USAID в России*

Россия, 121099, Москва, Новинский бульвар 19/23, Посольство США Тел.: (7-095) 728-5099, Факс: (7-095) 960-2141/2142 <http://www.usaid.ru> E-mail: [russia\\_info@usaid.gov](mailto:russia_info@usaid.gov)

## *Региональная общественная организация социальных проектов «Стеллит»*

Россия, Санкт-Петербург, Бумажная ул. д.9 оф.617 тел/факс +7 (812) 445 28 93/94 <http://www.ngostellit.ru> E-mail: [info@ngostellit.ru](mailto:info@ngostellit.ru)

## *Family Health International*

P.O. Box 13950 Research Triangle Park NC 27709 USA Telephone: 1.919.544.7040 Fax: 1.919.544.7261 Courier: 2224 E. NC Hwy 54 Durham NC 27713 <http://www.fhi.org>

## *Population Services International (PSI) /Moscow Head office*

Leningradsky Prospekt, 36, Bldg. 21, Office 630 Moscow 125167 Phone: 011-7-095-212-1224 Fax: 011-7-095-213-4898 Email: [anna@psirusia.ru](mailto:anna@psirusia.ru) Web: [www.vozmissoboi.ru](http://www.vozmissoboi.ru) [www.zhivi.ru](http://www.zhivi.ru)

## *ОО «Центр социально-политических исследований «ИНДИКАТОР»*

460048 Россия, г. Оренбург, ул. Монтажников, 3, офис 202т ел./факс (3532) 77-72-35, 27-34-56 E-mail: [consozis@mail.esoo.ru](mailto:consozis@mail.esoo.ru)

## *Иркутское областное отделение Российского красного креста*

664011, г. Иркутск, ул. Свердлова, 35 Б, а/я 152 тел. (3952) 331-998, тел./факс (3952) 200-393 E-mail: [redcross\\_irkutsk@inbox.ru](mailto:redcross_irkutsk@inbox.ru)