

Преодолевая барьеры

ОПЫТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ ПОТРЕБИТЕЛЯМ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ



ИНСТИТУТ «ОТКРЫТОЕ ОБЩЕСТВО»
Международная программа развития снижения вреда

Преодолевая барьеры

Опыт предоставления лечения ВИЧ
потребителям инъекционных наркотиков

Русский перевод 2006 г.

Оригинал на английском языке 2004 г.



ИНСТИТУТ «ОТКРЫТОЕ ОБЩЕСТВО»

Международная программа развития снижения вреда

Копирайт © 2004-2006

Институт «Открытое общество». Все права защищены.

Перевод – Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы

Международная программа развития снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» (OSI) поддерживает местные, национальные и региональные инициативы в Центральной и Восточной Европе, Российской Федерации и Центральной Азии, направленные на решение проблем, связанных с потреблением наркотиков, через внедрение инновационных подходов, основанных на философии снижения вреда. Снижение вреда является прагматическим и гуманистическим подходом, направленным на снижение индивидуального и общественного вреда, связанного с потреблением наркотиков, в особенности распространения ВИЧ-инфекции. Снижение вреда подразумевает широкий спектр услуг для потребителей наркотиков, включающий обмен шприцев и игл, метадоновую терапию, медицинское информирование, сопровождение и поддержку.

Институт «Открытое общество» (OSI) ставит своей целью изменение общественной политики в сторону демократизации управления, соблюдения прав человека, законодательной и социальной реформы. На местных уровнях OSI внедряет инициативы поддержки соблюдения законов, образования, здравоохранения и независимых средств массовой информации. OSI содействует построению международных и межконтинентальных альянсов для борьбы с коррупцией и нарушением прав человека.

OSI – частный благотворительный фонд, базирующийся в Нью-Йорке, США. Он был организован в 1993 году финансистом и филантропом Джорджем Соросом для поддержки деятельности его отделений в Центральной и Восточной Европе, а также в странах бывшего Советского Союза. Эти фонды создавались с 1984 года для помощи бывшим коммунистическим странам в период их перехода к демократии. OSI расширяет деятельность Сети фондов Сороса и на другие регионы мира, в которых развитие демократии является важной задачей. Сеть включает в себя более 60 стран, в том числе США.

За более детальной информацией обращайтесь:

International Harm Reduction Development Program

Open Society Institute

400 West 59 Street

New York, New York 10019

USA

Тел.: (1 212) 548 0677

Факс: (1 212) 428 4617

E-mail: IHRD@sorosny.org

www.soros.org/initiatives/ihrd

Составители: Кася Малиновска-Семпрух, Мэтт Куртис и Константин Леженцев, IHRD, OSI.

На русском языке опубликовано в феврале 2006 г. Оригинал публикации на английском языке издан в июле 2004 г. Подготовка русской версии: Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (Central and Eastern European Harm Reduction Network).

Перевод на русский язык: Даниэль Новичков, Раминта Штуйките.

Литературный редактор русской версии: Александр Левин.

Контент-редакторы русской версии: Дмитрий Дончук, Владимир Мусатов

и Раминта Штуйките.

Обложка: AP Photo © 2004 David Maung

Дизайн оригинала: Andrion Studio

Дизайн русской версии и печать: Ex Arte UAB, Литва

Содержание

Введение	6
Бразилия: Доступ потребителей инъекционных наркотиков к высокоактивной антиретровирусной терапии как ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа	19
<i>Фабио Мескита</i>	
В фокусе: Пионеры лечения СПИДа в Бразилии.	26
<i>Тельма де Соуза</i>	
Барселона: Изменение отношения и подходов к наркозависимости и общественному здравоохранению	28
<i>Джоан Р. Виллалби, М. Тереза Бругал, Патриция Гарсия де Олалла, Джоан А. Каяла</i>	
Балтимор: Потребление наркотиков и ВИЧ: Эффективная модель комплексного ухода и антиретровирусной терапии под прямым наблюдением	34
<i>Грегори М. Лукас</i>	
Гонконг: Организация широкодоступной низкопороговой метадоновой программы	45
<i>Роберт Ньюман</i>	
В фокусе: Обещания и реальность в Таиланде	54
<i>Пайсан Суваннавонг</i>	
Франция: Отвечая нуждам потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения ВИЧ	58
<i>Мишель Казачкин и Франс Лерт</i>	
Нью-Йорк: Антиретровирусная терапия для пациентов с множественными проблемами	64
<i>Джей Франклин Добкин</i>	
Аргентина: Разработка модели качественного лечения ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков	71
<i>Марио Печени</i>	
Примечания и библиография	85

Благодарность

Этот сборник статей был подготовлен по итогам встречи, организованной Международной программой развития снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» (OSI), прошедшей 20 марта 2004 г. На встрече обсуждались стратегии улучшения доступа потребителей инъекционных наркотиков к лечению ВИЧ-инфекции, уходу и поддержке. Отчет о встрече был представлен на сателлитной сессии «Лечение ВИЧ для потребителей наркотиков – достижимая цель», проведенной Сетью снижения вреда Центральной и Восточной Европы и партнерами при поддержке IHRD на Международной конференции по СПИДу в Бангкоке в июле 2004 г.

Мы хотим поблагодарить всех участников мартовской встречи. Отдельную благодарность выражаем авторам статей за их бесценный вклад и терпение при издании этого сборника. Кроме того, мы хотим упомянуть имена людей, благодаря руководству и поддержке которых он был подготовлен и издан:

Дэвид Барр (David Barr)

Джоанн Шетэ (Joanne Csete)

Джэфф Хувер (Jeff Hoover)

Карин Каплан (Karyn Kaplan)

Уилл Крамер (Will Kramer)

Пайсан Суваннавонг (Paisan Suwannawong)

Джэннифер Вроблевски (Jennifer Wroblewski)

Лангстон Кларк (Langston Clark)

Грэгг Гонзальвес (Gregg Gonsalves)

Дорота Латарска (Dorota Latarska)

Ари Корпиваара (Ari Korpivaara)

Раминта Штуйките (Raminta Stuikyte)

Даниэль Вульф (Daniel Wolfe)

Мы посвящаем этот сборник людям, живущим с ВИЧ, работникам здравоохранения, предоставляющим лечение, «равным» консультантам, активистам и всем тем, кто борется со стигмой, связанной с употреблением наркотиков и ВИЧ, выступает за предоставление доступа к лечению всем нуждающимся.

Сокращения

АРВ	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВОЗ	Всемирная Организация здравоохранения
ДИ	доверительный интервал
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МПЛ	метадоновое поддерживающее лечение
МСМ	мужчина, имеющий секс с мужчиной
НГО	негосударственная организация
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	проект обмена шприцев
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций (UNDP)
РНК	рибонуклеиновая кислота
СМИ	средства массовой информации
СР	секс-работник
ТБ	туберкулез
УООНН	Управление ООН по контролю за наркотиками (UNODC) (сейчас УООННП – Управление ООН по наркотикам и преступности)
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS)
ALIVE	название когорты ПИН; <i>по-английски</i> AIDS Link to Intravenous Experience – связь СПИДа с опытом инъекционного потребления
DAART	<i>по-английски</i> Directly Administered Antiretroviral Therapy – амбулаторное лечение АРВ под наблюдением врача
DOT	<i>по-английски</i> Directly Observed Treatment – курс амбулаторной терапии, проходящий под непосредственным наблюдением персонала
IHRD	Международная программа развития снижения вреда
OR	отношение шансов
OSI	Институт «Открытое общество»
TNP+	Тайская сеть ЛЖВС

Примеры, описанные в сборнике, демонстрируют, как правильно организованные программы поддержки и помощи потребителям инъекционных наркотиков могут помочь конкретным людям выработать приверженность к лечению антиретровирусной (АРВ) терапией, воспользоваться услугами программ снижения вреда и улучшить качество своей жизни.

I. Введение

За 25 лет своей истории пандемия ВИЧ нанесла наибольший урон социально уязвимым и бесправным группам населения, таким как потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работники (СР), иммигранты, беженцы, заключенные и мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). Эта тенденция сохраняется во многих странах Восточной Европы, бывшего Советского Союза, Центральной и Юго-Восточной Азии, то есть в регионах, где применение инъекционных наркотиков является движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции. В России, Мьянме (Бирме), Китае и Украине ПИН составляют абсолютное и быстро растущее большинство людей, живущих с ВИЧ.¹ Одновременно в этих странах растет и число потребителей наркотиков.²

В других регионах ПИН также сталкиваются с проблемами здоровья и нарушениями прав человека. Согласно последним исследованиям, как минимум 10% во всех новых случаях инфицирования связаны с потреблением инъекционных наркотиков, а если исключить страны Африки, то их доля достигает 30%.³

Тем не менее, не все так плохо. В последнее время мировое сообщество обращает все больше внимания на проблемы людей, живущих с ВИЧ, включая ПИН, что дает возможность надеяться на изменение пагубных тенденций в развитии эпидемии. За последние 10 лет в мире существенно увеличилось финансирование лечения ВИЧ.⁴ Международные организации и ВИЧ-активисты успешно проводят работу с фармацевтическими компаниями, обладающими патентным правом, добиваясь снижения цен

на лекарства для лечения СПИДа, требуют отмены патентных прав, препятствующих производству качественных и недорогих генерических антиретровирусных препаратов в развивающихся странах.

Изучение отдельных примеров в странах с различными течениями эпидемии и системами здравоохранения, таких как Аргентина, Бразилия, Франция, Испания и США, предлагает нам обоснованные стратегии, с помощью которых можно эффективно ответить на медицинские и социальные нужды всех ВИЧ-положительных людей, вне зависимости от того, где, как и в каких условиях они живут. Эти примеры, часть которых приведена в нашем сборнике, также показывают, как успешные программы осуществлялись на местном, региональном и национальном уровнях. В каждой статье данного сборника описаны специфические подходы обеспечения ПИН лечением ВИЧ-инфекции. Приведены примеры доказывают, что правильно организованные поддерживающие программы лечения, направленные на помощь потребителям инъекционных наркотиков, могут реально помочь конкретным людям стать приверженными к лечению, пользоваться услугами программ снижения вреда и таким образом повысить качество своей жизни.

Такие положительные тенденции воодушевляют активистов, людей, формирующих политику, и людей, живущих с ВИЧ. Однако и к успехам стоит относиться осторожно. «Увеличенное финансирование» и «достаточное финансирование» – не синонимы. Правительствам стран и сервисным организациям придется еще не раз принимать трудные решения, касающиеся распределения имеющихся ресурсов, даже и при увеличенном финансировании. Всеобщий доступ к лечению ВИЧ подразумевает в первую очередь включение в программы лечения ПИН, существование и интересы которых до сих пор во многих случаях не признаются и игнорируются. Но это не так просто. Примером этому может служить глобальная инициатива по доступу к лечению Всемирной Организации Здравоохранения «3 к 5», в которой не содержится специфического требования обязательного включения ПИН в программы лечения, даже в странах, где потребители наркотиков являются наиболее нуждающейся в лечении группой населения.

Подобные «незначительные упущения» международных инициатив легко могут спровоцировать исключение потребителей наркотиков из многих программ лечения. Мы, люди, принимающие решения, активисты и представители ВИЧ-сервисных организаций, должны противостоять осуждающим и дискриминационным проявлениям: доступ к лечению должен быть равным для всех людей, живущих с ВИЧ; порицаемые обществом или запрещенные законодательствами отдельных стран модели поведения пациентов не могут служить критерием для отказа в жизненно важном лечении. Многолетняя практика пренебрежения правами тех, кто наиболее уязвим, способствовала развитию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Надежды общества на то, что эпидемия останется в пределах маргинальных групп, были не только бесчеловечны, но и не оправдались. С какой бы точки зрения мы не рассматривали эту проблему, очевидно, что всем людям должен быть предоставлен равный доступ к лечению, всевозможной помощи и услугам.

Немногие медицинские учреждения имеют практический опыт эффективного лечения ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков. Однако на сегодняшний день уже

накоплено достаточно объективной информации. Примеры, приведенные в сборнике, могут и должны быть использованы при планировании масштабных программ по доступу к лечению ВИЧ-инфекции для всех, кто в нем нуждается, особо выделяя ПИН и другие маргинальные группы. Описанные в сборнике программы отличаются друг от друга тем, в каком контексте экономических, культурных и социальных условий они были реализованы. Объединяет их вера в то, что любой человек, живущий с ВИЧ/СПИДом, может и должен получать равный доступ к лечению и уходу без учета его/ее поведенческих особенностей и/или уровня дохода.

II. Анализ проблемы

В начале эпидемии потребители наркотиков составляли весьма незначительную часть людей, живущих с ВИЧ. По причине их малочисленности, осуждающего отношения общества, незнания эффекта взаимодействия наркотических и лекарственных препаратов, а иногда и просто игнорирования ПИН их интересы и специфические нужды не учитывались. Однако сегодня доля ПИН среди людей, живущих с ВИЧ, стремительно увеличивается. Это в особенности касается стран бывшего Советского Союза и некоторых стран Азии. Игнорировать сегодня интересы большинства означает провоцировать еще более разрушительное и глобальное воздействие эпидемии ВИЧ/СПИДа.

То, что многие ПИН не имеют достаточного доступа к лечению ВИЧ, в определенной степени связано с их ограниченными возможностями получения медицинской помощи в целом.⁵ Боясь возможных преследований и арестов, многие потребители (не только инъекционных наркотиков) не доверяют работникам медицинских структур, опасаясь, что не будет сохранена анонимность и конфиденциальность их личной информации. Эти опасения вполне обоснованны, учитывая существующую во многих странах репрессивную политику по отношению к потребителям наркотиков, широкую практику постановки на учет, обмен информацией между правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения. Также слишком часто сами врачи настроены против лечения ВИЧ-положительных потребителей наркотиков. Это может быть связано с необоснованным мнением, что такое лечение нерезультативно, или с доминирующим осуждением потребления наркотиков и потребителей наркотиков. Таким образом, согласно всем выше перечисленным причинам, потребителей наркотиков можно рассматривать как особую группу пациентов, которая может безнаказанно подвергаться дискриминации. ВИЧ-позитивный потребитель наркотиков несет на себе бремя двойной стигмы, что приводит к нежеланию врачей и общества в целом учитывать его нужды и потребности.

Примеров отказа в лечении ВИЧ людям, имеющим опыт употребления наркотиков, немало. В России ПИН составляют более 90% от общего количества всех случаев ВИЧ, зарегистрированных до 2002 г., однако, по информации СПИД-сервисных программ в Москве и Санкт-Петербурге, ни один активный потребитель наркотиков не получал АРВ-терапии.⁶ В Куала-Лумпуре (Малайзия) 75% случаев ВИЧ-инфекции

приходится на инъекционный путь передачи, но лишь 20% бывших ПИН получают лечение, тогда как активные потребители не имеют доступа к лечению из-за репрессивной наркополитики.⁷ В Украине, где в 2002 г. около 69% случаев ВИЧ было зарегистрировано среди потребителей инъекционных наркотиков, ПИН составляли лишь 20% из получающих комбинированную антиретровирусную терапию тремя препаратами. По имеющейся информации, в украинских СПИД-центрах назначение терапии для ПИН происходит по «остаточному принципу», то есть после всех остальных групп пациентов.⁸

Подобный подход не только неприемлем с точки зрения прав человека, но и неадекватен относительно проведения успешной профилактики ВИЧ. Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа – взаимосвязанные и взаимодополняющие мероприятия. Мотивация общества на добровольное тестирование ВИЧ, которое расценивается как профилактика, происходит легче в условиях гарантированного обеспечения лечением, уходом и сопровождением людей, живущих с ВИЧ. Лечение АРВ-препаратами снижает риск как вертикальной передачи ВИЧ (от матери к ребенку), так и горизонтальной.⁹ Лечение также продлевает жизнь людей, способствует сохранению общественной инфраструктуры и росту экономического благосостояния страны, что также необходимо для проведения успешных профилактических мероприятий. Доступ к лечению снижает дискриминационные проявления в обществе за счет уменьшения у пациента симптомов СПИДа. Также существуют научные данные, что соблюдение режима лечения потребителями наркотиков достижимо даже в странах с ограниченными ресурсами, несмотря на неоднократно появляющиеся утверждения об обратном.¹⁰

Хотя нет ясности, в каком объеме правительство возьмет на себя обязательства по осуществлению предоставления лечения, учитывая взаимосвязь эпидемии СПИДа с потреблением наркотиков, существует явная опасность того, что лечение организуют таким образом, что люди с историей потребления наркотиков будут обеспечены им хуже, чем другие. Например, три страны, в которых эпидемия развивается главным образом через потребление инъекционных наркотиков – Мьянма (Бирма), Китай и Украина, получили гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM) на поддержку лечения и профилактики ВИЧ. Однако одобренные заявки не дают ясного ответа на вопрос, каким образом будут включены ПИН в расширенные программы по обеспечению доступа к лечению. Если не будет предусмотрено конкретных мер, направленных на гарантирование доступа ПИН, вероятно, что такие расширенные программы лечения исключат потребителей наркотиков или предложат им несоответствующую стандартам помощь.

В странах Азии и бывшего Советского Союза, где большая часть людей, живущих с ВИЧ, инфицировалась посредством употребления инъекционных наркотиков, чрезвычайно актуально ответить на вопросы, специфичные для лечения ВИЧ именно среди ПИН:

- ▶ Как создать более «дружественный» сервис для выработки приверженности лечению у ПИН в разных странах (продление часов работы клиник, сокращение количества таблеток для приема)?

- ▶ Каким набором объективных критериев (исключая такой критерий, как «потребители наркотиков являются последними в очереди на лечение») пользоваться врачам для назначения терапии в условиях недостаточного финансирования лечения?
- ▶ Как обеспечить лечение пациентам, находящимся в местах лишения свободы, а также участникам программ заместительной терапии?
- ▶ Какие схемы лечения применять при ко-инфекции ВИЧ и гепатита С?
- ▶ Какие политические реформы и решения, а также практические изменения в СПИД-центрах и больницах необходимы для включения ПИН в программы лечения и поддержки?

Без ответа на эти вопросы и пересмотра этических норм международные доноры и национальные правительства рискуют построить СПИД-сервисную инфраструктуру, в которой большинство людей, живущих с ВИЧ, не получают помощи.

Другой важный барьер для предоставления медицинского ухода и развития услуг снижения вреда происходит не из-за нехватки финансирования или отсутствия эффективных моделей лечения, а по причине широко распространенного репрессивного антинаркотического законодательства, которое скорее накажет потребителя, чем учтет его или ее потребности в медицинской помощи. Успех в борьбе с эпидемией ВИЧ, вызванной употреблением инъекционных наркотиков, напрямую зависит от изменений антинаркотического законодательства во всем мире: как в странах-донорах, так и в странах-реципиентах; как в странах с развитой, так и в странах с развивающейся экономикой. Политика, предписывающая и пропагандирующая отказ от наркотиков в качестве единственно возможного пути, а также практика уголовного преследования людей за хранение малых доз незаконных веществ, создают условия, в которых ПИН боятся преследований, арестов, заключения, а потому еще глубже «уходят в подполье», лишая себя доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе профилактическим мероприятиям, и способствуют дальнейшему распространению вируса. В эпоху ВИЧ/СПИДа выбор между отношением к наркозависимости как к болезни или как к преступлению равнозначен выбору между жизнью и смертью.

III. Отказ в предоставлении АРВ-терапии потребителям наркотиков: доводы и опровержения

Долгое время приводилось несколько оправданий отказа предоставлять АРВ-лечение потребителям наркотиков, особенно активным ПИН. Некоторые из них имеют целью наказать правонарушителей. Другие же связаны с «практическими» доводами политиков и руководителей систем здравоохранения. В любом случае, результат один – отсутствие лечения, рост случаев СПИДа и увеличение смертности.

Ниже приведены основные аргументы тех, кто высказывается против предоставления АРВ-терапии потребителям наркотиков. Каждый из этих аргументов разбирается, обсуждается и опровергается.

Потребители не способны и не могут соблюдать режим приема АРВ-терапии.

Изучение примеров из разных стран мира доказывает ошибочность этого утверждения. ПИН, как и любому другому пациенту, будь то многодетная мать-одиночка, фермер, проживающий в удаленном селении, или представитель сексуального меньшинства в консервативной культуре, легче включиться в лечение, когда созданы условия и внедрены специфические подходы, способствующие повышению приверженности. Такие условия подразумевают: продление часов работы медучреждений, расширение сети клиник, специализирующихся на оказании сервиса для ПИН, размещение их в географически доступных местах, а также работу программ заместительной терапии и обмена шприцев в местах предоставления лечения ВИЧ. Проблема доступа и приверженности к лечению среди ПИН вызвана не столько самим фактом употребления незаконных веществ, сколько сопутствующими проблемами, включая страх работников различных учреждений, отсутствие социальной и экономической стабильности и др. Доказано, что если нужды активных потребителей наркотиков в программах лечения учитываются, они могут и будут привержены режиму АРВ-терапии.

Результаты программы, организованной в г. Балтимор, штат Мэриленд, (стр. 34) показывают, как модели интегрированной помощи для таких пациентов, как активные потребители наркотиков, нищие и бездомные, которые имеют различные социальные, медицинские и финансовые проблемы, эффективно помогают преодолевать традиционные барьеры в жизни маргинальных групп населения. Комплексные центры работают по принципу тесного сотрудничества специалистов разного профиля: врачей-инфекционистов, психиатров и наркологов. Балтиморский пример также показывает, что интеграция разных услуг в одном учреждении ведет к улучшению результатов как общемедицинской, так и наркологической помощи.

Существует ряд доказательств, что для продолжения участия в программах заместительной терапии потребители наркотиков преодолевают даже существенные географические, социальные и экономические барьеры. Количество данных программ должно быть расширено до такого уровня, чтобы в них смогли участвовать все желающие потребители опиатов. Как показывает успешное применение заместительной терапии в Барселоне, Гонконге и Париже, метадон и бупренорфин способны купировать синдром отмены и удерживают потребителей наркотиков в системе здравоохранения, что также содействует их приверженности к лечению антиретровирусной терапией на уровне, как и у любых других пациентов.

Парижский опыт, описанный в данном сборнике, показывает, как благодаря продлению часов работы и предоставлению таких небольших услуг, как возможность постирать и высушить одежду или отдохнуть в теплом помещении клиники, лечение ВИЧ с большим желанием принимается ПИН. Работа Нью-Йоркской программы «Jumpstart» (стр. 64) показала, что активное потребление наркотиков не является фактором, препятствующим выработке приверженности к лечению пациентов, в отличие от бездомности и психических заболеваний. Опыт бразильской программы (стр. 19) свидетельствует, что приверженность в меньшей степени зависит от потребления наркотиков, чем

от уровня доходов и образования, алкоголизма и негативного отношения к качеству медицинских услуг.

Ко-инфекция с гепатитом С снижает эффективность АРВ-терапии. Опытные врачи могут и успешно лечат людей с ко-инфекцией ВИЧ и гепатита С. Улучшение возможностей лечения сочетанных инфекций нуждается в обмене опытом и используемых стратегий лечения, снижении стоимости препаратов для лечения гепатита С, а также всеобъемлющей поддержке со стороны государства и общества. Более 90% ВИЧ-позитивных ПИН имеют вирусный гепатит С, соответственно жизненно важным является признание возможности и необходимости такого лечения.¹¹

Профилактика должна иметь преимущества перед лечением. Широко распространенное мнение о том, что профилактика важнее лечения, не только глубоко бесчеловечно, но базируется на ошибочных предпосылках. Построение в рамках системы здравоохранения искусственного раздела между профилактикой и лечением недалековидно и дает противоположный результат. Без надежды на лечение многие избегают тестирования. Какой смысл узнавать плохую весть, если ничего нельзя изменить? Следствием этого становится возможная последовательная передача ВИЧ, поскольку человек, не знающий о своем серопозитивном статусе, не заботится о собственной защите и защите других людей от инфицирования ВИЧ-инфекции. Более того, профилактика и лечение дополняют друг друга, когда программы снижения вреда расширяют сферу своей деятельности и включают такие медицинские услуги, как вакцинация от вирусных гепатитов, обследование и лечение АРВ-терапией.¹² Иными словами, лечение поддерживает и усиливает профилактические мероприятия.

Приоритезация профилактики перед лечением не выдерживает критики не только исходя из принципов прав человека, но также не имеет смысла и с экономической точки зрения. Во-первых, внедрение генериков, как показал пример Бразилии (стр. 19), способствует снижению стоимости универсального лечения, предоставляемого всем нуждающимся. В Таиланде (стр. 54) антиретровирусная терапия тремя препаратами, выпускаемыми правительством в этой стране, доступна меньше чем за 400\$ в год на пациента. Наконец, затраты, связанные с предоставлением АРВ, вероятно, окупятся за счет снижения уровня госпитализации (как правило, самая дорогая часть медицинского обслуживания) и случаев оппортунистических инфекций у людей, живущих с ВИЧ.

IV. Глобальная оценка ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков

Последствия эпидемии ВИЧ, распространяемой за счет потребления инъекционных наркотиков, не оставляют равнодушных; они требуют особого внимания и принятия адекватных мер. Статистика ВИЧ/СПИДа, особенно когда она касается потребителей наркотиков, в большей степени недостоверна.¹³ При отсутствии надежных данных из многих частей мира трудно оценить, сколько потребителей инъекционных наркотиков живет во всем мире. Однако оценки из самых затронутых эпидемией ВИЧ среди ПИН

регионов заставляют задуматься. Только в одной России, согласно оценке ПРООН, 1,5 миллиона ПИН.¹⁴ 500 000 ПИН насчитывается в Центральной Азии¹⁵, по 250 000 – в Мьянме и Таиланде, 3,5 миллиона ПИН проживает в Китае.¹⁶

Несмотря на изученные тенденции, эпидемия ВИЧ, вызванная употреблением инъекционных наркотиков, остается неоднородной как на международном уровне, так и в разных регионах мира. В большинстве стран наибольшее число ВИЧ-инфицированных ПИН приходится на крупные города или пути транзита наркотиков. Удаленные от центра малонаселенные регионы остаются относительно незатронутыми. Однако эта картина обманчива. Большинство ВИЧ-положительных потребителей наркотиков не знают о своем серопозитивном статусе, и к тому времени, когда они начинают болеть и умирать, эпидемия зачастую уже достигает такого уровня, какой в настоящее время наблюдается в России и Китае.

В России и почти во всех бывших республиках Советского Союза социально-экономическая нестабильность и доступность запрещенных наркотиков привели к увеличению потребления наркотиков и наркозависимости. Репрессивная политика по отношению к наркопотребителям стала дополнительной движущей силой распространения эпидемии. В Юго-Восточной Азии мощными экономическими и эпидемиологическими факторами являются как наркобизнес, так и индустрия коммерческого секса. Высокая миграция, неразвитая экономика и нежелание правительств принимать профилактические меры ставят этот регион в опасность эпидемиологической катастрофы.

По данным 2001 г., в России более 90% людей, живущих с ВИЧ, были потребителями наркотиков (на сегодняшний день этот процент несколько снизился).¹⁷ В Китае потребление наркотиков также является одной из основных причин распространения ВИЧ.¹⁸ (Однако есть вероятность, что информация, предоставленная Китаем о ее размерах, недостоверна, учитывая недавнюю историю замалчивания правительством масштабов эпидемии ВИЧ).

Если подобные тенденции сохраняются, то в ближайшем будущем еще с десятков стран, включая те, в которых насчитываются лишь единичные случаи ВИЧ, и те, которые успешно справились с эпидемией среди людей, не употребляющих наркотики, но пока менее успешно налаживают контакт с потребителями инъекционных наркотиков, присоединятся к списку государств, где наблюдается серьезная эпидемия ВИЧ за счет употребления инъекционных наркотиков.

V. Существующие стратегии в сфере потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДа

На мировом уровне нет всесторонней стратегии в ответ на проблему инъекционного потребления наркотиков и эпидемию ВИЧ/СПИДа. Существующая глобальная политика в основном фрагментарна; на нее действуют ужесточения предлагающие интерпретации конвенций по контролю за наркотиками – документов, которые, с одной

стороны, направлены на устранение предложения и спроса, а также предлагающие профилактические мероприятия общего характера, но которые не учитывают специфические нужды потребителей наркотиков и рассматривают их наравне с другими группами повышенного риска. Более того, соглашения ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа не являются обязательными для исполнения. Это позволяет отдельным странам проводить свою политику, вне зависимости от того, что их правительства, подписывая разные документы, дали обязательства для каждого нуждающегося предоставить стандартизированное лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами.

По прежнему под предлогом исполнения конвенций по контролю за наркотиками оправдывается репрессивное национальное законодательство, которое способствует высокому росту одновременно и числа заключенных потребителей наркотиков, и, как следствие, общему количеству ВИЧ-инфицированных в тюрьмах. Очень немногие учреждения обеспечивают заключенных ЛЖВС антиретровирусным лечением, и уж совсем редки те, кто допускает такие услуги, как заместительная терапия, способствующая снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции и приверженности к лечению ВИЧ-позитивных опиатозависимых заключенных. Принудительное тестирование на ВИЧ (как в рамках пенитенциарной системы, так и на свободе) способствует дальнейшей маргинализации потребителей наркотиков, а также ставит под сомнение, что они будут обеспечены доступом к лечению ВИЧ. В России и Малайзии при прибытии на место лишения свободы осужденные потребители наркотиков обязательно тестируются на ВИЧ. ВИЧ-инфицированные часто размещаются отдельно, но лечение им не предоставляется. Такая же практика тестирования и сегрегации ВИЧ-инфицированных имеет место и в реабилитационных центрах Малайзии.¹⁹

Из всех азиатских стран Малайзия имеет самое суровое антинаркотическое законодательство. Запрещено хранение инъекционного оборудования без предписания врача, и даже одна игла может стать поводом осуждения потребителя на два года лишения свободы. Наличие минимального количества наркотиков, даже каннабиса, карается физическим наказанием и не менее чем пятью годами тюрьмы. 5 граммов героина (доза ПИН на 10 дней) грозит пожизненным заключением, а 15 граммов и более автоматически расценивается как распространение наркотиков и ведет к обязательной смертной казни.²⁰

В Китае за последние 20 лет законы о наркотиках стали более жесткими, и нынешнее правительство считает, что суровое наказание имеет одно из «положительных назидательных свойств» законодательства.²¹ Потребители наркотиков могут быть задержаны полицией на срок до 15 суток и/или отосланы на принудительную детоксикацию и для «перевоспитания». Наказание за производство или хранение 10 граммов героина (примерно трехнедельная доза ПИН) может превышать 7 лет лишения свободы, а 50 граммов героина карается смертной казнью.²²

В Таиланде в феврале 2003 г. правительство объявило новую «войну наркотикам». В результате 43 000 «наркодилеров» были заключены в места лишения свободы, а 230 000 потребителей были направлены на принудительную реабилитацию в «центры

лечения» тюремного типа. Около 2600 человек были расстреляны без суда и следствия, что расценивается международными правозащитными организациями как массовое истребление людей, санкционированное тайским правительством.²³ В ходе этой войны была закрыта единственная в стране программа обмена шприцев, и правительство отказалось внедрить доступные программы заместительной терапии.

Вьетнамская полиция имеет право задерживать потребителей за хранение малых доз, направлять в реабилитационные центры принудительного лечения на срок до 5 лет. ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков «досрочно освобождаются» из таких центров, когда болезнь прогрессирует.²⁴ Хранение игл может повлечь за собой арест, а использование чужого инъекционного оборудования может расцениваться как распространение наркотиков и наказываться лишением свободы.

В Мьянме сама наркозависимость является преступлением, властям даже не требуется наличие наркотических веществ или инъекционного оборудования для задержания и осуждения потребителей наркотиков. Все потребители запрещенных наркотиков обязаны встать на учет и проходить лечение в обязательном порядке. Несоблюдение этого предписания грозит лишением свободы на срок от 3 до 5 лет.²⁵

Не только в странах Азии и бывшего Советского Союза правительство ведет войну с наркопотребителями путем ужесточенной политики. В США и Канаде объединение трех явлений – наркозависимости, бездомности и городской нищеты – вызвало кризис системы здравоохранения, усиленный полицейским произволом при выполнении законодательства о «качестве жизни». Потребители наркотиков, подозреваемые в малейших нарушениях норм общественного порядка или проступках, часто подвергаются незаконным обыскам и задержаниям, сексуальному и физическому насилию.²⁶

Такие нарушения прав человека приводят к недоверию потребителей наркотиков к властям. Нет никаких доказательств того, что потребители меньше заботятся о своем здоровье, чем любая другая группа общества, в котором они живут. Но, зная общераспространенное репрессивное законодательство по наркотикам и полицейский произвол, сложно не понять, почему потребители наркотиков в Китае, Казахстане, Таиланде, США и в других странах не обращаются в существующие медицинские учреждения и программы снижения вреда, чтобы воспользоваться услугами в области ВИЧ и других проблем здоровья, которые связаны с потреблением наркотиков. Нельзя совместить драконовские законы, дискриминационную политику и культурную стигматизацию потребителей наркотиков с целью остановить глобальную эпидемию ВИЧ/СПИДа.

VI. Выводы и рекомендации

Глобальная политика здравоохранения обратила внимание на необходимость международной поддержки всеобщего доступа к медицинским услугам. Позиция Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по вопросу предоставления АРВ-лечения людям, живущим с ВИЧ, предписывает:

На решение о проведении антиретровирусной терапии (АРТ) не должны влиять ни политические, ни социальные факторы. В частности, не следует отказывать в медицинской помощи любого уровня потребителям инъекционных наркотиков. Лечение необходимо предоставлять всем пациентам, нуждающимся в нем по медицинским показаниям и выразившим желание лечиться, в том числе потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-бизнеса и другим группам населения.²⁷

Промежуточный отчет ЮНЭЙДС также обязывает страны-доноры принять политику, основанную на равном и всеобщем доступе к лечению: «Каждый из ко-спонсоров ЮНЭЙДС должен четко определить свою роль как в инициативе по обеспечению доступа к лечению ВИЧ «3 к 5», так и в реализации долговременной стратегии лечения. Страны-доноры должны пересмотреть пробелы в своей собственной системе здравоохранения».

Учитывая увеличивающееся финансирование лечения в мире, подобная позиция международных агентств дает надежду на то, что права всех людей, живущих с ВИЧ, включая ПИН, однажды будут соблюдены. Успешные примеры разумной политики и организации программ лечения всех людей, живущих с ВИЧ, существуют. Необходима политическая воля, чтобы изучить успешный опыт, а также обеспечить необходимые ресурсы для его внедрения. Примеры, описанные в этой книге, предлагают модели:

- ▶ успешного лечения ВИЧ для потребителей наркотиков в модели интегрированной помощи, в комплексе с заместительной терапией и другим сопровождением;
- ▶ улучшения доступа к лечению и выработки приверженности через построение партнерств между программами лечения ВИЧ-инфекции и программами снижения вреда;
- ▶ изменения отношения общества к потребителю как к преступнику; поиск и разработка более эффективной стратегии, чем «скажи наркотикам нет», даже в странах с недостаточными ресурсами;
- ▶ создания эффективных программ ухода, даже несмотря на враждебное отношение некоторых медицинских сообществ к потребителям наркотиков;
- ▶ координации на городском, государственном и национальном уровнях программ лечения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков.

Кроме того, отмечено, что:

- ▶ скоординированные и комплексные подходы к употреблению наркотиков и лечению ВИЧ среди потребителей наркотиков улучшают результаты лечения;
- ▶ страны с развивающейся экономикой, приверженные принципам всеобщего доступа к лечению и здравоохранению, могут обеспечить лечением всех нуждающихся ЛЖВС и предоставить недорогостоящие программы заместительного лечения (Аргентина и Бразилия);

- ▶ связь программ лечения ВИЧ-инфекции и наркологической, психиатрической и социальной поддержки положительно воспринимается пациентами, а также улучшает обмен информацией между персоналом программ лечения ВИЧ и наркологической службой (исследование Университета им. Джона Хопкинса, США).

Самое главное – примеры, описанные в сборнике, являются свидетельствами того, что активные потребители инъекционных наркотиков могут быть и будут привержены к АРВ-терапии в условиях, когда программы лечения учитывают их специфические нужды.

Практически на каждой странице сборника вы найдете идеи по улучшению сервиса и ситуации в целом. Ниже приведены основные рекомендации:

Здравоохранение

- ▶ Новые подходы в лечении, учитывающие специфические нужды ВИЧ-позитивных ПИН и других социально уязвимых групп населения, способствуют приверженности к АРВ-терапии, и должны быть внедрены повсеместно.
- ▶ Необходимо проводить клинические исследования, определяющие взаимодействие АРВ-терапии и основных нелегальных наркотиков.
- ▶ Необходимо поощрять развитие поддержки «равный-равному», а также коалиций для адвокации доступа ПИН к медицинскому лечению.
- ▶ Необходимо обеспечить право доступа ПИН к разработке, развитию и внедрению программ лечения и сопровождения. Люди, принимающие решения, должны информировать об этом праве ПИН и содействовать их участию в работе.
- ▶ Должно быть гарантировано информированное и равноправное участие активных наркопотребителей в программах клинических исследований новых препаратов против СПИДа.
- ▶ ПИН должны быть обеспечены доступом к качественному лечению, реабилитационным услугам, объективной информации о ВИЧ, образованию и поддержке.
- ▶ Услуги снижения вреда, такие как обмен шприцев и заместительная терапия, должны быть доступны для всех потребителей наркотиков (не только для ПИН, живущих с ВИЧ или СПИДом).
- ▶ Пилотные программы после достижения основных целей должны быть внедрены в рамках плановых мероприятий системы здравоохранения. Глобальная эпидемия требует глобальных и всеобъемлющих подходов и действий профилактики и лечения.

Законы и правоприменение

- ▶ Лечение и профилактика наркозависимости как заболевания должны рассматриваться с медицинской точки зрения, и они должны быть убраны из компетенции системы правоохранительных органов. Организация Объединенных Наций должна приложить все усилия и обеспечить ресурсы для прекращения репрессий и бессмысленной «войны» с наркотиками во всех странах.
- ▶ Необходимо пересмотреть законы, осуждающие дискриминацию, дабы защитить людей, живущих с ВИЧ, включая ПИН, их родных и близких.
- ▶ Законы и практика наркоконтроля должны быть пересмотрены, чтобы они не препятствовали профилактике ВИЧ-инфекции и не содействовали увеличению стигматизации и дискриминации потребителей наркотиков.
- ▶ Законы, предусматривающие лишение свободы ПИН за хранение малых доз, должны быть пересмотрены и отменены.
- ▶ Метадон должен быть включен в Перечень ВОЗ основных лекарственных средств и перенесен в перечень наркотических веществ с менее ограниченным использованием в практике.
- ▶ Необходимо прекратить полицейский произвол и узаконенную дискриминацию по отношению к ПИН. Потребители должны иметь доступ к профилактике и лечению без боязни преследования со стороны властей и правоохранительных органов.
- ▶ Все программы для ПИН должны предпринять усилия по налаживанию сотрудничества с правоохранительными органами и медицинским сообществом и быть направлены на снижение полицейского произвола и преследования, которые мешают доступу к лечению во многих странах.

Международные общественные лидеры, политики, работники ВИЧ-сервисных организаций и активисты должны обеспечить включение потребителей наркотиков во все инициативы, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В новом тысячелетии эпидемия ВИЧ-инфекции, за исключением стран Африки, распространяется благодаря потреблению инъекционных наркотиков. Эта тенденция может и должна быть остановлена, не только ради жизни потребителей наркотиков, но ради всех тех, кто верит, что ВИЧ/СПИД может быть побежден.

Нам еще многое предстоит сделать в расширении сервиса здравоохранения и медицинского обслуживания для профилактики и лечения ВИЧ для ПИН, однако именно связь снижения вреда с медицинскими услугами, поддерживаемая системой общественного здравоохранения, стала решающим фактором в установлении контроля над эпидемией ВИЧ/СПИДа в Бразилии.

Бразилия: Доступ потребителей инъекционных наркотиков к высокоактивной антиретровирусной терапии как ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа

Фабио Мескита (Fabio Mesquita)*

Правительство Бразилии поддержало всеобщий доступ к лечению высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) и стратегию снижения вреда, это и стало основой бразильского ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Такая политика улучшает качество жизни, снижает уровень смертности от СПИДа многих тысяч потребителей наркотиков (ПИН), а также позволяет установить контроль над распространением эпидемии ВИЧ. Нам еще многое предстоит сделать в расширении сервиса здравоохранения и медицинского обслуживания для профилактики и лечения ВИЧ для ПИН, однако именно

* Директор программ здравоохранения, Департамент здравоохранения Сан-Паулу, Бразилия.

связь снижения вреда с медицинскими услугами, поддерживаемая системой общественного здравоохранения, стала решающим фактором в установлении контроля над эпидемией ВИЧ/СПИДа в Бразилии. Бразильская модель всеобщего и экономически эффективного ответа на инъекционное потребление, связанного с эпидемией ВИЧ-инфекции, является достойным примером для подражания другим развивающимся странам.

ПИН сыграли существенную роль в распространении эпидемии ВИЧ/СПИДа в Бразилии, начавшуюся с первого зарегистрированного случая в 1982 г.²⁸ Как и мужчины, имеющие секс с мужчинами, ПИН всегда составляли большую часть ВИЧ-положительного населения Бразилии. В 1980 г. Бразилия из транзитной страны для торговцев кокаином стала крупным рынком потребления кокаина, производимого в Перу, Боливии и Колумбии. На сегодняшний день в бразильских крупных мегаполисах и прибрежных районах 25% случаев ВИЧ ассоциируются с потреблением инъекционных наркотиков.²⁹

Бразилия, как и многие другие латиноамериканские страны, находится под влиянием США, в особенности это касается антинаркотической политики. Декларация Президента США Ричарда Никсона 1971 г. «Наркотики – враг номер один американского народа», а также объявленная в восьмидесятых годах администрациями Рейгана, а затем и Буша «война наркотикам» способствовали развертыванию в Бразилии настоящего поля боя против наркотиков. Федеральная полиция, армия, большинство религиозных организаций и политиков поддержали эту «войну против наркотиков». Однако по другую сторону баррикад оказались представители системы здравоохранения, активисты, прогрессивные политики, юристы и судьи, которые выступали за поиск альтернативных стратегий. В ходе политических дебатов Бразилия долго и неуклюже балансировала между снижением вреда (как формальной национальной стратегией здравоохранения) и заключением многих потребителей наркотиков за хранение наркотиков. Лишь совсем недавно Конгресс Бразилии принял новый закон, который не предусматривает тюремного заключения лишь за хранение наркотических веществ.

Политика всеобщего бесплатного доступа к медицинским услугам

Всеобщий и бесплатный доступ к услугам здравоохранения и необходимым препаратам гарантируется Конституцией Бразилии, принятой в 1988 г. во время процесса демократизации после 20 лет военного диктаторского режима. В 1990 г. Конгресс Бразилии принял также Основной закон «О здоровье», который стал инструментом воплощения принципов Конституции в жизнь.

Департамент здравоохранения города Сантос (Santos), согласно Конституции и положениям Основного закона «О здоровье», в 1991 г. впервые предоставил азидотимидин (Зидовудин (Zidovudine)) пациентам, больным СПИДом. В 1996 г., согласно действующему законодательству, больные СПИДом в Сантосе были обеспечены лечением ВААРТ. Позднее в поддержку Конституции и Основному Закону «О здоровье»

был принят специальный федеральный закон о лечении СПИДа, который гарантировал лечение всем больным СПИДом, проживающим на территории Бразилии. Затем федеральное правительство вступило в переговоры о снижении цен на ВААРТ с фармацевтическими компаниями и поддержало национальное производство генериков (непатентных препаратов), что позволило существенно снизить расходы на лечение и сделать возможным обеспечение ВААРТ всех нуждающихся.

Процесс перемен не был легким и сопровождался ожесточенными дебатами, самые важные из которых состоялись во Всемирной Торговой Организации в 2001 г., когда Бразилия «выбила» право на развитие национального производства генериков для лечения СПИДа в обход норм о патентном праве. На Генеральной Ассамблее Всемирной Организации Здравоохранения Бразилия одержала еще одну историческую победу, доказав, что доступ к лечению ВААРТ является правом человека. Новая бразильская политика была поддержана учеными, врачами, правительствами, активистами и людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, в стране и в мире.

К концу 2003 г. 128 000 бразильцев получали лечение ВААРТ, оплаченное федеральным правительством. Стоимость всеобщего доступа к лечению ВААРТ в 2003 г. составила 2,3% бюджета здравоохранения страны. В 1997 г. лечение одного пациента в год составляло 4860 долларов США. В 2004 г. стоимость снизилась почти в пять раз и составила 1000 долларов США.³⁰

Изначально бразильская политика всеобщего доступа к лечению была резко раскритикована из-за опасений развития резистентного «супер-вируса». Эти страхи базировались на бытовавшем в то время в мире ложном убеждении в том, что население развивающихся стран не сможет быть приверженным к сложному режиму медикаментозного лечения.³¹ В основном критика исходила от межправительственных организаций, таких как Всемирный Банк и ВОЗ. Сегодня тот же аргумент используется для исключения потребителей наркотиков из программ ВААРТ: потребители не могут или не способны быть приверженными к лечению, и это грозит развитием резистентных форм ВИЧ. Есть хороший аргумент, который мы часто используем в Бразилии, – потребитель, как никто другой, знает, что такое приверженность к приему медикаментов и препаратов.

Исследование приверженности к лечению университетом Сан-Паулу

В 1999 г. профессоры и ученые Медицинской школы при университете Сан-Паулу провели исследование, направленное на поиск клинических аргументов для опровержения мнения о неспособности ПИН соблюдать режим лечения ВААРТ. Исследование называлось «Оценка приверженности ВААРТ в системе здравоохранения штата Сан-Паулу, Бразилия». В то время почти 50% случаев СПИДа страны были зарегистрированы именно в Сан-Паулу. Исследование проводилось в 34 клиниках, специализирующихся на лечении ИППП (инфекций, передающихся половым путем) и СПИДа, в 20 различных городах штата.³²

Было проведено 1038 интервью среди людей, получающих лечение ВИЧ (673 мужчины (64,8%) и 365 женщин (35,2%)). Большинство интервьюируемых (562 (54%)) имели менее четырех лет обучения в общеобразовательной школе. 183 человека (17,8%) имели менее восьми и 291 (28%) более восьми лет общего образования. Средний возраст опрошенных составлял 35 лет. 17% участников исследования не имели постоянного дохода, 39% имели доход, не превышающий трех минимальных бразильских зарплат (на тот период примерно 70 долларов США), 22% имели доход от трех до шести минимальных зарплат, 21,8% имели доход, который равен или превышает шесть минимальных зарплат. Большинство участников исследования были безработными (57,4%), а оставшиеся 42,6% имели какие-либо отношения с рынком труда.³³

При мультивариантном анализе было выявлено четыре основных фактора, мешающих выработке приверженности:

- ▶ Четыре или меньше года формального образования;
- ▶ Отсутствие дохода;
- ▶ Злоупотребление алкоголем;
- ▶ Низкое качество (с точки зрения клиента) получаемых медицинских услуг.

Активное употребление наркотиков не вошло в мультивариантный список факторов-предикторов отсутствия приверженности к лечению ВААРТ (но вошло в список бивариантного анализа).

Приверженность в данном исследовании определялась как соблюдение режима приема лекарств на $\geq 80\%$. Обнаружилось, что 69% участников были привержены к лечению. Эти данные соответствуют результатам подобных исследований, проведенных к тому времени в других странах, 75%³⁴, 78%³⁵ и 60%³⁶. Результаты исследования свидетельствовали о необходимости образования медицинского персонала по вопросам выработки приверженности к лечению у ПИН для эффективного продолжения их лечения ВААРТ.

Развитие проектов снижения вреда в Бразилии

В 1989 г. Департамент здравоохранения города Сантос открыл первый проект обмена шприцев (ПОШ) в Бразилии. Сантос расположен на побережье штата Сан-Паулу, и он является крупнейшим портом Латинской Америки. Так получилось, что Сантос стал еще и столицей эпидемии СПИДа в Бразилии. В ответ на открытие ПОШ генеральная прокуратура начала судебный процесс против медицинских властей города. Иск основывался на интерпретации государственного закона о наркотиках (медицинские власти обвинялись в содействии употреблению путем предоставления стерильного инъекционного оборудования ПИН, а работники ПОШ – в распространении наркотиков).³⁷ В то время я был директором программы по ИППП/СПИДу Департамента здравоохранения города Сантос. Вместе с доктором Давидом Капистрано, секретарем Департамента, мы были вызваны в качестве ответчиков в уголовный суд. У нас бы-

ла сильная поддержка – официальные представители города Сантоса, штата Сан-Паулу, федерального правительства, многие негосударственные организации (НГО) и прогрессивные политики. Судебный процесс стал переломным моментом в истории наркополитики Бразилии. В течение затянувшейся борьбы политика стала меняться, в результате чего были облегчены страдания многих тысяч бразильцев, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа. Впервые широко обсуждалась важная, но доселе неизвестная проблема здравоохранения – потребление инъекционных наркотиков в стране. Судебное разбирательство «спровоцировало» признание гражданских прав и прав человека за потребителями инъекционных наркотиков Бразилии.

В 1993 г. IEPAS, НГО медицинских работников Сантоса, начала первый аутрич-проект в Бразилии. Проект был поддержан Национальной программой федерального правительства по контролю ИППП/СПИДа.³⁸ Это стало также и первой программой, направленной на профилактику ВИЧ среди ПИН, на финансирование которой Всемирный Банк выделил средства. Управление ООН по контролю за наркотикам (УООКН) впервые приняло участие в широкомасштабной программе снижения вреда для предотвращения ВИЧ/СПИДа в Бразилии. Эта программа объединила усилия, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа, Всемирного Банка, федерального правительства Бразилии, УООКН, правительств штатов, городских администраций и НГО.

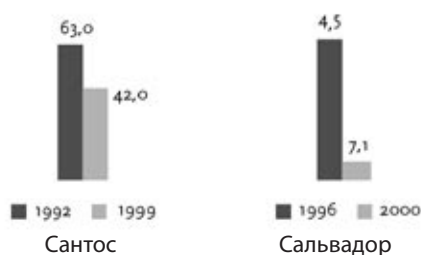
С 1994 по 1996 гг. при поддержке Бразильского правительства было проведено национальное исследование «Проект Бразилия» («Projeto Brasil»), координатором которого выступила IEPAS. «Проект Бразилия» проводился в восьми городах четырех регионов страны. Исследование строилось на модели ВОЗ, разработанной в Бразилии в 1991-1992 гг. (первая фаза исследования ВОЗ изучала поведенческие модели и распространенность ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков), использовались схожие вопросники и методология. Результаты исследования «Проект Бразилия» дали реальную эпидемиологическую картину среди ПИН.³⁹ Позднее, в 1999-2000 гг., три города (из входивших в исследование «Проект Бразилия»): Сантос, Рио-де-Жанейро и Сальвадор) стали участниками Второй фазы исследования ВОЗ, посвященной вопросам здоровья ПИН.

В 1995 г. Университет Бахья (г. Сальвадор) организовал первый абсолютно легальный ПОШ.⁴⁰ Вслед за ним были открыты полупошальные проекты снижения вреда в разных частях Бразилии. Наконец, в 1998 г. на церемонии открытия IX Международной конференции по снижению вреда, проходящей в Сан-Паулу, губернатор штата Марио Ковас объявил о принятии первого бразильского закона о снижении вреда. Закон разрешил Департаменту здравоохранения штата Сан-Паулу покупать и раздавать стерильные иглы и шприцы для борьбы с распространением ВИЧ.⁴¹ Этот закон разрешил и другим госучреждениям в других штатах работать по такому направлению. Кульминацией начатого процесса стала реформа национального антинаркотического законодательства. В январе 2002 г. Министерство здравоохранения Бразилии начало национальную инициативу по снижению вреда. Новый закон ускорил процесс принятия срочных мер, направленных на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа среди ПИН, а также привлек политическую поддержку организации ПОШ на всей территории Бразилии.

Диаграмма 1 приводит сравнительные данные городов Сантос и Сальвадор в разные периоды: 1994-1996 гг. (программы снижения вреда единичны) и 1999-2000 гг.

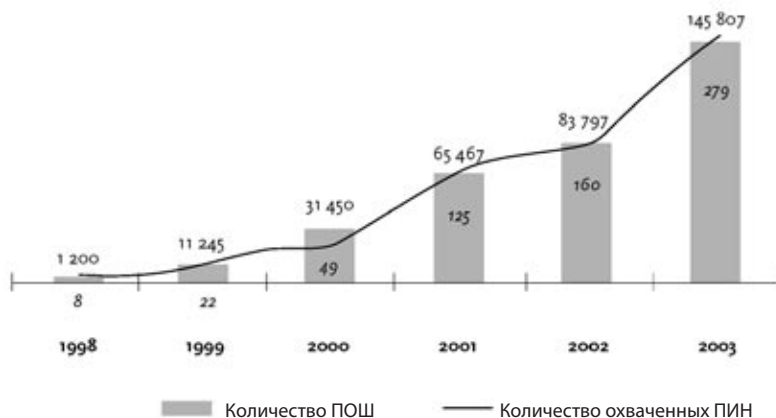
(снижение вреда принято на национальном уровне). Как мы видим, распространенность ВИЧ среди ПИН резко снизилась в обоих городах. Исследователи отметили, что одной из причин снижения роста эпидемии является воздействие (прямое и опосредованное) подходов снижения вреда, разработанных в обоих городах.⁴²

Диаграмма 1. Снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в городах Сантос и Сальвадор.



На сегодняшний день в Бразилии работает 279 программ снижения вреда, большинство из которых предоставляют обмен шприцев. Министерство здравоохранения оказывает им как политическую, так и финансовую поддержку. Диаграмма 2 показывает развитие программ снижения вреда во времени. По оценочным данным, проекты снижения вреда Бразилии охватывают 40% потребителей инъекционных наркотиков.⁴³ Очевидно, что необходимо расширять и увеличивать количество проектов, чтобы охватить всех потребителей программами лечения. Однако препятствием этому служит недостаточная приверженность на местном уровне, нежели отсутствие национальной политики и недостаточное финансирование.

Диаграмма 2. Распространение проектов снижения вреда по количеству ПОШ и охвату ПИН в Бразилии по годам.



На сегодняшний день правительство заявило о некоторых небольших изменениях, направленных как на развитие потенциала ответа на эпидемию ВИЧ среди ПИН, так и вообще на повышение возможностей интервенций для потребителей наркотиков. Важным шагом стал выпуск специального федерального декрета о снижении вреда. Помимо легализации деятельности по снижению вреда от употребления наркотиков декрет формально гарантирует обеспечение нуждающихся ПИН заместительной терапией, а также он призывает медицинские учреждения организовывать комнаты менее опасных инъекций. Одним из самых заметных изменений стало переименование национального Антинаркотического секретариата в Национальный секретариат общественной политики по вопросам наркотиков.

Выводы

Бразильский опыт реагирования на ВИЧ/СПИД уникален. Он основан на перспективном планировании и интеграции системы здравоохранения. Профилактика, лечение и права человека являются основой стратегии борьбы с эпидемией в Бразилии.

Спротивление реформам наркополитики со стороны исполнительной и законодательной власти было преодолено. Это была долгая борьба за более совершенную политику, которая признает само существование наркопотребителей, их право на лечение, профилактику и доступ к услугам здравоохранения наравне со всеми остальными гражданами страны.

Однако реформы необходимо защищать и развивать дальше, чтобы продолжить эффективную борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа и решение проблем, связанных с потреблением наркотиков в Бразилии:

- ▶ Необходимо увеличить охват существующих программ.
- ▶ Одновременно с расширением программ необходимо разработать проекты по улучшению качества жизни.
- ▶ Необходимо включить во все действующие и новые программы работу по профилактике передозировок и вирусных гепатитов, которая остается еще новой услугой для снижения вреда в Бразилии.
- ▶ Программы снижения вреда и всеобщего доступа к лечению ВААРТ для наркопотребителей должны быть включены в Общую систему общественного здравоохранения Бразилии.
- ▶ Проекты снижения вреда должны продвигать идею защищенного секса с тем же рвением, что и менее опасного употребления наркотиков – презервативы важны так же, как и стерильные иглы!
- ▶ Создание двух ассоциаций потребителей наркотиков в течение последних двух лет и в настоящее время прилагаемые усилия по созданию Национальной ассоциации наркопотребителей – важный шаг. Подобная деятельность должна быть поддержана и расширена. Адвокация и вовлечение в процесс самих

потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом, могут стать одним из самых важных моментов в развитии бразильской политики и среди мероприятий в сфере наркотиков и ВИЧ/СПИДа.

После 16 лет усилий активисты снижения вреда и его сторонники должны продолжать борьбу за сохранение и углубление прагматического и гуманистического подхода в наркополитике и здравоохранении. Многие еще предстоит сделать, но мы уверены, что стоим на верном пути.

Благодарности: Регине Буэно и Даниэле Пиконез, моим коллегам и друзьям, сотрудникам Программы по ИППП/СПИДу Департамента здравоохранения города Сан-Паулу, за их помощь и сотрудничество в подготовке этой статьи.

В фокусе: Пионеры лечения СПИДа в Бразилии

Тельма де Соуза (Telma de Souza)

В 1991 г. я была избрана мэром города Сантос на два года, как раз в то время, когда этот город считался столицей СПИДа в Бразилии. Из всех случаев СПИДа в городе 50% приходилось на группу потребителей инъекционных наркотиков. Осознавая серьезность положения, в конце 1989 г. мы организовали первый пункт обмена шприцев в Бразилии, после чего прокуратура возбудила против нас уголовное дело.

В 1991 г. в Бразилию из Великобритании был впервые завезен Зидовудин (AZT). До этого времени лишь некоторые обеспеченные пациенты могли себе позволить закупать это лекарство за пределами страны. Администрация Сантоса решила обеспечить лечением всех нуждающихся, закупив его на деньги городского бюджета. Основываясь на этом прецеденте, администрация города, тогда уже возглавляемая Давидом Капистрано Филхо, в 1996 г. закупила ВААРТ. Это стало первым шагом в развитии стратегии Бразилии по всеобщему доступу к антиретровирусной терапии.

В 1996 г. я была избрана членом Конгресса, где организовала комитет для подготовки и проведения встречи с Министром здравоохранения Бразилии Адибом Хатеном. В состав Комитета вошли члены городского правления Сантоса (включая Фабио Мескиту), сотрудники местных НГО, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом. Мы призвали министра распространить опыт Сантоса на территории всей Бразилии. Несколько месяцев спустя бывший президент Хосе Сарней (в данный момент сенатор) предложил новый национальный закон, гарантирующий доступ к лечению ВААРТ в качестве неотъемлемого права на сохранение здоровья граждан, в основе которого лежали принципы Конституции Бразилии.

Во время этого долгого процесса принятия решений мы старались добиться включения наркопотребителей в программы лечения на равных условиях со всеми. В результате потребители были включены в программу лечения, и Сантос стал известен всей стране благодаря успешному опыту борьбы с эпидемией, а также как пионер снижения вреда.

Прежде чем я покинула пост мэра Сантоса, я усыновила двух детей, чьи родители умерли от СПИДа. Я буду и дальше прилагать все свои силы, чтобы обеспечить бесплатный и равный доступ к лечению ВААРТ для всех, включая ПИН, не только в Бразилии, но и во всем мире. Являясь членом Конгресса Бразилии от штата Сан-Паулу, а также главой Комиссии по СПИДу Конгресса Бразилии, я благодарна возможности присоединить к моему внутреннему порыву свои полномочия, чтобы обеспечить бесплатный и равный доступ к лечению ВААРТ!

Успех Бразилии в борьбе со СПИДом стал результатом объединения политической воли некоторых политиков, приверженности профессионалов здравоохранения, давления преданных НГО, а также партнерства многих других секторов бразильского общества (включая СМИ, церковь, университеты и международные организации, работающие в Бразилии). Мне посчастливилось сыграть определенную роль в начале этой истории и участвовать в принятии решений, которые помогли Бразилии остановить рост эпидемии СПИДа, а также привлечь к этому благородному делу многие тысячи бразильцев.

Тельма де Соуза, экс-мэр города Сантос, сегодня является членом Конгресса Бразилии, где возглавляет Комиссию по СПИДу.

В Барселоне мы добились успехов, помогая потребителям наркотиков снизить их риски, обеспечив доступ к уходу и сопровождению, предоставили метадоновую терапию всем, кто в ней нуждается, а центры лечения наркозависимости стали комплексными пунктами включения ПИН в систему здравоохранения.

Барселона: Изменение отношения и подходов к наркозависимости и общественному здравоохранению

Джоан Р. Виллалби (Joan R Villalbi), М. Тереза Бругал (M Teresa Brugal), Патрисия Гарсия де Олалла (Patricia Garcia de Olalla), Джоан А. Кайла (Joan A Cayla)*

Введение

В конце 1970-ых годов в Барселоне началась эпидемия потребления героина. Никто тогда не имел опыта лечения опиатной зависимости и организации работы с потребителями. Героиновая зависимость была не единственной неизвестной проблемой, общественная система здравоохранения также не имела опыта организации помощи в сфере психического здоровья. В период диктаторства Франко психиатрические пациенты лечились в основном в госпиталях длительного содержания. Центры по лечению зависимости были немногочисленными и специализировались на лечении алкоголизма. Та же модель, основанная на идее излечения и абстиненции (отказ от употребления) вместо помощи зависимым, была принята на вооружение и для

* Авторы являются сотрудниками Агентства по общественному здравоохранению г. Барселоны (Agencia de Salut Publica de Barcelona).

лечения опиатной зависимости. Затем, в основном силами НГО, стали развиваться реабилитационные центры. В то время система общественного здравоохранения страдала от многих проблем, в числе которых был недостаток инициатив по лечению и мониторингу туберкулеза и других инфекционных заболеваний.⁴⁴

За ростом потребления героина следовал рост мелких правонарушений. Средства массовой информации описывали героинового наркомана как опасного преступника, способного на убийство в период ломки, и это стало доминирующим стереотипом в обществе. Страх перед потребителями героина спровоцировал принятие новой наркополитики, в основе которой лежали аресты и лишение свободы. К середине 1980-ых годов тюрьмы были переполнены, а факты массового потребления героина в среде заключенных ни для кого не были секретом.

Исследования, проведенные в 1980-ых годах, показали, что 40-60% потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) ВИЧ-инфицированы. Случаи СПИДа множилось. В бедных районах увеличивалась смертность от СПИДа, что существенно отразилось на средней продолжительности жизни населения. Когда же туберкулез был внесен в список заболеваний, связанных со СПИДом, статистика смертности от СПИДа увеличилась в несколько раз.

В начале 1990-х годов сеть центров лечения зависимости (амбулаторных и стационарных) была развита по всей стране. Однако в этих центрах в основном акцентировали подход излечения и абстиненции, а не организации помощи и ухода, поэтому многие потребители покидали их вскоре после начала курса лечения. Охват группы потребителей программами лечения оставался на низком уровне, и большинство ПИН по-прежнему находилось вне поля зрения системы здравоохранения.

Меняя подход к наркозависимости и общественному здравоохранению

В конце 1980-ых годов небольшая, но растущая группа врачей, которая работала с ПИН в Барселоне, пришла к выводу, что требуются новые подходы здравоохранения к употреблению наркотиков и наркозависимости. Речь шла о таких подходах, которые позволили бы поддерживать длительный контакт с ПИН, а также создали инфраструктуру, способствующую изменению поведенческой модели. Основной целью такой работы должно было стать не излечение зависимости, а увеличение продолжительности жизни, лечение заболеваний, сопутствующих потреблению, таких как туберкулез и ВИЧ-инфекция, и улучшение качества жизни ЛЖВС/ПИН. Этот новый подход основывался на программах снижения вреда и организации метадонового поддерживающего лечения (МПЛ) в качестве их ключевого компонента.

Врачи Барселоны хотели организовать программы, подобные работающим в таких странах, как Нидерланды и др., где МПЛ в рамках работы центров лечения зависимостей позволяют наладить длительные отношения с потребителями опиатов. В этих программах, пройдя период адаптации и привыкания, ПИН становятся пациентами

и постепенно теряют необходимость в поиске денег и наркотиков и употреблении опиатов. Клиенты МПЛ восстанавливают разрушенные семьи, решают правовые и социальные проблемы, лучше заботятся о состоянии своего здоровья, включая такие заболевания, как ВИЧ и туберкулез. Если в лечении, основанном на полном отказе от наркотиков, лишь единицы выдерживают несколько недель лечения, то процент удержания в программе МПЛ достигал около 70% даже после двух лет терапии.

Для тех ПИН, которые не были вовлечены в программы МПЛ и продолжают активно потреблять наркотики инъекционным путем, а в основном это люди с небольшим стажем употребления наркотиков, необходим контакт с программами снижения вреда и медицинскими учреждениями, где их обеспечат информацией, навыками и средствами для уменьшения рисков, связанных с потреблением наркотиков. Подобный сервис оказывают так называемые дроп-ин центры, где активным ПИН также предоставляется еда, туалет, душ и теплый кров. Клиенты центров обеспечиваются средствами предохранения (презервативами и стерильным инъекционным оборудованием). Кроме того, обмен шприцев, помимо предоставления более безопасного инъекционного оборудования, включает сбор использованных игл, таким образом сокращая их повторное использование и количество использованных шприцев на улице, которые могут представлять опасность для других граждан.⁴⁵

Однако в конце 1980-ых годов ни в Испании, ни в Барселоне таких программ еще не было, и виной тому было мощное сопротивление политиков и объединений профессионалов, поддерживающих идею полного отказа от наркотиков, популярную в то время в мире. Многие видели потребителей опиатов в качестве грешников и/или преступников, а потому идея снижения вреда не воспринималась, так как вместо преследования потребителей наркотиков оно их поддерживало. При этом большая часть общества и многие люди, принимающие решения, были плохо информированы о проблеме и просто оставались в стороне от дискуссий и активных действий. Сопротивление, с которым столкнулись медицинские власти и врачи, продвигающие реформы, было ожесточенным, но, как показала история, вполне преодолимым.

Лоббирование реформы

Реформы начались тогда, когда активистам удалось изменить стереотип «потребитель героина – преступник» на «потребитель – жертва». Этого удалось достичь путем объединения усилий политических организаций, членов городских властей, профессиональных и общественных групп. Эта коалиция заставила политиков поменять взгляд на проблему потребления наркотиков и лечения наркопотребителей. В 1989 г. городской совет единогласно поддержал новый подход к проблеме.

Средства массовой информации (СМИ) также не остались в стороне. Их заслугой стало изменение восприятия обществом героинозависимых наркопотребителей. СМИ ежедневно освещали проблемы здравоохранения, продвигали идею необходимости

оказания помощи ПИН и их семьям, новые прагматические подходы, которые помогут снизить общественные проблемы, связанные с потребителями героина.

Все эти усилия сполна окупались в 1991 г., когда была проведена правовая реформа в Барселоне. Реформа сделала возможным более широкое использование и назначение врачами метадона, и сразу после этого в четырех центрах, управляемых нашим агентством, были организованы метадоновые программы. За пределами Барселоны таких центров было пока очень мало.

Затем в программы заместительной терапии было интегрировано лечение туберкулеза DOT (Directly Observed Treatment – курс амбулаторной терапии, проходящий под непосредственным наблюдением персонала).⁴⁶ В общую практику центров по лечению зависимостей было включено тестирование на ВИЧ, вакцинация против вирусного гепатита В и другие медицинские услуги. Поменялась и цель работы центров лечения – вместо абстиненции мы стали больше уделять внимания проблеме доступа к лечению для пациентов, которые в других условиях не попадают в поле зрения медицинских специалистов.

Результаты работы центров постоянно освещались в средствах массовой информации, на конференциях и рабочих встречах, в медицинской литературе; политикам, профессионалам и общественным организациям предоставлялись отчеты об этой деятельности. Успешная работа центров и реформа здравоохранения оказали положительное воздействие не только на качество жизни многих бывших потребителей наркотиков. Важным достижением реформы законодательства стала организация программ МПЛ в местах лишения свободы, переполненных в то время заключенными.

Несмотря на успехи, проблемы появились, когда количество пациентов программ МПЛ перевалило за сотню. Ответ не заставил себя ждать. Следующим шагом стало разрешение стабильным пациентам принимать метадон на дому, что облегчило ежедневную работу центров. Были организованы мобильные пункты снижения вреда, давшие возможность доступа к метадоноу тем стабильным пациентам, которые проживают в удаленных районах. Позднее метадон стал доступен и в некоторых аптеках. Это было привилегией стабильных пациентов с долгой успешной историей приема заместительной терапии.

Одновременно с метадоновыми программами развивался и сервис программ снижения риска для активных потребителей, включая ночной дроп-ин центр в старом городе, дневной мобильный пункт, работающий в районах города с интенсивной наркосценой, и несколько уличных программ обмена шприцев. Со временем аптеки стали основным местом обмена шприцев (на сегодняшний день в Барселоне таких аптек насчитывается больше сотни). Программы снижения риска работают, помогая активным потребителям, которые ранее преследовались и осуждались.

Положительные результаты и новые проблемы

Современные исследования показали, что в Барселоне существенно снизился рост распространения эпидемии ВИЧ, улучшился контроль туберкулеза, а также сервис тестирования на ВИЧ, что является залогом успеха лечения. По данным исследований, 81% ВИЧ-инфицированных Барселоны знают о своем статусе, что является высоким показателем по сравнению с другими городами Испании (средний показатель 60%).

Однако исследования также показали, что лишь 35% ВИЧ-инфицированных активных ПИН принимают или когда-либо принимали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). Из них еще меньше тех, кто принимал лечение правильным образом. ВААРТ не излечивает от ВИЧ-инфекции, но существенно улучшает качество жизни и увеличивает ее продолжительность, а также снижает риск передачи ВИЧ.

Доступ к лечению ВААРТ – новая и растущая проблема ПИН. Лечение дает надежду и улучшает состояние здоровья. По статистике, смертность от СПИДа среди ПИН гораздо выше, чем у ЛЖВС, заразившихся другим путем.⁴⁷ Согласно исследованиям, около 60% ПИН привержены лечению ВААРТ, что несколько ниже, чем среди других ЛЖВС, однако это достаточно высокий процент, чтобы оправдать прилагаемые нами усилия по лечению.⁴⁸ Однако вероятность, что люди, активно потребляющие наркотики, будут получать ВААРТ правильным образом, низка. Это связано с тем, что ВААРТ, в отличие от многих других медикаментозных лечений в Испании, проводится в медицинских учреждениях, где ПИН-ов исторически стигматизируют и где мала вероятность того, что активные потребители наркотиков получают такое лечение.

Сегодня ведется дискуссия о возможности применения стратегии лечения и контроля туберкулеза для лечения ВААРТ среди ПИН (или хотя бы для пациентов метадонных программ). Есть и другие проблемы, связанные с лечением ВИЧ-положительных ПИН. Во-первых, ВААРТ не излечивает, хотя помогает снизить риск передачи. Во-вторых, дозы лекарств ВААРТ не способствуют проведению DOT. В-третьих, лечение может сопровождаться тяжелыми побочными эффектами. В-четвертых, если нет постоянной приверженности к терапии, то может выработаться резистентный вирус. Пациентам, отбывающим наказание в местах лишения свободы, предоставляется интегрированная программа МПЛ и ВААРТ, но когда они выходят на свободу, они вынуждены обращаться в два разных учреждения: в метадонные программы и в больницы для получения ВААРТ. Сегодня уже очевидно, что эти сервисы должны быть интегрированы.

В Барселоне мы добились успехов, помогая потребителям наркотиков снизить их риски, обеспечив доступ к уходу и сопровождению, предоставили метадонную терапию всем, кто в ней нуждается, а центры лечения наркозависимости стали комплексными пунктами включения ПИН в систему здравоохранения. Однако активные потребители инъекционных наркотиков еще не имеют такого доступа ко всему комплексу услуг, который имеют клиенты лечебных программ, особенно участники МПЛ.

Молодое поколение потребителей в Барселоне употребляет все меньше героина, предпочитая кокаин или смешивая оба наркотика.⁴⁹ Такие потребители могут пользоваться услугами программ снижения риска, развитыми для активных потре-

бителей наркотиков. Что касается кокаиновой зависимости, для нее пока еще отсутствует заместительная терапия, которая может быть столь же эффективна, как метадон для потребителей опиатов.

В ближайшем будущем мы сможем опробовать опыт, полученный в программах DOT при лечении туберкулеза, в применении метадоновой терапии и сервиса снижения вреда, для улучшения доступа ВААРТ для ПИН. Новые стратегии здравоохранения должны быть нацелены на выработку приверженности ВААРТ, чтобы избежать развития резистентных штаммов ВИЧ-инфекции. Они должны опираться на стратегию лечения DOT, совмещая лечение ВААРТ с другими услугами снижения вреда в одном интегрированном сервисе. Метадоновые программы показали свою эффективность для потребителей опиатов, но нам еще предстоит найти пути решения проблем кокаиновой зависимости.

Извлеченные уроки в Барселоне

Объединение усилий существующих структур здравоохранения для решения новых проблем стало главным завоеванием Барселоны. Алгоритм прост: выделить проблему и ее масштабы, проанализировать возможности вмешательства, определить наиболее подходящую стратегию, решить проблемы, которые могут затруднить воплощение стратегии (включая необходимые ресурсы, поддержку и т.д.), и внедрить выбранную стратегию в жизнь. Положительные результаты новых подходов воодушевляют на создание новых и в большей мере отвечающих потребностям клиентов программ и политики. Успех политических реформ зависит от двух важных моментов: реалистичное определение барьеров и тщательное планирование стратегии, как обойти эти препятствия.

Программы метадоновой терапии стали незаменимым инструментом реформ. Мы построили низкопороговые программы – в них нет и не было ограничений по продолжительности участия в программе и по дозированию метадона. Мы не наказываем и не осуждаем наших пациентов за продолжение употребления запрещенных наркотиков, и 60% доз выдаются без супервизии. Мы используем метадоновый сироп, дополнительное лечение и услуги, включая психотерапию, социальную помощь и образование, стараясь отвечать всем нуждам и потребностям наших клиентов. Наши программы лечения улучшают состояние здоровья, помогают в контроле туберкулеза у ПИН.

Жизнь ставит перед нами новые проблемы, которые нуждаются в поиске новых решений. Успех Барселоны, изменивший восприятие наркотической зависимости в обществе и в политике, должен усилить нашу способность справляться с новыми задачами, включая улучшение доступа ПИН к лечению ВААРТ.

Наше исследование показало, что связь ВИЧ-сервиса с программами лечения зависимости, психиатрической и социальной помощью положительно воспринимается пациентами, улучшает взаимодействие между специалистами ВИЧ-сервиса и наркологии, а также способствует существенному снижению вирусной нагрузки.

США, Балтимор. Потребление наркотиков и ВИЧ: Эффективная модель комплексного ухода и антиретровирусной терапии под прямым наблюдением*

Грегори М. Лукас (Gregory M Lucas)**

Такая комплексная модель помощи, как лечение АРВ под наблюдением врача, совмещенное с метадоновой терапией, которое связывает лечение наркозависимости и ВИЧ, психиатрическую помощь и услуги социальной поддержки, показала себя как модель, существенно улучшающая результаты лечения ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков.

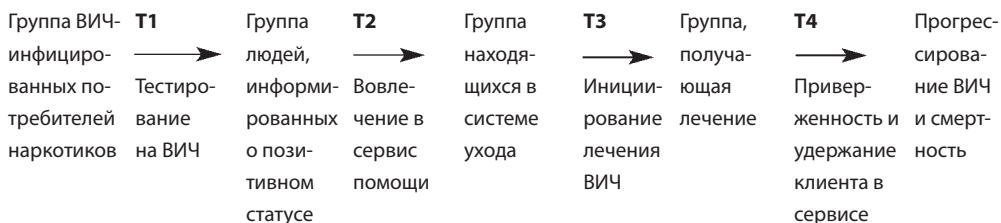
Оптимальная схема лечения ВИЧ-инфекции строится на успешном последовательном переходе пациента от этапа к этапу (Диаграмма 1). Активное потребление

* DAART (по-английски directly administered antiretroviral therapy) – амбулаторное лечение АРТ под прямым наблюдением врача.

** Доцент медицины, отделение инфекционных заболеваний, Медицинская школа Университета им. Джона Хопкинса.

наркотиков и ассоциированные с ним проблемы могут стать барьером на каждом этапе этого процесса.

Диаграмма 1. Концептуальная модель этапов ухода и лечения ВИЧ.



Когортные исследования ПИН на уровне местного сообщества обнаружили, что даже в странах, где лечение ВИЧ доступно, очень небольшое количество потребителей получают антиретровирусную терапию. Исследование когорты ALIVE (AIDS Link to Intravenous Experience – связь СПИДа с опытом инъекционного потребления) проводилось с группой ПИН в Балтиморе, штат Мэриленд. Группа ученых под руководством Челентано (Celentano) обнаружила, что в 1997 г. лишь 14% ВИЧ-инфицированных когорты, нуждающихся в лечении, получали комбинированную АРВ-терапию.¹⁹ Основным фактором не предоставления лечения являлось отсутствие регулярного источника медицинского обслуживания (OR, 6,9; 95% ДИ, или доверительный интервал, 3,4-14,0).⁴⁰ Последовательное исследование в когорте ALIVE было проведено два года спустя, когда ВААРТ стала широко доступна на всей территории США. Количество потребителей, получающих терапию, все еще оставалось небольшим.²⁰ Подобным образом группа исследователей под руководством Стратджи (Strathdee) выяснила, что лишь 17% ВИЧ-инфицированных потребителей из когорты Британской Колумбии в Канаде принимали ВААРТ.²¹ Многочисленные когортные исследования показали, что, не начав прием комбинированной антиретровирусной терапии до снижения уровня CD4+ <200 клеток/мм³, существенно повышается риск развития болезни и смертности.^{22,23} Таким образом, задержка начала лечения до уровня резкого прогрессирования вируса может привести к росту будущей заболеваемости и смертности. Разница уровня использования ВААРТ потребителями наркотиков и не потребителями была отмечена как в США,^{19,20,24} так и в других странах, гарантирующих всеобщий доступ к лечению ВИЧ.^{3,21,25;26} Этот факт свидетельствует о том, что проблема лечения ПИН связана не только с финансовой стороной.

Когортное клиническое исследование по ВИЧ университета Джона Хопкинса преследовало цель выяснить взаимосвязь и влияние употребления наркотиков на развитие ВИЧ, лечение, участие в программе лечения и его результаты.²⁷ В рамках исследования отслеживались вирусологические и иммунологические показатели у 273 ВИЧ-положительных пациентов, впервые начавших лечение ВААРТ в клинике по ВИЧ университета.²⁸ В течение первых 3-7 месяцев у 44% когорты вирусная нагрузка ВИЧ достигла <500 копий/мл, у 37% – в течение 7-14 месяцев. После проведения одномерного

анализа статистически значимыми факторами невозможности снизить вирусную нагрузку в первый год лечения являлся опыт употребления инъекционных наркотиков (вирусная нагрузка снижалась у 27% ПИН и 47% не ПИН), афроамериканская раса (31% среди афроамериканцев и 54% среди белого населения) и предыдущее нерегулярное посещение врача (23% пациентов, которые пропустили >20% визитов к врачу, и 61%, которые пропустили <20% визитов). Статистический анализ, проведенный на основе многовариантной логистической регрессии, показал, что независимым фактором, влияющим на невозможность подавить вирусную нагрузку во время первого года лечения, оказалась только нерегулярность посещения врача. Исследование также показывает высокий уровень вирусной нагрузки среди ВИЧ-инфицированных пациентов, посещавших клинику в центре города. Результаты говорят о том, что отсутствие приверженности к медицинскому лечению негативно отражается на уровне вирусной нагрузки пациента, принимающего ВААРТ, и это объясняет различия в достижении терапевтических эффектов у ПИН.

Для определения влияния активного потребления и опыта потребления в прошлом на участие в лечении ВААРТ и на его результаты наша рабочая группа провела кросс-секторальный анализ²⁹ 764 пациентов клиники университета, которым ВААРТ был показан по существующим протоколам, а также кто прошел стандартный конфиденциальный опрос. Эти опросы, которые были проведены в форме аудио компьютерных интервью, касались употребления наркотиков за последние шесть месяцев, приема ВААРТ и собственной оценки приверженности к лечению. Участники были разделены на три группы: 1) не потребители, если у них не было опыта употребления героина или кокаина; 2) бывшие потребители, если у них был опыт употребления этих психоактивных веществ в прошлом (не менее шести месяцев до опроса); 3) активные потребители (пациенты, употреблявшие эти психоактивные вещества за менее чем шесть месяцев до опроса). Большинство бывших и активных потребителей не участвовало на тот момент в каких-либо программах по лечению наркозависимости. Приверженность к лечению определялась <2 пропущенных приемов ВААРТ за последние 2 недели до опроса.

Таблица 1. Связь статуса потребления наркотиков с приемом антиретровирусной терапии (АРТ), приверженностью и результатами лечения ВИЧ.

<i>Переменная результатов</i>	<i>Не потребители (N = 189)</i>	<i>Бывшие потребители (N = 376)</i>	<i>Активные потребители (N=199)</i>	<i>Достоверность различий P (активные потребители vs. не потребители)</i>
Прием АРТ в настоящее время, %	82	78	56	<0,001
Приверженность АРТ*, %	76	83	66	0,05
Вирусная нагрузка <400 копий/мл*, %	46	44	32	0,02
Увеличение CD4 в сравнении с последним низшим уровнем*, клеток/мм ³	116	122	65	0,03

* Анализ ограничен группой участников, которые принимали ВААРТ во время интервьюирования.
Адаптировано из Lucas et al.²⁹

Результаты проведенного исследования указывают на то, что без служб поддержки приверженности, включая лечение наркозависимости и социальное сопровождение, активное потребление наркотиков заметно ассоциируется с низким использованием терапии, отсутствием приверженности, если лечение используется, и сниженным вирусологическим и иммунологическим ответом на терапию. Примечательно то, что не потребители и бывшие потребители имеют поразительно схожие показатели использования лечения и его результатов. Это говорит о том, что комплексные и скоординированные усилия по наркозависимости и лечению ВИЧ среди потребителей могут значительно улучшить результаты лечения ВИЧ.

Можно заключить, что существует необходимость развития эффективных подходов для обеспечения доступа к лечению ВААРТ для ПИН. Лечение наркозависимости, в особенности опиоидной, оказалось эффективным в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции. Эту гипотезу подтверждают и результаты наблюдательных исследований. Например, Мецгер (Metzger) и соавторы³³ обнаружили, что в то время как в Филадельфии быстро росло число ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, участие ПИН в программах метадоновой терапии существенно снижало их риск инфицирования ВИЧ-инфекцией. Другие исследования показывали, что улучшение участия в лечении и приверженности к ВААРТ напрямую связан с получением ПИН медикаментозной терапии опиоидной зависимости.³⁴ Моатти (Moatti) и соавторы³⁵ сообщили о факторах, влияющих на приверженность к ВААРТ в когорте ВИЧ-инфицированных потребителей нелегальных психоактивных веществ во Франции, где врачи общей практики широко используют в качестве амбулаторной поддерживающей терапии бупренорфин. Они обнаружили, что возраст (чем моложе, тем сложнее), употребление алкоголя и активное потребление нелегальных наркотиков негативно отражаются на приверженности к лечению, тогда как лечение бупренорфином ее существенно улучшает.

Комплексная поддержка пациентов с множественными проблемами

Модель комплексного сопровождения пациентов с множественными проблемами (таких как ВИЧ-позитивные потребители наркотиков) является стратегически обоснованной по нескольким причинам. Во-первых, комплексная помощь упрощает жизнь социально уязвимых групп: «все в одном флаконе», то есть все сервисы в одном центре (географическом месте) гораздо предпочтительнее не связанных между собой программ/проектов медицинского лечения и социального сопровождения. Во-вторых, комплексная модель способствует взаимодействию специалистов общей медицинской практики, психиатрии и зависимостей, снижает ограниченность помощи и изолированность. В-третьих, данные разных рандомизированных контролируемых исследований доказывают, что комплексная помощь в одном центре может улучшить как общемедицинские результаты лечения, так и результаты лечения наркозависимости.

Например, Умбрихт-Шнайтер (Umbricht-Schneider) и соавторы³⁶ предложили рандомизированной группе 51 пациента метадоновой программы посещать две разные клиники: одна расположена в двух кварталах от метадоновой программы (направленная группа), другая – при метадоновой программе (группа на месте). Выяснилось, что 73% участников группы на месте сделали два и больше медицинских визитов, тогда как в направленной группе, приписанной к клинике в двух кварталах от пункта выдачи метадона, этот показатель равен 4%. Схожие результаты были получены в комплексных медицинских программах для алкоголиков с медицинскими проблемами.³⁷ Рандомизированное исследование группы под руководством МакЛилан (McLellan)³⁸ говорит о том, что модель комплексной помощи улучшает также и результаты лечения наркозависимости: опиатозависимые пациенты, начинающие метадоновую терапию, были случайным порядком разделены на три группы: 1) минимальный сервис метадоновой программы (только заместительная терапия метадонном); 2) стандартный сервис метадоновой программы (заместительная терапия метадонном + консультирование); 3) расширенный сервис (метадон + консультирование + медицинская и психиатрическая помощь + помощь в трудоустройстве + семейное консультирование). Протокол дозирования метадона во всех группах был один и тот же. Как показали результаты скрининга мочи на содержание нелегальных наркотических средств, 55% участников группы расширенного сервиса воздерживались 16 последующих недель от употребления нелегальных наркотиков, в группе стандартного сервиса таких результатов добились лишь 28%, в группе минимального сервиса – 0% пациентов.³⁸

Схожие результаты были получены в ходе исследований программ лечения туберкулеза. Чок (Chaulk) и соавторы³⁹ проанализировали англоязычную литературу, посвященную стратегиям лечения туберкулеза, и обнаружили, что расширение сервиса лечения способствует прохождению полного курса лечения пациентами. Амбулаторная терапия, проходящая под непосредственным наблюдением персонала, или DOT, показала себя более успешной в плане прохождения полного курса лечения, чем лечение без супервизии (Таблица 2). Термин «модифицированная DOT» подразумевает, что часть лекарств пациент принимает без непосредственного надзора врача. Термин «расширенная DOT» подразумевает комплексный подход, совмещающий полную супервизию приема лекарств и социальную поддержку, выработку приверженности (анализ и менеджмент индивидуального случая, налаживание связей пациента с сервисом социальной поддержки, психиатрической помощи, лечением наркозависимости и т.д.).

Таблица 2. Прохождение полного курса лечения туберкулеза согласно выбранной стратегии лечения.

<i>Стратегия лечения</i>	<i>Количество исследований</i>	<i>Количество полностью пройденных курсов лечения</i>
Прием лекарств без надзора врача	9	61,4
Модифицированная DOT	2	80,6
DOT	4	85,7
Расширенная DOT	12	90,2

Адаптировано из Chaulk et al.³⁹

Лечение антиретровирусной терапией под контролем врача DAART в метадоновой клинике

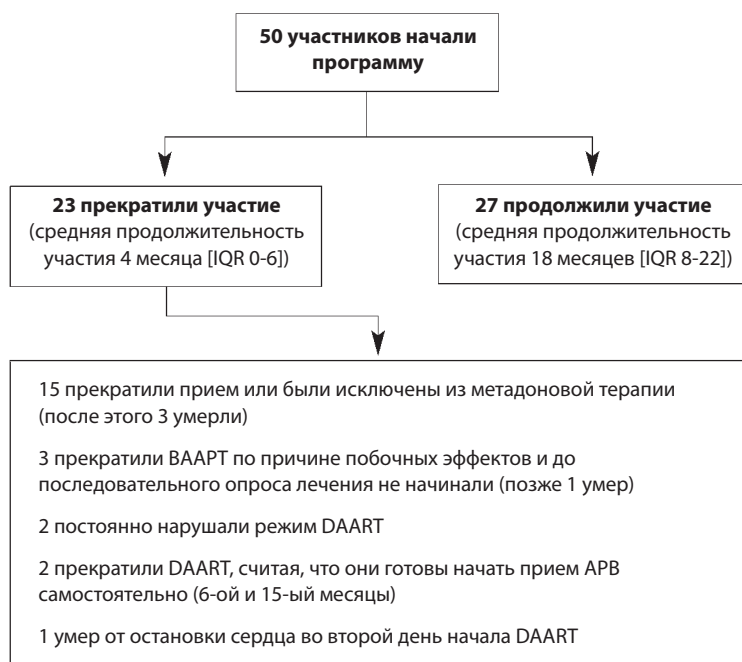
В апреле 2001 г. наша группа начала пилотное исследование для выявления приемлемости и возможности осуществления прямого надзора за приемом антиретровирусной терапии (DAART) в рамках метадоновой программы. Предварительные результаты были обнародованы ранее.⁴⁰ Участники исследования отбирались по следующим критериям: позитивный статус на ВИЧ, получение ухода за ВИЧ в клинике университета Джона Хопкинса, получение метадоновой терапии >30 дней, начало АРВ-лечения впервые или возобновление приема (нарушение режима, смена схемы). Критерием для отказа в участии могли стать: клинически важная резистентность к трем доступным АРВ-схемам или необходимость в более чем двукратном приеме АРТ в день. Участники дали письменное информированное согласие, врачи дали устное согласие на участие в исследовании. Схемы лечения АРТ для участников выбирались лечащими врачами. Лекарства были специально промаркированы и упакованы в одноразовой дозировке, участвующей в исследовании аптекой. Медикаменты для профилактики оппортунистических инфекций или лечения психиатрических расстройств или другого медицинского лечения были упакованы вместе с дозами АРТ (по согласованию с пациентом и его/ее лечащим врачом).

Участники принимали одну дозу АРТ при посещении метадоновой клиники. Медсестра или фельдшер присутствовали при приеме доз АРТ у окна раздачи метадона или в соседнем кабинете. Большая часть пациентов предпочитала второе, поскольку это давало больше времени и конфиденциальности при приеме лекарства. Сотрудники исследования давали информацию о ВИЧ, расспрашивали участников о проблемах и осложнениях, которые те испытывают, помогали в общении с врачами первичного звена и содействовали получению других медицинских или социальных услуг. Впервые начавшие прием метадона пациенты должны были посещать программу семь дней в

неделю. По протоколу клиники, пациентам разрешали принимать метадон на дому, если достигались задачи лечения наркозависимости. Лекарства для вечернего приема (если требовалось) и для приема в «выходные дни» (когда пациент принимал метадон на дому) специально упаковывались и выдавались участникам заранее для самостоятельного принятия. В начале исследования участникам выдавался также и комплект трехдневной терапии на случай непредвиденного отсутствия или непосещения метадоновой программы. Комплект пополнялся по мере необходимости по ходу исследования. Никакого финансового или иного вознаграждения участникам не выдавалось.

Группа состояла из 50 участников. В течение первых трех месяцев из группы осталось около 78% (95% ДИ 63%-87%); в течение 12 месяцев – 54% (95% ДИ 38%-67%). Из 23 пациентов, прекративших участие (см. Диаграмму 2), 15 (65%) прекратили прием заместительной терапии (самостоятельно или были исключены); 5 (22%) не выдержали побочных эффектов и не вернулись в программу; 2 участника решили принимать АРТ самостоятельно (после 40 и 48 недель успешного приема терапии под надзором врача); 1 участник умер в самом начале исследования из-за остановки сердца. Важно отметить, что ни один из пациентов не прекратил участие из-за недовольства непосредственным надзором и контролем врача. Кроме того, в ходе исследования в метадоновой клинике изменилась «культура» по вопросам ВИЧ: заметно улучшилась коммуникация между врачами и пациентами по поводу ВИЧ и лечения, а также улучшилось сотрудничество между персоналом лечения зависимости и другими медицинскими специалистами.

Диаграмма 2. Распределение участников DAART по результатам участия



Хотя в проведенном исследовании подборка участников была не случайной, мы провели проспективный сравнительный анализ результатов группы DAART с двумя случайными, но подходящими по некоторым параметрам контрольными группами пациентов, получающих стандартное лечение в когорте по ВИЧ в клинике университета Джона Хопкинса, которые начали или поменяли режим лечения после 1-ого января 2000 г.:

1) *группа ПИН, принимающих метадон* – пациенты с опытом потребления наркотиков, которые получали метадоновую поддерживающую терапию. Эта группа предназначена отразить социально-поведенческие характеристики, как можно более схожие с группой участников DAART;

2) *группа не потребителей (группа не ПИН)* – пациенты, не имеющие опыта потребления наркотиков. Эта группа должна была показать характеристики той группы пациентов, которые лечились в той же клинике, где и клиенты DAART, но тех пациентов, у которых потребление наркотиков не являлось фактором, препятствующим лечению.

Эти сравнительные группы были образованы таким образом, чтобы они соответствовали группе DAART по пропорции полов и предыдущему опыту приема АРВ.

Таблица 3. Основные исходные характеристики группы DAART и сравнительных групп пациентов.

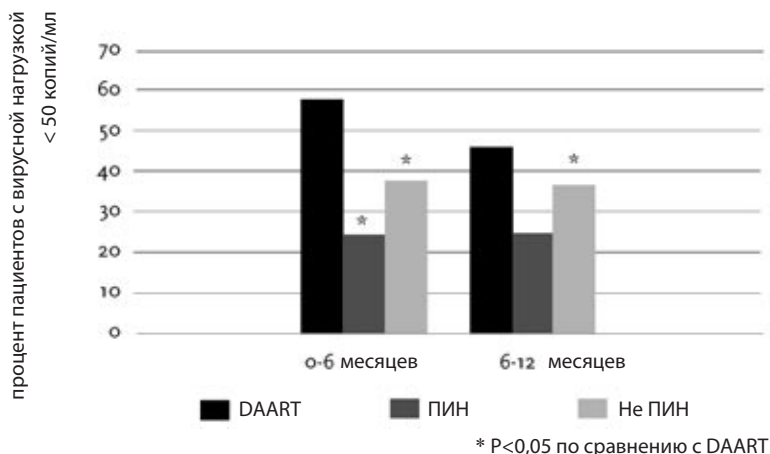
<i>Характеристики</i>	<i>Группа DAART (N = 50)</i>	<i>Группа ПИН, принимающих метадон (N=90)</i>	<i>Группа не ПИН (N= 146)</i>
Женщины ^a , %	64	61	68
Возраст (лет), средний (IQR)	42 (37-47)	44 (38-48)	39 (33-44) ^b
Афроамериканцы, %	88	86	72 ^b
Отсутствие опыта лечения АРВ-терапией ^a , %	34	46	40
Дата начала приема АРВ или смены схемы приема	май 2002	февраль 2001 ^b	март 2001 ^b
CD4+ (кл/мм ³), в среднем (IQR)	140 (40-247)	155 (32-280)	192 (52-382)
Вирусная нагрузка (копии/мл), в среднем (IQR)	4,9 (4,3-5,4)	4,8 (4,3-5,4)	4,6 (2,6-5,3)

a. Переменные, используемые для сравнения с группой DAART.

b. P<0,05 по сравнению с DAART.

По прошествии трех месяцев с начала терапии в программе осталось: 45 участников группы DAART, что составляет 90%; 90 участников группы ПИН, принимающих метадон, что составляет 100%; 145 участников группы не ПИН, что составляет 99%. Все они были включены в программу для прохождения следующего этапа – анализа последующих 6 месяцев лечения. Таким же образом, спустя 9 месяцев после начала терапии, в группе осталось: 37 участников группы DAART, что составляет 74%; 86 ПИН, принимающих метадон, что составляет 96%; 139 не ПИН, что составляет 95%. Они также были включены в анализ 12-ти месячного курса лечения.

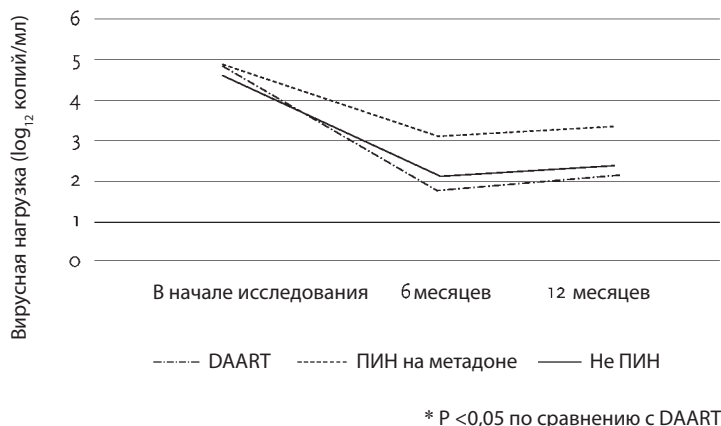
Диаграмма 3. Процент группы DAART и сравнительных групп пациентов, чья вирусная нагрузка < 50 копий/мл после прохождения двух первых этапов лечения АРВ.



Среди тех, кто был включен в анализ первых шести месяцев, у 58% участников группы DAART вирусная нагрузка в период первых шести месяцев составляла <50 копий/мл, у группы ПИH, принимающих метадон, этот процент составил 23 (P<0,001), 39% – у группы не ПИH (P=0,039) (Диаграмма 4). В период с шестого по двенадцатый месяцы 46% участников группы DAART добились снижения вирусной нагрузки, группа ПИH, принимающих метадон, – 24% (P=0,021), группа не ПИH – 38% (P=0,45).

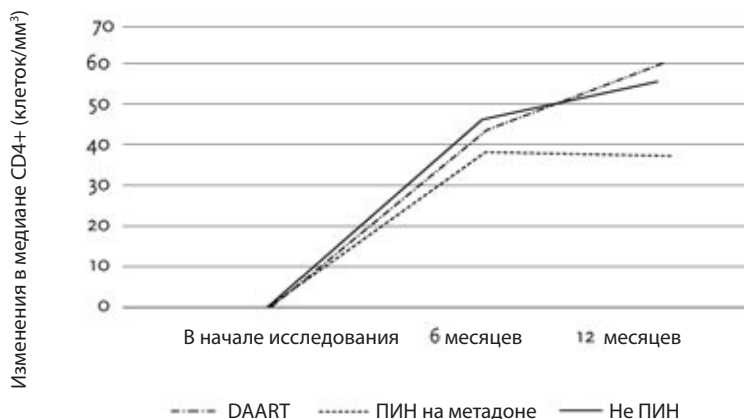
Средний уровень вирусной нагрузки показан по этапам на Диаграмме 5. Средние показатели клеток CD4+ по этапам показаны на Диаграмме 6.

Диаграмма 4. Медиана \log_{10} показателей вирусной нагрузки среди участников DAART и в сравнительных группах во время исследования.



На шестой месяц средние показатели вирусной нагрузки были значительно ниже в группе DAART, чем у ПИН, принимающих метадон, но в остальном существенной разницы в уровне вирусной нагрузки не наблюдалось. Также статистически значительной разницы не наблюдалось и по средним показателям клеток CD4+ во всех группах.

Диаграмма 5. Изменения в медиане (среднем значении) показателя клеток CD4+ среди участников DAART и в сравнительных группах во время исследования.



Выводы

Злоупотребление наркотиками и заболеваемость другими психическими расстройствами наблюдается гораздо чаще среди ВИЧ-инфицированных людей, чем среди общего населения. Предыдущие исследования различных групп, включая и нашу, показали, что именно активное потребление, а не опыт употребления в прошлом, влияет на участие в лечении ВААРТ, приверженность и клинический ответ на терапию. Продолжительное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами Балтимора показало также, что потребление наркотиков является динамическим процессом с периодами активного использования наркотиков, когда наблюдалось значительное увеличение вирусной нагрузки и снижение иммунного статуса, характеризующимися отсутствием приверженности, и пассивными периодами, в ходе которых улучшается участие в лечении, приверженность и клинические показатели. Позитивное воздействие связи ВИЧ-сервиса с программами лечения зависимости, психиатрической и социальной помощью поддается интуитивно, как и подтверждается результатами клинических исследований. В нашем пилотном исследовании DAART мы обнаружили, что активное вмешательство положительно воспринимается пациентами, улучшает взаимодействие меж-

ду специалистами ВИЧ-сервиса и наркологии, а также способствует существенному снижению уровня вирусной нагрузки. Это пилотное исследование закладывает основу для проведения более масштабных рандомизированных исследований по организации комплексных программ сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков. Кроме того, бупренорфин был одобрен к использованию в качестве заместительной терапии в США, расширяя возможности интегрированных услуг ВИЧ-сервиса и лечения наркозависимости и предоставляя альтернативу метадоновой поддерживающей терапии.

Оправдания отказа в доступе к лечению зависимым от опиатов людям, которые хотят его получить и в нем нуждаются, неприемлемы по одной простой причине – они стоят жизни опиатозависимых и болезненно влияют на качество жизни всех остальных.

Гонконг: Организация широкомасштабной низкопороговой метадоновой программы

Роберт Ньюман (Robert Newman)*

Введение

Мировая практика сопровождения пациентов с опиатной зависимостью имеет две стороны – хорошую и плохую. Это как в старой шутке про бутылку, которая может быть и наполовину полной, и наполовину пустой. С одной – хорошей – стороны, мы уже знаем, что можно значительно снизить страдания людей, цену опиатной зависимости и сопутствующих ей негативных обстоятельств: ВИЧ/СПИД, туберкулез, другие инфекционные заболевания, преступность и смертность. Эффективность широкого спектра таких услуг, как образование, обеспечение стерильным инъекционным инвентарем,

* Директор, Институт химической зависимости Барона Эдмонда де Ротшильда, Медицинский центр Бет Израэль, Нью-Йорк.

раздача презервативов, работа комнат менее опасного инъекционного потребления, доступное и анонимное тестирование на ВИЧ и др., уже не ставится под сомнением. Эти сервисы не требуют больших финансовых вложений и/или человеческих ресурсов. Они внедряются и проводятся как в богатых, так и в бедных странах. Персонал сервисных программ не обязательно должен иметь серьезное университетское образование или формальное обучение. Помещения, в которых они проводятся, не требуют дорогостоящего оборудования (а в некоторых случаях работа ведется вообще без каких-либо помещений!). Главным препятствием работы таких программ обычно является недостаточная приверженность, пренебрежение правами пораженных болезнью и тупое упрямство в нежелании принимать доказательства, на которых основываются данные подходы. Эти препятствия, в особенности, когда речь идет о помощи потребителям наркотиков получить лечение ВИЧ, ставят вопрос выбора между жизнью и смертью в прямом смысле этого слова. Таким образом, многое мы можем сделать, и мало причин для бездействия.

Итак... а где же плохая сторона? Есть один аспект «проблемы наркотиков», который игнорировался как сторонниками снижения вреда и политических реформ, так и консерваторами-прогибиционистами. Это потребности той части зависимых от опиатов людей, целью которых является не потребление наркотиков менее опасным образом, а прекращение всепоглощающей физической и/или психологической зависимости от наркотиков. Эти потребители просто хотят излечиться, избавиться, уменьшить свою зависимость. Оценки, сколько зависимых людей попадает в эту категорию, различаются, но, несомненно, они составляют большую часть потребителей наркотиков.

Очевидно, что не все, кто изъявляет желание избавиться от зависимости, готовы в действительности бросить использование всех вызывающих эйфорию веществ раз и навсегда. Некоторые хотят просто снизить дозу и негативное влияние потребления на их жизнь. В сущности, они хотят большей свободы, свободы выбора поведения, которая практически отсутствует в их жизни из-за зависимости от наркотиков. Вера наркозависимого в лекарство от наркотиков настолько же велика, насколько малодушна. Однако неверие в успех без лечения отражает реальность многих потребителей, прошедших через один или ряд неудачных самостоятельных попыток бросить наркотики. Ничтожно малый процент людей, преуспевших в этом нелегком деле, – исключение, доказывающее правило, которое не дает надежды другим.

Желание остановить потребление нелегальных наркотиков не дает морального превосходства перед другими. Но в то же время потребление наркотиков само по себе не должно определять людей как зло или преступников, достойных лишения свободы, болезней и даже смерти. В реальности нет ничего святого в мотивации людей бросить наркотики. В желании наркомана остановиться нет добродетели. Но, если по каким-либо причинам наркопотребитель желает изменить свою жизнь, стать свободным от физической и психологической зависимости, общество должно оказать ему поддержку и необходимую помощь. Это как раз и провозглашает один из постулатов снижения вреда, а именно: нет непреодолимых барьеров, каждый, кто нуждается в лечении – должен и может его получить.

Лечение по востребованию – достижимая цель

В мире существует ряд замечательных примеров обеспечения лечением всех, кто за ним обращался. В Нью-Йорке в начале 1970-ых годов почти за ночь была организована метадонная программа, насчитывающая 44 клиники, в рамках которой через два года после открытия обслуживалось 12 000 ПИН. Одновременно другие программы лечения наркозависимости, включая основанные на подходах абстиненции, увеличили свой охват с 12 450 до 43 000 пациентов, не отставая в развитии от метадонных программ.⁵⁰ В середине 1980-х годов в геометрической прогрессии начался рост сервисов лечения в Новом Южном Уэльсе, а затем в Квинсленде, Виктории и других штатах Австралии. Охват увеличился с 1900 пациентов в 1985 г. до 11 600 в 1993 г. и 32 517 в 2001 г.⁵¹ Европа не осталась в стороне. В Германии метадон был запрещен до конца 1980-ых годов, а в 1992 г. метадонная программа насчитывала 1000 пациентов, в 1995 г. – 13 500, в 2001 г. – 45 000. В 2004 г. количество пациентов программ заместительной терапии метадонном, бупренорфином и кодеином пролонгированного действия превышало 60 000.⁵² За Германией последовала Хорватия, которая, получив независимость, столкнулась с всплеском эпидемии наркопотребления. Она ответила на нее разрешением семейным врачам назначать наркозависимым пациентам лечение метадонном. На сегодняшний день почти половина из всех опиатозависимых хорватов (их оцениваемое количество составляет 15 000) получают метадон, большая часть которого назначается терапевтами (из имеющихся 2 400 семейных врачей около 1000 прописывают метадонную терапию).⁵³ Совсем недавно Франция изменила законодательство, что позволило развернуть программы заместительной терапии. В 1995 г. терапию получали 52 француза, в начале нового тысячелетия – 80-85 000.⁵⁴

Но, наверное, самым выдающимся событием в области внедрения заместительной терапии в мире стала программа в Гонконге.** Сразу после окончания Второй мировой войны Британское колониальное правительство ввело запрет на опиум, после чего в течение десятилетия самым распространенным наркотиком стал героин.⁵⁵ Проблема обрела еще более угрожающие масштабы, когда в 1970-ых годах, как раз после проведения успешной антикоррупционной кампании, стоимость героина на рынке выросла, а качество существенно снизилось. Это отразилось на росте преступности, а также на переходе с ингаляционного на инъекционный путь потребления героина, естественно увеличив риски, связанные с потреблением.

В конце 1974 г. в Гонконге работало несколько небольших реабилитационных центров и одна пилотная метадонная клиника. В одно время могли лечиться до 500 пациентов, тогда как, по оценкам специалистов, целевая группа насчитывала не менее 40 000 человек. Перед лицом кризиса правительство решило не только продолжать серьезно бороться с наркотрафиком, но и снизить спрос на наркотики путем массового расширения услуг лечения.

С этой целью в США и Европу для изучения опыта была отправлена команда уважаемых и высокопоставленных врачей, в задачу которых также входила оценка

** Представленное ниже описание, как развивалось метадонное лечение, является сокращенной версией статьи, ранее опубликованной в журнале *Journal of Public Health Policy* 6(4):526-538, 1985.

возможности применения данного опыта в Гонконге. Делегацию возглавлял директор Департамента медицины и здоровья страны, его сопровождали врач государственной системы здравоохранения и ведущий практикующий врач частной клиники. Изучив зарубежный опыт, они пришли к выводу, что нужно развивать все виды сервиса. Но самое главное, что могло бы позволить справиться с кризисом наркопотребления в стране – организация широкомасштабного доступа к метадоновой терапии. Они выбрали нью-йоркскую модель, разработанную всего несколькими годами ранее, которая охватила 12 000 человек за два года (см. выше). Проблема, с которой в свое время столкнулся Департамент здравоохранения Нью-Йорка, по своему характеру напоминала гонконгскую: городская администрация не имела инфраструктуры лечения наркозависимости, не было опыта как клинического, так административного и политического, чтобы решать проблемы наркозависимости.

Стоит отметить, что в то время Гонконг переживал жестокий экономический кризис и дефицит профессиональных кадров во всех областях. Соответственно, основываясь главным образом на интуиции, решено было организовать упрощенную модель (не обязательно следуя той кадровой политике и другим стандартам, которые в США считаются «обязательными» и которые установлены в ее законодательстве). Ниже следует описание сети из 28 клиник, организованной в период с 1975 по 1977 гг. В основном концепция осталась без изменения по сегодняшний день.

Центры лечения метадонем в Гонконге

Большинство метадонных клиник размещено в учреждениях Департамента медицины и здоровья, в которых оказывается медицинская помощь всех видов. Шесть из них расположены в неблагоприятных с точки зрения наркопотребления районах. Они открыты весь день, с 7 утра до 10 вечера. Остальные работают вечером с 18 до 22 часов. Все клиники работают без выходных и праздников (на время тайфунов разработан механизм мобилизации, и пациенты получают метадон в заранее определенных центральных клиниках). Выдача метадона происходит за обычным столом, персонал программы и клиенты не разделены перегородками. Во всех клиниках с самого начала терапии с клиентов взимается символическая плата за каждый визит, равная 1 гонконгскому доллару (примерно 15 центов США). Поскольку все государственное здравоохранение страны требует финансового участия пациентов в лечении, было решено, что клиенты будут относиться с доверием к платному лечению.

Прием в программу происходит довольно быстро. Терапевт клиники проводит краткий медицинский осмотр пациента, выясняет его историю лечения и употребления наркотиков, после чего назначает ему первую дозу метадона, которая ему тут же выдается (но лишь после звонка в центральный офис, где выясняется, не получает ли он лечение в другой метадонной клинике). Весь процесс приема в программу занимает не более получаса, и кандидаты сразу же начинают терапию. С самого начала расширения

программы в 1975 г. и по сегодняшний день в программах никогда не было «списка ожидающих» или очереди.

В зависимости от клиники количество клиентов варьируется от 50 до 1000 человек в день. Метадон выдается только в клинике (прием на дому не разрешен), но это не представляет большой проблемы для клиентов, поскольку клиники расположены во многих районах страны, и они работают до позднего часа.

Большая часть медицинского персонала, назначенная Департаментом медицины и здоровья, работает по совместительству. Для них проводится ограниченное введение в программу. В клиниках практически нет медсестер, а раздача метадона производится членами Вспомогательного медицинского отдела (организация, в которую входят продавцы обуви, банковские клерки, домохозяйки, учителя, короче, люди разного сорта, добровольно работающие в медучреждениях за скромную почасовую оплату). Также в клиниках имеется весьма ограниченное количество социальных работников и консультантов.

Дополнительные услуги (как медицинские, так и социальные) предоставляются главным образом по просьбе самих клиентов. Обязательного регулярного посещения врача или социального работника для получения метадона не требуется. Обычно отсутствует и формальный «план лечения». Постепенно, получив опыт работы, врачи стали спокойно относиться к просьбам пациентов об увеличении дозы. Анализ мочи проводится во всех клиниках, но эта работа не является системной, и обнаружение наркотиков в моче не служит поводом для «наказания» или «вознаграждения» пациента.

Уроки Гонконга

Большинство международных «экспертов», пожалуй, осудят модель метадоновой терапии Гонконга, поскольку она противоречит «основополагающим принципам программ» заместительной терапии, которые организованы в других странах. Однако опыт этой модели позволяет пересмотреть некоторые фундаментальные принципы лечения зависимости.

Положительные результаты гонконгской модели несомненны, и пренебрегать ими нельзя. Никто не спорит с тем, что профессионально обученный персонал с разнообразной компетенцией предпочтительнее волонтеров. Но это не является непременным условием. То же самое можно сказать и о дополнительных к метадону услугах медицинской и социальной помощи. Они желательны, но, как *показывает пример Гонконга, метадоновые программы могут успешно обходиться и обходиться без них.*

Опыт Гонконга не пытается вызвать дискуссию по поводу разумности существующих требований к метадоновым программам, которые наложены правительствами Америки или других стран. Опыт Гонконга не поддерживает, но и не дискредитирует эти требования. Сам вопрос этих условий по своей сути не уместен в модели Гонконга. Другое дело, если цена этих требований – сокращение количества пациентов, которые могли бы получать лечение в существующих клиниках. Можно,

конечно, дискутировать в узком кругу экспертов об оправданности и необходимости множества требований и правил. Но те же эксперты должны признать, что выводы, к которым они приходят в теплых и светлых офисах, зачастую заставляют уличных наркоманов продолжать принимать наркотики, рискуя своей жизнью и жизнью окружающих их людей, и это только лишь потому, что клиники работают на «полную мощность», поэтому не могут принимать большее количество пациентов, чем это прописано в правилах. Другими словами, ответственные структуры заявляют, что лучше оставаться наркоманом, вести асоциальный и криминальный образ жизни, подвергать свое здоровье риску, быть зависимым от незаконных наркотиков, чем начать лечение в метадоновой программе, потому что «у нас недостаточно обученных сестер, консультанты не имеют нужных дипломов, помещение плохо оборудовано и не имеет кондиционера, и оно вообще расположено слишком близко от школы/церкви/жилых домов или магазинов». Это негативные следствия правил и инструкций. Это неизбежная действительность.

Гонконг принимает эту действительность, что и является *единственным* различием точки зрения должностных лиц в Гонконге от коллег в США и в других странах. Никто в Гонконге не оспаривает тот факт, что профессиональные консультанты и социальные работники обеспечат оптимальное лечение потребителей. Не ставится под сомнение и то, что сотрудники на полный рабочий день предпочтительнее частичной занятости, а медсестры лучше справятся с работой, чем прослушавший краткую лекцию о здоровье волонтер-врач общей практики. Гонконг не гордится тем, что в одной клинике в день получают метадон до тысячи клиентов. Однако власти и специалисты Гонконга осознали, что есть некий предел, достигнув которого меняется система приоритетов: медицинская альтернатива потреблению нелегальных наркотиков существует, она безопасна, она эффективна, поэтому необходимо сделать все возможное, чтобы обеспечить ее доступность для всех, кто в ней нуждается.

В США и во многих других странах критики и сторонники химиотерапевтического подхода к зависимости часто спорили друг с другом, настаивая на том, что лекарство суть лишь один небольшой компонент лечения, который сам по себе недостаточен. Взгляните на Гонконг! Чтобы понять его подход к проблеме наркотиков, прежде чем объявить анафему, давайте проанализируем консервативный подход «все или ничего». В Америке, где потребители героина совершают мелкие правонарушения, рискуют инфицироваться ВИЧ, гепатитами, умереть от передозировки с каждой следующей инъекцией, а их родители, супруги, дети и соседи находятся в постоянной опасности от их непредсказуемого поведения, вызванного зависимостью – тысячи этих наркопотребителей добровольно вписываются в лист ожидания, после чего ждут недели и месяцы, чтобы их приняли в программу. В Гонконге уже на протяжении десятилетий программы лечения наркозависимости ежедневно рекламируются средствах массовой информации! Вопиющая нелогичность первого подхода пугает, а здравый смысл последнего очевиден.

Измерение эффективности

Программа Гонконга основывается на убеждении, что предоставление лечения само по себе «эффективно». Из-за этого необходимо учесть изменения наркосцены, которые связаны с установлением и развитием сети клиник Гонконга.

Возможно, самыми непредвзятыми судьями эффективности программ лечения будут те, для кого эти программы работают. Их голоса довольно просто сосчитать, поскольку «потребители голосуют своими ногами» (т.е. посещением этих программ). Как и в США, практически в каждой стране, в которой предоставляется метадоновая терапия, спрос на нее огромен, а предложение «поддерживающих услуг» недостаточное. В конце 1974 г., накануне развертывания широкомасштабного доступа к метадону, в Гонконге существующие программы лечения охватывали 500 пациентов. Сразу после начала активного развития сети охват увеличился до 2000. В 1976 г. в программах лечения участвовало более 10 000 наркопотребителей. Метадон не заменил, а скорее дополнил уже существующие программы лечения наркозависимости, что видно из данных в Таблице 1.

Таблица 1. Прием в программы лечения зависимости в Гонконге по годам (1969-1981).

<i>Год</i>	<i>Центры лечения в тюрьмах</i>	<i>Добровольное лечение в стационарах</i>	<i>Метадоновая программа</i>
1969	1054	865	-
1974	1960	2337	1480
1975	2037	2551	3392
1976	2160	2413	10 400
1977	2269	2594	9834
1978	1999	2767	10 291
1979	1655	2254	10 782
1980	1518	2592	8046
1981	1675	2706	9997

Безусловно, клиенты уходят из программы, зачастую это происходит из-за нежелания врачей увеличивать дозу метадона (однако в последние 5-10 лет врачи охотнее соглашаются на увеличение дозы). Тем не менее, около 8000 пациентов (примерно пятая часть целевой группы) ежедневно приходят в метадоновые клиники, что положительно отражается не только на их здоровье, но и на ситуации в обществе в целом. Можно предположить, что для большинства тех, кто добровольно и ежедневно приходит в клинику и платит свой доллар, существенно сократилось потребление уличных наркотиков, если эти нелегальные вещества не исчезли совсем из их жизни.

Таблица 2. Риск заражения ВИЧ-инфекцией в Гонконге (1984-2002).



Источник: HIV Surveillance Report 2002 Update (Department of Health, Hong Kong S.A.R. ноябрь 2003).

Это предположение можно подкрепить и документами, демонстрирующими воздействие метадоновой программы. Например, в первые пять месяцев 1979 г. средняя посещаемость программы равнялась 6550 посещений в день. В июне этого же года в результате засухи в «Золотом треугольнике», который снабжает Гонконг героином, наблюдалась его резкая нехватка и рост стоимости. Сразу же посещаемость метадоновых программ увеличилась. К концу июля она достигла отметки в 8 000 пациентов – все это без расширения персонала программы. Не нужно обладать богатым воображением, чтобы представить, что могло бы произойти, если бы не было метадонового лечения: рост преступности, разбитые жизни и т.д. – та высокая цена, которую пришлось бы платить как потребителям наркотиков, так и всему обществу. Та же история повторилась в 1982 г. и в 1984 г., однако в этот раз по причине усиления полицейского контроля на улицах и конфискации больших количеств героин-основания на таможне. Всякий раз, когда резко прекращался приток наркотиков на улицы страны, посещаемость метадоновых программ резко возрастала. Ценность метадоновой программы как «страховочной сетки» для потребителей, а также в целом для общества очевидна. Учитывая достаточно большой процент стабильных пациентов, которые остаются в программе, несмотря на скачки цен на героин, польза метадона увеличивается вдвое.

Эффективность доступных метадоновых программ находит свое отражение и в криминальной статистике. За первые пять лет работы метадоновых клиник в Гонконге количество осужденных наркопотребителей сократилось на 70%. Это касается не только небольших преступлений, связанных с хранением, покупкой или продажей наркотиков

в маленьких количествах, но и совершенных наркопотребителями в поиске средств на покупку наркотиков.⁵⁶

Наконец, опыт Гонконга повлиял на ход развития эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно если сравнить его статистику со статистикой других стран Азии и мира. Как показано в Таблице 2, связь между опиатной зависимостью и передачей вируса иммунодефицита человека минимальна.⁵⁷

Выводы

Известный афоризм говорит: «если властью не воспользовались – значит, ею злоупотребили». Конечно, речь здесь идет о власти, чтобы делать добро, спасать жизни, снижать уровень смертности, улучшать качество жизни не только целевой группы, но и всего общества. Если говорить о предоставлении лечения опиатной зависимости для всех, кто нуждается, то круг наших возможностей просто неограничен. Такие оправдания, как «мы не можем», «условия не позволяют нам это сделать», «сейчас не то время», «мы не можем сделать это так, как нам хотелось бы», всегда найдутся, и могут быть основаны на доброй воле. Но они неприемлемы по той простой причине, что они стоят жизни опиатовых зависимых и болезненно влияют на качество жизни всех остальных.

В отличие от многих других трагических дилемм, которые стоят перед современным обществом, мы знаем, как работать с «проблемой наркотиков», более того – работать успешно. Мы должны использовать наши силы и возможности.

В фокусе: *Обещания и реальность в Таиланде*

Пайсан Суваннавонг (Paisan Suwannawong)

Таиландская модель лечения построена на постулате, что лечение – это право. Этот важный принцип был воплощен в жизнь благодаря пяти годам усилий, организации и лоббирования людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), активистами, которые их поддерживали, нашей общей приверженности работе с правительством, направленной на то, чтобы лечение стало реальностью сегодняшнего дня. Но основная масса ЛЖВС Таиланда – потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – еще не стали частью этой реальности.

На сегодняшний день государственная программа бесплатной АРВ-терапии охватывает примерно 20 000 тайцев. Начинаются пилотные программы лечения АРВ для заключенных (около 500 человек), не граждан страны и иммигрантов. Нет никаких технических препятствий для обеспечения бывших ПИН лечением АРВ, хотя все еще широко распространено дискриминационное отношение к людям с опытом употребления наркотиков в системе здравоохранения. Активные потребители находятся в гораздо более серьезном положении. До недавнего времени в национальных протоколах по лечению было указано, что потребители наркотиков должны прекратить наркопотребление для того, что получить лечение. Представители ВИЧ-сервисных организаций говорят, что потребление на сегодняшний день не является критерием назначения или не назначения лечения, но в реальности ПИН встречаются с препонами системы здравоохранения, которая не может предоставить им необходимые сервисы, способствующие получению и успешному лечению АРВ. Часто врачи не располагают достаточными знаниями и информацией о возможном взаимодействии уличных наркотиков и АРВ-препаратов, в связи с которым нужно подобрать другую дозировку или комбинацию терапии, а также о лечении АРВ при гепатите С.

Поддерживающий сервис для активных потребителей, особенно в лечении ВИЧ, представляет серьезную проблему на сегодняшний день. Представители здравоохранения считают, что ПИН не могут быть привержены к лечению по причине своей зависимости. Метадон, который мог бы помочь стабилизировать ПИН, контролировать потребление или совсем бросить наркотики, доступен бесплатно, хотя и в ограниченном количестве, лишь в Бангкоке (в других районах Таиланда ПИН должны платить). Даже в Бангкоке в большинстве случаев метадон используется для снятия синдрома отмены, а не в качестве поддерживающей терапии, в связи с чем дозы и время лечения ограничены.

Информацию о ВИЧ или гепатитах трудно найти даже в центрах лечения наркозависимости. Государство совершенно не заботится о ПИН. Нет целевой профи-

лактики, а лечение практически недоступно. Недавно Всемирная Организация Здравоохранения констатировала, что действия правительства Таиланда в области профилактики и лечения наркопотребителей и других социально уязвимых групп «недостаточны и неэффективны», несмотря на успешность профилактики ВИЧ среди общего населения и предоставления бесплатной АРВ-терапии для большого числа людей.

Мой личный опыт хорошо показывает нехватку информации в Таиланде как среди ВИЧ-положительных людей, так и среди врачей. Пять лет назад мой врач решил назначить мне лечение АРВ. Я не чувствовал, что оно мне необходимо. Но врач беспокоился о моем гепатите С, и поэтому хотел начать курс. Я не смог выдержать прием АРТ (АЗТ, ЗТС, индинавир и ритонавир), в связи с чем через два месяца перестал принимать лекарства.

Во время недавней поездки в США я почувствовал, что мой гепатит С – это уже не шутка. Американский врач сказал, что мне нужно сделать биопсию печени и начать лечение. Потом я встретил друга, у которого тоже был гепатит С. Он мне сказал, что нужно сделать прививку от гепатита А и В. В Таиланде мне никто никогда не говорил о том, что можно и нужно себя таким образом предохранять.

Когда я вернулся в Таиланд, мой врач по СПИДу направил меня на осмотр к врачу-специалисту по печени. Врачи, занимающиеся лечением ВИЧ в Таиланде, не очень хорошо разбираются в сочетанных инфекциях. Ожидание приема к специалисту по болезням печени может длиться несколько месяцев. Когда я, наконец, оказался на приеме у специалиста печени, он мне сказал, что вирусная нагрузка и определение подтипа гепатита обойдется мне в 7000 батт (170 долларов США). Я все еще жду результатов тестов, но уже знаю наверняка, что у меня не хватит денег на лечение – 300 000-400 000 батт в год (примерно 9 800 долларов США, что существенно превышает средний годовой доход в Таиланде). Государственное здравоохранение бесплатно, но это не касается лечения ВИЧ и хронических заболеваний печени. Есть небольшие дополнительные бюджетные средства для лечения ВИЧ, но никаких средств не предусмотрено для лечения заболеваний печени, которыми страдает большинство ПИН в Таиланде.

Сейчас система здравоохранения Таиланда развивается и переориентируется, и мы надеемся, что многое изменится в лучшую сторону. Отдел по СПИДу Министерства здравоохранения предполагает выделение средств на лечение 70 000 человек к концу 2005 г. (с частичным финансированием государства и частичным Глобального фонда). Планируется, что лечение будет предоставляться во всех 800 государственных клиниках в рамках новой программы «Комплекс центров лечения и ухода», 200 из которых будут учреждены к концу 2004 г. В каждом центре будут работать: врач, медсестра, консультант, фармацевт, лаборант и три ЛЖВС. В

обязанности команды центра будут входить следующие функции: информирование ЛЖВС; определение критериев для назначения лечения АРВ; визиты на дом к пациентам; обеспечение их визитов в центр раз в два месяца. Вовлечение в работу центров ЛЖВС очень важно, однако возможности Тайской сети ЛЖВС (ТНР+), поддерживаемой из средств Глобального фонда, довольно ограничены, и ей будет сложно охватить все 800 клиник.

На сегодняшний день стоимость стандартной первой линии АРТ, комбинации фиксированной дозировки «GPO-vir» (d4T/3TC/NVP), производимой государственной фармацевтической компанией (примерно 80% всей АРВ-терапии в стране), составляет 1250 батт в месяц для правительства (или около 370 долларов США в год). Правительство проводит переговоры по снижению цен с ведущими фармацевтическими компаниями, импортирует лекарства, но также серьезно рассматривает вопрос о принудительной регистрации основных лекарств. В рамках организации широкомасштабной программы лечения АРВ-терапией участники получают бесплатное тестирование CD4+ (два раза в год) и вирусной нагрузки (раз в два года). В стране на сегодня работает 19 проточных цитометров для определения количества клеток CD4, еще 4-5 будут закуплены на средства Глобального фонда.

Много вопросов еще предстоит решить. Нужно ли интегрировать программу по СПИДу в систему государственного здравоохранения? Как обеспечить соблюдение стандартов лечения в частных клиниках? Нужно ли централизовать закупки и обеспечение медикаментами клиник (в зависимости от их запроса и географического расположения)? Как нам преодолеть стигму и негативное отношение врачей, а также нехватку знаний о лечении? Как остановить постоянный отток медицинских кадров из деревень?

Таиланд сегодня располагает всеми возможностями, чтобы изменить ситуацию, развить необходимые программы, которые достигли потребителей наркотиков, уменьшить рост новых случаев передачи ВИЧ и обеспечить лечением всех, кто в нем нуждается. Но для этого необходимо обеспечить ПИН информацией о том, как заботиться о своем здоровье, а также получить поддержку общества. Нам необходимо незамедлительно разработать национальную стратегию снижения вреда, в которую будут включены все секторы общественного здравоохранения и которая покроет всю территорию страны. Необходимо в срочном порядке обеспечить действительно доступное лечение ВИЧ и гепатитов для ПИН, а не делать вид, что здоровье потребителей наркотиков не связано со здоровьем всего общества. И, конечно, необходимо урегулировать правовые вопросы, касающиеся потребления наркотиков, иначе ПИН, опасаясь за свою безопасность, не будут обращаться в структуры здравоохранения. Изменить восприятие потребителя наркотиков, которое существует сегодня в обществе, крайне необходимо. Это

нужно сделать не только для того, чтобы ПИН могли приходить за помощью к врачам, но и ради соблюдения прав человека.

И, наконец, в эпоху разгара эпидемии ВИЧ-инфекции и войны с наркотиками мы можем выжить только при условии распространения информации, поддержки самих себя – ЛЖВС и ПИН, а также своим вовлечением в принятие решений, касающихся своих жизней, как на политическом, так и на уровне сервиса. Только тогда мы действительно сможем организовать эффективные программы, которые отвечают нашим требованиям и нуждам, как мы их понимаем.

Автор статьи является директором Тайской группы активистов в сфере лечения СПИДа, а также основателем и членом Тайской сети потребителей наркотиков.

Опыт Франции свидетельствует о том, что проблема приверженности к лечению ПИН не является более сложной, чем в любой другой группе ВИЧ-инфицированных пациентов, при условии обеспечения ПИН необходимыми услугами социального и медицинского ухода.

Франция: Отвечая нуждам потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения ВИЧ

Мишель Казачкин (Michel Kazatchkine)* и Франс Лерт (France Lert)**

Введение

Эпидемия ВИЧ/СПИДа вызвала значительные изменения наркополитики во Франции, начавшиеся в конце 1980-ых годов, которые привели к созданию комплексной системы лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции для опиатозависимых пациентов. В 1986-87 гг. первая кампания тестирования на ВИЧ в местах лишения свободы выявила, что более 50% потребителей инъекционных наркотиков инфицированы ВИЧ. Французская система социального страхования гарантирует бесплатное

* Руководитель, отдел иммунологии, Европейский госпиталь Жоржа Помпиду; директор, Национальное исследовательское агентство по СПИДу (ANRS), Франция.

** Руководитель исследований, INSERM U 88, Сен-Морис, Франция.

стандартное лечение ВИЧ-инфекции для всех пациентов, кто в нем нуждается, и французы, живущие с ВИЧ/СПИДом, уже с 1996 г. стали получать высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). Одновременно в феврале 1996 г. бупренорфин (под торговой маркой Субутекс) стал доступен для продажи в аптеках, и врачи общей практики получили разрешение прописывать его в качестве поддерживающей терапии для наркозависимых. С этого времени бупренорфин стал основным медикаментом заместительной терапии наркозависимости во Франции (по данным 2003 г., в общей сложности бупренорфин принимают 84 000 пациентов, метадон – 9 600) [OFDT, 2003].

Поддерживающая заместительная терапия во Франции

В конце 1980-ых годов несколько врачей общей практики начали прописывать низкие дозы бупренорфина и сульфата морфина пролонгированного действия опиатозависимым пациентам. В то время это было нарушением закона. СПИД-активизм и давление потребителей наркотиков на врачей общей практики с требованием начать применение заместительной терапии наряду с международной адвокацией в поддержку снижения вреда привели к внедрению нового подхода. Первые попытки расширения практики заместительной терапии метадоном до 1000 пациентов начались в 1994 г. В начале этот подход не достиг планируемого количества пациентов, поскольку были установлены очень жесткие условия приема в большинство центров лечения наркозависимости.

В марте 1995 г. использование увеличенных доз бупренорфина для заместительной терапии было одобрено во Франции, таким образом устанавливая две разные системы терапии бупренорфином и метадоном. С этих пор применение заместительной терапии во Франции отличается от других стран по трем аспектам: 1) не метадон, а бупренорфин является стандартным медикаментом для проведения поддерживающей терапии; 2) в основном врачи общей практики прописывают препараты заместительной терапии; 3) пациенты могут участвовать в программе лечения анонимно.

Бупренорфин стал доступным в феврале 1996 г. (под торговой маркой Субутекс) в трех дозировках (0,4 мг, 2 мг, 8 мг) в форме таблеток (семь штук в упаковке). Налоксон (опиатный антагонист) не вошел в состав препарата. Субутекс могут прописывать как специалисты в наркологических центрах, так и семейные врачи. Он выдается в аптеках и пациенты принимают препарат дома. При приеме в программу и во время ее прохождения от пациентов не требуется сдавать анализ мочи. Рецепт прописывался и лекарства выдавались на срок до 28 дней. С 1999 г., однако, этот срок был сокращен до 7 дней, чтобы уменьшить отток Субутекса из легального оборота на черный рынок.

Французская сеть по лечению наркотической зависимости: центры, врачи общей практики и тюрьмы

Заместительная терапия предоставляется в центрах лечения наркозависимости, семейными врачами, а также в тюрьмах и мобильных метадоновых центрах (в автобусах) в Париже (с 1998 г.) и Марселе (с 2000 г.). Центры лечения назначают Субутекс, который можно приобрести в аптеках. В центрах также предоставляется психосоциальная поддержка для клиентов. Услуги центров бесплатные и, следуя желанию пациентов, анонимные.

Любой врач общей практики (или так называемый семейный врач) имеет право выписывать бупренорфин и метадон пациенту после его поступления в центр лечения наркозависимости и стабилизации состояния. Консультации платные, и стоимость назначаемых лекарств покрывается полностью или частично медицинской страховкой. Таким образом, большая часть потребителей могут получать медицинскую помощь и лекарства бесплатно. Небольшое бюджетное финансирование призвано поддерживать врачей общей практики в развитии сетей лечения наркозависимости, поддерживающих комплексный подход к лечению наркозависимости. Это позволяет повышать профессиональный уровень практикующих врачей, способствовать доступности и улучшению качества лечения.

Закон о здравоохранении в местах лишения свободы, принятый в 1994 г., гарантирует заключенным равный доступ к медицинской и психиатрической помощи. В настоящее время услуги здравоохранения в тюрьмах оказываются гражданскими врачами местных медучреждений. Они независимы от администрации исправительного учреждения. Таким образом, даже в тюрьме любое лечение продолжается, в том числе и лечение заместительной терапией. Наркозависимым заключенным предлагается либо наркологическая помощь, основанная на подходах непосредственного отказа от наркотиков, либо заместительная терапия метадоном или бупренорфином. После освобождения заключенным выдается трехдневная доза терапии.

Комплексный подход к лечению ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков

Модель лечения ВИЧ у ПИН, которую мы внедрили в госпитале Жоржа Помпиду в Париже, а также в других программах, включает специфическую помощь наркопотребителям в рамках программы лечения ВИЧ, нежели лечение ВИЧ, включенное в программу лечения зависимости. Ниже следует список основных принципов нашего подхода:

- ▶ Наличие врача, который может выписывать препараты заместительной терапии и обеспечивать совместную работу со специалистами по лечению ВИЧ-инфекции по вопросам, касающимся лечения ВИЧ и одновременного назначения заместительной терапии.

- ▶ Наличие максимально возможного количества необходимых служб и специалистов в пределах одного учреждения (включая, например, дерматолога, психолога, специализированный средний персонал для поддержки выработки приверженности, сопровождение волонтеров НГО).
- ▶ Расширенное расписание работы клиники для обеспечения большей доступности (например, наличие вечерних часов работы в регулярном порядке).

Чрезвычайно важным нам представляется проведение регулярных встреч всей команды, включая врачей, средний медицинский персонал и волонтеров НГО, работающих в клинике, с представителями программ снижения вреда и представителями групп ПИН. Частые встречи и совместное обсуждение проблем крайне необходимо для успешного лечения и ухода для ВИЧ-позитивных ПИН, а также для улучшения понимания нужд и потребностей данной группы пациентов.

Вечерняя клиника в Европейской больнице Жоржа Помпиду была открыта в 1988 г., когда во Франции люди, живущие с ВИЧ, подвергались особенной дискриминации. Целью открытия такой клиники было предоставление возможности асимптоматическим пациентам ходить к врачам-специалистам, не нарушая своего нормального распорядка дня (и не объясняя, например, на работе причины своего дневного отсутствия). Единственным неудобством вечерней клиники служило то, что все присутствующие в зале ожидания – люди с ВИЧ, а также то, что тишина и изоляция вечерней клиники несколько негативно давят на пациента (в сравнении с суматошной активностью больничного персонала и пациентов в дневное время). Однако эти неудобства не помешали вечерней клинике развиваться. С 18 до 23 часов в клинике работают четыре-пять врачей общей практики, один офтальмолог, один психолог и один дерматолог. Кроме того, в вечерней смене работают секретарь, медсестра и два-три волонтера из AIDES (одной из крупнейших в Европе ВИЧ-сервисных НГО, которая работает в вечерней клинике с самого открытия и предлагает ценные услуги клиентам). Медицинский персонал не получает дополнительной оплаты за работу в вечерние часы – это воспринимается как нормальное обязательство работы в отделе по ВИЧ.

Поддержка приверженности к лечению ВААРТ: роль заместительной терапии бупренорфином

Опыт показал, что заместительная поддерживающая терапия играет важную роль в эффективном лечении ПИН, а также является критическим фактором выработки приверженности к медицинскому лечению, социальной и психологической реабилитации. Высокий уровень приверженности показали ВИЧ-позитивные пациенты на заместительной метадоновой терапии, получающие Зидовудин* и профилактическое лечение

* Вероятно, речь идет о назначении АЗТ как монотерапии в эру до внедрения ВААРТ (прим. редактора перевода).

туберкулеза. Ряд исследований свидетельствует, что заместительная метадонная терапия является ключевым элементом приверженности ПИН к лечению ВААРТ.

Использование бупренорфина, который свободно выписывается и контролируется в рамках амбулаторного лечения во Франции (по сравнению с более жестко регулируемым метадонном), имеет весь ряд потенциальных преимуществ. В 2000 г. было проведено исследование MANIF, целью которого стало определение влияния бупренорфиновой заместительной поддерживающей терапии на приверженность ПИН к ВААРТ. 80% приема предписанных медикаментов в течение недели до визита к врачу определялось в рамках исследования в качестве хорошей приверженности. Из 164 людей, инфицированных путем потребления инъекционных наркотиков, 107 (65%) оказались приверженными к лечению ВААРТ, что является средним показателем для всех групп ВИЧ-инфицированных во Франции, получающих антиретровирусное лечение. В опровержение стереотипа, бытующего среди профессионалов здравоохранения, ПИН на бупренорфиновой заместительной терапии показали такие же результаты приверженности, как и бывшие потребители опиатов (смотри Таблицу 1).

Таблица 1. Показатели отсутствия приверженности к ВААРТ. Когорта MANIF 2000 (N = 164).

<i>Потребление наркотиков и заместительная терапия</i>	<i>Всего N=164</i>	<i>Не привержены {1} N=57, %</i>	<i>Привержены {2} N=106, %</i>	<i>OR (95% ДИ) {1} против {2}</i>
Участники бупренорфиновой поддерживающей терапии	32	21,9	78,1	1,0
Бывшие ПИН	113	34,5	65,5	1,9 (0,7-5,28)
Активные ПИН, не принимающие заместительную терапию	19	57,9	42,1	4,9 (1,2-20,8)

Употребление незаконных наркотиков само по себе не было определено как отдельный фактор, влияющий на отсутствие приверженности к лечению, тогда как разные социальные и экономические факторы, включая отсутствие финансовых средств, проблемы с законом, отсутствие постоянного места жительства, молодой возраст и употребление алкоголя, как оказалось, напрямую влияют на ход лечения и приверженность. Эта зависимость говорит о необходимости работы, направленной на улучшение материального и социального положения для выработки у ПИН приверженности к лечению и уходу ВИЧ.

Выводы

Опыт Франции свидетельствует о том, что проблема приверженности к лечению ПИН не является более сложной, чем в любой другой группе ВИЧ-инфицированных пациентов, при условии обеспечения ПИН необходимыми услугами социального и медицинского ухода, включая заместительную терапию. Таким образом, приверженность не может служить оправданием отказа в лечении, спасающем жизнь потребителям инъекционных наркотиков.

Заместительная терапия с применением бупренорфина является эффективным инструментом в использовании ВААРТ у ПИН, а также способствует выработке приверженности к лечению ВИЧ. Несмотря на значительный отток бупренорфина на черный рынок, что может ставить под сомнение использование препарата в общей практике, как пациенты, так и врачи часто относятся к терапии метадоном с меньшим энтузиазмом и воспринимают ее как замену неудавшейся по тем или иным причинам бупренорфиновой заместительной терапии.

СПИД-сервисные центры и клиники должны быть организованы таким образом, чтобы нужды ПИН учитывались; необходимо проводить аутрич-работу, чтобы ВИЧ-инфицированные ПИН могли без опаски обращаться за необходимыми им услугами (включая весь спектр ухода за ВИЧ, заместительную терапию, психологическое консультирование и поддержку, а также систему перенаправления в службы социальной помощи). Для эффективной работы необходима мотивированная и приверженная команда врачей, сестер, психологов, консультантов по принципу «равный-равному», которая не допускает стигматизации и проявлений дискриминации в отношении ПИН, так часто встречающихся в медицинских учреждениях.

Необходимо также развивать и дополнительные сопутствующие сервисы, такие как психиатрическая помощь для пациентов с двойным диагнозом (ВИЧ+ПИН с психическими расстройствами), социальная помощь (как индивидуальная, так и в рамках сообщества) в поиске и обустройстве жилья, а также трудоустройстве.

Снижение вреда стало эффективной политикой для решения профилактических задач среди опиатовых потребителей, отвечающей также нуждам и потребностям ВИЧ-инфицированных ПИН. Однако не стоит останавливаться на достигнутом, требуется улучшение профилактических услуг и лечения, регулярное приспособление к изменениям субкультуры потребления наркотиков, внедрение инновационных подходов, отвечающих интересам и учитывающих права как всего общества в целом, так и группы наркопотребителей.

Дифференциация и индивидуализация в медицинских подходах, отвечающих нуждам наркозависимых пациентов, внедрение и использование заместительной терапии при лечении ВААРТ у потребителей опиатов, гибкость и дружественный подход в организации работы службы (особо привлечение консультантов из сообществ, консультантов по принципу «равный-равному») – вот наиболее важные элементы эффективного лечения и ухода для ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациентов. Исходя из этого, вопрос приверженности потребителей инъекционных наркотиков к лечению не может и не должен рассматриваться как критерий для отказа в лечении ВИЧ потребителям наркотиков.

Успех нашей программы по выработке и активному продвижению приверженности среди группы пациентов, в которой наблюдается высокий уровень бедности и злоупотребления психоактивными веществами, а также серьезные психосоциальные проблемы, говорит о том, что подобные сервисы должны быть внедрены как часть рутинной работы.

Нью-Йорк: Антиретровирусное лечение пациентов с множественными проблемами

Джей Франклин Добкин (Jay Franklin Dobkin)*

Введение

В данной статье мы описываем опыт программы «Jumpstart», проводимой в городской клинике Колумбийского пресвитерианского медицинского центра в Нью-Йорке. Данная программа направлена на интенсивную поддержку и образование пациентов с целью выработки их приверженности к лечению антиретровирусной терапией. Основной целевой группой программы являются маргинализированные пациенты, включая потребителей наркотиков, получающих лечение ВИЧ или туберкулеза.

Описанный далее случай иллюстрирует некоторые характерные проблемы, с которыми встречаются наши клиенты и врачи. Он также указывает на возможные решения проблем наркопотребителей и других групп с психосоциальными отклонениями, которые связаны с началом приема и терапии ВИЧ.

* Директор программы по СПИДу в Медицинском центре Колумбийского университета; доцент клинической медицины в Колледже врачей и хирургов Колумбийского университета.

Случай пациента программы «Jumpstart»

Д.А. более пятидесяти лет, на протяжении многих лет он употребляет наркотики. Он употреблял героин инъекционным путем более 20 лет, что, вероятно, и привело к инфицированию ВИЧ. Благодаря метадоновой терапии он довольно долго, в течение нескольких лет, мог работать на квалифицированной работе. В 40 лет он начал употреблять кокаин в разных формах и злоупотреблять алкоголем. Это привело к нескольким эпизодам проявления домашнего насилия и, в конце концов, к заключению и потере работы. Курс его лечения ВИЧ прерывался, и лечение было неэффективным. В конце концов он попал в программу «Jumpstart», где прошел тщательное обследование, и ему был назначен курс образовательных сессий, который был проведен консультантом программы по принципу «равный-равному». В ходе обследования Д.А. показал себя как интеллигентный, знающий и мотивированный пациент, готовый использовать предоставленную ему возможность лечиться. Однако он настаивал на том, что его потребление кокаина и алкоголя не представляет серьезной проблемы для лечения, и он может его контролировать. Участие в программе по выработке приверженности к лечению предполагало еженедельные визиты в программу, где ему выдавался готовый упакованный набор лекарств, однако Д.А. часто опаздывал на несколько дней, а также у него было много упущений в лечении, в которых он обвинял то жену, то других. Затем он и вовсе исчез на несколько месяцев. Когда он вновь появился в клинике, то сообщил, что отбывал наказание в тюрьме, где он не сообщил о своем статусе, опасаясь проявлений дискриминации. Он снова стал посещать программу по выработке приверженности, но за время пребывания в тюрьме у него развилась оппортунистическая инфекция, и в скором времени он был госпитализирован. Только теперь он признал, что злоупотребление психоактивными веществами является основной причиной его медицинских и других проблем. Д.А. согласился пройти курс стационарного лечения наркозависимости, который был указан как обязательное условие, чтобы вновь начать курс лечения ВИЧ. Последующий за этим курс лечения ВИЧ выгодно отличался от предыдущего опыта, что выразилось в снижении вирусной нагрузки до неопределяемого уровня (менее 50 копий в мл), которая сохраняется вот уже на протяжении двух лет, несмотря на то, что, по признанию самого Д.А., он время от времени все же употребляет кокаин и алкоголь.

Случай Д.А. свидетельствует о том, насколько важно для пациента признание факта, что употребление психоактивных веществ является очень важной проблемой в его жизни. Желание Д.А. бороться с зависимостью и принятие помощи извне помогло ему контролировать уровень потребления настолько, насколько это необходимо для успешного лечения ВИЧ. Д.А. в связи с супервизией во время самого «хаотичного» периода в его жизни удалось избежать развития высоких уровней мультирезистентности вируса, которое потенциально могло бы помешать хорошим результатам лечения уже позже, когда он достиг высокого уровня приверженности к лечению.

«Jumpstart»: комплексный подход к лечению

Необходимость устойчивой приверженности к лечению не ставится под сомнение большинством врачей, работающих в области ВИЧ, однако препятствия на пути ее достижения стоят более чем серьезные. В конце 1980-х годов вспышка заболеваемости туберкулезом напомнила нам о том, что многосторонний (мультидисциплинарный) подход к таким разноплановым проблемам, как бездомность и употребление психоактивных веществ, является составляющей успешного лечения многих инфекционных заболеваний. Однако в действительности радикально изменили ситуацию широкомасштабные программы DOT. Этот опыт повлиял на подход, разработанный в нашей клинике несколькими годами позднее, когда эффективное, но сложное лечение ВИЧ стало доступным. Оно имело несколько сходств с лечением туберкулеза – для достижения результатов требовалась комбинация из нескольких лекарств; вирус ВИЧ, как и возбудитель туберкулеза, довольно быстро вырабатывает устойчивость к лекарствам (резистентность), в особенности в тех случаях, если прием лекарств нерегулярен или принимается только лишь один компонент. В том случае, если лекарства назначаются и принимаются правильно, можно избежать резистентности, туберкулез излечивается, а ВИЧ может контролироваться продолжительное время.

В самом начале врачи нашей клиники работали над повышением грамотности, консультированием и поддержкой пациентов, поскольку им казалось, что это именно то, в чем нуждаются пациенты. Еще на ранних этапах развития программы медсестры заметили, что некоторые пациенты не справляются с большим количеством таблеток, которые им приходится принимать. Большинство пациентов принимало антиретровирусные препараты три раза в день (10-20 таблеток), плюс медикаменты для профилактики или лечения оппортунистических инфекций (3-5 таблеток), плюс еще дополнительные медикаменты для лечения психических расстройств или других заболеваний. Некоторые пациенты не умели читать по-английски, некоторые не умели читать вообще ни на каком языке, у некоторых были задержки психического или умственного развития, из-за чего они не могли отслеживать прием большого количества лекарств, и, наконец, многие не могли справиться с количеством предъявляемых требований.

Медсестры стали расспрашивать пациентов о подобных проблемах, предлагая помощь тем, кто в ней нуждался. Помощь включала как рисование схем приема лекарств, так и расфасовку всех медикаментов в пеналы с отделениями на каждый прием.

После получения двух грантов нам удалось расширить спектр услуг сопровождения лечения. Грант «Ryan White Care Act» Национальной программы лечения СПИДа США дал нам возможность организовать образовательную программу для пациентов, впервые начинающих лечение ВИЧ и имеющих трудности с приверженностью к лечению. Типичный курс образования включает в себя три часовых беседы с «равным» ВИЧ-позитивным консультантом, в ходе которых пациенту разъясняются основные аспекты жизненного цикла ВИЧ, биологии человека, действия лекарств и побочных эффектов, а также условия, при которых лечение может быть эффективным. Второй грант, полученный от штата Нью-Йорк, позволил нам интегрировать наработанный опыт и создать комплексную программу приверженности к лечению под названием «Jumpstart».

Программа «Jumpstart» включает в себя четыре компонента:

- ▶ **Оценка:** Каждый пациент, направленный в программу, проходит интервью с медицинским работником. Интервью проходит по стандартному структурированному протоколу, который выявляет возможные трудности выработки приверженности к лечению.
- ▶ **Образование, обучение и консультирование:** Пациенту подбирается подходящий «равный» консультант (по признакам языка, пола, пути передачи ВИЧ, если возможно), который проводит три образовательные консультации и визит на дом.
- ▶ **Оценка команды:** Мультидисциплинарная команда специалистов программы «Jumpstart», состоящая из социальных работников, медсестер, раз в две недели встречается с врачами для оценки состояния и прогресса пациента. Зачастую выявляются проблемы и трудности, которые довольно сложно выявить в ходе рутинной медицинской помощи пациенту. Следуя советам команды, врач определяет время начала и режим лечения для конкретного пациента. В стандартных случаях весь процесс занимает три-четыре недели. Если выявляются серьезные проблемы (такие как активное употребление наркотиков или депрессия) и команда думает, что они могут поставить под угрозу ход лечения и его результаты, процесс может затянуться на время, необходимое для разрешения этих проблем. Это может быть и направление на детоксикацию, и содействие в поиске постоянного места проживания, и, если есть необходимость, сопровождение и поддержка пациентов в открытии ВИЧ-положительного статуса своим родным и близким, и психиатрическое лечение.
- ▶ **Контролируемая раздача медикаментов:** Когда пациенты программы «Jumpstart» начинают лечение, персонал программы выдает им заранее упакованные коробки с лекарствами на неделю. Всякий раз, когда клиенты приходят за новой упаковкой лекарств, сотрудники программы беседуют с ними о проблемах приверженности и побочных эффектах. В процессе улучшения состояния пациента и удовлетворительного хода лечения частота обязательного посещения программы снижается, после чего пациенты могут приходить сначала раз в две недели, затем раз в месяц. В итоге пациенты могут завершить участие в программе.

За последние пять лет в программу «Jumpstart» было принято более двухсот пациентов. Примерно половина пациентов впервые начала лечение и половина тех, кто однажды уже начинал лечение, но по каким-либо причинам прервал его.

Программа, судя по количеству пациентов, продолжающих лечение и успешно контролирующим ВИЧ, эффективна. Однако можно с уверенностью сказать, что впервые начавшие лечение в программе пациенты добиваются больших успехов, чем когорта предыдущих контрольных групп. У «новичков», судя по статистике, больше шансов достичь неопределяемой вирусной нагрузки и сохранять ее на этом уровне на протяжении одного-двух лет сопровождения. Среди участников программы «Jumpstart» 98% добиваются результата, при котором вирусная нагрузка хотя бы в

одном исследовании не определяется в первый год лечения. В предыдущей контрольной группе, где участники получали уход хотя бы временно (без всеобъемлющего сопровождения), этот процент составляет 62. После первого года все в группе «Jumpstart», исключая одного (41/42) пациента, находились все еще на активном лечении, и 86% из них имели неопределяемую вирусную нагрузку. В контрольной группе лишь 37 из 52 оставались на лечении в течение первого года, и лишь 28 из них получали ВААРТ. Из 28 только у 17 вирусная нагрузка была минимальной (61%).

Если к данным применить анализ намерений приступить к лечению, принимая во внимание, в какой группе изначально был пациент, и определяя приверженность к лечению отсутствием прерываний в терапии (неважно из-за каких причин), то разница покажется еще более демонстративной: 86% успеха в программе «Jumpstart» против 33% в контрольной группе обычной программы лечения. Кроме того, пациенты «Jumpstart» гораздо быстрее достигают подавления вируса, чем в контрольной группе обычных программ.

Ведение пациентов с опытом одной или нескольких неуспешных попыток терапии ВААРТ – еще более комплексная задача. Помимо факторов, которые могут привести к неуспешному лечению (зачастую это слабая приверженность и нерегулярность приема лекарств), часто присутствует резистентность вируса к некоторым препаратам. Сложность еще заключается и в типичном взаимодействии между врачом и пациентом, в котором пациент стремится приуменьшить проблему приверженности, тогда как врач склонен просто прописать новые медикаменты, нежели выяснить причины, которые повлияли на остановку предыдущего режима лечения.

Подход «Jumpstart» кардинально отличается от обычной схемы взаимодействия: если пациенту не удалось справиться с предыдущей схемой лечения, проводится тщательный анализ того, что могло повлиять на срыв. Когда причины выявлены, врачи делают все возможное, чтобы их устранить. И только после устранения/уменьшения факторов, препятствующих лечению, под усиленным наблюдением команды и при повышенном внимании к возможным выявленным сложностям назначается новая схема.

Изначальные результаты нашей работы с пациентами, имеющими опыт срыва, выявили два очень важных момента: 1) у многих пациентов есть сложности в продолжительном лечении и уходе, связанные с соблюдением всех условий, необходимых для достижения целей лечения; 2) несмотря на огромное количество психосоциальных проблем у пациентов, включая характерное для этой группы злоупотребление психоактивными веществами, был достигнут высокий процент успешного лечения после одного года на так называемой «терапии спасения», которая представляет собой специально разработанный режим для пациентов, имевших неоднократный, но неуспешный опыт лечения в прошлом, приведший к развитию устойчивости вируса к медикаментам.

Сложность удержания пациентов с опытом срывов в уходе отражается в нашем опыте работы с 97 пациентами, которые вошли в программу «Jumpstart». 19 пациентов ушли из программы еще на первой оценочной фазе, до того как им был назначен курс «терапии спасения»; еще 20 покинули программу в течение первого года приема «терапии спасения» ВААРТ. Отсутствие постоянного места жительства было

единственным фактором, предсказывающим неспешность удержания этих пациентов в программе. Лишь 5% из оставшихся в программе имели проблемы с жильем (по сравнению с 29% тех, кто вышел из программы). Потребление инъекционных наркотиков наиболее встречающееся явление среди покинувших программу, чем среди продолжающих лечение (16% ПИН в группе тех, кто ушел, против 13% в группе тех, кто остался в программе). Успеха в лечении – определенного как доведение до неопределяемого уровня вирусной нагрузки после года «терапии спасения» (<400 копий/мл) – достигло 66% из 78 пациентов, которые остались в программе и начали «режим спасения». Индивидуально с каждым пациентом на стадии оценки были выявлены факторы риска, могущие помешать лечению. В результате, если сравнивать с итогами лечения, выяснилось, что общими факторами, предсказывающими неуспешное лечение, являются проблемы с жильем и активное психическое заболевание. Однако активное злоупотребление психоактивными веществами не было фактором, предсказывающим низкий уровень успешности лечения.

Оценка ответа пациента на «терапию спасения» затрудняется и тем, что сопротивляемость вируса, выработанная многими неудачными попытками лечения, бывает настолько велика, что даже при абсолютной приверженности пациента к лечению вирусная нагрузка не снижается. Также простой тест на резистентность зачастую не отражает их результата, поскольку у многих пациентов предыдущие режимы лечения выработали штаммы вируса, которые могут не выявляться стандартными доступными тестами. Кроме того, пациенты, которые начали «терапию спасения», отличаются друг от друга по опыту предыдущего лечения, выраженностью иммунодефицита и, возможно, способностью к репликации мутировавшего вируса. Тем не менее, многие пациенты, если не большинство, нуждаются в «терапии спасения», в основном в связи с предшествующими сложностями в достижении высокого уровня приверженности. Поэтому одной из основных наших задач становится искоренение факторов, препятствующих выработке приверженности к лечению и связанных с резистентностью у каждого пациента, готовящегося начать новый режим лечения, направленного на снижение сопротивляемости вируса и достижение успеха в лечении.

Наш опыт с участниками «спасительной терапии» в программе «Jumpstart» показывает, что интенсивная работа с такими пациентами может быть эффективной еще и по той причине, что многие из них принимали терапию настолько непостоянно, что вирус не выработал такой серьезной резистентности, которая ожидалась при их приеме в программу. Наблюдение показывает также, что среди пациентов программы «Jumpstart» статистика эффективности лечения сравнима в группах пациентов, имевших предыдущий опыт приема препаратов как из трех, так и двух классов. Среди последних не наблюдалось разницы между пациентами, получавшими терапию с препаратом нового класса, и теми, кто не получал такового.

Опыт интенсивной работы по выработке приверженности для группы пациентов, в которой наблюдается высокий уровень бедности и злоупотребления психоактивными веществами, а также ряд психосоциальных проблем, предполагает, что подобный сервис должен быть внедрен как часть рутинной работы, особенно со схожими группами

пациентов. Мы подсчитали, что стоимость этой работы увеличивает стоимость антиретровирусного лечения всего на 10% в первый год. Это с лихвой окупается за счет снижения количества срывов в лечении, выработки резистентности вируса, лечения оппортунистических инфекций и госпитализации. Данная модель требует дополнительных человеческих ресурсов, но в основном падает на плечи «равных» консультантов и другого не медицинского персонала, что делает возможным внедрение ее в любых условиях и в любой стране, включая страны с развивающейся экономикой. И хотя данная программа не разработана специально для злоупотребляющих наркотиками пациентов, ее подход предлагает клиентам необходимую интенсивную и многостороннюю поддержку для успешного начала и продолжительного участия в уходе и самого лечения.

Во всем мире комплексная и эффективная стратегия борьбы со СПИДом требует как профилактики, так и лечения, а также соблюдения приоритетов общественного здравоохранения и прав человека наиболее уязвимых групп населения.

Аргентина: Разработка модели качественного лечения ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков

Марио Печени (Mario Pecheny)*

Эти лекарства [лекарства для лечения гепатита] мне здорово помогают, я вообще всегда выбираю все лучшее. Раньше, например, я всегда спрашивал: «Где самый модный клуб?» Всегда хотел быть модным... Вы знаете, с наркотиками тоже самое. Итак, у кого самые лучшие?.. Для своего здоровья я выбираю только самое лучшее. Чтобы вылечиться, я себя спрашиваю, где самое лучшее место?

Маркос, 31 год, потребитель наркотиков, бывший ПИН, ВИЧ-отрицательный, успешно прошел курсы лечения гепатита В и С.

* Университет Буэнос-Айреса и CONICET, Аргентина; профессор, читает лекции в Институте изучения Латинской Америки в Колумбийском университете.

Введение

Появление в 1996 г. высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) стало переломным моментом в истории для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. В 2002 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) оценила, что около 6 миллионов человек в странах среднего и низкого достатка нуждаются в ВААРТ. Однако на тот момент только лишь 230 000 человек получали ВААРТ, из которых 170 000 проживали в странах Латинской Америки.¹

На протяжении более чем пяти лет некоторые страны Южной Америки, такие как Бразилия, Уругвай и Аргентина, обеспечивали своим гражданам бесплатный и всеобщий доступ к ВААРТ разными способами. Как считают правительства этих стран, есть как минимум два аргумента в пользу всеобщего бесплатного доступа к лечению: ВААРТ снижает смертность от СПИДа; ВААРТ снижает стоимость ассоциированных услуг (госпитализация, лечение оппортунистических инфекций). Кроме того, ВААРТ существенно снижает риск вертикальной (от матери ребенку) передачи ВИЧ, а также вирусную нагрузку, что влияет на риск и горизонтальной (половым путем) передачи.²

ВИЧ и наркотики

По оценкам Панамериканской организации здравоохранения, 34,3% всех случаев СПИДа, зарегистрированных в южной части Латинской Америки (Аргентина, Парагвай, Уругвай и Чили), и 23,7% всех случаев в Бразилии связаны с употреблением инъекционных наркотиков.³ После Бразилии и Мексики Аргентина занимает третье место по СПИДу в Латинской Америке – 27 000 зарегистрированных случаев, из которых 36,3% выявлены среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).⁴ В Аргентине заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ПИН очень высока (варьирует от 27% до 80%).⁵ Ко-инфекции также сильно распространены, в особенности гепатит С, и составляют примерно 80-92,3% среди ВИЧ-инфицированных ПИН.⁶

В 1990-ых годах рост заболеваемости СПИДом среди ПИН (они составляли большинство случаев) заставил НГО и официальные лица здравоохранения в Южной Америке взглянуть на эпидемию реально. Однако проблема наркотиков в регионе неоднородна. Разные наркотики, разные способы употребления, разные потребители и разные поколения потребителей имеют разные потребности и нужды.

В Аргентине хранение наркотиков преследуется по закону. Стигматизация употребления наркотиков приводит к двойному ostracismu потребителей: за незаконное поведение и несоблюдение социальных норм. Закон суров, но неоднозначен. Например, человека могут арестовать за хранение даже малых доз наркотиков. Однако задержанный может признать себя наркозависимым или имеющим медицинские или психологические проблемы из-за наркотиков, тогда есть возможность получить альтернативное тюремному заключению лечение.⁷

Стигматизация потребления наркотиков всеобъемлюща. Потребители наркотиков сталкиваются с социальным исключением даже со стороны профессионалов здравоохра-

нения, а также с предрассудками, связанными с моделями поведения, ассоциирующимися с потреблением наркотиков. Зачастую и сами ПИН считают, что такое отношение общества к ним обоснованно: исследование среди 400 ПИН показало, что 70% опрошенных считают, что «наркоманы в основном виновны в распространении эпидемии ВИЧ».⁸

Это же исследование показало, что 80% ПИН пользовались общими шприцами, хотя 94% из них знали, что это повышает риск передачи ВИЧ. Существует глубокая пропасть между теоретическими знаниями, с одной стороны, и реальными действиями в ситуации повышенного риска – с другой. Дискриминация и исключение в действительности только повышают вероятность того, что потребители наркотиков будут продолжать практиковать модели поведения, которые негативно могут отразиться и на их здоровье, и на здоровье окружающих их людей.

В 1990-ых годы количество случаев СПИДа в Аргентине неуклонно росло. В то время государство проводило «исправительный подход» в отношении потребителей. Лишь некоторые НГО и местные самоуправления проводили специализированную профилактическую работу с социально уязвимыми группами населения. Наконец, в конце десятилетия было принято решение, следуя которому Министерство здравоохранения взяло на себя ответственность за лечение, тогда как НГО и другие организации занялись профилактикой.

В 1980-1990-ых годах политика по отношению к наркотикам стала более репрессивной и напряженной. Перед лицом эпидемии СПИДа Аргентине пришлось пересмотреть свой преимущественно «исправительный подход» и методы, ориентированные только на абсолютную абстиненцию, а также репрессивную наркополитику.⁹ В наркополитике необходимо было проводить реформу, которая узаконила бы подходы снижения вреда в стране.

Снижение вреда

Снижение вреда в Аргентине показало себя эффективным подходом для охвата ПИН в городах. Изначально эти подходы внедряли НГО. Они ставили своей целью «добраться» до потребителей инъекционных наркотиков, которые были вне зоны контроля медицинских и социальных учреждений. Постепенно в таких городах, как Буэнос-Айрес, Розарио и Санта Фе снижение вреда было официально признано ключевым компонентом политики в отношении СПИДа.¹⁰ В 2003 г. Министерство здравоохранения по собственной инициативе запустило новую национальную программу снижения вреда и профилактики СПИДа.

Официальные лица здравоохранения и правительства, как Аргентины, так и других южноамериканских стран, негативно относятся к легализации наркотиков и другим радикальным мерам. Однако эпидемическая ситуация, прагматический взгляд и положительные результаты программ снижения вреда вызвали энтузиазм и поддержку со стороны этих правительств для столь эффективного профилактического

подхода среди ПИН. Кроме посланий здравоохранения о потреблении наркотиков, СПИДе и вирусных гепатитах, касающихся ПИН, НГО и государственные медицинские учреждения предоставляют потребителям информацию о юридической поддержке и правах потребителей наркотиков.

В этой работе важно также уделять внимание тому, как проводятся профилактические программы и каково отношение персонала к их клиентам. Потребители прошли через негативный опыт общения со всеми государственными учреждениями (полиция, тюрьма, здравоохранение), а потому ценят, когда к ним относятся не только профессионально, но и по-человечески. Несмотря на трудности, врачи и «равные» консультанты отмечают, насколько вознаграждает за труды выражаемая благодарность клиентов программы.¹¹

Потребители способны рационально воспринимать послания и услуги системы здравоохранения. Этнографическое и социологическое исследование показало, что они осведомлены о вреде и рисках, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, включая высокую вероятность смертельных исходов [Pecheny et al. 2002; Epele 2003].¹² Необходимо признать ответственность отдельно взятого потребителя и его информированное решение предпринять профилактические меры, если они доступны. Примеров обеспокоенности среди потребителей собственным здоровьем и здоровьем окружающих достаточно: женщины, использующие контрацептивные средства или обращающиеся за уходом в дородовой период; ПИН, проходящие курс вакцинации против гепатита В; все те, кто приходит за результатами теста на ВИЧ (по данным Jorgat et al. 2004, в анализированной выборке 91% из 209 потребителей сделали это).¹³

Профилактика и лечение

20 лет эпидемии СПИДа доказали, что профилактика не может быть отделена от лечения и наоборот.¹⁴ В Аргентине, когда появилось новое лечение, общий доступ к антиретровирусной терапии был обеспечен Национальной программой по СПИДу и другими секторами системы здравоохранения (например, системой социального и медицинского страхования). Специальное законодательство гарантирует доступ к лечению всех без исключения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, не дискриминируя по пути инфицирования.¹⁵ В 2003 г. примерно 23 000 аргентинцев получали лечение ВААРТ, большая часть – в рамках Национальной программы по СПИДу. Активные и бывшие потребители наркотиков, их партнеры и их дети представляют весьма существенную часть всех получающих лечение пациентов.

Далее следует краткое изложение двух статей о лечении АРВ препаратами для ПИН в Латинской Америке. Первая рассказывает о социологическом исследовании, которое я провел в Буэнос-Айресе, касающемся лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и/или гепатитом С. Вторая статья посвящена опыту лечения ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков и больничному исследованию в Буэнос-Айрес, проведенному известными в Аргентине профессионалами здравоохранения. Эти исследования показывают, что потребление наркотиков может быть важным фактором, влияющим на лечение и поддержку пациентов с ВИЧ.

Жизнь с ВИЧ/СПИДом и/или вирусным гепатитом С

В 2001-2002 гг. в университете Буэнос-Айреса я проводил исследование жизни с ВИЧ/СПИДом и/или вирусным гепатитом С (ВГС).¹⁶ В рамках этого исследования была проведена серия интервью с людьми, живущими с ВИЧ и/или ВГС, которые были инфицированы разными путями.¹⁷ Подтверждая основную идею этого сборника, в ходе исследования обнаружилось, что у пациентов, начавших прием терапии, очень схожие мнения, проблемы с приверженностью и с другими компонентами лечения, вне зависимости от того, каким путем произошло инфицирование.

Диагноз

Практически все интервьюируемые в момент объявления диагноза имели смутное представление о СПИДе, и никто из них не располагал информацией о гепатите С. Контекст сообщения диагноза ВИЧ и/или гепатита С примерно одинаков. Большинство участников исследования обнаруживали наличие инфекции в следующих случаях: у них или их партнеров появлялись симптомы заболевания; их партнеры узнавали о факте инфицирования; у некоторых женщин в дородовой или послеродовой период; некоторые во время лечения какого-либо другого заболевания или в центре реабилитации. Участники с ВИЧ и ВГС сначала узнавали о своем ВИЧ-статусе, и лишь спустя некоторое время, иногда через несколько лет, у них был обнаружен еще и гепатит С.

Все участники, у которых был обнаружен ВИЧ, ВГС или ко-инфекция, по-разному реагировали на положительные результаты тестов. Основной реакцией ВИЧ-инфицированных были мысли о смерти и чувство вины. Несмотря на то, что в последние годы отношение к СПИДу в мире существенно изменилось, общество неизменно ассоциирует это заболевание со смертью, безнадежностью, страхом и дискриминацией, и именно в такой атмосфере люди получают известие о диагнозе. Однако все участники подчеркнули, что их отношение к болезни резко изменилось, когда они получили доступ к информации о лечении. Для них возможность лечения явилась ключевым способом изменить представление о том, что СПИДе ведет к неминуемой смерти. Отсутствие возможности получать лечение сводило к нулю перспективы, планы, личную или профессиональную жизнь. С другой стороны, когда участники узнавали, что у них гепатит С, они ни с чем не ассоциировали это заболевание, потому что не имели о нем никакого представления. Доступность информации и лечения вирусного гепатита С вела к более глубокому пониманию природы гепатита С (как отличного от гепатита А), и иногда это также приводило к чувству безысходности.

Все ВИЧ-инфицированные и/или ко-инфицированные ВИЧ и ВГС потребители инъекционных наркотиков подозревали еще до тестирования, что они могут иметь эти инфекции. Это же касается и людей, чьи партнеры употребляли наркотики, которые передали вирус половым путем. Напротив, активные или бывшие потребители наркотиков, которые были инфицированы только ВГС, были весьма удивлены своим диагнозом. Эта реакция, скорее всего, вызвана недостаточной информацией о вирусном гепатите С, если сравнивать с тем обилием информации, которая есть о СПИДе. СПИД для потребителя является тем, к чему он готов, что нельзя сказать о гепатите С.

Также новостью диагноз стал и для тех, кто заразился половым гетеросексуальным путем от партнеров, не употребляющих наркотики, а также еще для одного человека, инфицированного во время переливания крови. У мужчин, имеющих секс с мужчинами, не было какой-то одинаково характерной реакции.

После получения информации о диагнозе ВИЧ-инфицированные и ко-инфицированные ВИЧ и ВГС участники какое-то время не могли принять статус, но в конечном итоге обращались к врачам. Те, кто «тянул» с обращением за медицинской помощью, прошли период необдуманных поступков под влиянием мыслей о диагнозе. Некоторые не считали, что лечение необходимо, пока не появлялись визуальные симптомы болезни.

Лечение

В Аргентине лечение АРВ доступно в разных секторах системы здравоохранения. Хотя случаются редкие логистические проблемы и задержки с поставкой лекарств, все люди, нуждающиеся в лечении, получают его бесплатно. Мы изучили, как лечение АРВ сочетается с разными обстоятельствами жизни людей. В большинстве случаев сам диагноз не заставляет людей обращаться за лечением, пока не появляются более или менее видимые симптомы болезни. Те немногие, кто обращался за лечением до появления симптомов, как оказалось, имели лучше доступ к информации о возможном лечении. Знания о болезни не зависели от уровня образования, а скорее были получены из первых рук: знакомые, живущие с ВИЧ, друзья или родственники, работающие в медицинских учреждениях, контакты в специализированных НГО. Личные контакты с людьми, которых болезнь коснулась, оказывали большее влияние на решение начать лечение, чем какая-либо абстрактная информация об этом. Чаще всего для решения о начале лечения человеку нужно было пройти через принятие статуса, иными словами – стать «хозяином» инфекции. Принятие статуса было связано с изменениями в потреблении наркотиков и/или заботой о детях. В случаях сочетанной инфекции больше внимания уделялось ВИЧ, тогда как гепатит С вспоминался позднее (например, при реабилитационном лечении наркозависимости).

Мы обнаружили всего пару случаев, когда участники прерывали лечение. Если пациент принимает статус и смиряется с ним, то в большинстве случаев он привержен к лечению. По признанию многих, отношения с врачом очень сильно влияют на приверженность. Если врач относится к пациенту как «к человеку» и «внимательно его слушает», то пациенты более дисциплинированы в приеме лекарств, проведении плановых мероприятий по тестированию и других рекомендованных медицинских операций. Некоторые отмечали и пол врача, говоря, что врач их понимает «как мужчина» или «как женщина». Когда пациент находит врача, с которым он чувствует себя комфортно, между ними налаживается некая эмоциональная связь. Информация о более или менее хороших (дружественных) врачах быстро распространяется по сети людей, живущих с ВИЧ, особенно это касается наркопотребителей, мужчин, имеющих секс с мужчинами, и транссексуалов.

Из наших интервью мы поняли, что приверженность возможна даже на фоне активного употребления наркотиков. Сама по себе она влияет на снижение рисков при потреблении наркотиков, а иногда даже ведет и к отказу от наркотиков. Однако профессионалы здравоохранения, которых мы проинтервьюировали во второй части нашего исследования, все же относятся к ПИН как к не приверженным к лечению пациентам, хотя они и составляют существенную часть пациентов у опрошенных врачей.

Профессионалы здравоохранения воспринимают потребителей, с которыми им приходится работать, как пациентов конфликтных и агрессивных. Они говорят о том, что многие их коллеги неохотно работают с ПИН, жалуясь также на собственный недостаток специфических знаний для оказания помощи потребителям. Основной проблемой ПИН, по мнению интервьюируемого медицинского персонала, является приписываемая потребителям неспособность следовать правилам. Предполагаемая безответственность потребителей наркотиков – часть стереотипа, в результате которого потребители действительно ведут себя так, как от них ожидают.

Предварительные результаты этой фазы исследования показали весьма неоднородное отношение медицинского персонала. Отношение к потребителям наркотиков зависит от профиля (врачи, медсестры, социальные работники, фармацевты, административный персонал), возраста и опыта работы с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, и/или потребителями наркотиков. Молодые и лучше обученные специалисты осознают разницу между способами употребления нелегальных наркотиков, а также признают юридические, социальные и культурные аспекты употребления наркотиков [Alonso et al. 2003].¹⁸

Другие клинические исследования показали, что в равных социально экономических условиях потребители могут быть привержены настолько, насколько и те, кто не употребляет наркотики.¹⁹ В результате этих исследований некоторые службы организовали образовательные программы для профессионалов здравоохранения, направленных на улучшение работы с потребителями наркотиков и на изменение предвзятого отношения к наркопотребителям и работы с ними.²⁰

Стресс и побочные эффекты – вот наиболее часто указанные причины (в основном непродолжительных) срывов курса лечения. Мотивация на лечение происходит главным образом из доверительных отношений с врачом, а также благодаря видимым результатам. Если лечение приносит ощутимые результаты, то пациент уверен в его пользе и готов продолжать курс. Но положительные результаты лечения могут также успокоить пациента, особенно после нескольких лет лечения, и он может прекратить его. Это относится ко всем группам пациентов, вне зависимости от того, каким способом произошло инфицирование.

Наконец, пациенты жаловались, что срывы иногда вызваны задержкой поступления лекарств (правительство в связи с финансовыми или логистическими проблемами не поставляло некоторые лекарства). В этих случаях мобилизация общественного мнения, а также и судебные процессы помогли призвать правительство к выполнению своих обязательств. В действительности, несвоевременная поставка лекарств является одной из основных проблем приверженности в Аргентине. Кроме того, пациентам приходится

преодолевать административные и бюрократические препоны для того, чтобы получить лечение. Эти организационные моменты серьезно влияют на приверженность к лечению АРВ.

«Профессионализм» пациента

В отношениях между врачом и пациентом опыт пациента и его информированность о собственном состоянии здоровья помогает усилить самооценку и роль самого клиента. Лица, участвующие в сетях, прямо или косвенно затронутых проблемой СПИДа (например, объединяющих мужчин, имеющих секс с мужчинами, бывших или активных потребителей наркотиков, людей, живущих с болезнью), характеризуются более развитым чувством независимости.

Профессионализм означает, что пациент все больше и больше узнает о своем заболевании. Этот образовательный процесс охватывает многие сферы, такие как симптомы, результаты тестов, лечение, медикаменты, использование медицинской терминологии, информацию о работе лабораторий и правах пациента, реакцию других людей (включая врачей), изобретательность в способах доступа к медикаментам, учреждениям и врачам. Пациенты даже могут изучить оказание сестринской помощи, что также снижает риск срывов в лечении, когда часть манипуляций они могут провести сами на дому, что позволяет ЛЖВС вести более «нормальную» жизнь.

Бывшие потребители наркотиков располагают навыками, которые могут оказаться полезными в лечении (например, инъекции медикаментов для лечения гепатита С). Потребители наркотиков являются своего рода экспертами по части шприцев, игл, химических веществ и медикаментов. Некоторые, правда, отмечали смешанные чувства по поводу использования *«la Terumo»* – такого же шприца, что они использовали для инъекций кокаина. Одна женщина, как она указала в интервью, по этой причине даже прервала лечение гепатита С.

Знакомство с лекарствами включает знания о качестве, эффектах, противопоказаниях, способах применения, ценах и способах получения их по минимальной цене. Медицинская терминология входит в обиходную речь. Участники нашего исследования говорили, что они следят за научным прогрессом и совершенствованием медицинских техник. Кроме того, изобретательность в получении лечения и медикаментов напрямую улучшает качество жизни пациентов.

Ведущую роль в образовании пациентов играет участие в сообществах людей со схожей патологией или ситуацией (бывшие или активные потребители наркотиков или мужчины, имеющие секс с мужчинами) до и/или после получения диагноза. НГО и группы взаимопомощи влияют на «экспертизацию» пациентов, помогая пройти от кризисного периода принятия диагноза до нормализации жизни.

Отмечено, что если семья пациента также затронута проблемой, процесс нормализации происходит быстрее. Когда человеку со статусом нужно поговорить о личном, когда он нуждается в сопровождении при получении лечения, то в большинстве случаев первым, кто приходит на помощь, становится родственник. Родственные связи меняются со временем, которое человек проживает с диагнозом. Зачастую

сначала человек сталкивается с обвинениями и чувством вины, но со временем это проходит, и семья начинает оказывать реальную помощь. Помощь исходит от матерей, братьев/сестер, близких друзей, которые становятся посвященными в лечение, уход и сопровождение человека. Часто родственник настаивает на продолжении лечения, когда больной переживает кризис и хочет прервать лечение.

Иногда люди не могут найти сочувствие в своей семье и у близких. У некоторых прошлый опыт употребления наркотиков не позволяет наладить уже ставшие напряженными отношения с семьей. Тогда за эмоциональной поддержкой обращаются к друзьям и медицинским работникам. Однако некоторые ПИН, напротив, восстанавливали разрушенные семейные отношения именно тогда, когда им ставили диагноз ВИЧ. В таких случаях наши интервьюеры говорили, что у ВИЧ есть и «положительные стороны», потому что они прекратили деструктивное поведение и вернулись в семьи. Многие говорили о том, что друзья, многие из которых также ВИЧ-положительные, занимают важное место в их жизни.

Многие получают эмоциональную поддержку, но лишь очень немногим оказывают поддержку финансовую. Те, кто когда-либо получал финансовую помощь от близких, относятся к среднему и выше среднего классам, тогда как те, кто никогда не получал никакой материальной поддержки, в основном из семей с низким доходом. С 2001 г. некоторые СПИД-сервисные программы раздавали пациентам еду или ваучеры на получение еды. Это положительно отражается на качестве жизни и на приверженности к лечению ЛЖВС. Люди, больные гепатитом С, но имеющие отрицательный ВИЧ-статус, не имеют доступа к таким программам.

Все вышесказанное подтверждает тезис о том, что люди, употребляющие или имевшие опыт употребления наркотиков, могут быть приверженными к лечению, если они способны взять на себя ответственность за свою жизнь и изыскать ресурсы, чтобы справляться с тяжелыми социальными условиями и личными проблемами, связанными с диагнозом. Тем не менее, стоит отметить, что современные социальные и экономические условия все еще представляют серьезную проблему для потребителей наркотиков.²¹

Для того чтобы решать основные проблемы и трудные ситуации, должны быть организованы комплексные программы лечения. Личные и социальные условия, включая и наркопотребление, должны быть учтены при планировании программ лечения. Профессионалы здравоохранения знают, насколько сложно это осуществить, особенно в таких ограниченных в финансовом плане условиях, как Латинская Америка. Тем не менее, успешные примеры этого есть.

Исследование группы потребителей наркотиков в госпитале Буэнос-Айреса

Врачи Грасиела Москателло, Патрисия Кампелло и Хорхе А. Бенетуччи работают в инфекционной больнице доктора Ф.Х. Муниза, в важной государственной больнице Аргентины, лечащей СПИД. Ниже приводится краткое описание статьи,

опубликованной в 2003 г., в которой рассказывается об опыте лечения потребителей наркотиков и успехах комплексного подхода.

В 1983-2001 гг. через ВИЧ-отделение в больнице с целью тестирования на вирус прошло 12 292 человека. Из них 27% (3319 человек) были потребителями инъекционных наркотиков. Наибольшее количество выявленных осложнений были связаны с инфекциями, передающимися через кровь, инфекциями, передающимися половым путем, и туберкулезом. Заболеваемость в этой группе распределилась следующим образом: ВИЧ – 80%, ВГС – 92%, ВГВ – 73%. В течение данного времени из 1472 клинических случаев среди пациентов данного отделения 65% (957) были связаны с ПИН. В 35% (515 из 957) случаях речь шла также о туберкулезе (ТБ).

В ответ на исторически сложившееся исключение ПИН из системы здравоохранения Москателло и ее коллеги внедрили «стратегический и интегрированный исследовательский подход», позволивший срочно реагировать на проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и внедрять необходимые терапевтические меры. Исследование продолжалось 21 месяц (с апреля 2000 г. по декабрь 2001 г.), оно насчитывало 108 участников из числа ВИЧ-инфицированных ПИН (73 – мужчины, 35 – женщины).

Авторы исследования поделили участников на четыре группы (А,В,С и D). Это зависело от степени злоупотребления наркотиками (от наименьшего до наивысшего, используя шкалу TMSPP), что позволило индивидуально для каждого пациента выбрать необходимое терапевтическое вмешательство, специфическое лечение, медицинское сопровождение и клинические обследования в процессе ведения.

Фаза 1: Исследовался возраст, в котором участники начали употреблять наркотики (56% – между 11 и 15 годами, 26% – в возрасте от 16 до 20, 11% – между 21 и 25 годами, 7,5% – в возрасте старше 26 лет); стаж инъекционного употребления наркотиков (46% – более 10 лет, 26% – 6-10 лет, 25% – менее 6 лет). Этот показатель выявил, что наиболее используемыми или смешиваемыми наркотиками были кокаин, бензодиазепины и марихуана, а также злоупотребление алкоголем. 81% пациентов имели приводы в полицию.

Фаза 2: Медицинское сопровождение после диагноза. Оказалось, что 56% участников уже знали о своем положительном ВИЧ-статусе. Однако никто из них до этого не получал лечения или последовательного медицинского обслуживания. 38% пациентов имели единичные или непродолжительные контакты с врачами, но никогда не тестировались на вирусные гепатиты В и С. В ходе исследования выяснилось, что 60% пациентов имели гепатит В, 81% – гепатит С, у 43% выявлен туберкулез (включая 1 случай мультирезистентного ТБ).

Фаза 3: Семейная и социальная ситуация. Среди пациентов было много безработных – 55%, и лишь 12% имели постоянную работу. Около одной трети пациентов работали время от времени и не получали поддержки от системы социального страхования. 29% имели постоянное место жительства, 56% проживали в неблагополучных районах, 12% жили на улице, 3% – в тюрьме. 63% пациентов имели условную судимость или испытательные сроки, 28% сидели за кражу.

Фаза 4: Психическое состояние пациентов. Выяснилось, что у 70% нет серьезных отклонений. Средние отклонения психического состояния наблюдались у 23%, 6% страдали действительно серьезными психическими расстройствами.

В начале исследования только 7 из 108 пациентов находились в группе низкой тяжести наркозависимости, а к концу исследования таких пациентов стало 40 ($p < 0,001$).

В таблице приведены точные цифры распределения пациентов от низкой до высокой тяжести состояния наркозависимости в начале и в конце 21-месчного исследования [Moscatello et al., 2003].

<i>Стадия</i>	<i>Начало исследования</i>	<i>Конец исследования</i>
A (низкая тяжесть)	7	40
B	58	40
C	33	18
D (высокая тяжесть)	10	10

По данным авторов, «30 из 40 пациентов, достигших в конце исследования стадии А [низкой тяжести], было назначено антиретровирусное лечение, согласно действующим на тот момент критериям. Начав лечение, пациенты показали высокий уровень приверженности, параллельно у них стабилизировалась вирусная нагрузка и иммунный статус инфекции. Однако они все еще продолжали принимать психоактивные вещества, хотя и в меньших количествах, чем раньше» [Moscatello et al., 2003].

Из 91 пациента, изначально находившегося на средних стадиях тяжести (В и С), 33 (31%) передвинулись вверх на стадию А. Это было существенным улучшением, особенно учитывая их исключение из системы здравоохранения до исследования; это было достигнуто путем работы над факторами, осложнявшими социальное состояние пациентов. Высокий уровень безработицы, недостаток средств к существованию и отсутствие постоянного жилья, а также проблемы с правоохранительными органами мешали пациентам поддерживать связь с медицинскими учреждениями. Однако и в таких условиях они доказали, что для того, чтобы начать лечение, ПИН не обязательно находится в ремиссии и достичь абсолютной абстиненции. Что действительно требуется, так это помочь ПИН снизить влияние социальных факторов, способствующих потреблению наркотиков.

«Комбинация двух основных факторов – содействие улучшению социальной ситуации и отсутствие давления на ПИН, связанного с требованием отказа от наркотиков – позволяет существенно снизить риски для здоровья пациента. Это значит, что ПИН может снизить вред своему здоровью путем поддержки связи с системой здравоохранения без обязательного соблюдения абстиненции» [Moscatello et al., 2003]. Эти выводы схожи с выводами, которые мы сделали в социально-этнографическом исследовании, оценивающем восприятия ЛЖВС и ПИН.

Персонал больницы использовал весь ряд средств для решения комплексных проблем ПИН:

- ▶ поиск жилья для бездомных ПИН при поддержке местной администрации Буэнос-Айреса;
- ▶ перенаправление нуждающихся в организации, где их могут накормить;
- ▶ организация бесплатного проезда в общественном транспорте для ПИН, чтобы те могли добраться до госпиталя (платный проезд является одним из препятствий доступа к медицинским услугам для ПИН);
- ▶ преодоление бюрократических препятствий для включения ПИН в Национальную программу по СПИДу, которая дает возможность получить бесплатный доступ к лечению АРВ, профилактике и лечению оппортунистических инфекций, а также тестированию вирусной нагрузки и CD4.

Заключение авторов: «помощь в решении социальных проблем и отсутствие давления на ПИН с целью отказа от употребления наркотиков, что довольно сложно выполнимо в краткие сроки и на добровольной основе, могут значительно улучшить их связь с системой здравоохранения, улучшить состояние здоровья и снизить риски для них и для их близких. Кроме того, такой подход способствует снижению насилия и агрессии (личной, в семье и социальной)». Сегодня многие аргентинцы согласятся с этими выводами.

В Буэнос-Айресе врачи Бен Линас и Марсело Е. Вила задают вопрос в одной из публикаций ассоциации «СПИД-координация» в Буэнос-Айресе: «Возможно ли лечить потребителей наркотиков ВААРТ?». Их ответ: «Да, возможно». «СПИД-координация», государственные госпитали и НГО продвигают снижение вреда и программы доступа к лечению.

По мнению Линаса и Вилы, «множество социальных и поведенческих факторов влияют на приверженность к АРВ. Поэтому очень важно определить и понять их до того, как начать курс лечения. Очень важно понять, что кроме употребления наркотиков есть и другие негативные факторы. Мнение о том, что наркопотребители не способны быть приверженными, не принимает во внимание факторов маргинализации, бедности, домашнего насилия, психических расстройств, сложных отношений «врач-пациент» в жизни многих потребителей наркотиков. Кроме того, далеко не все потребители наркотиков ведут хаотический и дезорганизованный образ жизни. Если мы снизим барьер между клиентом и медицинской помощью, мы сможем улучшить приверженность к сложным режимам лечения АРВ. Специальные программы в медицинских центрах по улучшению приверженности, а также тренинги для фармацевтов, медсестер, врачебного персонала, консультации равных, медицинская супервизия и инициативы самого пациента по приверженности – вот верная и эффективная стратегия».²² ПИН заинтересованы в улучшении своего здоровья, если им создать условия. В одном из исследований, например, из 174 активных ПИН, прошедших добровольное консультирование и

тестирование крови на ВИЧ и гепатиты, 90% пришли за результатом анализов, а 80% полностью прошли вакцинацию (три дозы) против гепатита В.²³

Исследование «СПИД-координация»²⁴ пришло к следующим выводам:

- ▶ Многие потребители наркотиков могут быть приверженными к антиретровирусному лечению.
- ▶ Потребители наркотиков, живущие с ВИЧ, начавшие лечение и проводящие его с профессиональными специалистами здравоохранения, могут достичь тех же результатов, что и люди с ВИЧ, не имеющие опыта потребления наркотиков.
- ▶ Социальные факторы и личная жизнь пациента влияет на выработку приверженности.
- ▶ Невозможно выделить один единственный фактор, мешающий выработке приверженности.
- ▶ Программы, организованные с учетом нужд социально уязвимых групп, улучшают приверженность этих групп к лечению.
- ▶ Очень важно исследовать медицинский и социальный контекст пациента, прежде чем назначать или откладывать назначение ВААРТ.

В Розарио исследование, проведенное муниципальной программой по СПИДу,²⁵ пришло к схожим выводам:

- ▶ Целевые и дружественные сервисы хорошо воспринимаются потребителями наркотиков, которые в основном улучшают свое отношение к здоровью, когда обеспечиваются адекватной информацией, средствами и поддержкой.
- ▶ Соответствующее образование персонала здравоохранения способствует изменению подхода к лечению потребителей (подход снижения вреда в противовес абстиненции).
- ▶ Отношения между потребителями наркотиков и медицинским персоналом можно и нужно улучшать при посредничестве обученных консультантов.
- ▶ Многие молодые потребители наркотиков, как мужчины, так и женщины, думают о возможной беременности и рождении детей, поэтому роль презервативов в качестве контрацептивного средства должна обсуждаться с пациентами в рамках консультирования.

Выводы

Дискуссии о возможности предоставления доступа потребителей к лечению ВИЧ нам хорошо известны. Они напоминают споры о возможности предоставления лечения людям с низким доходом в развивающихся странах – предпосылки и предрассудки все те же. Вывод же должен быть таким же: необходимы комплексные стратегии

борьбы со СПИДом, включающие профилактику и лечение, соблюдение приоритетов здравоохранения и прав человека наиболее уязвимых людей и групп населения.

Опыт стран Латинской Америки²⁶ показал, что «развивающиеся страны при создании благоприятных условий и политической приверженности могут обеспечить лечением людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. И хотя многое еще предстоит сделать, чтобы улучшить охват в регионе, уже сегодня Бразилия и другие страны Латинской Америки и Карибского региона обеспечили доступность антиретровирусного лечения для всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Остается перенять этот опыт и сделать антиретровирусную терапию доступной для всех нуждающихся, где бы они ни жили. Обеспечение терапией всех нуждающихся мотивирует людей на тестирование, налаживает связь с маргинальными и уязвимыми слоями населения, снижает стигму и дискриминацию, мешающие борьбе со СПИДом. Привилегии немногих необходимо сделать достоянием всех нуждающихся».

Примечания и библиография

Введение

1. По данным эпиднадзора ВИЧ/СПИДа в Европе. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (Европейский центр по эпидемиологическому надзору СПИДа). Декабрь 2002 г. http://www.eurohiv.org/reports/report_68/pdf/report_eurohiv_68.pdf. ПИН составляют 90 процентов всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России и до 60-70 процентов в странах Балтии, Центральной Азии, в Малайзии, Украине, Вьетнаме и некоторых частях Индии. (См. Reid, G. and G. Costigan. 2002. Revisiting the 'hidden epidemic': a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS. Ферфилд, Австралия. The Centre for Harm Reduction at the Burnet Institute.)

2. Похожие тенденции также наблюдаются в других частях региона. Например, по данным отчета «ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружестве Независимых Государств. Как обратить эпидемию вспять; Имеющиеся проблемы и возможные решения», выпущенного Программой развития ООН в феврале 2004 г., количество людей, живущих с ВИЧ, в Эстонии выросло от 88 в 1996 г. до 3 400 в 2001 г. 84 процента известных случаев ВИЧ-инфекции связаны с потреблением инъекционных наркотиков. По оценкам экспертов, в Кыргызстане к концу 2003 г. около 80 процентов всех потребителей инъекционных наркотиков были ВИЧ-инфицированы, т.е. на 50 процентов больше, чем два года тому назад.

3. UNAIDS. 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva, The Joint United Nations Program on HIV/AIDS.

4. Существенное финансирование на лечение ВИЧ было привлечено, обещано и выделено Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, инициативой Всемирной Организации Здравоохранения «3 к 5» (цель которой – к концу 2005 г. обеспечить доступ к АРВ для 3 миллионов людей в развивающихся странах мира), Фондом Гейтса и правительством США (через инициативу PEPFAR). Другие организации, среди которых Фонд Клинтона, способствовали снижению цен на антиретровирусные препараты и помогают правительствам разработать и осуществлять планы по предоставлению лечения для ВИЧ-положительных людей.

5. Ограничения в связях с системой здравоохранения существуют даже у тех потребителей наркотиков, которые уже пользуются услугами снижения вреда, если доступу препятствуют институциональные барьеры. По данным исследования, проведенного Сетью снижения вреда Центральной и Восточной Европы (CEEHRN), у 73% ПИН не было никакого доступа к услугам первичного здравоохранения. См. отчет «Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и первичная помощь в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза». Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы, Вильнюс, 2002.

6. См. CEEHRN 2002.

7. Wolfe, Daniel; Malinowska-Sempruch, Kasia. 2004. *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches*. New York, Open Society Institute.

8. См. CEEHRN 2002.

9. Gray, Ronald H., M. Wawer, et al. 2001. "Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda." *Lancet* 357:1149-53.

10. Berkman, A. 2001. "Confronting global AIDS: Prevention and treatment". *American Journal of Public Health* 91(9): 1348-9; Orrell, C., D. Bansberg, et al. 2003. "Adherence is not a barrier to successful ARV therapy in South Africa". *AIDS* 17(9): 1369-75.

11. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Hepatitis C Virus and HIV Coinfection". Сентябрь, 2002 г.; на веб-сайте: http://www.cdc.gov/odhpn/hiv/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf.

12. Алтис и соавт. показали, что в течение 6 месяцев 70% из когорты ПИН, получающих антиретровирусное лечение из мобильного пункта обмена шприцев, достигли эффективных клинических результатов (на 25% вырос показатель CD4, вирусная нагрузка уменьшилась до 400 копий). Подобных результатов достигло только 40% в группе ПИН, которые не посещали микроавтобус с обменом шприцев (источник - Altice et al., 2nd IAS 2003. Париж, Франция; тезисы №40).

13. Считается, что трудно получить данные по количеству потребителей наркотиков и ВИЧ-инфекции в связи с рядом причин. Например, по политическим причинам многие правительства не очень хотят собирать данные или информировать о ВИЧ-инфекции и/или потребителях наркотиков. Также зачастую потребители наркотиков пытаются избежать тестирования или медицинских учреждений, боясь возможного заключения и стигматизации. Таким образом, зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в основном покрывают только тех потребителей наркотиков, которые находятся в заключении или которых протестировали против их воли в тюрьме, больнице или других учреждениях, возможно, враждебных к потребителям наркотиков. Согласно оценке внешних эпидемиологов, реальное количество случаев ВИЧ/СПИДа среди данного населения может быть от двух до десяти раз выше. (Например, см.: USAID (2002). *The HIV/AIDS epidemic in Central Asia* («Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Центральной Азии»); на веб-сайте: http://usaid.gov/locations/europe_eurasia/car/hib_aids/htm; Hing, P.M. (2003). *The HIV/AIDS Situation in Vietnam in 2002* («Ситуация с ВИЧ/СПИДом во Вьетнаме в 2002 г.»). International Harm Reduction Association, Бангкок; Human Rights Watch (2003). *Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the HIV epidemic in Kazakhstan* («Раздувая пламя: Нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии ВИЧ в Казахстане»). Нью-Йорк, Human Rights Watch; U.S. Russia Working Group. 2003. *On the frontline of an epidemic* («На передовой эпидемии»). Нью-Йорк/Москва, Трансатлантические партнеры против СПИДа/Институт Восток-Запад.

14. UNDP (2004). *ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружестве Независимых Государств. Как обратить эпидемию вспять; Имеющиеся проблемы и возможные решения*. Женева, Программа развития Организации Объединенных Наций.

15. USAID Central Asia Infectious Disease Network. "HIV/AIDS in Central Asia." (Центрально-Азиатская сеть USAID по инфекционным заболеваниям, «ВИЧ/СПИД в Центральной Азии»). На веб-сайте: http://www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/car/hiv_aids/hiv/hivproj.htm.

16. См. Reid and Costigan 2002.

17. Трансатлантические партнеры против СПИДа. «В России зарегистрировано 250 000 случаев ВИЧ-инфекции». На веб-сайте: http://www.tpaanet/articles/reg_091203_hiv.html.

18. По оценочным данным правительства Китая, число ВИЧ-положительных людей превышает один миллион людей; из них 60% инфицировались через инъекционное потребление наркотиков. См. статью Wolfe, D. "Condemned to Death". *The Nation*, 26 апреля 2004 г., стр. 4.

19. Reid and Costigan 2002; Kamarulzaman 2003.

20. Haring, S (1991). "Death, drugs, and development: Malaysia's mandatory death sentence for traffickers and the international war on drugs" («Смерть, наркотики и развитие: Окончательный смертельный приговор для торговцев наркотиками в Малайзии и международная война против наркотиков»). *Columbia Journal of Transnational Law* 29(2): 368-405; UNAIDS/UNODCCP (2000). *Drug use and HIV vulnerability* («Потребление наркотиков и уязвимость к ВИЧ-инфекции»). Женева/Вена, Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS)/Бюро ООН по контролю за наркотиками и предотвращением преступности (UNODCCP).

21. PRC Ministry of Foreign Affairs (2002). Constantly strengthening drug control legislation («Постоянное укрепление законодательства по контролю за наркотиками»). <http://www.fmprc.gov.cn/eng/4519>.
22. UNAIDS/UNODCCP 2000; Reid and Costigan 2002; Human Rights Watch 2003; U.S. State Department 2002.
23. Wolfe 2004.
24. Vu Doan Trang 2001; Higgs 2003.
25. UNAIDS/UNODCCP, 2000.
26. Например, см. Human Rights Watch, "Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver" («Жестокое обращение с потребителем: Злоупотребление полицией, снижение вреда и ВИЧ/СПИД в Ванкувере»), Нью-Йорк, май 2003, стр. 8-14; Human Rights Watch, "Injecting reason: human rights and HIV prevention for injection drug users" («Причины инъекционного потребления: права человека и профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков»), Нью-Йорк, сентябрь 2003 г., стр. 28-30.
27. Протоколы ВОЗ для стран Содружества Независимых Государств по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе, 2004 (стр. 21).

Бразилия

1. Mesquita, F; Kral, A; Reingold, A; Piconez, D; Bueno, R; Araujo, PJ. Trends of HIV infection among injecting drug users in Brazil in the 1990's - the impact of changes in patterns of drug use. JAIDS, США, 2001; том 28, № 3, стр. 298-302.
2. STD/AIDS National Program (Национальная программа по ИППП/СПИДу). Boletim Epidemiológico, XVI, № 1, Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002.
3. STD/AIDS National Program (Национальная программа по ИППП/СПИДу), at www.aids.gov.br.
4. Mesquita, F; Doneda, D; Gandolfi, D; Nems, MIB; Andrade, T; Bueno, R; Trigueiros DP in Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Adquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users, Clinical Infectious Diseases, Приложение №5, том 37, S382-S385, Chicago Press, 2003.
5. Nemes, M I B, Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo, Brasília, D.F., Ministério da Saúde do Brasil, 2000.
6. См. там же.
7. Walsh J., Dalton M., Gill J., Wilkinson D., Burgess A. P., Gazzard B. G. Adherence to Proteinase inhibitor based highly effective anti-retroviral therapy (HAART). In 12th World AIDS Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, №12298.
8. Hecht F. M., Colfax G., Swanson M., Chesnry M. A. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In 5th Conference on Retroviral and Opportunistic Infections, San Francisco, 1998. Abstracts. San Francisco, 1997, n 151.
9. Eldred L. Adherence in the era of protease inhibitor. John Hopkins AIDS Service. At www.hopkins-aids.edu, 1997.

10. Mesquita, F. Perspectivas das Estratégias de Redução de Danos no Brasil. In: Mesquita, F & Bastos, FI, eds. *Drogas e AIDS, Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: HUCITEC, 1994:167-180.
11. Bueno R. Estratégias de Redução de Danos em Santos". In: Mesquita F, & Bastos, FI, eds. *Troca de Seringas : Drogas e AIDS; Ciência, Debate e Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1998:163-169.
12. CHAARTalho, H; Bueno, R & Projeto Brasil Collaborative Study Group. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras – Projeto Brasil. In Mesquita,F & Seibel, S, eds. *Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas*. São Paulo: HUCITEC, 2000: 21-53.
13. Bastos, F I; Mesquita, F. Redução de Danos (RD) hoje: enfrentando os desafios da epidemia de HIV/AIDS e das hepatites virais em usuários de drogas injetáveis. In: Seibel,S D; Toscano Jr, A., eds. *Dependência de Drogas*. São Paulo, Atheneu, 2001: 181-190.
14. См. там же.
15. STD/AIDS Ministério da Saúde do Brasil, eds. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos Frente à Epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil: 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos*. Brasília, D.F., Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
16. Личное общение с Doneda, D (Национальная программа по ИППП/СПИДу) во время Первой Латиноамериканской и Карибской конференции по снижению вреда, Сан-Паулу, Бразилия, 2004.

Барселона

1. Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbi JR. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral. *Gac Sanit* 2000; 14: 58-66.
2. Manzanera R, Villalbi JR, Torralba L, Solanes P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107: 135-42.
3. Villalbi JR, Galdos-Tanguis H, Cayla JA. El control de la tuberculosis basado en la evidencia: una aproximación desde la salud pública. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 111-6.
4. Perez-Hoyos S, Amo J, Muga R, Romero J, Garcia de Olalla P, Guerrero R, Hernandez-Aguado I. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in Spanish cohorts of HIV seroconverters: differences by transmission category. *AIDS* 2003; 17: 353-9.
5. Garcia de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, Lopez-Colomes JL, Cayla JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *JAIDS* 2002; 30: 105-10.
6. Suelves JM, Brugal MT, Cayla JA, Torralba L. Cambio en los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117: 581-3.

Балтимор

1. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report*, 2001, 13(No.2).
2. Moore RD, Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS*. 1999; 13:1933-42.

3. Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, Izzi I, Visona R, Suter F et al. Intravenous Drug Use, Relationship with Providers, and Stage of HIV Disease Influence the Prescription Rates of Protease Inhibitors. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1999; 22:461-66.
4. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, July 2002. Available at <http://www.unaids.org>. Last accessed December 2002.
5. Selwyn PA, Alcabes P, Hartel D, Buono D, Schoenbaum EE, Klein RS et al. Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1992; 327:1697-703.
6. O'Connor PG, Selwyn PA, Schottenfeld RS. Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1994; 331:450-459.
7. Sherer R. Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998; 280:567-68.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association. 1994.
9. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:721-28.
10. Cheever LW, Wu AW. Medication Adherence Among HIV-Infected Patients: Understanding the Complex Behavior of Patients Taking This Complex Therapy. *Curr Infect Dis Rep*. 1999; 1:401-7.
11. Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2001; 33:847-56.
12. Ferrando SJ, Wall TL, Batki SL, Sorensen JL. Psychiatric morbidity, illicit drug use and adherence to zidovudine (AZT) among injection drug users with HIV disease. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996; 22:475-87.
13. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:71-80.
14. Golub ET, Astemborski JA, Hoover DR, Anthony JC, Vlahov D, Strathdee SA. Psychological distress and progression to AIDS in a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003; 32:429-34.
15. Cook JA, Cohen MH, Burke J, Grey D, Anastos K, Kirstein L et al. Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among HIV-seropositive women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 30:401-9.
16. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA*. 2001; 285:1466-74.
17. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001; 28:47-58.
18. Gerbert B, Maguire BT, Bleecker T, Coates TJ, McPhee SJ. Primary care physicians and AIDS. Attitudinal and structural barriers to care. *JAMA*. 1991; 266:2837-42.
19. Celentano DD, Vlahov D, Cohn S, Shadle VM, Obasanjo O, Moore RD. Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998; 280:544-46.

20. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, Shah NG, Strathdee SA, Vlahov D et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*. 2001; 15:1707-15.
21. Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JS et al. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998; 280:547-49.
22. Egger M, May M, Chene G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*. 2002; 360:119-29.
23. Hogg RS, Yip B, Chan KJ, Wood E, Craib KJ, O'Shaughnessy MV et al. Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA*. 2001; 286:2568-77.
24. Shapiro MF, Morton SC, McCaffrey DF, Senterfitt JW, Fleishman JA, Perlman JF et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *JAMA*. 1999; 281:2305-15.
25. Bassetti S, Bategay M, Furrer H, Rickenbach M, Flepp M, Kaiser L et al. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1999; 21:114-19.
26. Carrieri MP, Moatti JP, Vlahov D, Obadia Y, Reynaud-Maurupt C, Chesney M. Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53:4-8.
27. Moore RD. Understanding the clinical and economic outcomes of HIV therapy: The Johns Hopkins HIV clinical practice cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1998; 17(suppl.1):S38-S41.
28. Lucas GM, Chaisson RE, Moore RD. Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: risk factors for virologic failure and adverse drug reactions. *Ann Intern Med*. 1999; 131:81-87.
29. Lucas GM, Cheever LW, Chaisson RE, Moore RD. Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001; 27:251-59.
30. Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, Moore RD. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS*. 2002; 16:767-74.
31. Poundstone KE, Chaisson RE, Moore RD. Differences in HIV disease progression by injection drug use and by sex in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*. 2001; 15:1115-23.
32. Moore RD, Keruly JC, Chaisson RE. Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004. In Press.
33. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1993; 6:1049-56.
34. Sambamoorthi U, Warner LA, Crystal S, Walkup J. Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug Alcohol Depend*. 2000; 60:77-89.
35. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. *AIDS*. 2000; 14:151-55.
36. Umbricht-Schneiter A, Ginn DH, Pabst KM, Bigelow GE. Providing medical care to methadone clinic patients: referral vs on-site care. *Am J Public Health*. 1994; 84:207-10.

37. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y. Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286:1715-23.
38. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*. 1993; 269:1953-59.
39. Chaulk CP, Kazandjian VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. *JAMA*. 1998; 279:943-48.
40. Lucas GM, Weidle PJ, Hader SL, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy improves rates of viral suppression compared to standard care or an intensive adherence intervention [Abstract 489]. Program and Abstracts of the 40th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America, Chicago, IL, October 24-27, 2002.

ГОНКОНГ

1. Chase, G. 1973. "Where are we?" (mimeo), NYC Health Services Administration, NYC Government, март.
2. Andrew Byrne. Department of Health and Aging, Canberra, ACT (Департамент по вопросам здоровья и возраста, Канберра). Личное общение.
3. Ralf Gerlach. Личное общение.
4. Ivancic A: *SEEA Addiction* 4(1-2):15-17, 2003.
5. http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/etudes_recherches/IT-4b.pdf.
6. Whisson MG. Under the Rug. Hong Kong; South China Morning Post. 1965, стр. 97.
7. Action Committee against Narcotics. *Hong Kong Narcotics Report – 1981*, Hong Kong; Government Printer, 1983, стр. 169.
8. HIV Surveillance Report – 2002 Update; Department of Health, Hong Kong S.A.R., Nov. 2003.

Франция

- Bergeron, H. 1996. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. Paris: L'Harmattan.
- Coppel, A. 1996. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. In: Seuil, ed. *Vivre avec les drogues*. Seuil, 75-108.
- Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P., and Madec, L. 2000. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en médecine de ville). *Rev.Epidém.et Santé Publ.* 48, 363-373.
- Emmanuelli, J. 2000. *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. Les systèmes d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution*. InVS.

Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M. 2003. *Etude Multicentrique multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogue. Etude Coquelicot*. InVS.

Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M. 2004. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogue en France. Journée de réflexion sur la prévention du VHC chez les usagers de drogue, Ministère de la santé, 30 mars 2004, Paris.

Forum citoyen. 2003. *Mieux vivre à Stalingrad*.

Heysch de la Borde, J., Plantavid, M. 1999. *Les traitements de substitution dans les maisons d'arrêt de la région Midi-Pyrénées : Pratiques médicales, vécu des équipes soignantes, des personnels de surveillance, des patients eux-mêmes*. In: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ed. *Journées sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral, mai 1999*. Paris.

Guichard, A., Lert, F., AIDES., Brodeur, J. M., Richard, L., Benigeri, M. & Zunzunegui, M. V. 2003. Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France. *Addiction*, 98, 1585-1597.

Guichard, A., Calderon, C., Maguet, O., Lert, F. 2004. Succès et échecs des traitements de substitution : le point de vue des usagers. *Alcoologie et addictologie*, in press Guttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J. & Uchtenhagen, A. 2003. Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research*, 9, 73-79.

IREP (1996) Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Octobre 1996, Paris.

Lert, F. 1998. Méthadone, Subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne. Questions en Santé Publique. In: Alain Erhenberg, ed. *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*. Paris: Esprit.

Lert, F. 2000. Drug use, AIDS and social exclusion in France. In Moatti JP et al. (ed). *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*, Social Aspects of AIDS, Routledge : 189-203.

Moatti, JP, Souville, M., Escaffre, N., Obadia, Y. 1998. French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction*; 93:1567-1575.

Moatti, JP., Carrieri, MP., Spire, B., et al. 2000. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*; 14:151-155.

OFDT. 2002. *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*.

OFDT. 2003. Substitution aux opiacés: Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France, pp. 80 (Paris, OFDT).

Perdrieau, JF., Bâcle, F., Lalande M., Fontaine, A. 1999. Suivi et évolution des patients toxicomanes en médecine générale (Arès 92 - Epid 92).

Reynaud-Maurupt, C., Carrieri, M.P., Obadia, Y., Gastaut, JA., Pradier, C., Moatti, JP. 2000. Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected injecting drug users. *AIDS Care*, 12, 461-470.

Valenciano, M., Emmanuelli, J, Lert F. 2001. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*, 96, 4, 597-606.

Аргентина

1. World Health Organization. 2002. *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings* («Расширение доступности антиретровирусного лечения в условиях с ограниченными ресурсами»), Geneva; Chequer P. et al. 2002. "Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean" («Доступ к антиретровирусному лечению в странах Латинской Америки и Карибского бассейна»), *AIDS* 16 (Suppl 3) S50-S57.

2. Berkman A. 2001. "Confronting Global AIDS: Prevention and Treatment" («Лицом к лицу с глобальной эпидемией СПИДа: Профилактика и лечение»), *American Journal of Public Health* 91 (9), 1348-1349; Galvão J. 2002. "Access to antiretroviral drugs in Brazil", *The Lancet*, 360, 862-1865.

3. Pan American Health Organization (PAHO). 2002. *AIDS Surveillance in the Americas – June 2002* (Надзор за СПИДом в Америке – июнь 2002 г.) Washington DC.

4. National AIDS Program – Argentina (Национальная программа по СПИДУ – Аргентина). 2003. *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Buenos Aires.

5. Sosa-Estani S, Rossi D and Weissenbacher M. 2003. "Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome in Injection Drug Users in Argentina: High Seroprevalence of HIV Infection" («Эпидемиология ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Аргентине: Высокая распространенность ВИЧ-инфекции»), *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Suppl 5): S338-42. Авторы собрали опубликованные данные и описали распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в разных популяциях, в которых были проведены исследования с 1987 до 1999 г. Всего было выбрано 22 исследования. Средняя распространенность ВИЧ среди 1506 негоспитализированных людей (5 исследований) равнялась 64,0% (47,4-82,0); среди 175 заключенных (1 исследование) распространенность составила 35,4%; среди 446 подростков в реабилитационных учреждениях (4 исследования) – 48,1%; среди 136 госпитализированных пациентов (2 исследования) – 49,5%; среди 2708 ПИН, получавших лечение наркозависимости (7 исследований), – 39,0% (27,0-63,0); и среди 26 женщин секс-работников (2 исследования) – 47%.

6. В 2001 г. 63% из 200 опрошенных ПИН (см. Kornblit A et al. 2004. *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Biblos, Buenos Aires) указали, что прошли тестирование на ВИЧ; 59,8% из них были ВИЧ-позитивные. 41,5% тестировались на вирусный гепатит С (ВГС); у 70,8% из них был обнаружен этот вирус. У 80% от общего числа ВИЧ-позитивных была ко-инфекция с ВГС. Эти результаты подтверждают данные исследований по распространенности инфекций. В 1999 г. 58,5% из 484 людей, живущих с ВИЧ, имели ко-инфекцию с ВГС, а у 92,3% ПИН, живущих с ВИЧ, была ко-инфекция с ВГС (см. Fainboim H. et al. 1999. "Prevalence of hepatitis viruses in an anti-human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multicentre study". («Распространенность вирусных гепатитов среди ВИЧ-позитивного населения в Аргентине. Исследование в разных местах»), *Journal of Viral Hepatitis*, 6, 53-57. В 2003 г. было проведено исследование среди 174 ПИН, привлеченных к исследованию на улице. Получены следующие результаты: только у 37% не было вирусных инфекций, тогда как у 63% обнаружен один или больше вирусов. Распространенность ВИЧ была 44,3%, ВГС – 54,6% и вирусного гепатита В – 42,5%. Среди 77 ВИЧ-позитивных лиц только у 5 не было ко-инфекций с другими вирусами; у 88,3% была ко-инфекция с ВГС и у 68,8% – с вирусным гепатитом В (см. Weissenbacher et al. 2003. "High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street-Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina". («Высокая серопревалентность переносимых с кровью вирусов среди потребителей инъекционных наркотиков, вовлеченных в исследование на улицах Буэнос-Айреса, Аргентина»), *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Suppl 5): S348-52.).

7. Inchaurreaga S. 2003. *Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización*. Rosario, CEADS-UNR/ARDA.

8. Kornblit A et al. 1997. *Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad.* («И СПИД среди нас. Исследование взглядов, убеждений и поведения среди затронутых групп»). Buenos Aires, Corregidor.

9. Pecheny M. 2001. "Argentina: Discrimination and AIDS Prevention". («Аргентина: Дискриминация и профилактика СПИДа»), *PEDDRO Special Issue: Drug Abuse and AIDS. Stemming the epidemic*, UNESCO-UNAIDS-European Commission, p. 55-57.

10. Lavarello D et al. 2003. "Harm Reduction Actions as a Health Care Construction Process at a Public Health Center in Rosario, Argentina". («Работа снижения вреда в процессе построения медицинского ухода в центре общественного здоровья в г. Розарио, Аргентина»), *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Suppl 5): S353-7.

11. В районе Авелланда НГО «Интеркамбиос», поддерживаемая ЮНЭЙДС, воплощает программу, в рамках которой помощь потребителям наркотиков организована равными консультантами. Хуан рассказал такую историю: «Я был на аутич-работе. В коридоре раздавал презервативы и иглы. В десять ночи ко мне подошел человек и говорит: «У меня нет иглы». В то время ночи иглы стоят больше, чем пакет кокаина, и из-за этого столь распространено совместно использование игл. Человек спросил, сколько она стоит, на что я ему ответил, что ничего – возьми буклет, несколько презервативов и шприц». Ирма добавляет, что она счастлива: «Я помогаю людям не использовать совместно иглы и шприцы – не поступать так глупо». Диего обобщает свой опыт: «Раньше, когда я «ширялся», никогда не мыл рук. Сейчас перед инъекцией вспоминаю, как Паула мне говорит, что нужно помыть руки. Они не пришли и не сказали: «Бросай наркотики». Они сказали: «Позаботься о себе». (Melamed 2000. "Sida y drogas: Cómo conjugar el verbo 'prevenir'", *La Nación*, Buenos Aires, October 15.).

12. Pecheny M et al. 2002. *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires, CEDES; Epele M. 2003. "Changing Cocaine Use Practices: Neoliberalism, HIV-AIDS, and Death in an Argentina Shantytown". (Изменение практики потребления кокаина: Неoliberalизм, ВИЧ/СПИД и смерть в хижинах Аргентины»), *Substance Use & Misuse* 38 (9), 1189-1216. Как указывает Епеле (Epele, 2003: 1203): «Стало ясно, что молодые потребители наркотиков и часть тех, кто потреблял длительное время, думали о самоубийстве, узнавая о смертях ВИЧ-положительных людей, потреблявших кокаин инъекционно. Это были смерти от СПИДа, людей убивала полиция, они умирали от передозировки и во время разборок между разными группировками на свободе и в тюрьмах».

13. Jorrat JR, Kornblit A et al. 2004. *Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa – Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria*. Buenos Aires, UNDP.

14. Berkman 2001; Galvaó 2002.

15. Pecheny M. 2001b. *La construcción de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: Le cas de l'Argentine*. Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

16. Pecheny et al. 2002.

17. В выборку вошло 27 взрослых людей: 13 ВИЧ-положительных, 5 с ВГС и 9 с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС. Среди опрошенных 10 были инфицированы гетеросексуальным путем, 9 – через инъекционное потребление наркотиков, 7 мужчин – через половые отношения с мужчинами, 1 – через переливание крови.

18. Alonso JP, Maulen P, and Wald G. 2003. "Vivir con VIH y/o con hepatitis C: perspectivas de los profesionales de la salud", *II Jornadas de Jóvenes Investigadores-Instituto Gino Germani*, Buenos Aires.

19. Moscattello G., Campello P. and Benetucci A. 2003. "Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Users in a Hospital in Buenos Aires, Argentina". («Инфекции, передаваемые через кровь и половым путем, среди потребителей наркотиков в больнице Буэнос-Айреса, Аргентина»), *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Suppl 5): S343-7.

20. Touzé G et al. 2001. "Experiencias de reducción de daños asociados a las drogas en la ciudad de Buenos Aires", *Infosida*, 1, 40-45; Lavarello et al. 2003.

21. Мария Епеле указывает на то, что основным фактором, влияющим на доступ и приверженность к лечению, является не потребление наркотиков как таковое, а очень сложные условия жизни. Как показал анализ, главные составляющие факторы этих условий – крайняя нищета, отсутствие доступа к услугам, отсутствие обоснованности жизни, связанное с потреблением наркотиков и СПИДом. «АРВ-терапия для ПИН не отличается от терапии для других ВИЧ-положительных пациентов. Может, в некоторых случаях лучше использовать режим с меньшим количеством таблеток и с приемом через каждые 12 часов, таким образом упростив схему лечения и улучшив приверженность к лечению. У некоторых препаратов, таких как морфин (использование которых весьма редко), может наблюдаться взаимодействие с АРВ-препаратами. Важно иметь в виду, что большинство ПИН, которые еще живы, узнали о своем ВИЧ-положительном статусе, когда проходили тюремное заключение. Хотя тестирование в тюрьмах должно быть согласовано, чаще всего люди узнают о своем ВИЧ-статусе там. Нуждающиеся там же начинают проходить терапию – сотрудники тюрем их привозят в службы здравоохранения, где ВИЧ-положительные лица получают антиретровирусные препараты. После освобождения терапию продолжают только некоторые, в основном продолжение терапии нерегулярное. Большинство прекращает потребление инъекционным путем, переходя на курение наркотиков; такая самопроизвольная стратегия снижения вреда в основном связана с низким качеством кокаина. Также низкая приверженность существует среди небольшой части эпизодических потребителей инъекционных наркотиков с высоким потреблением разных наркотиков и алкоголя, особенно среди тех, кто живет в нищете и интенсивно потребляет кокаин. Они попадают в отделы скорой помощи из-за оппортунистических инфекций или по другим причинам, где их срочно госпитализируют; они зачастую быстро умирают. Некоторые принимают препараты крайне редко, и у них наблюдаются такие оппортунистические инфекции, как токсоплазмоз, пневмония и туберкулез. Но они не могут себе позволить даже билет на автобус, и в соседних районах подвергаются сильной дискриминации. Чтобы улучшить ситуацию, необходимо организовать децентрализованную и модернизированную помощь и уход. Если нужно, надо идти туда, где проживают нуждающиеся, через некоторое время после визита проверять состояние человека, предоставлять людям терапию так, как им удобно, поскольку социальная изоляция серьезно осложняет получение помощи по «нормальному» порядку. Важно, чтобы был индивидуальный подход к каждому случаю – некоторые хотят получить лечение, но у них нет доступа; другие не хотят лечиться и их принуждают это делать, а у абсолютного большинства существуют другие очень важные и неотложные проблемы». Источник – личные беседы с Марией Епеле (Maria Epele).

22. Linas B and Vila ME. 2002. "Es posible tratar a los usuarios de drogas con terapias antirretrovirales?" («Можно ли лечить потребителей наркотиков антиретровирусной терапией?»), *Infosida*, 3, Buenos Aires.

23. Vila M et al. 2001. "Estudio de seroprevalencia de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables". («Исследование по серопревалентности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков»), *III Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia, Internacional*, Córdoba.

24. Linas and Vila 2002.

25. Lavarello et al. 2003.

26. Chequer et al. 2002.

Инъекционное потребление наркотиков является одним из основных факторов глобальной эпидемии ВИЧ-инфекции. Каждый год около 10% всех инфекций в мире или одна треть инфекций, если исключить страны Африки, связаны с потреблением инъекционных наркотиков. В ряде стран бывшего Советского Союза и Азии потребители наркотиков составляют большинство людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Однако все еще во многих странах потребители наркотиков сталкиваются с серьезными препятствиями в получении доступа к лечению ВИЧ-инфекции; эти препятствия основаны на неправильных предположениях и систематичной дискриминации. Данная публикация описывает примеры из нескольких стран, показывая, каким образом могут быть разработаны и внедрены эффективные и широкомасштабные программы лечения, отвечающие нуждам потребителей наркотиков.

