

Доступность АРВ-терапии для потребителей инъекционных наркотиков: Ключевые факты

По последним оценкам (хотя получить точные цифры нелегко), число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в мире составляет более 13 миллионов. Более 10 миллионов из них живут в развивающихся странах.¹ Хотя мы не располагаем полной информацией по многим регионам, можно утверждать, что число стран, сообщающих о случаях ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, за последнее десятилетие увеличилось более чем в два раза: с 52 в 1992 г. до 114 в 2003 г.² Использование нестерильных игл является причиной большей части новых случаев ВИЧ-инфекции в Китае, России, Украине и других Новых Независимых Государствах, во всех Балтийских государствах и всех странах Центральной Азии, в большинстве стран Южной Азии, в Северной Африке, в Иране, Афганистане, Пакистане, Непале, Индонезии, Португалии, а также в Южной части Латинской Америки. По оценкам ЮНЭЙДС (UNAIDS), на ПИН приходится 10% от общего годового числа ВИЧ в мире и каждый третий новый случай ВИЧ за пределами Африки.³ Наибольшему риску заражения ВИЧ через инъекции подвергаются самые малоимущие и маргинализированные группы общества: этнические меньшинства, переселенцы, безработная молодежь и люди, вынужденные заниматься секс-бизнесом, чтобы заработать себе на жизнь.

Во многих странах ограниченные запасы антиретровирусных препаратов (АРВ) и уверенность в том, что ПИН не способны соблюдать режим терапии или получать от нее пользу, уже давно используются в качестве оправдания для ограничения допуска потребителей к АРВ-терапии. Шаги, недавно предпринятые для изменения этого положения: формирование Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria), инициатива Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Три к пяти» и производство АРВ-препаратов-генериков стоимостью всего лишь 300 долларов США в месяц, как ожидается, резко повысят доступность АРВ-терапии во всем мире. Однако большого энтузиазма в отношении предоставления ПИН лечения не проявляется. Несмотря на факты, свидетельствующие о том, что лечение приносит ПИН не меньшую пользу, чем другим пациентам, что уровни соблюдения ими режима терапии достаточно высоки, если им предоставляется адекватная социальная и медицинская поддержка,⁴ даже в тех странах, где они составляют решающее большинство ВИЧ-инфицированных, потребители по-прежнему не допускаются в программы лечения.

ПИН, как правило, не допускают в программы АРВ-терапии в развитых странах

В Северной Америке

- В исследовании 1998 г., в котором приняли участие 404 ПИН, имеющих показания для лечения, в Балтиморе (США), половина потребителей вообще не получали антиретровирусной терапии, и лишь 14% получали тройную комбинированную терапию. Вероятность предоставления терапии потребителям, не проходящим курс лечения наркозависимости, была низкой по сравнению с пациентами, не принимающими наркотиков. Последующие наблюдения, проводившиеся в 2001 г., показали, что АРВ получают менее трети ПИН.⁵
- Исследование 1998 г., в котором приняли участие 177 ПИН, имеющих показания для получения бесплатной АРВ-терапии, в Ванкувере (Канада) обнаружило, что тройная

комбинированная терапия предоставляется менее чем каждому пятому человеку (18%).⁶

В Западной Европе

- Исследование 1999 г. среди 6645 пациентов 51 центра АРВ-терапии в разных европейских странах обнаружило, что вероятность предоставления терапии ВИЧ-инфицированным ПИН значительно ниже, чем гетеросексуальным или гомосексуальным пациентам, не употребляющим инъекционные наркотики.⁷
- Швейцарское исследование 1999 г. среди 2154 ВИЧ-инфицированных пациентов показало, что ПИН – как бывшие, так и активные – подвергаются значительно большему риску неадекватного обращения со стороны медработников.⁸
- Итальянское исследование 1999 г. среди 684 ВИЧ-инфицированных пациентов, имеющих показания для лечения, обнаружило, что вероятность назначения АРВ-терапии пациентам, когда-либо принимавшим наркотики, значительно ниже.⁹
- Исследование 1999 г., в котором приняли участие 123 активных и бывших французских потребителей наркотиков, показало, что несмотря на регулярное посещение специалистов по лечению СПИДа, вероятность назначения АРВ-терапии активным потребителям в три раза ниже, чем другим пациентам.¹⁰

ПИН, как правило, не допускаются в программ АРВ-терапии в странах, где они составляют решающее большинство ВИЧ-инфицированных

В Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии (ЦВЕ/ЦА)

- Исследование 2002 г. обнаружило, что на ПИН приходится 82% от общего числа случаев ВИЧ-инфекции в странах ЦВЕ/ЦА. При этом лишь 23% ПИН в регионе получают какую-либо форму антиретровирусной терапии, включая монотерапию.¹¹
- В России, где в 2002 г. ПИН составляли 90% от общего числа ВИЧ-инфицированных, по отчетам СПИД-сервисных программ, ни один из пациентов, проходящих «тройную терапию» в Санкт-Петербурге или Москве, не являлся ПИН.¹² Исследование 2004 г. обнаружило, что активные ПИН по-прежнему не допускаются до АРВ-терапии в Санкт-Петербурге. Главный врач Городского комитета здравоохранения доктор Елена Виноградова сказала исследователям: «Мы знаем, кому можно доверять, а кому нельзя».¹³
- В Украине, где в 2002 г. ПИН составляли 69% от общего числа ВИЧ-инфицированных, лишь 20% из них получали какую-либо форму АРВ-терапии, включая монотерапию. По сообщениям, СПИД-центры, занимающиеся предоставлением комбинированной терапии, оказывают помощь в первую очередь детям, затем пациентам, не принимающим наркотики, и лишь в последнюю очередь ПИН.¹⁴
- Из одиннадцати стран ЦВЕ/ЦА, где на ПИН приходится 2/3 и более зарегистрированных случаев ВИЧ, в 2002 г. ни в одной АРВ-терапии не предоставлялась более чем 5% ВИЧ-инфицированных. Это относится и к странам,

имеющим самый высокий ВВП в Новых Независимых Государствах (например, Эстонии).¹⁵

В Азии

- В Китае, где на ПИН приходится более 60% от общего числа случаев ВИЧ, оцененного в один миллион, исследование 2004 г. обнаружило, что ПИН не допускаются до большинства медицинских услуг.¹⁶ Исследование 2003 г. в Юннань, где зарегистрировано наибольшая в китайских провинциях численность ВИЧ-инфицированных ПИН, обнаружило, что некоторые из центров принудительной детоксикации, в которые отправляются потребители наркотиков, проводили тестирование пациентов на ВИЧ, но не информировали их о результатах тестов и не предоставляли ВИЧ-положительным терапии. Клиники лечения СПИДа в провинции пустуют или вообще закрываются.¹⁷
- В Малайзии, где на ПИН приходится 75% всех зарегистрированных случаев ВИЧ, тюрьмы и центры принудительного лечения наркозависимости тестируют задержанных на ВИЧ, изолируют ВИЧ-положительных, но не предоставляют им лечения. В ведущей клинике Куала-Лумпур, где правительство оплачивает один из АРВ-препаратов и требует от пациентов платы за два других, бывшие ПИН составили лишь 20% пациентов, прошедших лечение в 2003 г. Активных потребителей наркотиков среди пациентов, получавших АРВ-терапию, зарегистрировано не было.¹⁸
- Во Вьетнаме четыре из пяти центров принудительного лечения наркозависимости, где проводилось исследование в 2001 г., заставляли задержанных пройти тестирование на ВИЧ, но не предоставляли лечения 40-80% из тех, чьи результаты были положительными.¹⁹ Министерство социальной помощи недавно запустило кампании по размещению десятков тысяч потребителей наркотиков в лечебные учреждения в Хошимине, а также по продлению «реабилитационного» периода (который группа по правам человека назвала периодом принудительного труда) до пяти лет.²⁰ При этом в недавно принятой Национальной стратегии профилактики и контроля за ВИЧ/СПИДом во Вьетнаме на 2005-2010 гг. правительство выразило готовность обеспечить полный охват ПИН профилактическими и медицинскими услугами, включая доступ к АРВ-терапии.²¹
- В Таиланде, который повсеместно превозносится за производство АРВ-препаратов-генериков, правительственные инструкции причислили потребителей наркотиков к группам «высокого риска», не имеющих права на АРВ-терапию. Эта инструкция была отозвана в 2004 г., хотя благодаря национальной «войне наркотикам», и в том числе дискриминации и арестам людей, якобы причастных к преступлениям, связанным с наркотиками, многие боятся обращаться за лечением или другими услугами для ВИЧ-инфицированных. В сущности, среди 30 000 пациентов, получающих АРВ в 2004 г. в стране, нет ни одного ПИН.²²

В Латинской Америке и в зоне Карибских островов (хотя и в меньшей степени)

- Исследование 2004 г. обнаружило, что в трех из четырех стран Латинской Америки, по которым доступна информация о распространенности ВИЧ среди ПИН: в Бразилии, Уругвае и Чили – АРВ-терапия предоставляется пациентам с ВИЧ, независимо от их

прошлого. В четвертой, Аргентине, АРВ-препараты предоставляются бывшим ПИН, в течение длительного времени воздерживающимся от наркотиков.

- ПИН не имеют доступа к АРВ в остальных 18 странах Латинской Америки и Карибской зоны, в том числе и в Колумбии, где на сегодняшний день АРВ-терапию получают 8000 ВИЧ-инфицированных пациентов.²³
- Как показывают исследования, даже в тех странах, где ПИН включаются в национальные протоколы по лечению, как в Уругвае и Бразилии, предрассудки против ПИН затрудняют их доступ к АРВ-терапии – иногда во всем регионе, иногда только в конкретной клинике.²⁴

Рекомендации экспертов поддерживают предоставление АРВ ПИН на словах, но не помогают проводить мониторинг

- В рекомендациях ВОЗ четко сказано, что потребителям наркотиков нельзя отказывать в медицинском уходе любого уровня. В них утверждается следующее: *«Все пациенты, которые удовлетворяют критериям, необходимым для принятия в программу терапии, и выражают желание пройти ее, должны быть приняты в программу. Это распространяется на ПИН, секс-работников и другие группы населения».*²⁵
- В инструкциях по лечению, подготовленных Департаментом здравоохранения и социального обеспечения, отмечается, что *«ни один пациент не должен автоматически исключаться из списка претендентов на антиретровирусную терапию на основании того, что он или она проявляет поведение или имеет характеристики, которые по чьему-либо мнению могут повлечь несоблюдение режима лечения».*²⁶
- Однако на практике ПИН по-прежнему не допускаются до лечения. Ни программа ВОЗ «Три к пяти», ни требования к проектам, составленные Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, не включают упоминания о том, что ПИН должны быть включены в число тех, кто получает АРВ-терапию, даже в тех странах, где они составляют решающее большинство ВИЧ-инфицированных.

¹ Aceijas, C., G. Stimson, et al. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users (Глобальный обзор по употреблению инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции)

среди потребителей инъекционных наркотиков). London, Centre for Research on Drugs and Health Behavior, Imperial College.

² Strathdee, S. and K. Poundstone (2003). The International Epidemiology and Burden of Disease of Injection Drug Use and HIV/AIDS. Reducing the risks, harms and costs of HIV/AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies and programs (Снижение риска, вреда и затрат на ВИЧ/СПИД и употребление инъекционных наркотиков). J. Rehm, B. Fischer and E. Haydon. Toronto, Health Canada.

³ UNAIDS (2002). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic (Отчет по глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа). Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

⁴ Краткое содержание исследования по соблюдению и эффективности АРВ-терапии среди ПИН см. *ARV for Injecting Drug Users: Key Facts on Treatment Efficacy (АРВ для потребителей инъекционных наркотиков. Ключевые факты по эффективности лечения)* (2004), Coalition ARV4IDUs, www.ceehrn.org.

⁵ Celentano, D. D., D. Vlahov, et al. (1998). "Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users." (Антиретровирусная терапия среди потребителей инъекционных наркотиков. Самодоклады. JAMA 280(6): 544-546, Celentano, D. D., N. Galai, et al. (2001). "Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users." Aids 15(13): 1707-1715.

⁶ Strathdee, S. A., A. Palepu, et al. (1998). "Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users." (Барьеры перед использованием антиретровирусной терапии для лечения потребителей инъекционных наркотиков) JAMA 280(6): 547-549; Wood, E., M. W. Tyndall, et al. (2001). "Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help?" (Небезопасные практики инъекционного употребления наркотиков в группе потребителей инъекционных наркотиков. Помогут ли помещения для безопасных инъекций?) CMAJ 165(4): 405-410.

⁷ Mocroft, A., S. Madge, et al. (1999). "A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival." (Сравнение групп в исследовании EuroSIDA. Начало высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), ответ на ВААРТ и длительность участия в терапии) J Acquir Immune Defic Syndr 22(4): 369-378.

⁸ Bassetti, S., M. Battegay, et al. "Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV Cohort Study." (Почему высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) не назначается или прерывается? Швейцарское когортное исследование по ВИЧ). J Acquir Immune Defic Syndr 21(2): 114-119.

⁹ Murri, R., M. Fantoni, et al. "Intravenous drug use, relationship with providers, and stage of HIV disease influence the prescription rates of protease inhibitors." (Употребление инъекционных наркотиков, отношения с медработниками и стадия ВИЧ влияют на уровень назначения ингибиторов протеазы). J Acquir Immune Defic Syndr 22(5): 461-466.

¹⁰ Carrieri, M. P., J. P. Moatti, et al. (1999). "Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group." (Доступ к антиретровирусному лечению среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков во Франции. Исследовательская группа MANIF 2000). J Epidemiol Community Health 53(1): 4-8.

¹¹ CEEHRN (2002). Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: Results of a Region-wide Survey. Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и первичный уход в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Результаты исследования в регионе). Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network.

¹² Там же. p. 12.

¹³ Human Rights Watch (2004). Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation (Неусвоенные уроки. Нарушение прав человека и ВИЧ/СПИД в Российской Федерации). Moscow/New York, Human Rights Watch. p. 45.

¹⁴ CEEHRN (2002). Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: Results of a Region-wide Survey (Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и первичный уход в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Результаты исследования в регионе). Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network. p. 10.

¹⁵ Там же. p. 12.

¹⁶ Asian Harm Reduction Network (2004). Scaling up provision of anti-retrovirals to injecting drug users and non-injecting drug users in Asia (Расширение предоставления антиретровирусных препаратов потребителям инъекционных и неинъекционных наркотиков в Азии). Melbourne, Asian Harm Reduction Network.

¹⁷ Human Rights Watch (2003). Locked Doors: The Human Rights of People with AIDS in China (Запертые двери: Права людей, живущих со СПИДом в Китае). New York, Human Rights Watch.

¹⁸ Wolfe, D. and K. Malinowska-Sempruch (2004). Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches (Политики в отношении запрещенных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ. Эффекты подходов ООН и Национальных правительств). New York, Open Society Institute.

¹⁹ Vu Doan Trang (2001). Harm reduction for injecting drug users in Vietnam: A situation assessment (Снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков во Вьетнаме. Оценка ситуации). Report for Macfarlane Burnet Centre, Victorian Public Health Training Scheme. Melbourne, Australia.

²⁰ Wolfe, D. and K. Malinowska-Sempruch (2004). Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches (Политики в отношении запрещенных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ. Эффекты подходов ООН и Национальных правительств). New York, Open Society Institute.

²¹ National Strategy of HIV/AIDS Prevention and Control in Vietnam till 2010 with a Vision to 2020 (Национальная стратегия профилактики и контроля за ВИЧ/СПИДом во Вьетнаме до 2010 г. с заготовками на 2020 г.), (2004).

²² AIDS Division Bureau of AIDS, TB and STIs Department of Diseases Control Ministry of Public Health, Thailand (Управление по СПИДу, Бюро по СПИДу, туберкулезу и ИППП, Департамент по контролю за заболеваниями, Министерство здравоохранения, Таиланд) (2004), www.aidsthai.org.

²³ Там же. р. 7.

²⁴ Там же. р. 3.

²⁵ WHO. WHO HIV/AIDS Treatment and Care Protocols (Протоколы по лечению и уходу). Geneva: World Health Organization; March 2004.

²⁶ US Department of Health and Human Services (2000). Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV infection. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents to HIV-infected Adults and Adolescents. (Рекомендации по использованию антиретровирусных препаратов для лечения совершеннолетних и несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных пациентов). Washington: Department of Health and Human Services.

Ссылка: ARV For Injecting Drug Users: Key Facts on HIV Treatment Efficacy (2004). (АРВ для потребителей инъекционных наркотиков: ключевые факты по эффективности лечения ВИЧ) Coalition ARV4IDUs. www.ceehrn.org

Представленные здесь материалы были опубликованы на XV Международной конференции по СПИДу коалицией следующих организаций: Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы – ССВЦВЕ (Central and Eastern European Harm Reduction Network – CEE-HRN), Международная программа развития снижения вреда Института «Открытое общество» (International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute – IHRD/OSI), Европейская группа по лечению СПИДа (European AIDS Treatment Group – EATG), Gay Men’s Health Crisis, Тайская сеть потребителей наркотиков (Thai Drug Users’ Network – TDN) и Тайская группа действия по лечению СПИДа (Thai AIDS Treatment Action Group – TTAG).