

# АРВ-терапия для потребителей инъекционных наркотиков: ключевые факты об эффективности лечения ВИЧ-инфекции

Медицинские специалисты и руководители СПИД-сервисных программ во многих странах, как правило, не допускают людей, принимающих запрещенные наркотики, в программы антиретровирусной терапии (АРВ-терапии), исходя из того, что потребители едва ли будут соблюдать режим лечения и едва ли будут демонстрировать вирусологический и иммунологический ответ.<sup>1</sup> Нежелание предоставлять АРВ распространяется не только на потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), но и на тех, кто проходит предписанную врачом заместительную терапию опиатами, например метадон, а также на потребителей неинъекционных наркотиков и бывших потребителей.

Учитывая отсутствие рандомизированных контролируемых испытаний, убеждение, что потребители наркотиков не способны соблюдать режим терапии или не поддаются лечению, основано, скорее, на предрассудках, чем на фактах. Ряд исследований, многие из которых не предусматривали предоставления потребителям услуг, непосредственно связанных с их потребностями, продемонстрировали смешанные результаты в отношении соблюдения потребителями режима и вирусологического ответа на терапию. Так или иначе, постоянно поступают новые доказательства того, что, при соответствующей поддержке, ПИН получают от лечения те же преимущества, что и остальные пациенты, и могут добиваться высоких уровней соблюдения режима.

## Эффективность АРВ-терапии для ПИН очевидна

*Необходимы масштабные рандомизированные контролируемые испытания, однако когортные исследования со всей очевидностью демонстрируют клиническую пользу АРВ для ПИН.*

В 1999 г. было проведено исследование 6645 пациентов, проходивших АРВ-терапию в 51 центре, расположенных в разных странах Европы; исследование не выявило существенных различий в уровнях CD4+ или вирусологическом ответе между ПИН и пациентами, не принимавшими наркотиков.

Исследование среди 1522 пациентов, проводившееся в Ванкувере (Канада), обнаружило, что потребители наркотиков, соблюдавшие режим АРВ-терапии, продемонстрировали те же уровни роста числа CD4+, что и пациенты, не принимающие наркотиков.<sup>2</sup>

В исследовании 2004 г., в котором приняли участие клиенты мобильной программы обмена шприцев в Нью-Хейвене (США), 77% потребителей наркотиков, которым, помимо АРВ-терапии, предоставлялась поддержка со стороны таких же потребителей наркотиков, через шесть месяцев после начала терапии добились снижения вирусной нагрузки до уровня менее 400 копий/мл, а также 25-процентного повышения числа CD4+.<sup>3</sup>

## **ПИН демонстрируют высокие уровни соблюдения режима антиретровирусной терапии**

*Даже малоимущие и бездомные ПИН способны соблюдать режим АРВ-терапии.*

Мультивариантный анализ в рамках исследования в Сан-Паулу (Бразилия), проводившегося в 2001 г. среди 673 самых малоимущих пациентов с ВИЧ-инфекцией, показал, что употребление наркотиков не влияет на соблюдение режима АРВ-терапии. Общий уровень соблюдения режима терапии составил 69%.<sup>4</sup>

В 2001 г. исследование среди 796 пациентов из центральной части Балтимора (США) дало следующие результаты: активные потребители достигли 66-процентного уровня соблюдения режима терапии без какой-либо специальной поддержки; бывшие потребители, принимавшие участие в исследовании, продемонстрировали *более высокие* уровни (83%) соблюдения режима, чем пациенты, никогда не принимавшие наркотиков (76%).<sup>5</sup>

В исследовании среди 72 ВИЧ-инфицированных клиентов пункта обмена шприцев в Нью-Хейвене (США) пациенты, получавшие АРВ-терапию и пользовавшиеся услугами программы поддержки равных равными, добились 85-процентного уровня соблюдения режима лечения. При этом надо учесть, что 35% потребителей, принимавших участие в исследовании, были бездомными, а еще 74% принадлежали к экономически неблагополучным группам населения.<sup>6</sup>

Исследование, проводившееся во Франции в 2000 г. среди 164 пациентов АРВ-терапии, обнаружило, что уровни соблюдения режима лечения *выше* (78,1%) среди потребителей бупренорфина, чем среди бывших потребителей наркотиков (65,5%) или среди активных ПИН, не принимавших бупренорфин (42,1%). Более высокий уровень был отмечен даже теми пациентами, которые продолжали принимать запрещенные наркотики во время лечения бупренорфином.<sup>7</sup>

## **Подход, основанный на предоставлении ряда услуг в одном учреждении, резко повышает успешность лечения ПИН, а также уровень соблюдения ими режима лечения**

*Предоставление как можно большего числа медицинских и социальных услуг для ПИН в одном месте повышает как уровень соблюдения ими режима терапии, так и исход лечения.*

В 2002 г. было проведено исследование в клинике лечения метадоном в Дублине (Ирландия). У 58% из 39 пациентов удалось добиться оптимального подавления репликации вируса (<50 копий/мл) за 48 недель.<sup>8</sup>

В 2003 г. программа по предоставлению пищи, общественного транспорта и доступа к АРВ на базе больницы в Буэнос-Айросе (Аргентина) помогла потребителям наркотиков

добиться снижения частоты приема наркотиков и достигнуть уровня соблюдения режима терапии, характерного для других групп пациентов того же экономического статуса.<sup>9</sup>

В Нью-Йорке (США) программа «Джампстарт» (Jumpstart), которая обслуживает большое число малоимущих потребителей наркотиков, предоставляет своим клиентам интенсивное обучение и поддержку в отношении соблюдения режима терапии. В 2003 г. исследование среди 78 пациентов, которые прежде не смогли выдержать режим АРВ-терапии, 66% удалось добиться неопределяемой вирусной нагрузки в течение одного года и более высокого роста числа клеток CD4+, чем в контрольной группе пациентов, начавших терапию АРВ без подобной поддержки.<sup>10</sup>

В исследовании 2004 г. в Балтиморе (США) приняли участие 286 пациентов; в течение шести месяцев у пациентов, получавших АРВ в клиниках заместительного лечения метадонном (58%), были отмечены более высокие уровни подавления вируса, чем у пациентов, не употреблявших наркотиков, которые принимали АРВ-препараты самостоятельно (39%).<sup>11</sup>

## **Международные рекомендации поддерживают предоставление АРВ ПИН**

*В протоколах ВОЗ по уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом, подготовленных в 2004 г., четко установлено:*

*«Доступ к лечению ВИЧ-инфекции не должен подвергаться искусственному ограничению по политическим или социальным соображениям. В частности, потребители инъекционных наркотиков ни в коем случае не должны рассматриваться как группа, которой не следует предоставлять уход любого уровня. Все пациенты, которые удовлетворяют критериям, необходимым для принятия в программу терапии, и выражают желание пройти ее, должны быть в нее приняты. Это распространяется на ПИН, секс-работников и другие группы населения».*<sup>12</sup>

**Клинические данные и примеры передового опыта предполагают, что для эффективного проведения АРВ-терапии среди ПИН необходимо соблюдение четырех ключевых принципов**<sup>13</sup>

**Ключевой принцип 1: Уход должен быть доступным**

- Службы, занимающиеся предоставлением терапии, должны располагаться в местах, доступных для ПИН, в учреждениях, являющихся частью инфраструктуры общественного здравоохранения.

**Ключевой принцип 2: Уход должен быть комплексным**

- Интеграция АРВ-терапии и заместительной терапии, других услуг для потребителей наркотиков и программ первичного ухода, консультирования и обучения может существенно повысить успешность лечения ПИН.

**Ключевой принцип 3: Уход должен предоставляться пациентам, независимо от того, до какой степени они способны им воспользоваться**

- Более простые программы воздействия, например программы профилактики оппортунистических инфекций, могут стать «мостом» к более комплексному уходу, например АРВ-терапии для ПИН, недавно получившим диагноз или продолжающим активно употреблять наркотики.

**Ключевой принцип 4: Стратегии аутрич являются принципиально важным компонентом ухода за ВИЧ-инфицированными**

- Наиболее эффективные программы по предоставлению АРВ ПИН формируют сильные связи с организациями, действующими на уровне сообщества, и используют для обучения и консультаций работников, набранных из числа людей, непосредственно затронутых употреблением инъекционных наркотиков.

- <sup>1</sup> Для более подробной информации о доступе ПИН к антиретровирусному лечению см. *Availability of ARV for Injecting Drug Users: Key Facts* (2004) (Доступность АРВ для потребителей инъекционных наркотиков). Coalition ARV4IDUs. [www.ceehrn.org](http://www.ceehrn.org).
- <sup>2</sup> Wood E, Montaner JS, Yip B, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, et al. Adherence to antiretroviral therapy and CD4 T-cell count responses among HIV-infected injection drug users (Соблюдение режима антиретровирусной терапии и показатели клеток CD4 среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков). *Antivir Ther* 2004;9(2):229-35.
- <sup>3</sup> Altice F, Mezger J, Hodges J, Bruce R, Marinovich A, Walton M, et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. (Разработка программ контролируемой антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков. Важные моменты для осуществления программ) *Clin Infect Dis* 2004;1(38 Suppl 5):S376-87.
- <sup>4</sup> Nemes M. Aderencia ao Tratamento por Anti-retrovirais em Servicos Publicos no Estado de Sao Paulo, Brasilia, DF (Соблюдение режима антиретровирусной терапии в центре здравоохранения в Сан-Паулу, Бразилия). Sao Paolo: Ministerio da Saude do Brasil; 2000.
- <sup>5</sup> Lucas G, Cheever L, Chaisson R, Moore R. Detrimental Effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection. (Пагубные эффекты продолжительного употребления запрещенных наркотиков на лечение инфекции ВИЧ-1) *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;27(251-59).
- <sup>6</sup> Altice F, Mezger J, Hodges J, Bruce R, Marinovich A, Walton M, et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication (Разработка программы контролируемой антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков. Важные моменты для осуществления программ). *Clin Infect Dis* 2004;1(38 Suppl 5):S376-87.
- <sup>7</sup> 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 (Соблюдение режима ВААРТ среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков во Франции. Значение заместительного лечения наркозависимости бупренорфином). The Manif 2000 study group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;14(2):151-5.
- <sup>8</sup> Clarke S, Kennan E, Ryan M. Directly observed antiretroviral therapy for injection drug users with HIV (Контролируемая антиретровирусная терапия для потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ) 2002; *The AIDS Reader* 12(305-7):312-316.
- <sup>9</sup> Moscatello G, Campello P, Benetucci JA. Bloodborne and sexually transmitted infections in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina. (Инфекции, передающиеся через кровь и сексуальным путем, в больнице Буэнос-Айреса, Аргентина) *Clin Infect Dis* 2003;37 Suppl 5:S343-7.
- <sup>10</sup> Open Society Institute (2004). Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users. (Разрушение барьеров. Уроки по предоставлению лечения ВИЧ потребителям инъекционных наркотиков). New York, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute.
- <sup>11</sup> Lucas, G. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a non-randomized comparative study (Контролируемая антиретровирусная терапия в городской клинике заместительной терапии метадонном. Нерандомизированное сравнительное исследование). *Clin Infect Dis* 2004; June 1;38 Supl 5:S409-13.
- <sup>12</sup> WHO. WHO HIV/AIDS Treatment and Care Protocols (Протоколы по лечению и уходу). Geneva: World Health Organization; March 2004.
- <sup>13</sup> Там же.

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](http://www.ceehrn.org)

Представленные здесь материалы были опубликованы на XV Международной конференции по СПИДу коалицией следующих организаций: Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы – ССВ-ЦВЕ (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 активистов по лечению СПИДа (Thai AIDS Treatment Action Group – TTAG).