



**АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ**

**ТЕРАПИЯ**

**ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ  
В ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ**

**ТРУДНОСТИ ДОСТУПА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**



Европейская группа по лечению СПИДа (**European AIDS Treatment Group, EATG**) была основана в 1991 году. Это организация волонтеров, в состав которой входят 90 человек из 36 стран Европы, представляющие различные сообщества, затронутые проблемой ВИЧ/СПИДа. С момента создания **EATG** принимает самое активное участие в стимулировании ответных действий гражданского общества на развитие в регионе эпидемии ВИЧ-инфекции.

Миссия **EATG** заключается в том, чтобы добиться обеспечения быстрого доступа к современным медицинским препаратам, оборудованию и диагностическим тестам для профилактики или лечения ВИЧ-инфекции, а также содействовать улучшению качества жизни людей, живущих с ВИЧ, и людей, подверженных риску инфицирования. Кроме того, деятельность **EATG**, проводимая в ответ на эпидемию, распространяется на ко-инфекции с ВИЧ и другие медицинские проблемы, повышающие риск инфицирования. Основная географическая направленность **EATG** – 53 страны Европейского региона ВОЗ.

Более подробную информацию можно найти на сайте: [www.eatg.org](http://www.eatg.org).

**©2008, European AIDS Treatment Group (EATG)**

Настоящий отчет подготовлен в рамках проектов «Действие по СПИДу и интеграция», содействующих обмену опытом, усовершенствованию мер по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции и активизации усилий гражданского общества в новых странах ЕС и соседних государствах. Более подробную информацию можно найти на сайте: [www.integration-projects.org](http://www.integration-projects.org).

Частичное финансирование данной публикации было предоставлено Главным управлением Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей (DG Sanco) в рамках проектов «Действие по СПИДу и интеграция», 2005–2008, договор № 2004302. Ответственность за публикацию несут авторы. Европейская комиссия не несет ответственности за любое использование содержащейся в ней информации.

# Содержание

СОКРАЩЕНИЯ .....	4
КРАТКИЙ ОБЗОР .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
ВИЧ-инфекция и инъекционное употребление наркотиков .....	6
Коинфекции .....	7
Доступ к антиретровирусной терапии (АРТ) .....	7
СТРАТЕГИИ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА ПИН К АРТ .....	10
Призвать к ответственности политиков .....	10
Заручиться внешней поддержкой .....	12
Обеспечить свободный доступ к ДКТ и другим службам по ВИЧ-инфекции .....	13
Помогать ПИН сориентироваться в системе разрозненных государственных служб .....	15
Обучать ПИН и широкие слои населения вопросам АРТ и наркопотребления .....	16
Обучать представителей сервисных служб вопросам АРТ и инъекционного наркопотребления .....	17
Налаживать доверительные отношения между ПИН и сервисными службами .....	18
Предоставлять лечение наркозависимости .....	19
Работать с потребителями стимуляторов амфетаминового ряда .....	19
Вовлекать ПИН в планирование, реализацию и мониторинг программ .....	20
Бороться со стигмой и дискриминацией .....	21
КАРТА ДЕЙСТВИЙ .....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ЧИСЛО ПИН СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОЙ СТАТИСТИКЕ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ .....	30
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АКТИВНЫЕ ПИН И ПИН В ПРОГРАММАХ ОЗТ, ПОЛУЧАЮЩИЕ АРТ .....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....	33
Международные обязательства .....	33
Пособия по адвокации .....	33
Эпидемиология и мониторинг .....	33
Клинические руководства .....	34
Сервисные руководства и примеры эффективной практики .....	34
Участие потребителей наркотиков и ЛЖВ .....	34
Борьба со стигмой и дискриминацией .....	35
Интернет-ресурсы .....	35
БЛАГОДАРНОСТЬ .....	38
БИБЛИОГРАФИЯ .....	39

# СОКРАЩЕНИЯ

EATG.....	Европейская группа по лечению СПИДа
EuroHIV .....	Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИДа
СС ГА ООН.....	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
АРВ .....	Антиретровирусный (препарат)
АРТ.....	Антиретровирусная терапия
ВГС .....	Вирус гепатита С
ВИЧ .....	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ .....	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный фонд.....	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ .....	Добровольное консультирование и тестирование
ЕС .....	Европейский союз
ЕССВ .....	Евразийская сеть снижения вреда
ЛЖВ.....	Люди, живущие с ВИЧ
МЛУ .....	Множественная лекарственная устойчивость (туберкулеза)
ОЗТ .....	Опиоидная заместительная терапия
ООН .....	Организация Объединенных Наций
ПИН .....	Потребитель инъекционных наркотиков
СПИД.....	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССВ-ЦВЕ .....	Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (новое название – ЕССВ)
УНП ООН .....	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС .....	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

# КРАТКИЙ ОБЗОР

Десять лет назад антиретровирусная терапия (АРТ) изменила специфику течения ВИЧ-инфекции. Заболевание, некогда имевшее один прогноз – тяжелое и длительное течение и смерть, перешло в разряд хронических. Страны, предоставляющие АРТ, защищают право ВИЧ-положительных людей на здоровье, помогают им прожить долгую и продуктивную жизнь и свести к минимуму вероятность инфицирования других. Теперь, когда стоимость антиретровирусных (АРВ) препаратов значительно снизилась, многие государства стремятся полностью выполнить свои обязательства по обеспечению АРТ для всех нуждающихся.

В Центральной и Восточной Европе насчитывается около двух миллионов людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), большинство из которых были инфицированы через совместное использование инъекционного оборудования. Но, несмотря на моральные обязательства и долгосрочную экономическую эффективность обеспечения универсального доступа к АРТ, лишь небольшое число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) получают столь необходимое им лечение. В отчете представлен анализ следующих ключевых стратегий, успешно внедряемых правительствами и организациями с целью расширения доступа ПИН к АРТ:

- призвать к ответственности политиков, которые должны выполнять международные обязательства своих стран в отношении предоставления универсального доступа к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции;
- заручиться внешней поддержкой, как финансовой, так и технической, со стороны агентств ООН и других международных организаций;
- обеспечить доступность услуг по ВИЧ-инфекции через создание оптимальных условий для работы данных служб (часы работы, удобное расположение, создание мобильных пунктов, минимум регистрационных требований и интеграция различных структур);
- помогать ПИН сориентироваться в системе разрозненных государственных служб, включая специализирующиеся на ВИЧ/СПИДе и лечении наркозависимости, преимущественно через улучшение взаимодействия между ними и социальное сопровождение;
- обучать ПИН, представителей сервисных служб и широкие слои населения вопросам, касающимся АРТ и инъекционного употребления наркотиков – в основном через равных консультантов;
- налаживать доверительные отношения между ПИН и сервисными службами – преимущественно через работу равных консультантов;
- предоставлять лечение наркозависимости, в особенности опиоидную заместительную терапию (ОЗТ);
- работать с потребителями стимуляторов амфетаминового ряда, количество которых постоянно растет, но сообщество в целом исследуется мало;
- вовлекать ПИН в планирование, реализацию и мониторинг программ;
- бороться со стигмой и дискриминацией в отношении ПИН и ЛЖВ;
- проводить мониторинг и оценку служб по ВИЧ-инфекции для ПИН, в частности, в области АРТ.

В конце отчета (стр. 23) приводится карта действий – перечень конкретных шагов в рамках реализации каждой из вышеперечисленных стратегий.

# ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других экспертов, антиретровирусная терапия (АРТ) является эффективной для лечения ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) только при условии, что они получают адекватную поддержку<sup>1,2</sup>. Эффективность АРТ была продемонстрирована на примере активных и бывших ПИН, включая ПИН, находящихся на опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Положительный эффект от АРТ многогранен и направлен на улучшение здоровья отдельных людей и общества в целом, снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции и соблюдение прав населения на здоровье<sup>1,2,3</sup>.

Многие страны Центральной и Восточной Европы начинают наращивать усилия по обеспечению доступа к АРТ для всех нуждающихся<sup>4</sup>. На сегодняшний день некоторые из них, преимущественно с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, уже добились хорошего доступа к АРТ. Но в большинстве других стран люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), все еще сталкиваются со значительными трудностями при обращении за лечением. Наиболее серьезные трудности приходится преодолевать ПИН: представители этого сообщества имеют несоразмерно низкий доступ к лечению и другим медицинским услугам, хотя именно эта группа составляет большинство нуждающихся в АРТ. К счастью, страны, в которых нет достаточного доступа к лечению, поставили перед собой многообещающие цели по его улучшению. Учитывая увеличение внешнего финансирования, а также значительное снижение цен на АРВ-препараты и доступность примеров эффективной практики, принятые обязательства могут действительно способствовать серьезному улучшению доступа ПИН к АРТ.

В настоящем отчете содержится анализ проблем, препятствующих адекватному доступу ПИН к АРТ в Центральной и Восточной Европе, и приводятся некоторые методы, разработанные НПО и правительствами стран для их решения. Отчет базируется на обширном исследовании существующей литературы, а также на опросах и интервью, проведенных среди активистов в регионах, работающих в данной области, в том числе среди НПО и представителей местных групп ЛЖВ и ПИН.

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Восточной Европе развивается по иному сценарию, нежели в странах Центральной Европы, и ее воздействие на сообщество потребителей наркотиков имеет свою специфику. В Восточной Европе эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется стремительными темпами, затрагивая преимущественно ПИН и их сексуальных партнеров. По оценкам, на сегодняшний день в регионе проживают 1,6 миллиона ЛЖВ<sup>5</sup> и 3,7 миллиона ПИН<sup>6</sup>.

В каждой стране Восточной Европы основным путем передачи ВИЧ-инфекции является инъекционное употребление наркотиков (см. таблицу 1 в Приложении 1). Девяносто пять процентов ЛЖВ Восточной Европы живут в России и на Украине. В большинстве стран региона самое резкое увеличение случаев

ВИЧ-инфекции среди ПИН наблюдались в конце 1990-х – начале 2000-х годов. В 2006 году почти две трети новых случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем передачи были связаны с инъекционным употреблением наркотиков, а большинство остальных случаев – с незащищенными гетеросексуальными контактами. Количество ВИЧ-положительных ПИН варьирует: в ряде стран их действительно немного, в то время как в других они составляют порядка 50% от общей численности<sup>5,7</sup>.

Что касается Центральной Европы, то здесь распространенность ВИЧ-инфекции не так высока и не настолько устойчиво ассоциируется с употреблением инъекционных наркотиков (см. таблицу 2 в Приложении 1). Картина распространенности разнородна, и пути передачи различаются от страны к стране. Инъекционное употребление наркотиков признано основным путем передачи ВИЧ-инфекции только в Польше – стране с наибольшим количеством ВИЧ-положительных ПИН.

В странах, где использование совместного инъекционного оборудования является основным путем передачи ВИЧ-инфекции, особенно большое количество ВИЧ-положительных ПИН содержится в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Например, в литовских тюрьмах количество потребителей инъекционных наркотиков оценивается в 15,3%<sup>8</sup>, ЛЖВ – более 20% (данные на ноябрь 2007 года)<sup>9</sup>, и предполагается, что эти цифры в значительной степени пересекаются.

## КОИНФЕКЦИИ

В странах с преимущественным путем передачи ВИЧ-инфекции через инъекционное употребление наркотиков зарегистрированы более высокие показатели коинфекции туберкулеза, включая туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Имеющиеся (но ограниченные) данные позволяют предположить, что в некоторых из этих стран туберкулез является ведущей причиной смертности среди ЛЖВ. Например, данные Национального института фтизиатрии Украины свидетельствуют, что около 63% случаев смерти от СПИДа связаны с туберкулезом и в основном приходятся на сообщество ПИН.

В странах с эпидемией ВИЧ-инфекции среди ПИН более высокие показатели регистрируются и по вирусным гепатитам – особенно гепатиту С (ВГС – вирус со схожим путем распространения – через совместное использование инъекционного оборудования). Статистика по коинфекциям ВИЧ/ВГС в Центральной и Восточной Европе является недостаточной, но, согласно результатам одного исследования, данные по региону значительно отличаются: от менее 5% ЛЖВ (включая не-ПИН) в большинстве стран Центральной Европы до порядка 80% – в Эстонии и на Украине<sup>10</sup>. Без лечения гепатиты В и С могут привести к серьезному нарушению работы печени, что, как показывают исследования, составляет основную причину смертности среди ЛЖВ в странах, где ВИЧ-инфекция распространяется преимущественно через инъекционное употребление наркотиков<sup>11-13</sup>.

## ДОСТУП К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (АРТ)

### АРТ для населения в целом

С 2002 по 2006 год в Восточной Европе был отмечен значительный прогресс в расширении доступа к АРТ, но он по-прежнему является недостаточным. Уровень охвата программами лечения особенно низ-

кий в России и на Украине – странах с наибольшим количеством ЛЖВ. Однако эти государства заявили о том, что к концу 2008 года доступ к лечению будет серьезно увеличен: порядка 60% и 55% нуждающихся соответственно<sup>14, 15</sup>.

На Украине этот процесс в основном финансируется Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и реализуется Международным альянсом по ВИЧ/СПИДу Украины и Всеукраинской сетью людей, живущих с ВИЧ. Эти организации передали государству ответственность за лечение 6000 получателей АРТ и планируют значительно увеличить численность получающих лечение к 2010 году. Россия объявила о выделении крупных ассигнований для поддержки программ Глобального фонда по лечению<sup>16</sup>. Страны Балтии наращивают усилия по повышению доступа к АРТ (в Эстонии количество клиентов АРТ увеличилось в семь раз), тогда как некоторые кавказские и центральноазиатские страны лишь недавно начали реализацию программ лечения.

Тем не менее Восточная Европа занимает второе место в ряду регионов с самым низким охватом АРТ, включающих страны с низким и средним уровнем дохода – в конце 2006 года в среднем лечение получали только 15% нуждающихся<sup>4</sup>.

В Центральной Европе доступ к АРТ был относительно высоким (определяемым из расчета охвата 75% нуждающихся в лечении) уже в 2004 году, так же как и в Западной Европе<sup>17</sup>. При этом данные о качестве терапии ограничены, а в двух странах Центральной Европы с большой популяцией ВИЧ-положительных ПИН – Польше и Сербии – сохраняются значительные трудности с ее предоставлением.

### АРТ для ПИН

Согласно неопубликованным данным ВОЗ, в Восточной Европе с конца 2006 года стало увеличиваться количество ПИН, получающих АРТ. В 2002 и 2004 годах доступ ПИН к АРТ был чрезвычайно низким, особенно в России, на Украине, в трех странах Балтии и в республиках Центральной Азии. С тех пор в большинстве стран региона антиретровирусная терапия стала более доступной для ПИН (а условия ее получения – более беспристрастными и справедливыми), но уровень охвата ПИН терапией до сих пор ниже уровня охвата не-ПИН. И хотя доступ к АРТ для ПИН в Центральной Европе расширяется, ситуация далека от идеальной, и у ПИН сохраняются сложности с получением терапии.

Во многих городах и странах региона активным потребителям наркотиков (по определению, людям, принимавшим наркотик в последние четыре недели) отказывают в предоставлении АРТ на том основании, что они неспособны соблюдать режим лечения (приверженность), хотя в других странах лечение активных ПИН проходит весьма успешно (см. таблицу 3 в Приложении 2). На самом деле отдельные программы, в том числе некоторые в России, продемонстрировали более значительный прогресс в обеспечении ПИН терапией, чем это отражено в национальной статистике.

### АРТ и опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Согласно оценкам, в Восточной Европе профилактическими мерами в области ВИЧ-инфекции, включающими лечение наркозависимости, охвачено менее 10% ПИН<sup>18</sup>. Из 16 стран Центральной и Восточной Европы в конце 2005 года 9534 человека получали ОЗТ, и больше половины из них проживали в двух от-

носителем небольших государств с небольшим числом потребителей опиоидов: Чешской Республике и Словении. В большинстве других стран охват ОЗТ не превышал 5% предполагаемой популяции ПИН<sup>19</sup>. В каждой стране, осуществляющей ОЗТ, приоритет отдается вовлечению ЛЖВ в эти программы. Необходимо отметить, что в двух странах – Болгарии и Словении – в конце 2005 года большинство клиентов программ ОЗТ составляли ПИН на АРТ: 67% и 60% соответственно. Для других стран, предоставивших информацию по данному вопросу, эта цифра составляла менее 31% (см. Приложение 2). В России ОЗТ по-прежнему находится вне закона, наркологические службы разрозненны, предоставляют услуги низкого качества и в целом не используют подходы, эффективность которых подтверждена исследованиями<sup>20</sup>.

### АРТ для осужденных

Уголовно-исполнительные системы стран Центральной и Восточной Европы заслуживают отдельного внимания, поскольку часто являются «инкубаторами» инъекционного употребления наркотиков, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и гепатитов. К счастью, охват тюремного населения лечебно-профилактическими программами обеспечить несложно. Респонденты девяти из 15 принимавших участие в исследовании стран сообщили, что доступ осужденных к АРТ можно назвать относительно приемлемым – в некоторых местах он даже лучше, чем в гражданском обществе. Тем не менее в большинстве стран региона доступность АРТ все-таки не является универсальной, а в ряде стран у осужденных практически нет доступа к лечению. В большинстве стран региона (за исключением Словении и некоторых других центрально-европейских стран) осужденные ПИН не имеют или редко имеют возможность получать ОЗТ.

# Стратегии расширения доступа ПИН к АРТ

*Не существует труднодоступных групп населения – существуют труднодоступные службы.*

– Участник конференции сети сотрудничества Correlation Network, 2007 г., София, Болгария

Доступ к АРТ в Центральной и Восточной Европе расширяется, однако ПИН, желающие получить уход и поддержку при ВИЧ-инфекции, продолжают испытывать серьезные затруднения – и особенно в странах с наибольшим количеством ВИЧ-положительных ПИН. В данной связи необходим анализ факторов – как препятствующих доступу к услугам, так и облегчающих этот доступ. В регионе реализуется ряд инициатив, доказавших свою эффективность в преодолении барьеров, затрудняющих доступ, но их количество и охват остаются ограниченными. В этом разделе описываются некоторые эффективные практики – авторы надеются, что информация о них вдохновит создателей программ на разработку и реализацию успешных инициатив и в других местах. Эти практики показывают, что при наличии политической воли к созданию адекватных медицинских и социальных программ для ПИН антиретровирусная терапия может не только значительно улучшить жизнь ВИЧ-положительных ПИН, *но и снизить* уровень передачи ВИЧ-инфекции. Таким образом, государства, помогающие ПИН с АРВ-лечением, не только оказывают им неоценимую гуманитарную услугу и выполняют свои международные обязательства, но и способствуют предотвращению серьезной катастрофы в здравоохранении.

Добросовестная практика в этой области строится на следующих сквозных принципах:

- создание системы услуг на основе потребностей ПИН;
- изменение практик, показавших свою неэффективность;
- активная работа с ПИН на их территории;
- соблюдение прав и уважение достоинства ПИН;
- поддержка сообществ ПИН и ЛЖВ, вовлечение их представителей в планирование, реализацию и оценку услуг и политики;
- формирование грамотности в области лечения у всех людей, имеющих отношение к предоставлению или получению АРТ.

## ПРИЗВАТЬ К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОЛИТИКОВ

Предоставление ПИН универсального доступа к АРТ и другим услугам в области ВИЧ-инфекции требует консолидации политической воли на самом высоком уровне. Все правительства стран Центральной и Восточной Европы подтвердили свои обязательства по обеспечению универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции (в том числе в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу) и соблюдению права на здоровье (в

том числе в Международной конвенции по экономическим, социальным и культурным правам). Соглашения о региональном сотрудничестве, такие как Дублинская декларация, Вильнюсская декларация и различные политические документы Европейского союза (ЕС), хоть и имеют различную специфику, но также поддерживают обязательства по решению этих задач. Организации гражданского общества должны контролировать выполнение правительствами принятых обязательств, привлекая к ним внимание и осуществляя мониторинг и оценку процесса реализации.

К сожалению, политика по обеспечению универсального доступа к лечению и реализации права на здоровье редко внедряется в полной мере. Ответственные лица зачастую не следят за ситуацией: или забывают, или откладывают осуществление мероприятий по выполнению обязательств, принятых их страной. К примеру, в 2004 году все 52 страны Европейского региона ВОЗ подписали Дублинскую декларацию, в соответствии с которой они должны были (как часть других обязательств) к 2005 году обеспечить всем нуждающимся доступ к АРТ и улучшить доступ к наркологическому лечению и услугам по снижению вреда ПИН<sup>21</sup>. Однако уровень доступа к АРТ в странах Восточной Европы с низким и средним уровнем дохода по-прежнему остается одним из наиболее низких в мире<sup>4</sup>.

В странах Евросоюза заслуживают внимания несколько важных документов, таких как стратегия ЕС по наркотикам<sup>22</sup>, планы действий ЕС по наркотикам (2005–2008 и 2009–2012)<sup>23</sup> и рекомендация по снижению вреда от наркозависимости, принятая группой высокого уровня<sup>24</sup>. Эти документы призваны содействовать оптимизации работы с потребителями наркотиков (включая подходы снижения вреда, эффективность которых была подтверждена научно, и лечение наркозависимости) и принятию адекватных мер по вопросу инъекционного наркопотребления и связанных с ним проблем со здоровьем в тюрьмах. Несколько недавно опубликованных отчетов<sup>25, 26, 27</sup> продемонстрировали, что в новых центрально- и восточноевропейских странах ЕС работа наркологических служб улучшается, но запланированные меры внедряются неравномерно, и это особенно ощутимо в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Многие страны Центральной и Восточной Европы установили для себя смелые целевые показатели по обеспечению к 2008 и 2010 годам универсального доступа к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции. В некоторых странах ведущую роль в определении целей сыграли организации гражданского общества, которые также активно участвовали в составлении национальных отчетов о ходе работы по достижению заявленных целей. В других странах, где официальные отчеты по выполнению обязательств Декларации о приверженности СС ГА ООН не отражали действительность, организации гражданского общества выпускали собственные «теневые отчеты», в которых акцентировали внимание на областях, требующих улучшения<sup>28</sup>.

## ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

Организации гражданского общества России (включая Российский союз ЛЖВ, Всероссийскую сеть снижения вреда и Форум ВИЧ-сервисных НПО) участвовали в определении национальных индикаторов и целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции к 2010 году. В национальном отчете о прогрессе в достижении заявленных целей был упущен ряд критических моментов, и эти организации опубликовали теневой отчет, в котором были отражены наиболее актуальные проблемы, особенно в области обеспечения ухода при ВИЧ-инфекции, и предложены пути их решения<sup>28</sup>.

Оценить успехи в обеспечении универсального доступа к АРТ и выполнении других обязательств можно также через определение процентного соотношения ПИН и осужденных, получающих АРВ-терапию – как на национальном, так и на региональных уровнях. Инструменты мониторинга доступа ПИН к необходимым услугам по ВИЧ-инфекции (включая АРТ) будут представлены в готовящихся директивах ВОЗ, Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и ЮНЭЙДС по мониторингу универсального доступа к ВИЧ-сервису среди ПИН.

## ЗАРУЧИТЬСЯ ВНЕШНЕЙ ПОДДЕРЖКОЙ

Поиск национальных ресурсов для расширения доступа потребителей наркотиков к АРТ – задача непростая. Нелегко разработать и осуществить эффективные программы для обеспечения этого доступа. К счастью, в распоряжении государств есть значительная финансовая и техническая поддержка, поступающая из международных источников на выполнение этих целей.

За последние несколько лет Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией предоставил финансовую помощь большему количеству программ по ВИЧ-инфекции в странах Центральной и Восточной Европы, чем какой-либо другой донор. Однако ресурсы Глобального фонда доступны лишь части региона, и в будущем помощь не будет предоставляться странам с окрепшей экономикой. В этой связи все более актуальным становится вопрос выделения национальных ресурсов, необходимых для поддержки существующих программ и обеспечения доступности АРВ-препаратов.

Работу по улучшению услуг в области ВИЧ-инфекции, направленных на сообщество ПИН, поддерживают организации в структуре ООН, в частности Управление ООН по наркотикам и преступности, осуществляющее широкомасштабные программы в странах Балтии, республиках Центральной Азии, Румынии и России. Региональное европейское бюро ВОЗ также предоставляет некоторым странам техническую поддержку по развитию, адаптации и внедрению клинических протоколов предоставления АРТ потребителям инъекционных наркотиков. ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС совместно разработали ряд документов по развитию политики в области ВИЧ/СПИДа и усовершенствованию услуг для потребителей наркотиков (см. на сайте [www.who.int/hiv/idu](http://www.who.int/hiv/idu)). ЮНЭЙДС и Программа развития ООН (ПРООН) также привлекают внимание к этому вопросу на уровне разработки национальной и международной политики и оказывают поддержку местным партнерам. Например, ЮНЭЙДС содействовал улучшению результативности и экономической эффективности национального отклика по ВИЧ-инфекции через продвижение модели «триединых принципов», в соответствии с которой государственная политика по ВИЧ/СПИДу должна иметь единые согласованные рамки действий против СПИДа, единый национальный координационный орган и единую согласованную систему мониторинга и оценки на уровне страны<sup>29</sup>.

Кроме того, финансовые и технические ресурсы на развитие пилотных программ по ВИЧ-инфекции среди ПИН предоставляет Институт «Открытое общество». Хорошим источником технической, учебной и сетевой поддержки являются учебно-информационные центры: по снижению вреда (Евразийской сети по снижению вреда, ЕССВ)<sup>30</sup> и по лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе в Евразии<sup>31</sup>.

Наконец, в рамках программ по здравоохранению, исследованиям и профилактике наркозависимости Евросоюз предлагает партнерам своих стран поддержку в укреплении потенциала, обмене опытом и (в ограниченном масштабе) исследованиях. Небольшая поддержка от ЕС доступна также пограничным странам, не входящим в Евросоюз.

## ОБЕСПЕЧИТЬ СВОБОДНЫЙ ДОСТУП К ДКТ И ДРУГИМ СЛУЖБАМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для предоставления услуг по тестированию и консультированию в области ВИЧ-инфекции требуются минимальные усилия – например, некоторые из них не требуют заполнения каких-либо форм или установления личности клиентов. Такие услуги называются низкопороговыми, и они по праву считаются важной «точкой входа» в систему предоставления непрерывных услуг, особенно для ПИН. Несмотря на то что некоторые страны Центральной и Восточной Европы тестируют большую часть своего населения (в России, например, проводится около 20 миллионов ВИЧ-тестов в год), эти программы обычно не имеют специальной направленности для охвата групп риска. Несколько респондентов отметили, что услуги по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) часто остаются недоступными для потребителей наркотиков в их странах. Как препятствия к получению услуг были названы неудобные часы работы (например, только утром), отсутствие гарантии конфиденциальности, географическое местоположение (далеко), стигматизация и нежелание попасть в официальную регистрацию. Другие респонденты рассказывали о том, что неадекватность услуг по консультированию еще больше ограничивает преимущества тестирования – причем как для предупреждения инфицирования, так и в отношении предлагаемого ухода.

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

Латвийская НПО 'DIA+LOGS' ([diacentrs.lv](http://diacentrs.lv)) предоставляет такие услуги, как низкопороговый доступ к экспресс-тестированию на ВИЧ и гепатит С, а также другие услуги, такие как раздача стерильного инъекционного оборудования и презервативов – как в стационарном, так и в мобильном пунктах доверия. Услуги предоставляются в удобное для клиентов время, в том числе по вечерам.

Респонденты назвали и положительные примеры улучшения доступа ПИН к ДКТ, в основном имеющие отношение к проектам снижения вреда. В Санкт-Петербурге (Россия) тестирование и консультирование предлагаются в пунктах обмена игл, которые при необходимости могут направить клиентов в местную больницу для получения других услуг. В Днепрепетровске (Украина) новая услуга – экспресс-тестирование – в пункте обмена игл повысила общую обращаемость за тестированием. Похожие результаты были достигнуты в Латвии, где большинство низкопороговых программ для ПИН предоставляют экспресс-тесты на ВИЧ и ВГС и при необходимости перенаправляют клиентов на дополнительное тестирование. В Эстонии бесплатные низкопороговые услуги предлагают несколько ДКТ-служб, например пункт доверия НПО 'Convictus', работающий с десяти утра до десяти вечера.

## ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В Армении мультидисциплинарная команда повышает доступ к услугам для 420 ЛЖВ, живущих за пределами столицы, используя мобильную клинику. ЛЖВ получают лечение прямо по месту жительства благодаря совместной программе Национального СПИД-центра и группы ЛЖВ «Реальный мир – реальные люди» (realwrp.net).

Во многих странах региона услуги в области ВИЧ/СПИДа, может быть, ненамеренно, но все же труднодоступны для ЛЖВ, особенно ЛЖВ ПИН. Как и в случае с ДКТ, медицинские и другие ВИЧ-службы часто отличаются неудобным местоположением. В некоторых странах такие службы есть только в крупных городах, и людям, живущим в удалении от городов, обращаться в них дорого и весьма затратно по времени. Венгрия – единственная страна, возмещающая клиентам таких служб расходы на проезд, делая их более доступными. Подобная программа также некоторое время действовала в Санкт-Петербурге, однако после прекращения международного финансирования она закрылась.

Среди других барьеров респонденты часто называли ограниченные часы работы и географическую удаленность. Например, программа обмена игл в Днепрпетровске предлагает ПИН экспресс-тестирование непосредственно «на месте» и может направить их на получение других услуг, но эти услуги остаются для них труднодоступными. Для вступления в программу АРТ-клиентам нужно посетить разные учреждения и сдать несколько тестов – часть из них принимается только в определенное время, что не всегда удобно. Кроме того, ПИН знают, что их могут исключить из программы лечения из-за употребления наркотиков.

В России же в рамках пятого раунда проектов Глобального фонда аутрич-работникам проектов снижения вреда предоставляется обучение по вопросам грамотности в области лечения, а также ведется работа по согласованию совместных планов перенаправления клиентов и интегрированию услуг проектов с услугами местных ВИЧ-сервисных служб и других медицинских и социальных учреждений. Тем не менее это всего лишь пилотные программы, а не широкомасштабные инициативы, реализуемые методично и планомерно. Более того, в целом по региону службы снижения вреда имеют ограниченный охват, который, по оценкам, составляет менее 10% в Восточной Европе<sup>18</sup>, хотя несколько стран заявляют о 47%-м охвате<sup>32</sup>.

Таким образом, расширение доступа ПИН к АРТ через службы по снижению вреда потребует расширения существующих инициатив по снижению вреда.

## ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В российском городе Казани НПО «Обновление» учредила пункт доверия, предоставляющий различные низкопороговые услуги для ПИН: обмен игл, забор крови для ВИЧ-тестов, раздача АРВ-препаратов, активное формирование приверженности лечению, а также другие медико-социальные услуги. Доступность дружественных услуг в одном месте позволяет обеспечить доступ к АРТ для ПИН, которые в иной ситуации были бы лишены этой возможности.

## ПОМОГАТЬ ПИН СОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В СИСТЕМЕ РАЗРОЗНЕННЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

Один из наиболее часто упоминаемых барьеров к получению медицинских услуг для ПИН в регионе – вертикальная организация большинства служб: службы по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу, гепатитам, зависимостям и психическому здоровью являются разрозненными и не входят в единую систему услуг. Исследования показали, что оптимальным решением было бы сосредоточить их в одном месте и создать так называемую службу одного обращения, однако в Центральной и Восточной Европе подобная организация услуг почти не встречается. Один респондент из Словакии упомянул, что в трех инфекционных клиниках страны предоставляются интегрированные услуги, но это не типичный случай, особенно для Восточной Европы. Еще один участник опроса отметил, что стационарные услуги в России становятся более интегрированными, но это не относится к системе амбулаторного ухода.

В условиях слабого взаимодействия между различными службами врачам трудно согласовывать свои предписания. Например, респондент из Украины рассказал о проблемах с координированием программ лечения гепатита и ВИЧ-инфекции. Несколько участников исследования отметили, что из-за недостаточной согласованности услуг программ ОЗТ и АРТ дозы заместительной терапии не были надлежащим образом скорректированы.

Изолированность услуг не только препятствует продуктивному общению специалистов здравоохранения, но и становится барьером для пациентов. Учреждения часто расположены в разных районах города, для каждого из них нужны свои документы. Респонденты отметили, что бюрократические препоны, возникающие при обращении в систему, зачастую вынуждают отказаться от каких-либо визитов в сервисные учреждения. Тем не менее уже разработаны и применяются новые методы, призванные преодолеть трудности, связанные с вертикальной организацией системы предоставления ухода. Например, в рамках российского проекта ГЛОБУС были созданы междисциплинарные команды, которые оценивают индивидуальные потребности каждого пациента. В некоторых городах проекта взаимодействие между службами действительно улучшилось, однако о системном подходе говорить еще рано, поскольку общение между специалистами часто происходит на неформальной основе. Неко-

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В рамках третьего раунда проекта ГЛОБУС в России ([ohi.ru/files/eng3.pdf](http://ohi.ru/files/eng3.pdf)) **междисциплинарные клинические группы** (в составе которых – врачи, медсестры, психологи, социальные работники и равные консультанты) стремятся обеспечить полноценный и разносторонний уход пациентам с ВИЧ.

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

Украинская НПО «ВИРТУС» в Днепрпетровске ([eatg.org/download/presentation\\_OBelyeavaEN.pdf](http://eatg.org/download/presentation_OBelyeavaEN.pdf)) – организация людей, употребляющих наркотики. Она помогает 44 ПИН решить различные проблемы через систему социального сопровождения, в рамках которой они могут восстановить документы, определить детей в школы, получить сопровождение специалиста в медицинское учреждение или услуги на дому.

торые НПО и группы взаимопомощи начали предоставлять услуги социального сопровождения, помогая ВИЧ-положительным ПИН сориентироваться в системе многочисленных медико-социальных услуг, через которую им нужно пройти для получения АРТ. Специалисты по социальному сопровождению помогают ПИН собрать документы и сопровождают их в медицинское или иное учреждение. Кроме этих и некоторых других услуг, специалисты по социальному сопровождению часто выступают защитниками прав пациентов, обратившихся в систему социального сопровождения. Такие специалисты – медсестры, социальные работники или равные консультанты – обычно работают на базе СПИД-центра или НПО. Большинство респондентов сообщили, что социальное сопровождение доступно лишь в одном или двух городах их страны. В настоящее время действительно идет активное развитие модели социального сопровождения, однако участники интервью отметили, что четкой структуры ее реализации пока не существует, и ее положение в существующей системе здравоохранения конкретно не определено. Несколько респондентов упомянули, что специалисты по социальному сопровождению, как и равные консультанты, получают низкую зарплату и часто меняют место работы.

## ОБУЧАТЬ ПИН И ШИРОКИЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ ВОПРОСАМ АРТ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ

Респонденты, заполнявшие анкеты, часто называли недостаточные знания и неправильные представления об АРТ основным барьером к доступу к терапии среди ПИН. Широкие слои населения тоже зачастую не осведомлены о существовании и доступности АРВ-терапии. Участники исследования из Болгарии, Литвы и России отметили, что часто люди просто не знают или не верят, что АРВ-препараты в их странах предоставляются бесплатно.

Зачастую ВИЧ-положительные ПИН не начинают терапию только потому, что недостаточно информированы или поверили в мифы о побочных эффектах и взаимодействии с уличными наркотиками и лекарствами опиоидной заместительной терапии. Действительно, людям на АРТ часто требуются более высокие дозы некоторых препаратов ОЗТ, чтобы добиться тех же результатов, как и у людей, не принимающих терапию\*. ПИН сомневаются и не хотят начинать или продолжать лечение ВИЧ-инфекции<sup>33</sup>. Больше того, в соответствии с «контркультурными» представлениями, сложившимися в обществе, многие ПИН относятся к АРТ с подозрением, как к инструменту контроля или вреда, часто приводя «в доказательство» побочные эффекты (особенно те, которые начинаются сразу после начала лечения). В странах, где случались перебои с поставками АРВ-препаратов, домыслы и

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В Татарстане Открытый институт здоровья проводит активную деятельность по развитию механизмов формирования приверженности, включая усилия по продвижению грамотности в области лечения, с тем чтобы вовлечь ПИН в АРТ-программы. К концу 2007 года ПИН составляли 76% (из 584 человек) получающих АРТ по этой программе – показатель, значительно превышающий статистику в целом по России.

16 \* АРВ-препараты способны взаимодействовать с другими лекарственными средствами и наркотическими веществами. Например, АРВ-препараты могут повысить или снизить метаболизм метадона, в связи с чем необходима корректировка дозы метадона. Более подробно о таком взаимодействии см. в клиническом протоколе ВОЗ по лечению ПИН, живущих с ВИЧ<sup>33</sup>.

страхи в отношении будущих перебоев препятствуют повышению обращаемости за лечением. Такая информация, в частности, приходит из России, Сербии и Черногории<sup>34</sup>.

В связи с этим основной предпосылкой вступления в программы АРТ и формирования приверженности признается обучение пациентов<sup>1, 35</sup>. Один врач из России отметил, что после того как равные консультанты начали повышать грамотность в области лечения в сообществе ПИН его города, неправильные представления и мифы стали меньше влиять на обращаемость за лечением. В Центральной и Восточной Европе реализуется несколько новаторских программ обучения ПИН вопросам АРТ, но большинство из них пока находится на стадии пробных проектов. Участники интервью также отметили, что в их странах для людей, принимающих АРТ, не хватает информационных материалов. Кроме того, трудно обеспечить непрерывное финансирование и найти источники устойчивой поддержки таких многообещающих программ, как школы пациентов, в рамках которых пациенты посещают занятия вместе с другими ЛЖВ и узнают много нового об АРТ и других аспектах жизни с ВИЧ.

## ОБУЧАТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕРВИСНЫХ СЛУЖБ ВОПРОСАМ АРТ И ИНЪЕКЦИОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Для предоставления качественного ухода чрезвычайно важно адекватное обучение медицинских работников. К сожалению, персонал служб по ВИЧ/СПИДу в Центральной и Восточной Европе обычно плохо обучен вопросам наркозависимости, что отражается не только на клинических аспектах лечения ПИН, но и на ситуации с предоставлением ПИН психологической и социальной поддержки во время лечения. Специалисты-наркологи имеют некоторые знания об инфекционных заболеваниях, но этот уровень знаний нельзя назвать удовлетворительным. Они часто не осведомлены о взаимодействии АРВ-препаратов с препаратами ОЗТ (метадоном и бупренорфином) и не корректируют дозировку ОЗТ-препаратов для людей на АРТ, которые впоследствии перестают соблюдать режим АРВ-лечения, чтобы избежать симптомов отмены.

В протоколы ВОЗ по лечению ВИЧ-инфекции входит такой обязательный компонент, как клинические рекомендации по учету специфических потребностей ПИН, живущих с ВИЧ<sup>33</sup>. В них содержатся подробные инструкции о ведении таких пациентов, включающие такие вопросы, как токсичность и побочные эффекты АРВ-препаратов, их взаимодействие с другими лекарствами и опиатами, гепатотоксичность (показатели которой значительно выше среди ПИН, чем среди не-ПИН), тяжелые оппортунистические инфекции и сопутствующие психиатрические отклонения, такие как депрессия. Один участник интервью подчеркнул, что медицинским работникам необходимо еще учиться общаться с пациентами, так как зачастую они не осознают, насколько важно выстроить доверительные отношения и создать комфортную для пациента обстановку.

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В Боткинской больнице Санкт-Петербурга значительное улучшение взаимоотношений между ЛЖВ и персоналом произошло после того, как в больнице стали работать **равные консультанты**.

## НАЛАЖИВАТЬ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПИН И СЕРВИСНЫМИ СЛУЖБАМИ

Доверительные отношения – ключевой элемент эффективного формирования приверженности лечению. К сожалению, как отметили многие респонденты в анкетах или в интервью для настоящего отчета, в отношениях «медицинский работник – потребитель наркотиков» часто прослеживается взаимное недоверие, и ПИН в целом подозрительно относятся к любым государственным службам. Эффективные методы построения доверительных отношений известны – это улучшение коммуникативных навыков сотрудников учреждений здравоохранения, большая ориентированность на клиента в программах по наркотикам и ВИЧ-инфекции, укрепление связей с сообществом ПИН через равных консультантов и стимулирование создания инициативных групп пациентов.

Данные исследований показывают, что работа равных консультантов особенно важна для привлечения ПИН в программы АРВ-лечения и формирования приверженности<sup>1</sup>. Личный опыт равных консультантов позволяет им быстро заручиться доверием целевой аудитории, разъяснить медицинские термины доступным языком и наладить продуктивные взаимоотношения между врачами и пациентами. Врач из России, упомянутый выше, отметил, что благодаря работе равных консультантов из числа ЛЖВ, в том числе употребляющих наркотики, отношения «врач – пациент» заметно улучшились. Он сказал, что некоторые врачи, которые сначала не понимали роли равных консультантов и были настроены против совместной работы с ними, впоследствии оценили эффект их консультирования и признали, что равные консультанты улучшили их собственное общение с пациентами.

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

Организация 'Convictus' ([convictus.ee](http://convictus.ee)) и Эстонская сеть ЛЖВ ([ehpv.ee](http://ehpv.ee)) организуют группы взаимопомощи, консультирования и равного обучения во всех эстонских тюрьмах. Обе НПО также работают за пределами тюрем, предоставляя своим клиентам поддержку приверженности и помощь после освобождения.

По мнению респондентов, в большинстве стран недостаточно развито равное обучение. Там, где оно существует, равным консультантам приходится мириться с неудовлетворительными условиями работы: низкой зарплатой, недостаточным профессиональным признанием, высокой текучестью кадров, не всегда качественным образованием, ограниченными социальными льготами и профессиональным сгоранием<sup>36</sup>. Несколько респондентов подчеркнули необходимость решения вопроса, связанного с синдромом эмоционального сгорания, поскольку он не только является причиной текучести персонала, но и может заставить равного консультанта вновь вернуться к употреблению наркотиков.

Некоторые программы хорошо и результативно начинались, но, как отметили респонденты из России и Украины, были вынуждены завершить свою деятельность после прекращения зарубежного финансирования. Один респондент поставил под сомнение экономическую эффективность расходования таких больших средств на обучение консультантов, которые вскоре оставят работу из-за низкой зарплаты и отсутствия социальных льгот и перестанут быть полезными программам.

## ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Хотя в большинстве стран Центральной и Восточной Европы доступ к лечению наркозависимости был минимальным, во многих странах все же наблюдается улучшение – пусть и медленное. На ситуацию положительно повлиял процесс вступления в ЕС, в соответствии с которым страна-кандидат становится «побратимом» одной из стран ЕС. Вступающие в Евросоюз страны получили возможность взять на вооружение методы улучшения здоровья и благосостояния ПИН, эффективно применяемые в Восточной Европе, на примере которых они разработали комплексные подходы для реализации у себя.

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

В г. Хожуве, Польша, программы ОЗТ и АРТ тесно сотрудничают друг с другом. Их сотрудники осведомлены о взаимодействии препаратов заместительной терапии и АРВ-препаратов. Кроме того, две эти программы находятся в одном здании, что не только дает возможности для совместной работы и взаимных перенаправлений, но и способствует повышению обращаемости ЛЖВ и ПИН, которые могут воспользоваться услугами одновременно обеих служб.

Россия же, наоборот, продолжает применять давно отвергаемые в других странах советские методики лечения опиоидной зависимости, сопротивляясь любым прогрессивным реформам<sup>20</sup>. Вертикальная структура, отвечающая за наркологические службы, применяет в основном только методы детоксикации – лечения симптомов отмены, а не реабилитации. Кроме того, криминализация и систематическая регистрация потребителей наркотиков отпугивают их от служб, которые могли бы в иной ситуации принести им неоценимую пользу. Несмотря на то что большинство ПИН, нуждающихся в лечении, проживают именно в России, эта страна, наряду с еще тремя государствами региона, в который входят всего 30 стран, продолжает отказываться во внедрении программы АЗТ (еще три страны без АЗТ – Армения, Таджикистан и Туркменистан).

На Украине, стране с большой популяцией ПИН, основным инструментом предоставления доступа к ОЗТ стал Глобальный фонд. Процесс расширения ОЗТ на Украине и обеспечения надлежащего качества, охвата, дружелюбности к клиенту и легкой доступности сопровождался большими трудностями. Однако респонденты отметили, что эти проблемы во многом схожи с проблемами даже тех стран, в которых ОЗТ осуществляется уже более десяти лет.

Кроме того, несмотря на то что ОЗТ реализуется почти в каждой стране региона, доля потенциальных бенефициаров терапии, которые действительно имеют к ней доступ, весьма невелика. В этих странах программы остаются на стадии пилотных, охватывая лишь малую долю нуждающихся в терапии ПИН.

## РАБОТАТЬ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТИМУЛЯТОРОВ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА<sup>37</sup>

Увеличивается количество ПИН, выбирающих для себя не опиоидные наркотики, а стимуляторы амфетаминового ряда (САР), включающие метамфетамин, меткатинон и амфетамин. Однако программы ме-

дицинской помощи и снижения вреда для ПИН, за несколькими исключениями, игнорируют потребителей САР.

В Центральной и Восточной Европе последствия для АРТ-сервиса, ассоциированные с употреблением САР, могут быть весьма значительными. Для САР характерен «расплывчатый» профиль употребления. С одной стороны, энергетические эффекты этих наркотиков делают их популярными в среде молодых завсегдатаев клубных вечеринок, обычно хорошо устроенных в социальном плане, принадлежащих среднему классу или даже «верхушке общества». В большинстве случаев это рекреационное и нерегулярное употребление, в связи с чем потребители с большей вероятностью будут совместно использовать иглы и с меньшей вероятностью причислять себя к «проблемным» потребителям, которым нужна помощь. В то же время кустарно приготовленные САР стоят недорого, легко приобретаются и синтезируются, что делает их особенно популярными среди маргинальных групп: бедняков и бездомных.

Организации, работающие с потребителями инъекционных наркотиков, должны провести анализ и определить, какие САР употребляются в их стране и насколько распространено их употребление. После этого им нужно опробовать различные методы охвата группы потребителей стимуляторов амфетаминового ряда. К сожалению, феномен употребления САР пока не встречает должного понимания среди исследователей и разработчиков программ, как не существует и большой доказательной базы о потенциальном взаимодействии АРВ-препаратов и САР. Аналогично этому программы для потребителей САР практически не проводятся, и предоставление этим людям адекватного доступа к медицинским, социальным и другим службам станет возможным только после внедрения и оценки целого ряда подходов.

## **ВОВЛЕКАТЬ ПИН В ПЛАНИРОВАНИЕ, РЕАЛИЗАЦИЮ И МОНИТОРИНГ ПРОГРАММ**

Можно значительно улучшить службы и программы по ВИЧ-инфекции и лечению наркозависимости для ПИН, включая ОЗТ, если ПИН будут участвовать в их разработке, реализации и оценке. Опыт и взгляды этих людей неоценимы для усовершенствования и более эффективной адаптации таких программ к нуждам сообществ, для которых они предназначены.

Также значительную роль может сыграть создание коалиции партнеров, в задачи которой будет входить проработка более широких политических вопросов и пробелов в предоставлении услуг, таких как отсутствие ОЗТ или обмена игл в тюрьмах или недостаточная поддержка ПИН, освобождающихся из мест лишения свободы.

Принцип значимого участия ЛЖВ в планировании, осуществлении и оценке программ по ВИЧ-инфекции реализуется в регионе не полностью, однако он уже признается морально необходимым и способным повысить эффективность инициатив в области ВИЧ-инфекции<sup>38</sup>. И хотя значимое участие ПИН в программах для потребителей наркотиков является чрезвычайно важным и с точки зрения этики и результативности, эта практика еще меньше распространена и ей отдается еще меньший приоритет. Даже в тех странах, где инъекционное употребление наркотиков является основным путем передачи ВИЧ-инфекции, наблюдается тенденция к игнорированию потребителей наркотиков в процессе разработки лечебно-

профилактических инициатив. Но есть одно огромное исключение – это работа равных консультантов, эффективность которой, как правило, признается и врачами, и пациентами.

Несмотря на существование ряда эффективных моделей, сети сотрудничества и мобилизация сообщества ПИН до сих пор не получают достаточной поддержки, в результате чего отсутствие какой-либо солидарности становится особенно заметным в странах с низкой распространенностью, где большинство ЛЖВ не являются ПИН.

## БОРОТЬСЯ СО СТИГМОЙ И ДИСКРИМИНАЦИЕЙ

Трудно переоценить негативный эффект такого явления, как стигма, оказываемый на доступ к АРТ во всем мире и в регионе Центральной и Восточной Европы в частности. Каждый респондент, опрошенный для данного отчета, отметил, что стигма является барьером для обеспечения доступности лечения. Аналогичные выводы можно найти в большинстве документов, исследованных в рамках этой работы. ПИН, живущие с ВИЧ, подвергаются двойной стигматизации: из-за своего статуса и в связи с употреблением наркотиков. Негативное отношение общества к потребителям наркотиков усиливается из-за запретительной наркополитики и антинаркотических кампаний, которые с целью профилактики наркомании безоговорочно осуждают не только наркопотребление, но и потребителей, часто изображая их как преступников<sup>39</sup>. В результате социальная исключенность повышает уязвимость ПИН, от которых отворачиваются работодатели, арендаторы, семьи и друзья<sup>40</sup>. Аналогичным образом страх и стигма не позволяют ПИН обращаться за помощью, искать работу или поддерживать социальные связи. Два респондента отметили, что некоторые ЛЖВ боятся приходить за социальными льготами, положенными им в связи с их статусом, из-за боязни несоблюдения конфиденциальности. Другие респонденты рассказали, что в тюрьмах проблема стигмы связана с организацией процесса лечения – он налажен таким образом, что осужденные могут определить, кто именно в исправительном учреждении получает АРТ.

Часто из-за стигмы многие инфицированные ПИН предпочитают не раскрывать свой ВИЧ-статус друзьям и родным, что лишает их важнейшего источника поддержки приверженности АРВ-лечению: заботы семьи и близких. В странах с низкой распространенностью, население которых обычно менее осведомлено о ВИЧ-инфекции, уровень стигмы часто даже выше, чем в странах с высокой распространенностью. Кроме того, в странах с низкой распространенностью меньше развиты службы, призванные преодолеть стигму, такие как группы взаимопомощи ЛЖВ. Ситуация становится особенно сложной для ПИН, т.к. большинство ЛЖВ в регионах с низкой распространенностью не являются потребителями наркотиков, и ПИН обычно не чувствуют себя комфортно в инициативах самопомощи, нацеленных на не-ПИН.

Кроме того, в регионе остро стоит проблема стигмы в отношении ПИН и ЛЖВ со сто-

### ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР

Организация 'Convictus' ([convictus.ee](http://convictus.ee)) и Эстонская сеть ЛЖВ ([ehpv.ee](http://ehpv.ee)) организуют группы взаимопомощи, консультирования и равного обучения во всех эстонских тюрьмах. Обе НПО также работают за пределами тюрем, предоставляя своим клиентам поддержку приверженности и помощь после освобождения.

роны медицинских работников<sup>20,34,35,40,41,42,43,44,45,46</sup>. Она может проявляться по-разному – от грубости до отказа в услугах. Разумеется, если грубость персонала отталкивает людей от получения сервиса или подрывает их усилия по приверженности, она становится эквивалентом недвусмысленного отказа в доступе к лечению. Потенциальный вред становится очевиден, если принять во внимание тот факт, что доверие – ключевой элемент формирования приверженности АРТ. ВИЧ-ассоциированная стигма обычно сильнее проявляется в учреждениях, для которых услуги по ВИЧ/СПИДу не являются профильными. Респондент из России отметил, что в некоторых СПИД-центрах отношение персонала к пациентам значительно улучшилось после того, как они приобрели большой опыт в лечении ЛЖВ и стали работать с равными консультантами.

В результате стигмы в отношении наркопотребления со стороны общества и медицинских специалистов ВИЧ-положительные ПИН начинают страдать и от внутренней стигмы, считая себя недостойными или неспособными начать АРТ и придерживаться ее режима. Этой тенденции могут противостоять такие инициативы, как мобилизация сообщества и грамотность в области лечения, но, к сожалению, эти усилия в настоящее время нельзя назвать широкомасштабными. Важно поддерживать активное участие ПИН в вопросах предоставления адекватных услуг и улучшения ситуации в их сообществе. Вовлеченность ПИН принесет большую пользу не только им самим, но и другим потребителям, которые смогут сами убедиться в результативности такой работы.

# КАРТА ДЕЙСТВИЙ

Расширение доступа ПИН к АРТ – задача сложная и комплексная. Она требует знания культурных особенностей ПИН, национальных законов и социальных норм, а также эффектов взаимодействия препаратов, существующих ресурсов и многого другого. Однако, как это детально описано в предыдущей главе, некоторые подходы уже принесли серьезные положительные результаты – причем как в Европе, так и в мире. Данные стратегии можно внедрять с помощью ряда конкретных практических шагов, которые мы приводим ниже.

## ПРИЗВАТЬ К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОЛИТИКОВ

- Ознакомьтесь с международными обязательствами вашей страны в отношении ЛЖВ и ПИН (см. Приложение 3). Проанализируйте также соответствующие национальные обязательства: законы, политику, заявления предвыборных и других кампаний и партийные платформы.
- Активно распространяйте информацию о соответствующих обязательствах через СМИ. Проведите общественно-информационную кампанию, которая позволила бы выявить пробелы и невыполненные обещания, сделав эту информацию доступной для основных заинтересованных лиц – ПИН, ЛЖВ, официальных лиц, разработчиков политики по здравоохранению и наркотикам, медицинских и социальных работников (особенно тех, которые заняты в сфере инфекционных заболеваний, тюремного здравоохранения, наркологии или снижения вреда), ключевых доноров и общества в целом.
- Потребуйте от политиков выполнения обещаний. Предоставьте им примеры успешных методов, реализуемых в других странах.
- Взывайте к состраданию и справедливости, с одной стороны, и экономической эффективности – с другой (говорите о том, что АРТ – это доказавший свою эффективность инструмент профилактики ВИЧ-инфекции, а также механизм поддержки инфицированных людей, которые остаются полноценными и продуктивными членами общества).
- Стимулируйте включение в национальную стратегию документов, четко рекомендующих развивать ВИЧ-сервисные услуги среди ПИН и обеспечивать решение проблемы ВИЧ-инфекции в контексте наркологических служб.
- Призовите политиков составить национальный план по ВИЧ-инфекции и наркотикам с прогнозом затрат и конкретными целевыми показателями в отношении доступа ПИН к лечению. Потребуйте финансирования программ лечения ПИН, не получающих достаточных ресурсов, таких как программы по гепатиту С.
- Иницилируйте диалог с соответствующими структурами ЕС (включая Еврокомиссию, Группу экспертов Еврокомиссии по ВИЧ/СПИДу [EC Think Tank] и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний [ECDC]), а также с участниками региональных и международных встреч по этому вопросу.

## ЗАРУЧИТЬСЯ ВНЕШНЕЙ ПОДДЕРЖКОЙ

- Определите, какие международные организации, особенно в структуре ООН и Глобального фонда, работают в области ВИЧ-инфекции и наркопотребления в вашей стране и каковы их планы по расширению доступа ПИН к лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе (см. список рекомендуемой литературы в Приложении 3).
- Свяжитесь с международными сетями сотрудничества ЛЖВ и ПИН, которые предоставляют своим участникам поддержку, обучение, информацию и техническую помощь (см. Приложение 3).
- Озвучивайте потребности вашей страны в области развития услуг по наркотикам и ВИЧ/СПИДу в сообществе международных доноров, активно работайте с донорами над разработкой программ и политики по ВИЧ/СПИДу с оценкой затрат и адекватной технической поддержкой.
- Потребуйте выделения равноценных инвестиций со стороны ведущих программ по ВИЧ/СПИДу на лечение всех групп, затронутых эпидемией, и достижения соразмерных результатов. Такие программы должны по возможности использовать общие индикаторы и оценивать степень беспристрастности и справедливости предоставления услуг.

## ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- Стимулируйте обеспечение анонимности и конфиденциальности тестирования, лечения и других услуг в области ВИЧ-инфекции.
- Консолидируйте компонент консультирования в системе ДКТ через повышение потенциала сервисных учреждений, предоставляющих ДКТ, и выработку национальных стандартов в этой области.
- Выступайте за отмену официальной и фактической регистрации потребителей наркотиков. Призывайте ваше правительство и ваших сограждан (через информационные кампании) относиться к явлению зависимости от наркотиков как к проблеме здравоохранения, а не охраны правопорядка.
- Повышайте число служб, предлагающих услуги в области ВИЧ-инфекции, чтобы обеспечить масштабный географический охват и лучшую доступность для клиентов. Организуйте мобильные команды, предоставляющие услуги ПИН по месту жительства, и предлагайте ЛЖВ и ПИН, которым сложно добираться до ближайших служб, оплату транспортных расходов.
- Определите наиболее удобные для целевых популяций часы работы служб и внедрите именно такой график их работы.
- Предоставляйте ДКТ через проекты по снижению вреда и, наоборот, предоставляйте услуги по снижению вреда через службы ДКТ.
- Обеспечивайте работу адекватных служб по ВИЧ-инфекции и наркотикам в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях или структурах.
- Расширяйте сервис для ПИН для удовлетворения их наиболее актуальных потребностей в правовой и социальной помощи.

## ПОМОГАТЬ ПИН СОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В СИСТЕМЕ РАЗРОЗНЕННЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

- Выступайте за реформы, нацеленные на интеграцию различных видов услуг, наиболее актуальных для ВИЧ-положительных ПИН, включая ДКТ, АРТ, ОЗТ, обмен игл, службы по гепатитам, туберкулезу и психическому здоровью, а также равное консультирование, юридическую и социальную поддержку. Там, где возможно, налаживайте работу междисциплинарных команд. Поставьте задачу создать службу одного обращения, особенно в местах высокой распространенности этих заболеваний.
- Старайтесь создавать новые службы недалеко от уже существующих, учитывайте удобство клиентов для обращения к этому сервису.
- Наладьте механизм перенаправлений между различными службами. Важно, чтобы учреждения, предоставляющие ОЗТ и АРТ, знали, какие клиенты получают обе эти услуги, чтобы соответствующим образом скорректировать дозы лечебных препаратов.
- Обеспечьте более активный обмен медицинскими файлами между службами, чтобы избежать дублирования усилий (например, повторного сбора анамнеза или направления на анализы), при этом обязательно настаивая на полной конфиденциальности информации о пациенте.
- Расширяйте службы социального сопровождения, которые позволили бы ВИЧ-положительным ПИН обращаться к «персональным адвокатам», помогающим им ориентироваться в лабиринте необходимых им медицинских и социальных услуг.
- Разработайте четкие рекомендации по социальному сопровождению и проясните роль этого направления в общей системе предоставления услуг. Выступайте за улучшение условий работы специалистов социального сопровождения и выделение им необходимых компенсаций и поддержки.

## ОБУЧАТЬ ПИН, ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕРВИСНЫХ СЛУЖБ И ШИРОКИЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ ВОПРОСАМ, КАСАЮЩИМСЯ АРТ И ИНЪЕКЦИОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

- По возможности максимально используйте работу равных консультантов, чтобы заручиться доверием и обеспечить сотрудничество с ПИН.
- Поддерживайте равное консультирование, гарантируя адекватную оплату подобных услуг, профессиональное признание, качественное обучение и принятие мер по предупреждению синдрома профессионального выгорания и возврата к употреблению наркотиков.
- Проведите информационную кампанию, которая покажет населению, что АРТ действительно доступна в вашей стране и что она приносит большую пользу. Обеспечьте согласованный охват сообществ, наиболее затронутых ВИЧ-инфекцией – не только ПИН, но и секс-работников, мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, осужденных, мигрантов.
- Активно работайте с ПИН: консультируйте их в отношении разного рода страхов и беспокойности по поводу АРТ, корректируйте их представления о лечении, правдиво рассказывайте о таких сложностях, как побочные эффекты и необходимость строгой приверженности режиму.
- Оптимизируйте программы тренингов для специалистов ВИЧ-сервисных учреждений, обеспечивая адекватный

уровень их информированности о клинической взаимосвязи инъекционного наркопотребления, ОЗТ и лечения ВИЧ-инфекции. Ознакомьте их с психологическими и социальными аспектами инъекционного употребления наркотиков и ОЗТ.

- Аналогично этому адаптируйте программы тренингов для специалистов-наркологов, включите в них вопросы ВИЧ-инфекции, АРТ и соответствующих последствий для клиентов, таких как взаимодействие между АРВ-препаратами и опиоидным заместительным лечением, а также между АРВ-препаратами и уличными наркотиками.

## НАЛАЖИВАТЬ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПИН И СЕРВИСНЫМИ СЛУЖБАМИ

- Информируйте специалистов по ВИЧ-инфекции, а также разработчиков политики и официальные лица – как в гражданском здравоохранении, так и в УИС – о том, что при адекватной поддержке ПИН способны придерживаться необходимого режима АРВ-лечения.
- Обеспечьте принятие четких национальных рекомендаций по лечению ВИЧ-инфекции среди ПИН. Прекрасной базой для подобной работы считается клинический протокол ВОЗ по лечению ВИЧ-инфекции<sup>33</sup>, доступный на английском и русском языках.
- Везде, где возможно, используйте работу равных консультантов – они помогут улучшить взаимодействие и наладить доверительные отношения между ПИН и медицинскими работниками.
- Обучайте специалистов здравоохранения приемам эффективного общения с пациентами, в особенности с ПИН.
- Обеспечьте ориентированность программ по наркотикам и лечению ВИЧ-инфекции на клиентов, вовлекая представителей сообщества ПИН в их планирование, реализацию и оценку.
- Решайте вопросы, вызывающие наибольшую обеспокоенность ПИН в отношении АРТ: слабое взаимодействие между АРТ и ОЗТ-службами, перерывы в поставках АРВ-препаратов, побочные эффекты, нарушение принципов конфиденциальности и передача информации о ПИН в правоохранительные органы.
- Выступайте за создание групп и сетей ЛЖВ и ПИН.

## ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

- Выступайте за масштабное расширение проектов по снижению вреда, включая программы обмена игл, ОЗТ и другие услуги по лечению наркозависимости, эффективность которых была подтверждена исследованиями.
- В странах, где инъекционное употребление наркотиков является основной причиной распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, воспользуйтесь техническими рекомендациями ООН по определению национальных показателей доступа ПИН к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции<sup>47</sup> для каждой из девяти рекомендуемых программ вмешательства (например, предлагаемый минимальный охват программ обмена игл должен составлять 60% всех ПИН, а ОЗТ-программ – 40%).
- Выступайте за бесплатные и легкодоступные услуги по детоксикации.
- Как и в отношении ВИЧ-сервиса, обеспечивайте универсальный доступ к службам по лечению наркозависимости: стимулируйте их низкопороговый статус, географическую близость и удобные часы работы.
- Согласуйте усилия по обеспечению качественного наркологического лечения и других услуг по снижению вреда в тюрьмах.

- Если вы работаете в стране ЕС, применяйте план действий ЕС по наркотикам (2009–2012)<sup>23</sup> и его Рекомендации по предупреждению и снижению вреда для здоровья, ассоциированного с наркозависимостью<sup>24</sup>.
- Работайте с аптеками для обеспечения широкой доступности стерильного инъекционного инструментария и препаратов ОЗТ.
- Лоббируйте правительства Армении, России, Таджикистана и Туркменистана в отношении незамедлительного внедрения ОЗТ.

## РАБОТАТЬ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТИМУЛЯТОРОВ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА

- Определите масштаб и природу употребления САР в вашей стране. САР набирает популярность в Европе, но для них характерен «расплывчатый» и рекреационный профиль употребления, в связи с чем охватить эту группу потребителей лечебно-профилактическими программами сложнее.
- Разработайте адекватные программы и услуги по ВИЧ-инфекции и наркотикам, нацеленные на потребителей САР.

## ВОВЛЕКАТЬ ПИН В ПЛАНИРОВАНИЕ, РЕАЛИЗАЦИЮ И МОНИТОРИНГ ПРОГРАММ

- В странах, где ПИН представляют собой ведущую группу риска в отношении ВИЧ-инфекции, убедите официальные лица в необходимости работать с ПИН при их непосредственном участии и содействуйте безотлагательно выполнению принятых международных обязательств\* по стимулированию активного участия представителей основных целевых групп в развитии, реализации и оценке национальных программ по ВИЧ/СПИДу.
- Повышайте эффективность услуг по ВИЧ-инфекции и наркотикам, вовлекая ПИН и ЛЖВ в качестве равных консультантов и обеспечивая их участие в планировании, внедрении и оценке услуг.
- На тех же основаниях: опыт, эффективность и повышение возможностей – стимулируйте создание групп ЛЖВ и ПИН на местном, национальном и региональном уровнях. Эта деятельность должна сопровождаться выделением финансовых ресурсов и предоставлением технической поддержки для значимого участия представителей заинтересованных сообществ в работе таких групп.

## БОРОТЬСЯ СО СТИГМОЙ И ДИСКРИМИНАЦИЕЙ

- Выступайте за декриминализацию и депенализацию (отмену уголовной ответственности и наказания) в связи с использованием и хранением уличных наркотиков.
- Проведите информационную кампанию для изменения восприятия обществом и правительством вопросов употребления наркотиков и наркозависимости – не как преступления, а как проблемы здравоохранения.
- Не осуждайте и не вините ПИН за их зависимость.
- Усиьте правовую защиту ПИН и ЛЖВ – обеспечьте их права в поиске жилья, работы, лечения и получении льгот, гарантируйте охрану прав осужденных. Дополните антидискриминационные положения четкими рекомендациями в отношении данных групп.
- Выступайте за повышение грамотности в области АРТ среди друзей и родных ПИН.

- Убедите группы ЛЖВ вовлекать ПИН и помогать им в решении их проблем; призовите группы потребителей инъекционных наркотиков привлечь ЛЖВ и заняться вопросами профилактики и лечения.
- Открыто поднимайте вопросы стигматизации ПИН и ЛЖВ в процессе обучения медицинских работников и специалистов других служб, при обращении в которые ПИН и ЛЖВ сталкиваются со стигмой, включая исправительные учреждения.
- Мобилизуйте сообщества ПИН и ЛЖВ, поддерживайте создание ими услуг, нацеленных на удовлетворение потребностей их сообществ.

## **ПРОВОДИТЬ МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКУ СЛУЖБ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ПИН**

- Ведите стандартную национальную статистику по ПИН и АРТ, как это изложено на стр. 196 протокола ВОЗ по лечению ВИЧ-инфекции у ПИН, чтобы проводить национальный и региональный мониторинг ситуации в динамике<sup>33</sup>.
- Создайте национальный орган, ответственный за оценку прогресса в предоставлении АРТ потребителям наркотиков. Обеспечьте участие представителей сообщества ПИН в работе этого органа.

<sup>21</sup>Например, пункт 27 Дублинской декларации<sup>21</sup>.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все правительства стран Центральной и Восточной Европы приняли на себя обязательства по обеспечению универсального доступа к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции. Большинство ЛЖВ в регионе были инфицированы через инъекционное употребление наркотиков, однако даже в тех странах, где доступ к АРТ достиг приемлемого уровня, услуги, направленные на решение специфических проблем ПИН, зачастую предоставляются в минимальных масштабах или отсутствуют вовсе. Существует ряд практических подходов, преимущественно инициированных местными НПО, которые доказали свою эффективность в работе с ПИН. Но здесь речь идет скорее об отдельных исключениях, нежели о широкой практике. Для развития подобных программ на национальном уровне международные доноры во многих регионах предлагают финансирование и экспертную поддержку. Вместе с тем для их реализации также необходимы политическая воля и готовность к участию со стороны сервисных учреждений, как правило, требующие фундаментальных изменений в политике и практике.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

## Число ПИН согласно национальной статистике по ВИЧ-инфекции

К использованию данных, представленных в таблицах 1 и 2, следует подходить с осторожностью, особенно к информации по странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции среди ПИН. Статистика по путям передачи основана на самоотчетах официально зарегистрированных ВИЧ-положительных респондентов. Соотношение всех случаев ВИЧ-инфекции, которые остаются не диагностированными, оценивается приблизительно в 30% для ЕС и 50% для всего Европейского региона ВОЗ<sup>48</sup>.

Высокий процент случаев ВИЧ-инфекции с неустановленным путем передачи в некоторых странах – например, 71% всех новых случаев в 2006 году в Польше – вероятнее всего отражает высокий уровень стигмы в отношении некоторых видов рискованного поведения, включая гомосексуальные практики, наркопотребление и секс-работу. Кроме того, статистика по путям передачи редко учитывает множественные риски, а также не разделяет поведение в прошлом и поведение в настоящее время.

**Таблица 1. Количество сообщаемых случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН на конец 2006 года: Восточная Европа и Центральная Азия**

Страна	Основной путь передачи (кумулятивно)	Кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции	Кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН	Процент случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем передачи – через инъекционное употребление наркотиков	
				2006	Кумулятивно
Азербайджан	Инъекционный	965	573	86%	69%
Армения	Инъекционный	429	224	36%	55%
Беларусь	Инъекционный	7 747	4 928	33%	64%
Грузия	Инъекционный	1 156	716	57%	63%
Казахстан	Инъекционный	7 402	5 422	77%	81%
Кыргызстан	Инъекционный	1 070	807	69%	77%
Латвия	Инъекционный	3 631	2 368	50%	77%
Литва	Инъекционный	1 200	928	72%	82%
Молдова	Инъекционный	3 464	2 099	38%	62%
Россия	Инъекционный	369 187	166 044	66%	85%
Таджикистан	Инъекционный	710	435	66%	81%
Туркменистан	Инъекционный	2	0	0%	0%
Узбекистан	Инъекционный	10 015	5 571	73%	78%
Украина	Инъекционный	91 057	59 619	56%	68%
Эстония	Инъекционный	5 731	2 396	н/д	83%
В целом	Инъекционный	503 766	252 130	61%	79%

н/д – нет данных

Примечание: данные по путям передачи были получены путем сравнения таблиц Европейского центра эпидемиологического мониторинга СПИДа (EuroHIV).

Источник: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006 [draft version]. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2007 (№ 75; [http://www.eurohiv.org/reports/index\\_reports\\_eng.htm](http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm), последнее посещение – 23 ноября 2007).

**Таблица 2. Количество сообщаемых случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН на конец 2006 года: Центральная Европа**

Страна	Основной путь передачи (кумулятивно)	Кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции	Кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН	Процент случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем передачи – через инъекционное употребление наркотиков	
				2006	Кумулятивно
Албания	Гетеросексуальный	211	1	0%	1%
Босния и Герцеговина	Гетеросексуальный	133	19	18%	16%
Болгария	Гетеросексуальный	689	66	38%	10%
Венгрия	Гомосексуальный	1 366	17	0%	2%
Кипр	Гетеросексуальный	518	6	0%	1%
Македония	Гетеросексуальный	96	9	6%	10%
Польша	Инъекционный	10 555	5 461	52%	81%
Румыния	Переливание крови*	6 613	16	2%	1%
Сербия	Гомосексуальный**	2 104	66	10%	17%
Словакия	Гомосексуальный	185	3	4%	2%
Словения	Гомосексуальный	316	13	3	5%
Турция	Гетеросексуальный	2 544	124	3%	7%
Хорватия	Гомосексуальный	604	35	6%	9%
Черногория	Гетеросексуальный	68	3	0%	6%
Чехия	Гомосексуальный	920	43	6%	5%
<b>В целом</b>	<b>Различный</b>	<b>26 922</b>	<b>5 882</b>	<b>17%</b>	<b>40%</b>

\* Основным путем передачи в 2006 году был гетеросексуальный.

\*\* Есть данные о том, что сбор статистики проводился неаккуратно; среди жителей Сербии, у которых был зарегистрирован СПИД к концу 2006 года, основным путем передачи было инъекционное употребление наркотиков.

Примечание: данные по путям передачи были получены путем сравнения таблиц Европейского центра эпидемиологического мониторинга СПИДа (EuroHIV).

Источник: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006 [draft version]. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2007 (№ 75; [http://www.eurohiv.org/reports/index\\_reports\\_eng.htm](http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm), последнее посещение – 23 ноября 2007).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

## Активные ПИН и ПИН в программах ОЗТ, получающие АРТ

Таблица 3. Активные ПИН\* или ПИН в программах ОЗТ, получающие АРТ, декабрь 2005 г.

Страна	Активные ПИН на АРТ (% всех ПИН на АРТ)	Клиенты программ ОЗТ на АРТ (% всех ПИН на АРТ)
<b>Восточная Европа и Центральная Азия</b>		
Армения	3 (19%)	0 (0%)
Беларусь	5 (10%)	0 (0%)
Грузия	11 (15%)	0 (0%)
Кыргызстан	Нет данных	10 (23%)
Латвия	15 (19%)	15 (19%)
Литва	1 (8%)	4 (31%)
Молдова	29 (24%)	2 (2%)
Украина	Нет данных	208 (13%)
Эстония	13 (8%)	Нет данных
<b>Центральная Европа</b>		
Болгария	2 (67%)	2 (67%)
Босния и Герцеговина	0 (0%)	2 (50%)
Венгрия	0 (0%)	0 (0%)
Польша	175 (16%)	75 (7%)
Сербия и Черногория	10 (5%)	50 (25%)
Словакия	1 (25%)	0 (0%)
Словения	2 (40%)	3 (60%)
Хорватия	Нет данных	13 (62%)
Чехия	10 (67%)	2 (13%)

\* По определению, активные ПИН – это люди, которые принимали наркотик в последние четыре недели перед началом АРТ.

Источник: Bollerup A, Donoghoe M, Lazarus JV, Matic S. Access to HAART for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (summary available at [http://www.euro.who.int/Document/SHA/ACCESS\\_TO\\_HART.pdf](http://www.euro.who.int/Document/SHA/ACCESS_TO_HART.pdf), последнее посещение – 25 октября 2008).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

## Рекомендуемая литература

### Международные обязательства

Дублинская декларация о партнерстве в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии (Действия 9, 10, 21). 2004. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)

[www.euro.who.int/aids/treatment/20051018\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1)

Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу. Генеральная Ассамблея ООН, 2006. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)

[www.unaids.org/en/aboutunaids/goals/2006declaration](http://www.unaids.org/en/aboutunaids/goals/2006declaration)

План действий ЕС по наркотикам, 2009–2012. [АНГЛ.](#)

[www.ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/drugs/docs/com\\_2008\\_567\\_en.pdf](http://www.ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/docs/com_2008_567_en.pdf)

Действия по ВИЧ/СПИДу в Европейском союзе и соседних государствах, 2006–2009. [АНГЛ.](#)

[www.europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12545.htm](http://www.europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12545.htm)

### Пособия по адвокации

Адвокация в сфере ВИЧ/СПИДа. Всероссийская сеть снижения вреда. [РУС.](#)

[www.advocacy-manual.ru](http://www.advocacy-manual.ru)

Адвокация в действии. Информационный ресурс для поддержки неправительственных организаций и организаций на базе сообщества в осуществлении отклика на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу /ICASO, 2002. [АНГЛ.](#)

[www.aidsalliance.org/custom\\_asp/publications/view.asp?publication\\_id=142](http://www.aidsalliance.org/custom_asp/publications/view.asp?publication_id=142)

### Эпидемиология и мониторинг

Инъекционное наркотребление и ВИЧ-инфекция. Опубликовано в документе «Прогресс в осуществлении Дублинской декларации о партнерстве в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии». ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2008. [АНГЛ.](#)

[www.euro.who.int/aids/treatment/20051018\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1)

(Краткие рекомендации и резюме документа доступны на той же странице на английском и русском языках.)

Годовой отчет за 2007 год: ситуация по наркотикам в Европе. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA), 2007. [Все языки ЕС](#)

[www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44682EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44682EN.html)

### Клинические руководства

Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе для потребителей инъекционных наркотиков [Протокол 5].  
Опубликовано в документе «Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ». Региональное европейское бюро ВОЗ, 2007. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.euro.who.int/aids/treatment/20060801\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801_1)

### Сервисные руководства и примеры эффективной практики

Обеспечение лечения и ухода при ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики.  
Международная программа развития снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» (OSI), 2006. [АНГЛ.](#), [ПОЛЬСК.](#)  
[www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/delivering\\_20060801](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/delivering_20060801)

Преодолевая барьеры: опыт предоставления лечения ВИЧ-инфекции потребителям инъекционных наркотиков. OSI IHRD, 2004. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/arv\\_idus\\_20040715](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/arv_idus_20040715)

Краткая информация для выработки политики: антиретровирусная терапия и инъекционное употребление наркотиков. ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН, 2005. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.who.int/hiv/idu/idupolicybriefs](http://www.who.int/hiv/idu/idupolicybriefs) (во второй группе рекомендаций в нижней части страницы)

Сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах: лечение, уход и поддержка при ВИЧ-инфекции. ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН, 2007. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.who.int/hiv/idu/idupolicybriefs](http://www.who.int/hiv/idu/idupolicybriefs) (в самом низу страницы)

Политические рекомендации по созданию взаимодействующих служб по ВИЧ-инфекции и туберкулезу для потребителей инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход. ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН, 2008. [АНГЛ.](#)  
[www.who.int/hiv/pub/idu/tbHIV](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tbHIV)

Тренинг для программ снижения вреда: антиретровирусная терапия для потребителей инъекционных наркотиков. Учебно-информационный центр ЕССВ. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
(Высылается по запросу: [hub@harm-reduction.org](mailto:hub@harm-reduction.org))

Кодекс добросовестной практики НПО, работающих в области ВИЧ/СПИДа. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.hivcode.org](http://www.hivcode.org)

### Участие потребителей наркотиков и ЛЖВ

«Ничего для нас – без нас»: расширение значимого участия людей, имеющих опыт употребления наркотиков – насущная потребность с точки зрения охраны здоровья, этики и прав человека.  
Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу /OSI, 2008. [АНГЛ.](#), [РУС.](#)  
[www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=845](http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=845)

«Ценные голоса»: ресурсный пакет – пособие по расширению участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (GIPA). APN+/APCASO (Сеть ЛЖВ Азиатско-Тихоокеанского региона / Азиатско-Тихоокеанский совет СПИД-сервисных организаций), 2005. АНГЛ.

[www.hivpolicy.org/bib/HPP001337.htm](http://www.hivpolicy.org/bib/HPP001337.htm)

#### Борьба со стигмой и дискриминацией

Стигма и дискриминация в секторе здравоохранения: понимание проблемы и отклик на нее.

Панамериканская организация здравоохранения, 2003. АНГЛ.

[www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma.htm](http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma.htm)

Стигма, ВИЧ/СПИД и инъекционное употребление наркотиков. Сетевые ресурсы по здравоохранению и развитию (HDN), 2004. АНГЛ.

[www.hdnet.org/v2/Files/detail.asp?iData=22&iCat=196&iChannel=4](http://www.hdnet.org/v2/Files/detail.asp?iData=22&iCat=196&iChannel=4)

Снижение уровня стигмы и дискриминации в области ВИЧ и СПИДа: обучение специалистов здравоохранения [пособие для тренеров]. EngenderHealth. 2004. АНГЛ.

[www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/reducing-stigma.php](http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/reducing-stigma.php)

#### Интернет-ресурсы

##### Информационная сеть «Здоровье Евразии»

(Публикации и брошюры для врачей и пациентов по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП, туберкулеза и др. на английском и русском языках.)

[www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org)

##### Евразийская сеть снижения вреда

(Англо- и русскоязычные ресурсы по снижению вреда, ОЗТ, гепатитам и ВИЧ-инфекции среди ПИН.)

[www.harm-reduction.org](http://www.harm-reduction.org)

##### Европейская группа по лечению СПИДа (EATG)

(Ежедневные обновления: профилактика ВИЧ-инфекции, заявления о позиции, информация для пациентов.)

[www.eatg.org](http://www.eatg.org)

##### Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA)

(Ситуация по наркотикам в ЕС, оценка программ вмешательства, база данных по законным лекарственным препаратам.)

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

##### Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

(Информация на английском и русском языках, регулярное обновление описательных и финансовых отчетов от ведущего донора в области ВИЧ/СПИДа, публикации на тему участия гражданского общества в вопросах финансирования со стороны Глобального фонда и принятии решений.)

[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

*Международный консорциум по наркополитике (IDPC)*

(Краткие рекомендации и обзоры международной и национальной наркополитики – на английском и русском языках.)

[www.idpc.info](http://www.idpc.info)

*Международная программа развития снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество»*

(Обзор политики, новости, передовой опыт в области формирования наркополитики, снижения вреда, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих инъекционные наркотики.)

[www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd)

*Международный альянс по ВИЧ/СПИДу*

(Различные ресурсы по развитию инициатив в области адвокации, созданию системы услуг и участию сообщества в программах по ВИЧ-инфекции, в том числе на русском языке.)

[www.aidsalliance.org](http://www.aidsalliance.org)

*Международная коалиция по готовности к лечению (ИПС) в Восточной Европе и Центральной Азии*

(Материалы по адвокации и грамотности в области лечения на русском языке; призывы к действиям с информацией на латвийском, английском и других языках.)

[www.itpcru.org](http://www.itpcru.org)

*Шкала стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ*

(Ресурсы для измерения уровня стигмы в области ВИЧ-инфекции.)

[www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)

*Проект POLICY*

(Ресурсный пакет и материалы по усилению политических обязательств и решению вопросов стигмы в области ВИЧ-инфекции и репродуктивного здоровья.)

[www.policyproject.com](http://www.policyproject.com)

*Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС)*

(Русскоязычный ресурс о политике в области ВИЧ-инфекции.)

[www.hivpolicy.ru](http://www.hivpolicy.ru)

*Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), отдел по ВИЧ/СПИДу*

(Рекомендации в области политики и сервисных услуг по ВИЧ-инфекции среди ПИН, в том числе среди осужденных и женщин.)

[www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/index.html](http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/index.html)

*ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу)*

(Рекомендации в области политики и сервиса, эпидемиология в сфере ВИЧ-инфекции.)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

[www.unaids.ru](http://www.unaids.ru)

*ВОЗ (штаб-квартира)*

(Клинические и сервисные рекомендации, результаты исследований, база данных по производителям препаратов ОЗТ и ценам на них.)

[www.who.int/hiv/idu](http://www.who.int/hiv/idu)

*Региональное европейское бюро ВОЗ*

(Отчеты и последняя информация по Европейскому региону в отношении ВИЧ-инфекции, ИППП, ситуации в УИС.)

[www.euro.who.int/aids](http://www.euro.who.int/aids)

[www.euro.who.int/prisons](http://www.euro.who.int/prisons)

# БЛАГОДАРНОСТЬ

Настоящий отчет инициирован Европейской группой по лечению СПИДа (EATG) в рамках проектов «Действие по СПИДу и интеграция», финансируемых Европейской комиссией. Авторы отчета – Раминта Штуйките (Raminta Stuikyte) и Шона Шоннинг (Shona Schonning) из Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ). Рецензенты – Ирина Ерамова (Региональное европейское бюро ВОЗ), Константин Леженцев (Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ) и Петер Висснер (Peter Wiessner, EATG). Координировали и поддерживали процесс составления отчета Элизабет Верхетсел (Elizabeth Verhetsel, EATG), Анна Люсиа Кардосо (Ana Lucia Cardoso, EATG), Смилька де Люссини (Smiljka de Lussigny, EATG) и Симона Меркинайте (Simona Merkinaite, ЕССВ). Независимый консультант Миша Хукстра (Misha Hoekstra) осуществил научное редактирование отчета и составил раздел «Карта действий».

Исследование проводилось с использованием опроса, интервью и литературного обзора. Респонденты опроса – 14 активистов в области ВИЧ-инфекции, которые участвовали в семинаре «Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков», проведенном EATG и ЕССВ в ноябре 2007 года в Вильнюсе. EATG благодарит всех ЛЖВ, потребителей наркотиков и медицинских работников, принявших участие в опросе и интервью, а также участников семинара, которые рецензировали предварительную версию отчета.

В рамках обзора литературы были проанализированы статьи в академических публикациях, отчеты, позиционные документы, документы ООН, тезисы международных конференций и интернет-ресурсы. Проект отчета был распространен среди участников семинара, и все замечания и предложения участников были впоследствии учтены. Затем отчет был направлен трем международным рецензентам и сотрудникам проекта, упомянутым выше.

EATG также благодарит программный комитет и следующих участников семинара в Вильнюсе: Антон Блинов («Обновление»), Стефан Дресслер (Stephan Dressler, EATG), Диего Гарсиа (Diego Garcia, Форум активистов в области лечения ВИЧ-инфекции, FEAT, Испания), Мауро Гариньери (Mauro Guarinieri, EATG), Константин Леженцев, Луис Мендао (Luis Mendão, Группа активистов в области лечения ВИЧ/СПИДа, GAT, Португалия), Симона Меркинайте (Simona Merkinaite), Милена Найденова (Milena Naydenova, Международная сеть людей, употребляющих наркотики, INPUD), Алваро Орtiz де Зарате (Alvaro Ortiz de Zarate, Ассоциация T4), Марта Пастор (Marta Pastor, Комиссия по борьбе со СПИДом, Бискайя, Испания), Ксавьер Претел (Xavier Pretel, Испанская национальная сеть людей, затронутых проблемами наркотиков и ВИЧ-инфекции, FAUDAS) и Андрей Злобин (Сообщество ЛЖВ, Россия).

Наконец, выражаем признательность Екатерине Смирновой и Нази Арутюнян за перевод отчета на русский язык и редактирование, а также Клаартье Маззел (Klaartje Mazzel) и Тимофею Березину за дизайн и верстку.

# БИБЛИОГРАФИЯ

- <sup>1</sup> *Antiretroviral therapy and injecting drug users: evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use* [policy brief]. Geneva; WHO, UNAIDS, UNODC; 2005 (WHO/HIV/2005.06).
- <sup>2</sup> Ball A, Kazatchkine M, Rhodes T, eds. HIV treatment and care for injecting drug users [special issue]. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(4):241–332.
- <sup>3</sup> *Injecting drug users and access to HIV treatment: position statement*. Amsterdam, London; Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+), International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW); 2005.
- <sup>4</sup> WHO, UNAIDS, UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, April 2007*. Geneva, WHO, 2006 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr16/en/index.html>, accessed 24 October 2008).
- <sup>5</sup> *AIDS epidemic update: December 2007*. Geneva; UNAIDS, WHO; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf), accessed 24 October 2008).
- <sup>6</sup> Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008, 372 DOI:10.1016/S0140-6736-(08)61312-4 (<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/IDUepi>, accessed 26 October 2008).
- <sup>7</sup> Трансатлантические партнеры против СПИДа (Transatlantic Partners Against AIDS). Право на здоровье: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп (The right to health: prevention and treatment of HIV infection in vulnerable groups). Информационный бюллетень (Informational Bulletin), 2006, 3(5).
- <sup>8</sup> Republic of Lithuania Drug Control Department. Lithuania: new development, trends and in-depth information on selected issues: 2006 national report (2005 data) to the EMCDDA. Vilnius, European Information Network on Drugs and Drug Addiction (Reitox), 2006 (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44951EN.html>, accessed 24 October 2008).
- <sup>9</sup> Key informant, personal communication. Lithuania, 2008.
- <sup>10</sup> Hepatitis C among injecting drug users in the new EU member states and neighboring countries: situation, guidelines and recommendations. Vilnius, CEEHRN, 2007.

- <sup>11</sup>Bica I, McGovern B, Dhar R et al. Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2001, 32(3):492-497.
- <sup>12</sup>Martín-Carbonero L, Benhamou Y, Puoti M et al. Incidents and predictors of severe liver fibrosis in human immunodeficiency virus-infected patients with chronic hepatitis C: a European collaborative study. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 38(1):128-133.
- <sup>13</sup>Weber R, Sabin CA, Friis-Møller N et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166(15):1632-1641.
- <sup>14</sup>CEEHRN, East European & Central Asian Union of PLWH Organisations (ECUO), International Treatment Preparedness Coalition in Eastern Europe and Central Asia (ITPC-EECA) et al. *Demonstrating the impact of civil society involvement in the target setting process for universal access: Eastern, South-Eastern Europe and Central Asia*. Vilnius, CEEHRN, 2007.
- <sup>15</sup>Republic of Ukraine Ministry of Health, UNAIDS. Road map on scaling-up towards universal access to HIV/AIDS prevention, treatment, care and support in Ukraine by 2010. Geneva, UNAIDS, 2006.
- <sup>16</sup>*Realization of priority national health project component, Prevention of HIV, Hepatitis B and C, Diagnostics and Treatment of HIV Illness* [press release in Russian]. Dated 20 September. Moscow, Rospotrebnadzor (Russian Federal Consumer Rights Protection and Human Health Control Service), 2007 (<http://www.rospotrebnadzor.ru/press/pressreleases/?id=1461>, accessed 24 October 2008).
- <sup>17</sup>*Injecting drug users' (IDUs) access to highly active anti-retroviral therapy (HAART) in the WHO European Region 2004: summary of preliminary survey results*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
- <sup>18</sup>*Declaration of Commitment on HIV/AIDS: five years later: report of the Secretary-General, United Nations General Assembly*. New York, United Nations, 2006 (A/60/736).
- <sup>19</sup>*Opioid substitution therapy in Central and Eastern Europe and Central Asia: overview of regulations and practices*. Vilnius, CEEHRN, 2006.
- <sup>20</sup>*Rehabilitation required: Russia's human rights obligation to provide evidence-based drug dependence treatment*. New York, Human Rights Watch, 2007 <http://www.hrw.org/en/reports/2007/11/07/rehabilitation-required-0>
- <sup>21</sup>Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, 2004 ([http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1), accessed 25 October 2008).
- <sup>22</sup>*EU Drugs Strategy (2005-2012)*. Brussels, Council of the European Union, 2004 (2004.15074/04)

- <sup>23</sup> *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on an EU Drugs Action Plan for 2009–2012*. Brussels, Commission of the European Communities, 2008 (COM(2008) 567/4; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/COM2008\\_0567\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/COM2008_0567_en.pdf), accessed 23 October 2008).
- <sup>24</sup> Council of the European Union. *Council recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*. Dated 18 June 2003. Official Journal of the European Communities: L Series, 2003, 16:0031–0033.
- <sup>25</sup> *Report of the final evaluation of the EU Drugs Action Plan 2005–2008*. Brussels, Commission of the European Communities, 2008 (COM(2008) 567).
- <sup>26</sup> *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*. Brussels, European Commission, 2007 (COM(2007) 199; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/COM2008\\_0567\\_a1\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/COM2008_0567_a1_en.pdf), accessed 25 October 2008).
- <sup>27</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg*, Office for Official Publications of the European Communities, 2007 (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44682EN.html>, accessed 25 October 2008).
- <sup>28</sup> *Shadow reports* [web site]. Toronto, International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), 2008 ([http://www.icaso.org/shadow\\_reports.html](http://www.icaso.org/shadow_reports.html), accessed 25 October 2008).
- <sup>29</sup> “Three Ones” key principles: coordination of national responses to HIV/AIDS [conference paper]. UNAIDS, Geneva, 2004 ([http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three\\_ones.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp), accessed 28 April 2008).
- <sup>30</sup> *Eurasian Harm Reduction Network* [web site]. Vilnius, Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), 2008 (<http://www.harm-reduction.org>, accessed 30 September 2008).
- <sup>31</sup> *Regional Knowledge Hub for the Care and Treatment of HIV/AIDS in Eurasia* [web site]. Kiev, Regional Knowledge Hub for the Care and Treatment of HIV/AIDS in Eurasia, 2008 (<http://www.aidsknowledgehub.org>, accessed 25 October 2008).
- <sup>32</sup> *2008 report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2008 (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008>, accessed 25 October 2008).
- <sup>33</sup> HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users. In: Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007:163–223 ([http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801_1), accessed 2 September 2008).

- <sup>34</sup> Bernays S, Rhodes T, Prodonovic A. *HIV treatment access, delivery and uncertainty: a qualitative study in Serbia and Montenegro*. Belgrade, United Nations Development Programme (UNDP), 2007 ([http://www.balkans-fight-hiv.org/documents/reports/HIV\\_treatment,access,delivery\\_and\\_uncertainty\\_English.pdf](http://www.balkans-fight-hiv.org/documents/reports/HIV_treatment,access,delivery_and_uncertainty_English.pdf), accessed 25 October 2008).
- <sup>35</sup> Curtis M, ed. *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. New York, Open Society Institute (OSI), 2006 ([http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/delivering\\_20060801](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/delivering_20060801), accessed 25 October 2008).
- <sup>36</sup> *Work conditions of social workers in the field of HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia*. St Petersburg, ITPC Eastern Europe and Central Asia, 2007.
- <sup>37</sup> EHRN. *Young people & injecting drug use in selected countries of Central and Eastern Europe*. Vilnius, EHRN, 2008.
- <sup>38</sup> Strengthening the voices of civil society and other nongovernment stakeholders. In: Matic S, Lazarus JV, Nielsen S, Laukamm-Josten U, eds. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008:43–54.
- <sup>39</sup> Wolfe D. *Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: access adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union*. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(4):246–254.
- <sup>40</sup> Lazar F, Blaglosov AG, Constantin C, Erscoiu SM. *Discrimination and the impact of seropositivity status on adults living with HIV/AIDS* [Poster discussion]. XVI International AIDS Conference, Toronto, 13–18 August 2006 (Abstract No. MOKC302; <http://www.aegis.org/conferences/iac/2006/MoKC302.html>, accessed 25 October 2005).
- <sup>41</sup> *Missing the target*. Bangkok, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), 2005 ([www.aidstreatmentaccess.org/itpcfinal.pdf](http://www.aidstreatmentaccess.org/itpcfinal.pdf), accessed 25 October 2008).
- <sup>42</sup> *Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*. Moscow, New York; Human Rights Watch; 2004.
- <sup>43</sup> *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS*. New York, Human Rights Watch, 2006.
- <sup>44</sup> Bobrova N, Sarang A, Stuikyte R, Lezhentsev K. *Obstacles in provision of anti-retroviral treatment to drug users in Central and Eastern Europe and Central Asia: a regional overview*. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:313–318.

- <sup>45</sup>Gridassova O. The stigmatization of the pregnant HIV-infected women is the major factor of MTCT [poster]. 2nd International AIDS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13–16 July 2003 (Abstract No. 1115; <http://www.aegis.org/conferences/iashivpt/2003/1115.html>, accessed 25 October 2008).
- <sup>46</sup>Dolzhanskaya NA, et al. Heterogeneous practices and attitudes towards treating HIV-infected substance abusers in Russia [poster]. XIV International AIDS Conference. Barcelona, 7–12 July 2002 (Abstract No. WePeD6422; <http://www.aegis.com/conferences/iac/2002/WePeD6422.html>, accessed 25 October 2008).
- <sup>47</sup>Donoghoe MC, Verster AD, Pervilhac CE. WHO/UNODC/UNAIDS *technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): draft for review*. Geneva; WHO, UNODC, UNAIDS; 2008 ([http://who.int/hiv/idu/target\\_setting](http://who.int/hiv/idu/target_setting), accessed 2 September 2008).
- <sup>48</sup>Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine*, 2008, 9(s2):6–12.



Поддержка:



ARV4IDUs

Финансовая поддержка:

