



Всемирная организация
здравоохранения



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
Партнерство • ЮНЭЙДС • ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный Банк



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПОЛИТИКИ: АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ И ПОТРЕБИТЕЛИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Ниже проводится анализ доступной на сегодняшний день информации о предоставлении антиретровирусной (АРВ) терапии ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков. В данном документе также обсуждается ряд медицинских, психологических и социальных вопросов, касающихся этой проблемы – например, необходимость учитывать взаимодействие применяемых препаратов и преимущества программ снижения вреда в организации адекватного ухода за ВИЧ-положительными потребителями наркотиков. Основные вопросы, связанные с предоставлением помощи и ухода в области ВИЧ, рассматриваются в публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “Расширение антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов” (WHO 2003) [1]; в других публикациях из серии “Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков” [2] представлена более подробная информация по снижению вреда. В документе о совместной позиции ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС по применению заместительной поддерживающей терапии в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа [3] кратко изложена позиция ООН в отношении заместительной терапии с применением опиатов.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Численность потребителей инъекционных наркотиков в мире оценивается приблизительно в 13 миллионов человек (Aceijas et al. 2004); 5-10% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в мире связаны с употреблением инъекционных наркотиков (UNAIDS 2004). Главной движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции, относительно недавно вспыхнувшей во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии, является потребление инъекционных наркотиков (ПИН). Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей также значительно возросла в Китае, Индонезии, Иране, Мьянме, Северной Африке, южной части Латинской Америки и Вьетнаме (Aceijas et al. 2004; Rhodes T et al. 1999; Lai S et al. 2001; Hien et al. 2001; Panda et al. 2000). Эпидемия употребления инъекционных наркотиков, вспыхнувшая несколько раньше, остается фактором, способствующим сохранению высокой распространенности ВИЧ-инфекции в Италии, Португалии, Испании, Швейцарии и Нидерландах, а также некоторых других западноевропейских странах (Namers and Downs 2004 и EMCDDA 2004). Одной из характерных особенностей эпидемии ВИЧ-инфекции, распространяющейся через ПИН, является взрывной характер ее развития. Существуют документально подтвержденные примеры, когда распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков всего за несколько лет подскочила с 12% до 60-70% (Grassly et al. 2003; De la Fuente et al. 2003). Обычно такого рода эпидемии вспыхивают среди молодых, сексуально активных потребителей инъекционных наркотиков-мужчин, и

распространяются сексуальным путем через контакты с партнерами как мужского, так и женского пола, а также путем вертикальной передачи вируса от матери к ребенку (ПМР). Секс-работники, предоставляющие сексуальные услуги в обмен на наркотики или за деньги, на которые впоследствии они могут купить наркотики, могут стать промежуточным звеном в передаче вируса от потребителей наркотиков в сообщество людей, не принимающих наркотики.

Употребление инъекционных наркотиков также может привести к заражению гепатитом В (ВГВ), С (ВГС) и D и приводить к другим медицинским проблемам, например, к передозировке, тромбозам вен и серьезным бактериальным инфекциям. Кроме того, в некоторых случаях потребители наркотиков в течение долгого времени страдают скрытыми психическими расстройствами, не получая надлежащей диагностики или лечения. Многие потребители инъекционных наркотиков также сталкиваются с рядом социальных проблем, таких как стигма и дискриминация, вызванная употреблением наркотиков и наличием у них ВИЧ-инфекции и/или гепатита. Материальные проблемы, возникающие у потребителей

¹ http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/ScalingUp_E.pdf

² <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

³ World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004) Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper, Geneva: World Health Organization



наркотиков из-за необходимости удовлетворять потребность в психоактивном веществе и ведущие к вовлечению в криминальную деятельность, а также законы, криминализирующие хранение наркотиков для личного употребления, приводят к тому, что в большинстве стран большой процент потребителей наркотиков периодически подвергается тюремному заключению. Это влечет за собой дополнительные негативные социальные и медицинские последствия.

ДОСТУП К АНТИРЕТРОВИРУСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Антиретровирусная (АРВ) терапия дает возможность улучшить прогноз течения заболевания и повысить качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. АРВ-терапия может послужить для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков стимулом для вступления в контакт со службами здравоохранения, осуществляющими профилактику, консультирование и тестирование на ВИЧ, а также предоставляющими услуги в области лечения, ухода и поддержки пациентов, живущих с ВИЧ/СПИДом. Она может способствовать решению пройти лечение от наркозависимости и сочетанных заболеваний, таких как туберкулез (ТБ), ВГВ и ВСГ. Однако, хотя применение АРВ-терапии расширяется, зачастую потребители инъекционных наркотиков не имеют доступа к лечению.

Несмотря на перечисленные потенциальные преимущества, широко распространено мнение, что потребители инъекционных наркотиков являются малоподходящими кандидатами для прохождения АРВ-терапии, так как зависимость от наркотиков подрывает их способность соблюдать режим лечения, а медицинские осложнения и сочетанные заболевания, такие как гепатит С, существенно усложняют процесс лечения потребителей и делают их менее восприимчивыми к АРВ-терапии. Хотя для многих ВИЧ-инфицированных потребителей эти ограничения действительно являются проблемой, обширный опыт показывает – а многочисленные исследования имеют тому документальные доказательства, – что предоставление специализированного медицинского ухода в области ВИЧ потребителям инъекционных наркотиков, как и всем прочим людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, часто дает успешные результаты.

ОСНОВНЫЕ ФАКТЫ

Процесс ухода за ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков не слишком сильно отличается от ухода за другими людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Он предусматривает определение стадии иммунного дефицита по клиническим и иммунологическим (CD4) признакам, профилактику и лечение оппортунистических инфекций и АРВ-терапию. Клинические и иммунологические критерии для начала АРВ-терапии среди

ВИЧ-инфицированных потребителей соответствуют общим рекомендациям (WHO 2003): терапия проводится для пациентов с клинически развернутой стадией ВИЧ-инфекции, которая определяется следующим образом:

- ▶ Стадия IV ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, независимо от числа клеток CD4;
- ▶ Стадия III ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (для принятия окончательного решения может учитываться число клеток CD4 – менее 350/mm³);
- ▶ Стадия I или II ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ с числом клеток CD4 менее 200/mm³.

Все применяемые сегодня АРВ-препараты имеют серьезные побочные эффекты и обладают токсичным действием, некоторые из которых могут вызывать серьезные заболевания и даже вести к смертельному исходу. Более мягкие побочные эффекты могут негативно сказаться на соблюдении режима терапии, что снизит эффективность лечения и увеличит риск развития и пациента устойчивости к препаратам (Dobkin 2005).

Потребители инъекционных наркотиков продемонстрировали высокий уровень приверженности терапии (Open Society Institute 2004). Несмотря на это, исследования все чаще сообщают о том, что наркопотребители сталкиваются со сложностями, не позволяющими им добиться получения медицинской помощи и ухода в области ВИЧ-инфекции, продолжить лечение и в полной мере воспользоваться его преимуществами. Эти барьеры могут быть преодолены с помощью программ лечения наркозависимости, аутрич-работы, приема препаратов под медицинским надзором и лечением под непосредственным наблюдением (ДОТ) (Bouhnik et al 2002; Carrieri et al. 1999; Palepu et al. 2003; Clarke et al. 2003; Palepu et al. 2001; Pach et al. 2003; Chen et al. 2003; Wood et al. 2003; Mockroft et al. 1999; McCance-Katz et al. 2002; Moatti et al. 2000; Carrieri et al. 2003; Lucas et al. 2004; Conway et al. 2004; McCance-Katz et al. 2002; Malta et al. 2003).

Как показывают научные факты, деятельность программ, предоставляющих заместительную поддерживающую терапию для людей с опиоидной зависимостью, повышающих доступ к стерильным шприцам и оказывающих другие услуги по профилактике, способствует снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (Wodak et al. 2005; Des Jarlais et al. 2005; Farrell et al. 2005). Использование аутрич-работников и консультантов из числа равных – потребителей наркотиков и ВИЧ-инфицированных – во всем мире оказалось замечательно эффективным методом вовлечения потребителей инъекционных наркотиков в программы помощи в области ВИЧ-инфекции, включая программы поддержки для проходящих лечение (Coyle et al. 1998; Needle et al. 2005).

Метадоновая или бупренорфиновая заместительная поддерживающая терапия позволяет наркопотребителям,

испытывающим зависимость от опиоидов, стабилизировать свою жизнь, избежать или преодолеть множество проблем, связанных с ПИН, и является неотъемлемой частью стратегии, направленной на удержание активных потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения (Mattick et al. 2002). Кроме того, она предоставляет дополнительные возможности для расширения АРВ-терапии, повышает соблюдение режима лечения и увеличивает доступность медицинской помощи (Clarke et al. 2002; Moscatello et al. 2003; Lucas 2004, WHO et al. 2004; Open Society Institute 2004; Farrell et al. 2005).

Важно предусмотреть взаимодействие между метадонем и бупренорфином и АРВ-препаратами и учитывать его при определении необходимой дозировки (Antoniou et al. 2002; Dobkin 2005). Взаимодействие препаратов, ускоряющее возникновение абстинентного синдрома, может спровоцировать рецидив употребления героина, возбудить недоверие к специалистам, предоставляющим услуги, и вызвать нежелание продолжать АРВ-терапию (Dobkin 2005).

Для облегчения острых или хронических болей, ВИЧ-инфицированным потребителям могут потребоваться дополнительные анальгетики, поскольку в некоторых случаях обычная дневная доза не оказывает необходимого болеутоляющего эффекта (Dobkin 2005). Также важно предусмотреть последствия взаимодействия между анальгетиками и некоторыми АРВ-препаратами (*смотрите* www.hiv-druginteractions.org и Dobkin 2005).

Иногда потребители инъекционных наркотиков оказываются в больницах, исправительных учреждениях или других заведениях, где они подвергаются повышенному риску абстинентного синдрома из-за нарушения привычных моделей употребления опиоидов. Курс детоксикации бупренорфином, метадонем или клонидином может стабилизировать их состояние, облегчая проведение медицинского осмотра и лечения (Umbricht et al. 2003).

Сопутствующая инфекция ВГВ и/или ВГС и болезни печени, вызванные употреблением алкоголя, – частое явление среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков. Эти заболевания могут повышать риск токсического поражения печени и затруднять метаболизм некоторых АРВ-препаратов. Несмотря на наличие связи между гепатотоксичностью и АРВ-препаратами, почти 90% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, переносят АРВ-терапию без серьезных поражений печени, независимо от того, инфицированы они сопутствующим гепатитом или нет (Sulkowski et al. 2000). Так или иначе, важно помнить о потенциальных взаимодействиях препаратов, особенно при лечении ВГС.

Лечение ТБ у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в целом проводится также, как в ВИЧ-отрицательных пациентов; кроме того, по данной теме имеются подробные врачебные инструкции (*смотрите*, например, American

Thoracic Society 2003). Здесь важно учитывать взаимодействие между некоторыми противотуберкулезными и АРВ-препаратами, между некоторыми противотуберкулезными препаратами и метадонем и, возможно, бупренорфином; также важно точно выбрать момент для начала проведения АРВ-терапии у пациентов с активной формой туберкулеза (Dobkin 2005).

ПОЛИТИКА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОГРАММ

ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков должны иметь равный и всеобщий доступ к АРВ-терапии – как исходя из принципов охраны общественного здоровья, так и с точки зрения соблюдения прав человека. Здесь важную роль играют лица, формирующие политику в данной области, выступая за лечение ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков в своих странах. Всесторонняя деятельность по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков должна сочетать в себе профилактику, лечение, уход и поддержку, чтобы обеспечить максимальное использование предоставляемых услуг на самых ранних этапах инфекции. Помимо ВИЧ-инфекции, среди потребителей инъекционных наркотиков отмечается высокий уровень наркозависимости, наличие других инфекций, передающихся через кровь, и медицинских проблем, связанных с инъекциями. Профилактика и лечение этих состояний снижают уровни заболеваемости и смертности и способствуют привлечению потребителей инъекционных наркотиков в программы комплексной помощи в области ВИЧ-инфекции.

Залогом эффективности АРВ-терапии и лечения любых сочетанных заболеваний является тщательное исследование и консультирование пациента, на основе которых проводится разработка индивидуального плана лечения, позволяющего обеспечить его максимальную эффективность. Социальная помощь, предоставление информации, поддержка в соблюдении режима лечения (приверженности), заместительная терапия и другие формы лечения наркозависимости являются исключительно важными элементами эффективной программы помощи в области ВИЧ-инфекции. Если потребители наркотиков смогут следовать медицинским назначениям и соблюдать режим приема препаратов, вероятнее всего, они будут иметь такой же хороший эффект от АРВ-терапии, как и другие люди, живущие с ВИЧ. Когда к потребителям относятся без осуждения, рецидив или продолжение употребления наркотиков могут рассматриваться просто как медицинская проблема, требующая дополнительного внимания, для устранения которой, как и в случае с другими сочетанными заболеваниями, необходимы дополнительные меры.

Принципы проведения успешных программ для потребителей инъекционных наркотиков

Серьезной проблемой при осуществлении ухода за ВИЧ-позитивными потребителями инъекционных наркотиков является необходимость одновременного предоставления различных услуг. Успешные программы медицинской помощи, нацеленные на активных потребителей наркотиков, выявили следующие важные принципы:

- ▶ Медицинская помощь должна быть доступной для клиентов, она должна осуществляться в учреждениях, являющихся частью общей системы здравоохранения. Услуги должны быть бесплатными и ориентированными на потребителя; они должны предоставляться на равноправной основе, специалистами, относящимися к потребителям наркотиков без осуждения.
- ▶ Медицинская помощь должна быть всесторонней и включать максимальное число наиболее необходимых услуг, которые могут быть предоставлены в стенах одного учреждения.
- ▶ Медицинская помощь должна предоставляться потребителям инъекционных наркотиков в том объеме, в котором они готовы ее принять; иначе потребители могут отказаться пользоваться предоставляемыми услугами.
- ▶ Стратегии аутрич-работы являются принципиально важным компонентом помощи в области ВИЧ-инфекции; наиболее эффективные программы налаживают крепкие связи с организациями на уровне сообщества, представляющими интересы групп, затронутых эпидемией, и используют обучающих и консультантов, набранных из этих групп, для работы по принципу “равный-равному”.
- ▶ При разработке медицинских услуг следует уделять большое внимание вопросу непрерывности и преемственности ухода, чтобы обеспечить удержание пациентов на лечении.

Чтобы дать ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков возможность успешно использовать АРВ-терапию, важно учитывать их специфические потребности; в первую очередь, это относится к соблюдению режима приема препаратов. Кроме того, необходимо уделять пристальное внимание диагностике и лечению сочетанных заболеваний, таких как ТБ, ВГВ и ВГС, а также взаимодействию препаратов, особенно в случаях, когда пациент проходит несколько курсов лечения и заместительную поддерживающую терапию наркозависимости.

Вопросом принципиальной важности для потребителей инъекционных наркотиков является правильный выбор времени начала АРВ-терапии. Крайне важно убедиться, что потребители располагают всей необходимой информацией и мотивацией к лечению, а потенциальные

барьеры, препятствующие соблюдению режима, оценены и преодолены. Если речь не идет о больших в критическом состоянии, лучше немного отложить начало терапии, чтобы принять все необходимые меры, чем подвергнуть пациента риску неудачного исхода терапии или развития у него резистентности к препаратам.

Многие страны приняли для себя подход ВОЗ к АРВ-терапии, предусматривающий стандартные схемы первого и второго ряда терапии. Если препарат первого ряда вызывает у пациента токсические поражения, он может быть заменен другим АРВ-препаратом, относящимся к тому же классу. В случае неудачи (которая определяется клиническими и иммунологическими признаками) пациент переводится на терапию второго ряда. Упрощенные схемы, в особенности те, которые предусматривают фиксированные низкодозовые комбинации, имеют значительные преимущества, поскольку требуют приема меньшего числа препаратов. Однако в случае сочетанных заболеваний, заместительной поддерживающей терапии или лечения оппортунистических инфекций простые схемы могут быть исключены, и АРВ-терапия может нуждаться в модификациях (Dobkin 2005).

Для поддержки соблюдения пациентом режима лечения и выявления проблем в этой области, может быть весьма полезен постоянный надзор за ходом терапии. Если возможно, терапию следует проводить в учреждении, осуществляющем общий медицинский уход, поскольку это обеспечит специалистам доступ к наиболее полной информации о соблюдении режима терапии и клинической реакции. Как правило, на начальном этапе пациент получает препараты в небольших дозировках с короткими интервалами. Когда его состояние стабилизируется, интервалы между предоставлением препаратов могут увеличиваться. И напротив, если поведение потребителей инъекционных наркотиков становится беспорядочным, им вновь может быть назначена схема, предусматривающая частый прием препаратов, которая позволяет вести более пристальный надзор и оказывать пациенту необходимую поддержку.

Взаимодействие между программами снижения вреда и программами лечения

Обеспечение связей между программами снижения вреда и лечения ВИЧ позволяет быстро направлять потребителей инъекционных наркотиков с положительными результатами тестирования на ВИЧ в программы оказания медицинской помощи. Такие связи способствуют более качественному мониторингу и регулированию взаимодействия препаратов. Кроме того, они помогают усилить профилактическую работу среди клиентов с отрицательными тестами на ВИЧ. Программы снижения вреда, добившиеся доверия и пользующиеся авторитетом, имеют значительный опыт в установке контакта и связей с потребителями инъекционных наркотиков, что дает им возможность смягчить медицинские и психологические последствия употребления наркотиков и облегчить предо-

ставление помощи в области ВИЧ. Эти программы должны принимать участие в планировании лечения ВИЧ для потребителей наркотиков, проведении аутрич-работы, направленной на привлечение потребителей в программы тестирования, консультирования и лечения в области ВИЧ, а также в последующих наблюдениях за потребителями, выбывшими из программ медицинской помощи.

Аутрич-программы, основанные на принципе поддержки равных равными, оказались эффективным средством просвещения активных потребителей и их мотивирования к попыткам добиться возможности получения эффективной помощи. Необходимо создавать или включать в общую программу лечения ВИЧ-инфекции группы поддержки и обучающие программы для потребителей инъекционных наркотиков, в первую очередь для того, чтобы подготовить ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков к возможным побочным эффектам АРВ-терапии и чтобы оказать им поддержку в соблюдении режима лечения.

Взаимодействие между препаратами заместительной поддерживающей терапии и АРВ-препаратами

В связи с потенциальным взаимодействием между препаратами заместительной терапией для лиц с наркозависимостью и АРВ-препаратами, целесообразно было бы обеспечить на начальном этапе АРВ-терапии регулярные контакты и открытое общение между специалистами по лечению ВИЧ, ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков и персоналом программы заместительной поддерживающей терапии.

В целом, необходимо внимательно следить за состоянием пациентов, проходящих заместительную поддерживающую терапию, в случаях, когда вносятся какие-либо изменения в назначенные им препараты в рамках других курсов лечения, а также учитывать возможность взаимодействия принимаемых препаратов с «уличными» наркотиками. Существует несколько моделей, позволяющих успешно сочетать медицинскую помощь при ВИЧ с лечением наркозависимости. В их число входит:

- ▶ предоставление медицинской помощи путем направления пациента в ближайшую клинику лечения ВИЧ;
- ▶ организация лечения наркозависимости в медицинском учреждении, оказывающем необходимую медицинскую помощь при ВИЧ-инфекции;
- ▶ предоставление необходимой первичной медицинской помощи для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в учреждении, осуществляющем лечение наркозависимости.

Особые меры в отношении женщин и секс-работников

Значительную часть ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков составляют женщины репродуктивного возраста; доступ к услугам по планированию семьи и профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ПМТ) – включая, при необходимости, уход и лечение для самих женщин – должен стать неотъемлемой частью комплексной стратегии ухода. Многие ВИЧ-позитивные женщины не пользуются услугами по дородовой помощи и входят в контакт с медицинскими учреждениями только во время родов. Чтобы предотвратить ПМР, персонал родильных домов должен иметь доступ к качественным средствам экспресс-тестирования и неотложной медикаментозной терапии на основе невирапина^[4]. Рекомендуется сделать тестирование на ВИЧ услугой, предлагаемой всем пациенткам роддомов^[5].

Как мужчины, так и женщины, употребляющие инъекционные наркотики и занимающиеся сексом за деньги или в обмен на наркотики, нуждаются в дополнительной медицинской и социальной помощи. Это помогло бы снизить уровень сексуальной передачи ВИЧ и облегчить для них доступ к лечению. Аутрич-работа и поддержка лечения, осуществляемые равными среди равных, должны быть организованы таким образом, чтобы охватывать тех, кто подвергается двойному риску в связи с употреблением инъекционных наркотиков и секс-работой.

Исправительные учреждения

Закрываются условия тюрем должны рассматриваться как дополнительная возможность для профилактики и медицинской помощи в области ВИЧ. Комплексная и непрерывная помощь должна предоставляться как в сообществе, так и за его пределами, поскольку люди перемещаются из сообщества в места задержания и наоборот. Детоксикация в закрытых учреждениях должна проводиться на основе индивидуального подхода, а отмена наркотика или наркотиков, от которых у пациента существует зависимость, должна происходить под медицинским наблюдением, чтобы смягчить симптомы абстинентного синдрома и минимизировать вероятность неблагоприятных медицинских осложнений. Необходимо разработать методы и модели, которые будут способствовать сотрудничеству между работниками здравоохранения и персоналом исправительных учреждений или правоохранительных органов.

⁴ смотрите документы ВОЗ по ПМР на <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/>

⁵ смотрите руководящие принципы ВОЗ/ЮНЭЙДС по рутинным услугам на <http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/HIV+diagnostic+tests.asp>

ВЫВОДЫ

Лицам, формирующим политику, следует задуматься о серьезных социальных и медицинских затратах, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, о также о вероятности повышения распространенности гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и уровня смертности, если программы АРВ-терапии и снижения вреда останутся недоступными для потребителей инъекционных наркотиков. В борьбе с ВИЧ-инфекцией в среде потребителей инъекционных наркотиков по-прежнему остаются нерешенными серьезные проблемы. Для того, чтобы обеспечить эффективный контроль над эпидемией и предоставить помощь тем, кто уже пострадал от нее, необходимо устранить все существующие социальные, экономические и правовые барьеры, и решить все физические и психологические проблемы.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Aceijas C, Stimson GV, Hickman M and Rhodes T on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users *AIDS*, 18:2295-2303
- American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America (2003). Treatment of Tuberculosis. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 52 (RR11); 1-77. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5211a1.htm> (пересмотрено 6 февраля 2005 г.).
- Antoniou T and Tseng L (2002). Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Annual of Pharmacotherapy*, 36:1598-1613.
- Bouhnik AD, Chesney M, Carrieri P, Gallais H, Moreau J, and Moatti (2002). Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.
- Carrieri MP, Moatti JP, Vlahov D, Obadia Y, Reynaud-Maurupt C and Chesney M (1999). Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. *Journal of Epidemiological Community Health*, 53:4-8.
- Carrieri MP, Rey D, Loundou A, Lepeu G, Sobel A, and Obadia Y (2003). The Manif-2000 Study Group. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug Alcohol Dependence*, 72:13-21.
- Chen RY, Westfall AO, Mugavero MJ, Cloud GA, Raper JL, Chatham AG, Acosta EP, Taylor KH, Carter J and Saag MS (2003). Duration of Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens. *Clinical Infectious Diseases*, 37:714-22
- Clarke S, Keenan E, Ryan M (2002). Directly observed antiretroviral therapy for injecting drug users with HIV; The AIDS Reader 12 (305-7): 412-316.
- Clarke S, Delamere S, McCullough L, Hopkins S, Bergin C, and Mulcahy F (2003). Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users. *HIV Medicine*, 4:33-7.
- Conway B, Prasad J, Reynolds R, Farley J, Jones M, Jutha S, Smith N, Mead A and DeVlaming S (2004). Directly Observed Therapy for the Management of HIV-Infected Patients in a Methadone Program. *Clinical Infectious Diseases*, 38:S402-8.
- Coyle SL, Needle RH, Normand J (1998). Outreachbased HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcome data. In: Needle RH, Coyle S, Cesari H, editors. HIV prevention with drug-using populations—current status and future prospects. *Public Health Reports*, 113(Suppl 1):19-30.
- De la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suarez M, Rodes A and Noguer I (2003). Lessons from the History of the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Spanish Drug Injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Supplement 5):S410-5.
- Des Jarlais et al. (2005). Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injection drug users. *International Journal of Drug Policy (Supplement)*. В печати.
- Dobkin, J (2005). *Comprehensive Care and Treatment of HIV-Positive Injecting Drug Users*, WHO, Geneva, Switzerland. Forthcoming.
- EMCDDA 2004, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2004, *EMCDDA, Lisbon, 2004*. <http://annualreport.emcdda.eu.int>
- Farrell M, Gowing L, Walter Ling J M and Ali R (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy (Supplement)*. В печати.
- Grassly NC, Lowndes CM and Rhodes T (2003). Modeling emerging HIV epidemics: the role of injection drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China, and India. *International Journal of Drug Policy*, 14:25-43.
- Hamers FF and Downs AM (2004) The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet* 364:83-94
- Hien N, Giang L, Binh P, Deville W, van Ameijden E and Wolffers I (2001). Risk factors of HIV infection and needle sharing among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Substance Abuse*, 13:45-58.
- Lai S, Liu W, Chen J, Yang J, Li ZJ, Li RJ, Liang FX, Liang SL, Zhu QY and Yu XF (2001). Changes in HIV-1 incidence in heroin users in Guangxi province, China. *Journal of AIDS*, 26:365-70.
- Lucas GM, Weidle PJ, Hader S and Moore RD (2004). Directly Administered Antiretroviral Therapy in an Urban Methadone Maintenance Clinic: A Nonrandomized Comparative Study. *Clinical Infectious Diseases*, 38:S409-13

- Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, Strathdee SA, Monteiro M and Bastos FI (2003). Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. *Clinical Infectious Diseases*, 15;37 Supplement 5:S386-91.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP and Moreau J (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 14:151-5.
- McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, Sarlo J, Rainey P and Jatlow P (2002). Modified directly observed therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.
- McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, Sarlo J, Rainey P and Jatlow P (2002). Modified directly observed therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *American Journal of Addiction*, 11(4):271-8.
- Mcroft A, Madge S, Johnson AM, Lazzarin A, Clumeck N, Goebel FD, Viard JP, Gatell J, Blaxhult A and Lundgren JD (1999). A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART and survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 22:369-378.
- Moscattello G, Campello P, Benettuci JA (2003). Bloodborne and sexually transmitted in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases* 37 Supplement 5:S343/7
- Needle R H, Burrows D, Friedman S, Dorabjee J, Touzé G, Badrieva L, Grund J-P C, Suresh Kumar M, Nigro L, Manning G and Latkin C (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy (Supplement)*. В печати.
- Open Society Institute (2004). *Breaking down the barriers Lessons on Providing HIV Treatment to Injecting Drug Users*. New York, International Harm Reduction Program. Open Society Institute. www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/arv_idus_20040715
- Pach A 3rd, Cerbone FG and Gerstein DR (2003). A Qualitative Investigation of Antiretroviral Therapy Among Injection Drug Users. *AIDS and Behavior*, Vol. 7, n° 1.
- Palepu A, Yip B, Miller C, Strathdee SA, O'Shaughnessy MV, Montaner J and Hogg RS. (2001). Factors associated with the response to antiretroviral therapy among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 15:423-4.
- Palepu A, Tyndall M, Yip B, O'Shaughnessy MV, Hogg RS and Montaner JS (2003). Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32(5):522-6
- Panda S, Chatterjee A, Bhattacharya SK, Manna B, Singh PN, Sarkar S, Naik TN, Chakrabarti S and Detels R (2000). Transmission of HIV from injecting drug users to their wives in India. *International Journal STD AIDS*, 7:468-73.
- Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobysheva Y, Fitch C, Pokrovsky V, Bezruchenko-Novachuk M, Burrows D, Renton A and Andrushchak L. (1999). HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 94:1323-36.
- Sulkowski MS, Thomas DL, Chaisson RE and Moore RD (2000). Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with the human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *Journal of the American Medical Association*, 283:74-80.
- Umbricht A., Hoover D, Tucker, Leslie, Chaisson R and Preston K (2003). Opioid detoxification with buprenorphine, clonidine, or methadone in hospitalized heroin-dependent patients with HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 69: 263-272
- UNAIDS (2002). *Report of the Global HIV/AIDS Epidemic*, Geneva, Switzerland.
- Wodak et al. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy (Supplement)*. Forthcoming.
- Wood E, Montaner JS, Yip B, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV and Hogg RS (2003). Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 169(7):656-61.
- World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper* Geneva: World Health Organization

Перевод данной публикации на русский язык осуществлен Сетью снижения вреда Центральной и Восточной Европы (Central and Eastern European Harm Reduction Network).

Более подробную информацию можно получить во
Всемирной организации здравоохранения по адресу:
World Health Organization
Department of HIV/AIDS
20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland
Эч. почта: hiv-aids@who.int
Веб-сайт: <http://www.who.int/hiv/en>