



W
B

**АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
СЕРИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ**

**РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ
СОТРУДНИЧЕСТВА СЛУЖБ
ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
И ВИЧ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ
И ДРУГИХ НАРКОТИКОВ:
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

Более подробную информацию можно получить по адресу:
Всемирная организация здравоохранения
Департамент «Остановить ТБ»
20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland
Эл. почта: tbdocs@who.int
Веб-сайт: <http://www.who.int/tb/publications/2008/en/index.html>
Департамент по ВИЧ/СПИДу
20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland
Эл. почта: hividu@who.int
Веб-сайт: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html>

ISBN 97892-1-433062-2



9 789214 330622



**Всемирная
организация здравоохранения**



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН
КНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach.

1. Tuberculosis, Pulmonary. 2. HIV infections. 3. AIDS-Related opportunistic infections. 4. Substance abuse – complications. 5. Delivery of health care, Integrated. 6. Health policy. I. World Health Organization.

ISBN 97892-1-433062-2 (NLM classification: WM 270) WHO/HTM/TB/2008.404
WHO/HIV/2008.750

© **Всемирная организация здравоохранения, 2008 год**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе публикаций Всемирной организации здравоохранения по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или делимитации их границ. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, прямо выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

Отпечатано во Франции

**АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
СЕРИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ**

**РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ
СОТРУДНИЧЕСТВА СЛУЖБ
ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
И ВИЧ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ
И ДРУГИХ НАРКОТИКОВ:
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

Женева, 2008 год

Настоящие руководящие принципы были разработаны Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УПН ООН) и Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и в консультации с группой технических экспертов. Первоначальная разработка и первый вариант были подготовлены Игорем Тоскиным и Аласдером Рейдом. Окончательный вариант руководящих принципов был подготовлен Кэтрин Томас, Кристианом Гуннебергом и Аннетт Верстер.

ВОЗ проанализирует необходимость обновления рекомендаций, содержащихся в данных руководящих принципах, не позднее 2012 года и опубликует результаты этого анализа.

РУКОВОДЯЩАЯ ГРУППА

ВОЗ

Эндрю Болл, Департамент по ВИЧ/СПИДу

Николас Кларк, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами

Коллин Дэниелс, Департамент «Остановить туберкулез»

Лучика Дитю, врач-специалист по инфекционным заболеваниям, Европейское региональное бюро ВОЗ

Мартин Донохью, советник по вопросам ВИЧ/СПИДа, потребления инъекционных наркотиков и уменьшения вреда, инфекционных заболеваний, Европейское региональное бюро ВОЗ

Хайлеиесус Гетахун, Департамент «Остановить туберкулез»

Рубен Гренич, Департамент по ВИЧ/СПИДу

Кристиан Гуннеберг, Департамент «Остановить туберкулез»

Кирстен Макхерри, Департамент по ВИЧ/СПИДу

Пол Нанн, Департамент «Остановить туберкулез»

Катрин Томас, Департамент «Остановить туберкулез»

Аннетт Верстер, Департамент по ВИЧ/СПИДу

УПН ООН

Моника Бег, советник, Группа по ВИЧ/СПИДу

Фабьен Арига, эксперт, Группа по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

Джитихи Раджа, советник по вопросам профилактики и уязвимости

Аласдер Рейд, советник по вопросам ВИЧ/СПИДа

Игорь Тоскин, советник по вопросам мониторинга и оценки

ГРУППА ПО РУКОВОДЯЩИМ ПРИНЦИПАМ

Рик Олтис, Программа по СПИДу, Йельский университет, Нью-Хейвен, Коннектикут, Соединенные Штаты Америки

Оскар Барренече, врач-специалист (ВИЧ/СПИД), Страновое бюро ВОЗ для Мьянмы, Янгон, Мьянма

Джонатан Бейнон, руководитель тюремной медицинской службы, Международный комитет Красного Креста, Женева, Швейцария

Алексей Бобрик, заместитель директора (старший координатор по вопросам уменьшения вреда), Открытый институт здоровья, Москва, Российская Федерация

Агнес Гебхард, координатор Проекта по туберкулезу, Фонд борьбы с туберкулезом Нидерландской королевской ассоциации по борьбе с туберкулезом, Гаага, Нидерланды

Константин Левсенцев, Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, Центральное бюро, Киев, Украина

Фабио Мескита, Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого региона, Манила, Филиппины

Эрнан Рейес, координатор по решению медицинских вопросов в условиях содержания под стражей, Международный комитет Красного Креста, Женева, Швейцария

Питер Селвин, профессор, Департамент семейной и социальной медицины, Медицинский центр Монтефиоре, Медицинский колледж Альберта Эйнштейна, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки

Оривал Силвера, руководитель службы по предоставлению ухода, поддержки и лечения, Национальная программа борьбы с ЗППП и СПИДом, Бразилия, Бразилия

Виорал Солтан, директор Центра политики в области здравоохранения и исследования состояния здоровья населения, Кишинев, Молдова

Марк Тиндал, адъюнкт-профессор медицины, Университет Британской Колумбии; директор Программы по эпидемиологии, Центр усовершенствования врачей по вопросам ВИЧ/СПИДа Британской Колумбии; и руководитель Отделения инфекционных заболеваний больницы Сент-Пол, Ванкувер, Британская Колумбия, Канада

Резюме заявления о потенциальном конфликте интересов членов Группы по руководящим принципам

Всем членам Группы по руководящим принципам было предложено заполнить бланк заявления ВОЗ о потенциальном конфликте, и никто из них не заявил о конфликте интересов.

Выражение признательности

Мы благодарны тем многим людям, которые откликнулись на состоявшиеся в мае 2008 года консультации заинтересованных сторон и прислали в связи с этим замечания, в частности Институту «Открытое общество» за масштабную и конструктивную реакцию. Полный список комментариев содержится в приложении 5. ВОЗ хотела бы выразить признательность Министерству здравоохранения Нидерландов и Агентству международного развития Соединенных Штатов за большой вклад, который они внесли в подготовку настоящего документа.

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	5
Резюме	6
Назначение	8
Введение	9
Методы	11
Эпидемиология	13
Совместное планирование	16
Ключевые мероприятия	19
<i>Предотвращение передачи туберкулеза с помощью мер борьбы с инфекцией</i>	19
<i>Интенсивное выявление случаев туберкулеза и тестирование на ВИЧ</i>	20
<i>Лечение</i>	21
<i>Предотвращение туберкулеза с помощью профилактической терапии с применением изониазида</i>	23
<i>Предупреждение ВИЧ</i>	24
Преодоление барьеров	26
<i>Модели предоставления услуг</i>	26
<i>Тюрьмы и другие места заключения</i>	29
<i>Соблюдение режима лечения</i>	31
<i>Общие типы сопутствующих заболеваний</i>	32
Ссылки на сайты, посвященные стратегиям, методическим рекомендациям и руководствам	33
Библиография	35
Приложение 1. Определения употребления наркотиков согласно Международной классификации болезней (10-й пересмотр)	41
Приложение 2. Методы	42
Приложение 3. Вопросы для исследования в целях подкрепления данных, необходимых для пересмотра и дополнения настоящих руководящих принципов	45
Приложение 4. Мероприятия по инфекционному контролю	47
Приложение 5. Консультации с заинтересованными сторонами	49

СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДОТС	рекомендуемая на международном уровне стратегия борьбы с туберкулезом
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез: если не указано иное, ТБ относится к заболеванию туберкулезом, а не к заражению туберкулезной бактерией <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
УПН ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

РЕЗЮМЕ

При различных обстоятельствах эпидемия употребления наркотиков имеет место одновременно с эпидемиями ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Системы здравоохранения нередко реагируют на них в рамках не связанных между собой мер политики и структур, что неблагоприятно сказывается на отдельных потребителях наркотиков и их сообществах.

Настоящие руководящие принципы предназначены для специалистов, имеющих дело с теми потребителями наркотиков, которые применяют наиболее проблемные модели потребления и подвергаются самому высокому риску ВИЧ-инфекции и туберкулеза, особенно это касается лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Коэффициенты распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков высоки, что объясняется главным образом использованием небезопасных способов введения инъекционных наркотиков. Среди потребителей наркотиков, живущих как с ВИЧ, так и без него, также растут показатели инфицирования туберкулезом. ВИЧ-инфекция значительно увеличивает риск перехода от инфицирования к заболеванию туберкулезом.

По оценкам, в мире насчитывается примерно 2,5 млн потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, хотя оценки распространенности ВИЧ среди потребителей наркотиков отсутствуют. Отчасти сходная ситуация складывается в странах, где основным движущим фактором эпидемии ВИЧ является употребление инъекционных наркотиков, и в странах, характеризующихся самыми высокими уровнями распространенности туберкулеза, устойчивого ко многим лекарственным средствам.

Потребители наркотиков, как правило, составляют маргинализованную группу лиц, имеющих комплексные потребности и недостаточный доступ к жизненно важным для них мероприятиям. Соответствующие службы должны применять более согласованный подход для удовлетворения потребностей лиц, употребляющих наркотики, и обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу во всех местах оказания им помощи. С этой целью службы по борьбе с ВИЧ и туберкулезом, и особенно специализированные наркологические службы и система уголовного правосудия, должны осуществлять совместное планирование.

В частности, службы здравоохранения должны предоставлять потребителям наркотиков поддержку, обеспечивающую соблюдение режима лечения. Наличие сопутствующего заболевания, например инфицирования вирусом гепатита, не должно быть препятствием для получения услуг по лечению туберкулеза и ВИЧ. Заключение с ВИЧ, туберкулезом или наркотической зависимостью должны иметь такой же доступ к лечению и уходу, как и гражданское население (население в целом, которое не находится в заключении), так же как и наркопотребители из числа мигрантов, бездомных или других маргинализованных групп. Кроме того, необходимо обеспечить непрерывность ухода при переводе в места заключения или из них.

Основные рекомендации заключаются в следующем.

Совместное планирование

1. На местном и национальном уровнях должна обеспечиваться – на основе многосекторального подхода – координация планирования, осуществления и мониторинга деятельности по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям наркотиков. По возможности это должно делаться с помощью существующих механизмов.
2. В национальных стратегических планах борьбы с туберкулезом, ВИЧ и немедицинским потреблением психоактивных веществ следует четко определять роли и обязанности всех учреждений, предоставляющих услуги потребителям наркотиков, и обеспечивать мониторинг и оценку деятельности по борьбе с туберкулезом и ВИЧ, осуществляемой в интересах потребителей наркотиков, включая результаты лечения.
3. Планирование в отношении людских ресурсов должно обеспечивать необходимую численность персонала и программы обучения и профессиональной подготовки, имеющие целью создание устойчивых эффективных медицинских бригад, с тем чтобы весь персонал, контактирующий с потребителями наркотиков, имел необходимый уровень компетентности в решении вопросов, касающихся туберкулеза и ВИЧ, а также наркопотребителей.
4. Все стороны, заинтересованные в сотрудничестве служб по борьбе с туберкулезом/ВИЧ для оказания помощи потребителям наркотиков, должны поддерживать и поощрять оперативные исследования в отношении туберкулеза/ВИЧ, проводимые с целью создания базы данных для обеспечения эффективного и результативного сотрудничества в сфере борьбы с туберкулезом/ВИЧ.

Ключевые мероприятия

5. Во всех многолюдных местах в секторах здравоохранения, наркологического обслуживания и уголовного правосудия должен действовать план борьбы с инфекцией туберкулеза, поддерживаемый всеми заинтересованными сторонами, который включал бы административные меры и мероприятия по предупреждению распространения туберкулеза в окружающей среде, а также меры личной защиты в целях сокращения масштабов туберкулеза.
6. Все службы, имеющие дело с потребителями наркотиков, должны иметь протокол выявления случаев туберкулеза и ВИЧ, с тем чтобы персонал знал симптомы туберкулеза и ВИЧ и мог обеспечить наркопотребителям доступ к надлежащему тестированию на туберкулез и ВИЧ и консультированию в отношении ВИЧ, желательно в учреждении, куда они первоначально обращаются.
7. Службы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ и наркологические службы должны обеспечить потребителям наркотиков доступ к необходимому лечению, используя для этого глобальные, региональные и национальные клинические руководства, и должны сотрудничать, чтобы обеспечить наблюдение за ходом лечения и упростить порядок предоставления лечения.
8. Все службы здравоохранения должны обеспечить доступ к профилактической терапии изониазидом для потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, после того как активные формы туберкулеза у них обоснованно исключены.
9. Весь персонал, работающий с лицами с подозрением на туберкулез, с больными туберкулезом, людьми, живущими с ВИЧ, и потребителями наркотиков, должен быть в состоянии оценить факторы риска ВИЧ-инфекции и передачи ВИЧ и должен предоставлять комплексную информацию и услуги по профилактике ВИЧ своим пациентам для минимизации этих рисков. Персонал также должен знать, как защитить себя от риска профессионального заражения ВИЧ и туберкулезом.

Преодоление барьеров

10. Все службы, имеющие дело с потребителями наркотиков, должны сотрудничать на местном уровне с ключевыми партнерами для обеспечения потребителям наркотиков всеобщего доступа к комплексной профилактике и лечению туберкулеза и ВИЧ, комплексному медицинскому обслуживанию в связи с туберкулезом и ВИЧ, а также к наркологическим службам с помощью комплексного подхода, ориентированного на пациента, который максимально увеличивает доступ и возможности для соблюдения режима лечения: по возможности в одном учреждении.
11. Все заключенные должны иметь возможность для прохождения медицинского осмотра при поступлении в тюрьму и в любое время после этого в соответствии с принятыми на международном уровне стандартами конфиденциальности медицинской информации и медицинского обслуживания. Заключенные должны получать медицинскую помощь, равноценную той, которую получает гражданское население, при этом должна быть обеспечена непрерывность медицинского обслуживания при поступлении в места заключения и выходе из них.
12. Потребители наркотиков нуждаются в осуществлении специальных мер поддержки для обеспечения соблюдения режима лечения и, по возможности, наилучших результатов лечения случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции и уменьшения риска развития лекарственной устойчивости и риска передачи инфекции другим людям.
13. Наличие сопутствующего заболевания, включая вирусный гепатит (например, гепатит В и С), не должно служить противопоказанием для лечения потребителей наркотиков от ВИЧ или туберкулеза. Алкогольная зависимость, активное потребление наркотиков и проблемы с психическим здоровьем не должны служить основанием для отказа в лечении.

НАЗНАЧЕНИЕ

Цель

Целью настоящих руководящих принципов является обеспечение стратегического подхода к сокращению заболеваемости и смертности, связанных с распространённостью туберкулеза и ВИЧ среди подвергающихся риску потребителей наркотиков и их сообществ, путем поощрения комплексного и ориентированного на пациентов обслуживания.

Целевые группы населения

Целевыми группами являются люди, которые употребляют опиаты, кокаин или стимуляторы амфетаминового ряда таким образом, что это ведет к формированию наркотической зависимости или причиняет вред их здоровью, в первую очередь потребляющие инъекционные наркотики.

Целевая аудитория

В целевую аудиторию входят:

- ▶ лица, определяющие политику и принимающие решения в сфере здравоохранения (в системах здравоохранения и уголовного правосудия) на национальном и субнациональном уровнях;
- ▶ руководители (в системах здравоохранения и уголовного правосудия) программ профилактики туберкулеза и ВИЧ и борьбы с этими заболеваниями на национальном и субнациональном уровнях;
- ▶ руководители программ и наркологических служб, предназначенных для потребителей наркотиков, и общемедицинских служб (в системах здравоохранения и уголовного правосудия);
- ▶ потребители наркотиков и представляющие их организации;
- ▶ эксперты в области пропаганды и просвещения, работающие с потребителями наркотиков или в программах профилактики туберкулеза и ВИЧ и борьбы с этими заболеваниями;
- ▶ учреждения, занимающиеся вопросами развития, доноры, неправительственные организации и общественные организации, работающие с потребителями наркотиков;
- ▶ люди, участвующие во всех формах исследовательской работы, особенно в оперативных исследованиях по проблемам туберкулеза, ВИЧ и туберкулеза/ВИЧ.

ВВЕДЕНИЕ

Группы населения, представляющие интерес

Настоящие руководящие принципы предназначены для специалистов, работающих с потребителями наркотиков, которые используют наиболее проблемные формы потребления и подвергаются наибольшему риску ВИЧ-инфекции и туберкулеза, особенно употребляющие инъекционные наркотики.

Пагубное употребление наркотиков определяется здесь в соответствии с Международной классификацией болезней, 10-й пересмотр (1) (см. полные определения в приложении 1).

В настоящих руководящих принципах особое внимание уделяется людям, которые:

- ▶ употребляют опиоиды или стимулирующие наркотики, такие как кокаин или стимуляторы амфетаминового ряда, приобретение или сбыт которых (в немедицинских целях) является незаконным почти во всех странах;
- ▶ употребляют наркотики способом, наносящим ущерб их физическому или психическому здоровью;
- ▶ употребляют наркотики способом, который ведет к формированию наркотической зависимости и определяется как совокупность поведенческих, когнитивных и физиологических феноменов, развивающихся после многократного употребления психоактивных веществ и, как правило, включающих сильное желание принимать наркотики, трудности с контролем потребления, продолжение употребления, несмотря на пагубные последствия, придание первостепенного значения потреблению наркотиков по сравнению с другими видами деятельности и обязанностями, рост наркотической толерантности и иногда абстинентный синдром.

Термин «потребитель наркотиков» относится к лицам, которые употребляют инъекционные и неинъекционные наркотики, за исключением особо оговоренных случаев.

Для целей настоящих руководящих принципов из основной области их применения была исключена алкогольная, каннабиноидная и никотиновая зависимость, хотя общепризнано, что их употребление нередко сопутствует употреблению опиатов или амфетаминов. Это было сделано потому, что их употребление (например, каннабиса) создает низкий риск формирования зависимости, их редко вводят путем инъекций или они в меньшей степени связаны с рисками инфицирования ВИЧ или туберкулезом. Кроме того, это дает возможность сосредоточить внимание на наиболее уязвимых и изолированных группах населения.

Поведение при употреблении инъекционных наркотиков

Основное внимание здесь уделяется потребителям инъекционных наркотиков, группе населения с самой высокой распространенностью ВИЧ (2). Хотя неопиоидная наркотическая зависимость, например связанная с употреблением кокаина и стимуляторов амфетаминового ряда, несет повышенный риск ВИЧ-инфекции, особенно когда

наркотики употребляются путем инъекций (3), этот риск в наибольшей степени выявлен в случае инъекционных опиоидов. Риск связан не с каким-то конкретным наркотиком, а с опасной практикой совместного использования инъекционного инструментария.

Лица, употребляющие инъекционные или неинъекционные наркотики, нередко относятся к наиболее уязвимой и социально изолированной группе населения в любом обществе, и по этой причине они подвергаются множеству других факторов риска заболевания туберкулезом, таких как нищета, бездомность, скученность и тюремное заключение.

Услуги, предоставляемые потребителям наркотиков

Термин «услуга, предоставляемая потребителям наркотиков» означает любую услугу, которая предназначена прежде всего для оказания добровольной помощи в решении проблемы употребления наркотиков людям, охватываемым ею, государственными или неправительственными организациями и опирается на подход, направленный на уменьшение вреда. Такое обслуживание включает наркологические службы, программы бесплатного обмена игл и шприцев, наркологические центры и информационно-просветительские службы.

Стратегия борьбы против туберкулеза

Обеспечение эффективного и равного доступа к мероприятиям по охране здоровья по-прежнему остается проблемой. ВОЗ рекомендует использовать подходы, основанные на укреплении систем здравоохранения (4) с помощью стратегического планирования и финансирования. Этот подход приобретает все большую значимость в контексте решения проблемы туберкулеза в глобальном масштабе.

С начала 1990-х годов для борьбы против туберкулеза широко используется стратегия ДОТС, включающая пять компонентов: политическая приверженность; выявление случаев туберкулеза с помощью бактериоскопии надлежащего качества; стандартизированное лечение больных туберкулезом, предусматривающее надзор и поддержку; эффективную систему поставок и распределения лекарств; а также систему мониторинга и оценки, а также измерения масштабов воздействия.

В ответ на все усложняющийся характер эпидемии и широкое признание в связи с этим необходимости внедрения межсекторальных подходов стратегия «Остановить туберкулез» 2006 года (5) теперь включает шесть компонентов: обеспечение развития и усовершенствования стратегии ДОТС в целях повышения ее качества; решение проблемы туберкулеза/ВИЧ, туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и других особых проблем; содействие укреплению систем здравоохранения; привлечение всех учреждений и специалистов, обеспечивающих медицинское обслуживание; расширение прав и возможностей всех больных туберкулезом и местных сообществ; а также активизацию и поощрение исследований.

Настоящие руководящие принципы базируются в основном на промежуточной политике ВОЗ в отношении сотрудничества в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ (6), которая рекомендует ряд мероприятий для уменьшения бремени туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ, и бремени ВИЧ среди людей, больных туберкулезом (вставка 1). В то же время эта политика не предусматривает решения конк-

ретных проблем, связанных с предоставлением потребителям наркотиков комплексных услуг по профилактике туберкулеза и ВИЧ, лечению и обеспечению ухода при этих болезнях. Настоящие руководящие принципы имеют целью обратить особое внимание на этот пробел и решить проблему удовлетворения определенных комплексных потребностей лиц, употребляющих наркотики.

Вставка 1. Рекомендуемая совместная деятельность по борьбе с туберкулезом/ВИЧ

- A. Создать механизмы для совместной работы
 - ▶ Создать координационный механизм для принятия мер по борьбе с туберкулезом/ВИЧ, эффективный на всех уровнях
 - ▶ Осуществлять эпидемиологический надзор за распространенностью ВИЧ среди больных туберкулезом
 - ▶ Осуществлять совместное планирование мероприятий по борьбе с туберкулезом/ВИЧ
 - ▶ Проводить мониторинг и оценку
- B. Уменьшить бремя туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ
 - ▶ Активизировать выявление случаев туберкулеза
 - ▶ Внедрять профилактическую терапию с применением изониазида
 - ▶ Обеспечить борьбу с инфицированием туберкулеза в медицинских учреждениях и местах скопления людей
- C. Уменьшить бремя ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом
 - ▶ Обеспечить тестирование и консультирование в отношении ВИЧ
 - ▶ Внедрять методы профилактики ВИЧ
 - ▶ Внедрять профилактическую терапию с применением котримоксазола
 - ▶ Обеспечить помощь и поддержку при ВИЧ
 - ▶ Внедрять антиретровирусную терапию

Источник: взято из: *Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ (6)*.

МЕТОДЫ

В приложении 2 изложены методы и стратегии исследования.

Руководящая группа

В 2005 году ВОЗ создала Руководящую группу, а в 2007 году расширила ее состав, включив в нее представителей всех соответствующих департаментов. В нее также были включены представители партнерских организаций внутри системы Организации Объединенных Наций: ЮНЭЙДС и УПН ООН.

Сфера охвата

В июне 2005 года Руководящая группа ВОЗ подготовила первоначальный вариант документа для обсуждения по проблеме употребления инъекционных наркотиков и туберкулеза/ВИЧ. Этот документ был передан для комментирования небольшой референтной группе, в которую вошли члены рабочей группы по ТБ/ВИЧ партнерства «Остановить туберкулез», сотрудники ВОЗ и эксперты в области потребления наркотиков, по туберкулезу и ВИЧ.

Группа по руководящим принципам

В состав Группы по руководящим принципам входили члены Руководящей группы и внешние эксперты. Руководящая группа отбирала внешних экспертов на основе рекомендаций специалистов по туберкулезу, ВИЧ и в области потребления наркотиков из региональных бюро ВОЗ, УПН ООН и ЮНЭЙДС и коллег из других организаций. При отборе учитывались региональная представленность, гендерный баланс, специализация (предоставление услуг здравоохранения, научные исследования и разработка политики), предмет исследования (немедицинское употребление психоактивных веществ, ВИЧ и туберкулез) и участие представителей потенциальных заинтересованных сторон и гражданского общества.

Руководящие принципы

Группа по руководящим принципам при составлении рекомендаций разработала и использовала руководящие принципы.

Д Справедливость

Потребители наркотиков должны иметь справедливый доступ к полному спектру услуг по профилактике туберкулеза и ВИЧ, лечению и уходу при этих заболеваниях, не подвергаясь угрозе ареста, преследования или жестокого обращения. Эти принципы подкрепляются Международными стандартами по оказанию помощи при туберкулезе (7) и Хартией пациентов об оказании помощи при туберкулезе (8), которые устанавливают право на лечение, исключая возможность стигматизации, ограничения прав или дискриминации со стороны поставщиков медицинских услуг и органов здравоохранения.

Д Доступ

Услуги должны быть социально ориентированными, с тем чтобы повысить их доступность и интегрированность и сократить случаи не являющегося необходимым

направления пациентов в смежные службы. Они могут, например, быть сосредоточены в одном месте (метод «одного окна»). Эти услуги должны предоставляться пользователям бесплатно. Кроме того, концепция предоставления услуг должна сводить к минимуму возможности для социальной стигматизации.

Д Здоровье как общественное благо

Обеспечение доступа к надлежащим услугам по профилактике и лечению туберкулеза и ВИЧ для потребителей наркотиков также влияет на жизнь их семей и местных сообществ. Исходя из соображений общественного здравоохранения, удовлетворение потребностей таких лиц в медицинском обслуживании может предотвратить причинение вреда их близким, например, давая им возможность заботиться о своих семьях, уменьшая риск передачи ВИЧ и туберкулеза и, возможно, снижая риск распространения в общинах туберкулеза с лекарственной устойчивостью.

Д Уменьшение вреда

В настоящем документе используется определение термина «снижение вреда» Международной ассоциации снижения вреда (9): это «стратегии и программы, целью которых в основном является уменьшение неблагоприятных социальных и экономических последствий, а также последствий для здоровья употребления психоактивных веществ для отдельных потребителей наркотиков, их семей и сообществ».

Это – санитарно-эпидемиологический подход, который включает следующие стратегии (такие, как создание поддерживающей среды в виде обеспечения соответствующего законодательства и медицинского обслуживания) и виды практики:

- Д информирование и просвещение, особенно о снижении риска с помощью информационно-пропагандистской деятельности;
- Д программы обмена игл и шприцев;
- Д лечение наркотической зависимости, особенно с помощью опиоидной заместительной терапии;
- Д добровольное конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию;
- Д предоставление помощи и лечения при ВИЧ, включая антиретровирусную терапию;
- Д предупреждение передачи инфекций половым путем, включая лечение инфекций, передаваемых половым путем, и подготовку программ использования презервативов;
- Д первичную медико-санитарную помощь, включая диагностику, лечение и, в соответствующих случаях, вакцинацию от гепатита В и С, лечение перодозировки и уход за ранами.

Поиск, оценка и обобщение данных

Были использованы следующие методы (в приложении 2 приводится полный перечень документально подтвержденных методов):

- ▶ информационный поиск опубликованной литературы (PubMed);
- ▶ повторный информационный поиск в октябре 2007 года опубликованных материалов;
- ▶ поиск в «серой» литературе и на соответствующих веб-сайтах;
- ▶ подготовка экспертного заключения членов Руководящей группы ВОЗ на основе результатов их работы в этой области;
- ▶ получение сведений от региональных и страновых офисов ВОЗ;
- ▶ систематический поиск литературы по одному вопросу (соблюдение режима лечения и потребления наркотиков), который в марте 2008 года был проведен Фредериком Олтисом.

Разработка рекомендаций

Группа по руководящим принципам рассмотрела эти сведения на совещании в ноябре 2007 года, на котором был представлен и обсужден проект рекомендаций. В этих данных был выявлен один пробел, в связи с чем Группа по руководящим принципам предложила провести дополнительный поиск литературы по вопросу о соблюдении режима лечения. После этого Группа по руководящим принципам в электронном сообщении согласовала рекомендацию, касающуюся поддержки в соблюдении режима лечения.

Эти рекомендации не новые, и они базируются на рекомендациях основных действующих руководств ВОЗ, УПН ООН и ЮНЭЙДС по профилактике туберкулеза и ВИЧ, уходу при этих заболеваниях и их лечению. Они были разработаны применительно к данной группе населения с учетом наиболее важных вопросов.

Настоящие руководящие принципы были разработаны в соответствии с минимальными стандартами ВОЗ для разработки руководящих принципов, которые действовали в 2007 году.

Всем членам Группы по руководящим принципам предложили заявить о любых существующих конфликтах интересов.

Оценка работы коллегами

Проект руководящих принципов был доработан с учетом рекомендаций Группы по руководящим принципам и согласован с ее членами. Затем он был передан на рассмотрение референтной группы, состав которой к этому моменту был расширен благодаря включению в нее представителей заинтересованных и компетентных организаций.

Консультации с заинтересованными сторонами

Окончательный проект руководящих принципов был разослан по электронной почте более чем 500 отдельным лицам и организациям, значительную долю которых составляли организации гражданского общества.

Структура руководящих принципов

Каждый раздел руководящих принципов структурирован следующим образом:

- ▶ сведения общего характера: разъясняется, почему важна данная область;
- ▶ ключевые проблемы: основные проблемы, решение которых должно содержаться в рекомендациях;
- ▶ выводы: резюме данных, изученных при составлении рекомендаций;
- ▶ рекомендация (рекомендации): рекомендация (рекомендации), работа над которой (которыми) была завершена при консультации с Группой по руководящим принципам после обсуждения данных и принятия решения на основе оценки стоимости, затрат и приоритетов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Употребление наркотиков

По заявлению УПН ООН, основными проблемными наркотиками на глобальном уровне остаются опиаты (главным образом, героин), а также кокаин (10).

Употребление инъекционных наркотиков

По оценкам, в мире насчитывается более 13 млн потребителей инъекционных наркотиков, большинство (около 80 процентов) которых живут в странах с низкими и средними доходами (Восточная Европа и Центральная Азия – 3,1 млн человек; Южная и Юго-Восточная Азия – 3,3 млн; Восточная Азия и Тихоокеанский регион – 2,3 млн человек) (11). Из них 10 млн потребителей инъекционных наркотиков испытывают зависимость от опиатов, главным образом героина, которые сконцентрированы в Европе, Северной Америке, Центральной и Южной Азии и Австралии. Потребители инъекционных наркотиков в Южной Америке и Восточной и Юго-Восточной Азии вводят путем инъекций преимущественно кокаин и стимуляторы амфетаминового ряда.

Эпидемия ВИЧ среди потребителей наркотиков

В докладе ЮНЭЙДС/ВОЗ «Развитие эпидемии СПИДа, 2007 год» (2) говорится следующее.

Изучение глобальных и региональных тенденций позволяет предположить, что пандемия [ВИЧ] сегодня развивается по двум основным моделям:

- ▶ эпидемии общего характера продолжают в общем массиве населения во многих странах Африки к югу от Сахары, особенно в южной части континента;
- ▶ эпидемии в остальных регионах мира в основном сконцентрированы в группах наиболее высокого риска, таких как мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие платные сексуальные услуги, и их сексуальные партнеры.

В нескольких регионах основным путем передачи ВИЧ является употребление инъекционных наркотиков, которое становится новой проблемой в Африке. По оценкам, возможно, до 10 процентов всех новых случаев ВИЧ-инфекции связаны с употреблением инъекционных наркотиков, и приблизительно 2,5 млн потребителей инъекционных наркотиков в прошлом и в настоящее время живут с ВИЧ (12, 13).

В Восточной Европе и Центральной Азии на долю потребления инъекционных наркотиков приходится от 60 до 80 процентов всех случаев передачи ВИЧ (14, 15).

Во многих странах Восточной Азии и Тихоокеанского региона потребители инъекционных наркотиков составляют значительную долю населения, живущего с ВИЧ, – от 38 до 77 процентов (11, 16).

Таким образом, употребление инъекционных наркотиков – это основной путь передачи ВИЧ в нескольких регионах и новая проблема в Африке (12). По оценкам ВОЗ, 15 процентов людей с туберкулезом/ВИЧ живут за пределами региона Африки к югу от Сахары (17). Во многих случаях это связано с употреблением инъекционных наркотиков.

По оценкам, среди 33,2 млн [30,6–36,1 млн] (2) человек, живущих с ВИЧ, туберкулез является одним из самых распространенных заболеваний, обусловленных СПИДом, и основной причиной смерти.

Туберкулез у потребителей наркотиков

Оценочное число новых случаев туберкулеза среди населения в целом в разных странах различно (рис. 1).

Рис. 1. Оценочное число новых случаев туберкулеза среди населения в целом, 2006 год



Приводимые границы, а также названия и обозначения, используемые на этой карте, ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, их правительства или делимитации их границ. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще нет полного согласия.

© ВОЗ 2006 год. Все права защищены.



Источник: *Глобальная борьба с туберкулезом: эпидемиологический надзор, планирование, финансирование. Доклад ВОЗ за 2008 год* (17).

Употребление наркотиков связано с ростом показателей заболеваемости туберкулезом и инфицирования туберкулезом. Инфицированием называется подтвержденное присутствие бацилл туберкулеза в организме, однако подавляющее большинство инфицированных людей не заболевают им. Туберкулез может годами находиться в дремлющем состоянии, хотя риск развития болезни наиболее высок в течение первого года после инфицирования. ВИЧ-инфекция резко увеличивает риск прогрессирования заболевания туберкулезом. Риск развития туберкулеза у людей, инфицированных туберкулезом, но без ВИЧ-инфекции, составляет 5-10 процентов в течение жизни, тогда как у людей с ВИЧ-инфекцией – 5–10 процентов в течение года (18).

До появления ВИЧ уровни заболеваемости среди потребителей наркотиков в Нью-Йорке в начале 1970-х годов уже были более чем в 10 раз выше, чем среди населения в целом (19). Уровни инфицирования туберкулезом среди потребителей инъекционных наркотиков выше, чем среди населения в целом (20). Одно из исследований показывает, что риск инфицирования туберкулезом среди потребителей кокаина «крэк» соответствует риску, которому подвергаются потребители инъекционных наркотиков (21). Согласно результатам двухлетнего перспективного исследования, ВИЧ-положительные и ВИЧ-отрицательные потребители инъекционных наркотиков имели аналогичные уровни инфицирования туберкулезом, и даже среди ВИЧ-отрицательных потребителей наркотиков отмечались значительно более высокие показатели развития туберкулеза, чем среди населения в целом (18).

Рост уровней заболеваемости туберкулезом среди потребителей наркотиков, вероятно, связан с другими факторами риска заболевания туберкулезом, такими как содержание под стражей, бездомность и нищета. Например, показатели заболевания туберкулезом в тюрьмах могут более чем в 30 раз превышать показатели за пределами тюрем, а уровни распространенности туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью могут быть выше до 10 раз (22).

Туберкулез является основной причиной смертности среди потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ. Коэффициенты смертности по любой причине и в связи с туберкулезом в несколько раз выше среди потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, чем среди других людей, живущих с ВИЧ (23, 24).

Было установлено, что внелегочный туберкулез чаще встречается среди потребителей наркотиков, чем среди населения в целом, в Латвии, Малайзии, Соединенных Штатах Америки и Таиланде (25–28).

Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью представляет угрозу для борьбы с туберкулезом, о чем свидетельствует рост его распространенности в некоторых странах. Самые высокие уровни его распространенности отмечаются в странах Содружества Независимых Государств и Юго-Восточной Азии. Например, в Китае и Индии, двух странах с самым большим числом случаев заболевания туберкулезом, доля случаев туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью, по оценкам, составляет 8 процентов и 5 процентов, соответственно, и они, скорее всего, не поддадутся лечению, которое больные получают в настоящее время. В Восточной Европе 1 из 5 случаев туберкулеза – это туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью (29).

В этих же районах основной причиной многих эпидемий ВИЧ является употребление наркотиков. Отсутствие данных эпиднадзора, необходимых для понимания эпидемиологии, объясняется прежде всего отсутствием высококачественного оборудования для тестирования на лекарственную устойчивость к противотуберкулезным препаратам второго ряда. Вместе с тем появляются свидетельства того, что люди, живущие с ВИЧ, подвергаются большему риску туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью. Например, имеющиеся данные по Латвии и Донецкой области (Украина) указывают на значимую связь между ВИЧ и туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью (29).

Особую обеспокоенность вызывает взаимосвязь между туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью и ВИЧ у потребителей наркотиков (рис. 2).

Рис. 2. Взаимосвязь между туберкулезом, ВИЧ и употреблением инъекционных наркотиков



Употребление наркотиков обуславливает более низкие показатели полноценного завершения противотуберкулезной терапии (чем вызван основной риск развития лекарственной устойчивости), и потребители наркотиков в большей степени подвержены туберкулезу со множественной лекарственной устойчивостью в местах заключения, где нередко регистрируются более высокие уровни распространенности туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью (29).

Гендерная принадлежность и потребление наркотиков

Хотя женщин среди потребителей наркотиков меньше, чем мужчин, женщины, как правило, в большей степени страдают от последствий для здоровья и социальных последствий. Связь с работой в индустрии секса подвергает женщин более высокому риску ВИЧ-инфекции и, следовательно, туберкулезу, обусловленному ВИЧ. Они подвергаются большому риску маргинализации и насилия. Женщины также имеют особые потребности, связанные с беременностью и воспитанием детей, включая контрацепцию и охрану здоровья матери и ребенка.

Тюрьмы

В мире примерно от 8 до 10 млн человек находятся в тюрьмах. В связи с тем что многие заключаются под стражу на короткие периоды времени, фактическое число лиц, проходящих через тюрьмы каждый год, вероятно, в 4–6 раз больше этого показателя. Нередко заключенные содержатся в переполненных тюрьмах и камерах с плохой вентиляцией и неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями. Еда может быть невкусной и иметь низкую питательную ценность. Медицинская помощь может быть неадекватной или отсутствовать. Возможно беспрепятственное проявление противозаконного поведения в форме употребления алкоголя, наркотиков или сексуальной активности (с согласия или без согласия). Подобные условия как нельзя более подходят для вспышки эпидемических заболеваний, включая туберкулез и ВИЧ.

Во многих странах потребители наркотиков подвергаются высокому риску заключения под стражу. Исследования показывают, что доля заключенных, которые до взятия под стражу употребляли инъекционные наркотики, колеблется от 11 до 64 процентов (30). Практика введения наркотиков путем инъекций встречается и в тюрьмах. Поскольку это делается скрытно, велика вероятность небезопасного совместного применения инструментария (30). Данные, полученные из Индии, Индонезии и Таиланда, позволяют предположить, что от одной десятой до двух третей за-

ключенных в этих странах Юго-Восточной Азии могут содержаться под стражей по обвинениям, связанным с наркотиками (31).

ВИЧ-инфекция представляет собой серьезную проблему в тюремных системах. Документально подтверждено, что уровни ее распространенности могут достигать 50 процентов. Там, где проводились соответствующие исследования, показатели распространенности инфекции во много раз выше, чем в сообществе вне тюрем. Во многих тюремных системах это объясняется главным образом распространенностью ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, многие из которых попадают в тюрьмы, и некоторые из них продолжают введение наркотиков, находясь в заключении. В этих странах высокие уровни распространенности ВИЧ-инфекции (а также гепатита С и гепатита В) в основном связаны с совместным использованием инструментария для инъекций вне тюрьмы и в тюрьме. Высокий показатель распространенности ВИЧ-инфекции в тюрьмах также может объясняться высокими показателями среди населения в целом, как это происходит прежде всего в Африке.

Среди заключенных регистрируются гораздо более высокие уровни заболевания активным туберкулезом – практически в 100 раз выше, чем среди гражданского населения. Некоторые программы, осуществляемые в тюрьмах, выявили высокие уровни распространенности туберкулеза с лекарственной устойчивостью. Эти показатели составляют до трети от всех выявленных случаев (32). По данным исследования, проведенного в Самарской области Российской Федерации, уровень распространенности туберкулеза с лекарственной устойчивостью в тюрьмах составляет 37 процентов, что в два раза выше распространенности среди гражданского населения (33). Ситуация с высокими уровнями распространенности туберкулеза усугубляется запоздалым диагнозом и лечением инфекционных заболеваний, ВИЧ-инфекцией и внутривенным введением наркотиков, скученностью, плохой вентиляцией, постоянными переводами из одних тюрем в другие, низким качеством питания и стрессом.

О предоставлении санитарно-медицинской помощи в тюрьмах нередко забывают или уделяют этой проблеме недостаточное внимание. Проблемы туберкулеза, ВИЧ и неудовлетворительного состояния здоровья заключенных не удастся ограничить пределами тюрем. Общество должно решать задачу медицинского обслуживания заключенных в собственных интересах и в целях осуществления основных прав человека, добиваясь координации деятельности систем здравоохранения, обеспечения непрерывной и равноценной медицинской помощи.

СОВМЕСТНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

Сведения общего характера

Многие страны имеют отдельные стратегические планы и механизмы осуществления для решения проблемы употребления психоактивных веществ в немедицинских целях, а также профилактики, диагностики и лечения туберкулеза и ВИЧ. Несмотря на ряд прекрасных примеров совместного планирования, предоставление услуг в каждой из этих областей может осуществляться совершенно обособленно, без понимания в полной мере всех запросов потребителя наркотиков, который может нуждаться в одновременном получении всех этих услуг. В частности, услуги по лечению от наркомании редко планируются вместе с услугами по снижению вреда.

Ключевые проблемы

Предоставление услуг имеет больше шансов быть успешным в тех случаях, когда люди имеют доступ к необходимым им мероприятиям, осуществляемым в нужный момент надлежащей службой. В случае потребителя наркотиков это может означать лечение от наркомании, обслуживание в связи с туберкулезом и ВИЧ наряду с одновременным решением проблем тюремного заключения или отсутствия жилья и нищеты. В связи с этим услуги должны планироваться так, чтобы они удовлетворяли потребности в комплексе, в том числе с помощью активного охвата потребителей наркотиков и разработки услуг, которые уменьшат проявления стигматизации и будут стимулировать обращение к этим услугам.

Основными препятствиями для предоставления услуг потребителям наркотиков нередко являются стигматизация незаконного употребления наркотиков и низкий уровень политической ответственности. Следствием этого могут стать отсутствие надлежащей национальной политики и создание условий для преследования и жестокого обращения.

Краткие выводы

При подготовке документа ВОЗ «Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ» (6) были собраны данные оперативных исследований и экспертные заключения, свидетельствующие о том, что существование органов, координирующих деятельность по борьбе с туберкулезом/ВИЧ и действующих на всех уровнях, реально возможно и обеспечивает ответственность и причастность.

Осуществление оперативных и эффективных мер реагирования на эпидемии туберкулеза и ВИЧ среди потребителей наркотиков зависит от информированности персонала службы, в которую первоначально обращается потребитель наркотиков. Нередко это самые разные учреждения, такие как служба экстренной медицинской помощи или первичной медико-санитарной помощи, либо учреждение системы уголовного правосудия. Таким образом, специализированные службы по туберкулезу и ВИЧ зависят от других служб в том, что касается выявления и направления к ним нужных людей в нужное время.

Высококачественная деятельность по мониторингу и оценке способствует сбору информации, необходимой для действий, и важна для повышения результативности. ВОЗ подготовила «Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с туберкулезом/ВИЧ» (34) для оказания помощи в оценке совместной деятельности по борьбе с туберкулезом/ВИЧ в различных условиях. Некоторые из предлагаемых показателей, особенно для оценки деятельности по профилактике ВИЧ и консультированию и тестированию на ВИЧ, соответствуют показателям, которые используются программами по снижению вреда.

Рекомендация 1

На местном и национальном уровнях необходима межсекторальная координация планирования, осуществления и мониторинга деятельности по борьбе с туберкулезом и ВИЧ в интересах потребителей наркотиков. По возможности это должно делаться с помощью существующих механизмов.

Существующие механизмы координации деятельности служб по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и по лечению от наркомании должны обеспечивать решение проблем туберкулеза и ВИЧ специально в интересах потребителей наркотиков, предусматривая участие представителей других групп, и гарантировать широкий состав заинтересованных сторон. Межсекторальный координационный орган должен охватывать такие секторы, как здравоохранение, уголовное правосудие и гражданское общество, и может включать:

- ▶ представителей программы борьбы против туберкулеза;
- ▶ представителей национальной программы борьбы против ВИЧ;
- ▶ представителей служб, предназначенных для потребителей наркотиков, и служб по снижению вреда;
- ▶ представителей системы уголовного правосудия;
- ▶ представителей службы социальной помощи и психологической службы;
- ▶ представителей медицинских служб, таких как неотложная помощь и первичная медико-санитарная помощь;
- ▶ представителей групп потребителей наркотиков.

Межсекторальный координационный орган должен возглавить работу по пропаганде и просвещению.

Цели должны включать (35):

- ▶ создание благоприятных условий для внедрения наркологических служб в качестве основного канала предоставления интегрированных услуг по профилактике туберкулеза и ВИЧ, уходу при этих заболеваниях и их лечению для потребителей наркотиков;
- ▶ поддержку изменения местного законодательства об употреблении наркотиков, если национальные законы нарушают права человека, противоречат доказавшей свою эффективность практике и принципам снижения вреда;
- ▶ поддержку изменения правил или практики медицинского обслуживания, которые нарушают права человека, противоречат доказавшей свою эффективность практике и принципам снижения вреда;
- ▶ снижение стигматизации потребителей наркотиков на уровне принятия решений и определения политики, учреждений здравоохранения, сотрудников правоохранительных органов и населения в целом;
- ▶ расширение прав и возможностей потребителей наркотиков путем предоставления им информации о ВИЧ, туберкулезе, снижении вреда и наркотической зависимости;
- ▶ поддержку снятия прямого или косвенного запрета на лечение потребителей наркотиков, в том числе от ВИЧ, туберкулеза и наркотической зависимости;
- ▶ внедрение подхода, который признает и обеспечивает удовлетворение специальных потребностей населения, включая женщин и детей, мигрантов и молодых людей;
- ▶ обеспечение равного доступа к медицинской помощи, особенно к услугам по борьбе с туберкулезом и ВИЧ, для потребителей наркотиков, содержащихся в тюрьмах.

Рекомендация 2

Национальные стратегические планы борьбы против туберкулеза, ВИЧ и употребления психоактивных веществ в немедицинских целях должны четко определять роли и обязанности всех медицинских учреждений и специалистов, предоставляющих услуги потребителям наркотиков, и должны обеспечивать мониторинг и оценку работы в области борьбы с туберкулезом и ВИЧ, осуществляемому для оказания помощи потребителям наркотиков, включая результаты лечения.

Это предполагает или составление совместного плана по борьбе с туберкулезом/ВИЧ, предназначенного для потребителей наркотиков, или включение работы в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ в соответствующие национальные планы в отношении туберкулеза, ВИЧ, употребления психоактивных веществ в немедицинских целях, предоставления медико-санитарной помощи в тюрьмах и совершенствования законодательной базы.

Должны быть четко определены роли и обязанности каждой программы в осуществлении конкретной деятельности в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ на национальном и зональном уровнях.

План должен отражать:

- ▶ совместные потребности в оценке бремени заболеваний туберкулезом и ВИЧ у потребителей наркотиков;
- ▶ совместную мобилизацию ресурсов, необходимых для осуществления или расширения совместной работы в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ как части всех услуг, предназначенных для потребителей наркотиков;
- ▶ совместные планы развития людских ресурсов и планы профессиональной подготовки для обеспечения согласованных действий между всеми учреждениями и специалистами, предоставляющими услуги;
- ▶ совместную оценку национальных нормативно-правовых барьеров, с тем чтобы реформы в этой области могли обеспечить предоставление медицинской помощи в максимальном объеме;
- ▶ совместный надзор и/или включение специалистов по проблемам потребления наркотиков в группы по наблюдению в районах, наиболее затронутых этой проблемой;
- ▶ совместную ответственность за обеспечение равноправного доступа к универсальным услугам по профилактике, лечению и уходу для заключенных в тюрьмах или в других местах заключения.

Координационный орган должен:

- ▶ принимать меры для как можно более точного определения численности групп потребителей наркотиков, людей с туберкулезом и людей, живущих с ВИЧ, в целях обеспечения надлежащего мониторинга;

- ▶ осуществлять эпидемиологический надзор в соответствии с численностью группы лиц с туберкулезом, с тем чтобы охватить потребителей наркотиков, если они присутствуют в группе населения с туберкулезом;
- ▶ обеспечивать, чтобы мониторинг деятельности в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ был, насколько возможно, интегрирован в действующие системы, проводился на основе использования существующих показателей, с тем чтобы можно было оценивать данные о результатах лечения групп потребителей наркотиков и сопоставлять их с результатами лечения населения в целом, для чего могут потребоваться более детальный анализ и специальные исследования;
- ▶ устанавливать контакты с репрезентативными группами потребителей наркотиков и/или группами поддержки для ознакомления с их опытом обращения за помощью и получения лечения, а также чтобы узнать, с какими препятствиями они сталкиваются, в целях повышения эффективности мониторинга и оценки;
- ▶ участвовать в важной работе местных сообществ по планированию интегрированных услуг и сбору точных данных эпидемиологического надзора.

Рекомендация 3

Планирование людских ресурсов должно обеспечивать необходимую численность персонала и нацеленность программ обучения и профессиональной подготовки на создание постоянных и эффективных бригад медицинской помощи, с тем чтобы весь персонал, который контактирует с потребителями наркотиков, имел надлежащий уровень компетентности в решении проблем, касающихся туберкулеза/ВИЧ и потребителей наркотиков.

Для предоставления потребителям наркотиков комплексных услуг в отношении туберкулеза/ВИЧ требуются достаточное число медицинских работников и надлежащая профессиональная подготовка.

Профессиональную подготовку должен проходить персонал, занятый в службах по борьбе с туберкулезом и ВИЧ и в службах, предоставляющих услуги потребителям наркотиков, и специалисты низкопороговых пунктов добровольного консультирования или других служб здравоохранения, часто контактирующих с потребителями наркотиков. Персонал должен иметь базовые знания о ВИЧ и туберкулезе, а сотрудники служб по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и лечебно-профилактической работе должны быть осведомлены о проблемах со здоровьем, связанных с употреблением наркотиков.

Такая подготовка должна включать:

- ▶ осведомленность о возможности того, что персонал и пользователи услуг могут быть потребителями наркотиков;
- ▶ недискриминационные методы выявления потребителей наркотиков, типа употребляемого наркотика и способа применения;
- ▶ методы нейтрального, недискриминационного общения с потребителями наркотиков;
- ▶ обеспечение надлежащего направления пациентов для предоставления им комплекса мероприятий по профилактике туберкулеза и ВИЧ, лечению этих заболеваний и уходу при них;
- ▶ обеспечение тестирования на инфицирование гепатитом В и гепатитом С с последующим направлением к специалистам в случае положительных результатов и проведением вакцинации от гепатита В в случае отрицательных результатов;
- ▶ обеспечение понимания стратегий и принципов снижения вреда;
- ▶ просвещение по вопросам лечения туберкулеза, ВИЧ и наркотической зависимости и понимание того, как улучшить соблюдение режима лечения с помощью всех применяемых лекарственных препаратов.

Рекомендация 4

Все стороны, заинтересованные в сотрудничестве служб по борьбе с туберкулезом/ВИЧ для оказания помощи потребителям наркотиков, должны поддерживать и поощрять оперативные исследования в области туберкулеза/ВИЧ в целях создания базы данных, призванной обеспечить эффективное и результативное осуществление совместной работы по борьбе с туберкулезом/ВИЧ.

Группа по руководящим принципам подготовила краткий обзор областей, исследования в которых укрепят базу данных, необходимую для разработки таких руководящих принципов в будущем (приложение 3).

КЛЮЧЕВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Предотвращение передачи туберкулеза с помощью мер борьбы с инфекцией

Общие сведения

Туберкулез – инфекционное заболевание, которое передается воздушно-капельным путем от человека к человеку. Меры инфекционного контроля для снижения риска передачи недостаточно эффективно используются и игнорируются.

Основные проблемы

Потребители наркотиков подвергаются особому риску передачи возбудителей инфекции по месту жительства из-за плохих жилищных условий и в местах скопления людей, которыми нередко бывают учреждения наркологической службы и системы уголовного правосудия. В тюрьмах и других немедицинских учреждениях, как правило, мало известно об основных мерах борьбы с инфекциями туберкулеза и ВИЧ, простых в применении и сравнительно дешевых.

Краткие выводы

Источником туберкулезной инфекции являются люди с туберкулезом легких (легочный туберкулез) или гортани, которые распространяют возбудителей болезни при кашле, чихании, разговоре или пении. Риск передачи зависит от длительности воздействия, и обычно принято считать, что наибольшему риску передачи подвергаются люди, которые вместе находятся в замкнутом пространстве в течение продолжительных или многократно повторяющихся периодов времени. Людям, являющимся источником инфекции, не был поставлен диагноз, и потому они не прошли лечение или не получили адекватного лечения, чтобы перестать быть источником инфекции. Заболевание развивается, как правило, в течение примерно двух недель и подтверждается двумя отрицательными результатами двухкратного бактериоскопического исследования мокроты (36). Каждый человек с легочным туберкулезом, который не прошел лечения, в среднем в год заражает от 10 до 15 человек (37).

Инфекция означает присутствие в организме бактерий туберкулеза, но подавляющее большинство инфицирован-

ных людей не заболевают. Туберкулез может в течение многих лет оставаться неактивным, хотя риск развития болезни наиболее значителен в первый год. Это называется латентной туберкулезной инфекцией. Вместе с тем ослабление иммунной системы, обычно вызываемое ВИЧ-инфекцией, может привести к активации туберкулезной инфекции и развитию болезни (36). Люди, живущие с ВИЧ, подвергаются более высокому риску развития заболевания туберкулезом, но они не представляют собой более значительный источник инфекции, чем другие люди с туберкулезом. Нередко это происходит прежде, чем они узнают, что ВИЧ-инфицированы. Наряду с этим высокому риску также подвергаются медицинские работники и другой персонал, особенно лица, живущие с ВИЧ.

Микобактерии туберкулеза погибают под действием прямых солнечных лучей в течение пяти минут, однако в темноте они сохраняют жизнеспособность гораздо дольше и могут оставаться в воздухе во взвешенном состоянии в течение длительного времени (36).

В настоящее время ВОЗ разрабатывает руководство по мерам борьбы с туберкулезной инфекцией. Имеются конкретные рекомендации для условий, характеризующихся высокими показателями распространенности ВИЧ, при дефиците необходимых ресурсов в системе здравоохранения (38).

К простым мерам профилактики относятся:

- соблюдение правил гигиены при откашливании: прикрывать рот и нос куском ткани или бумажным носовым платком при кашле или чихании;
- естественная вентиляция: открывать окна и проветривать клиники;
- раздельное содержание людей с подозрением на туберкулез, когда велика вероятность того, что они являются источником инфекции, и других людей, особенно наиболее уязвимых, таких как дети и люди, живущие с ВИЧ;
- своевременная диагностика и начало лечения туберкулеза для сокращения периода времени, в течение которого больной является источником инфекции для других.

Рекомендация 5

Во всех многолюдных местах в секторах здравоохранения, наркологического обслуживания и уголовного правосудия должен действовать план борьбы с инфекцией туберкулеза, поддерживаемый всеми заинтересованными сторонами, который включал бы административные и природоохранные меры, а также меры личной защиты в целях сокращения масштабов туберкулеза.

Стратегия борьбы с туберкулезной инфекцией должна основываться на следующем:

- Меры административного контроля
Они включают реализацию планов борьбы с инфекцией, обеспечивающих меры защиты персонала и потенциальных контактных лиц людей с возможным или подтвержденным туберкулезом.
- Меры экологического контроля
Сюда входят такие меры, как вентиляция, воздухоочистители и облучение ультрафиолетовой бактерицидной лампой.

- ▶ Средства индивидуальной защиты, такие как использование хирургических масок для пациентов и респираторов для медицинских работников в целях защиты органов дыхания.

В частности, весь персонал должен знать симптомы туберкулеза и при наличии подтвержденного бактериовыделения или подозрения на туберкулез обеспечить изоляцию таких больных до прохождения ими надлежащего курса химиотерапии и подтверждения прекращения бактериовыделения.

Это относится ко всем местам скопления людей, включая страны с высокой и низкой распространенностью туберкулеза.

В приложении 4 приводятся основные меры борьбы с туберкулезной инфекцией, рекомендованные рабочей группой по туберкулезу/ВИЧ партнерства «Остановить туберкулез».

Интенсивное выявление случаев туберкулеза и тестирование на ВИЧ

Общие сведения

В связи с тем что при получении доступа к услугам здравоохранения потребители наркотиков сталкиваются с многочисленными препятствиями, значительно возрастает вероятность того, что ВИЧ и туберкулез диагностируются у них на поздней стадии.

Основные проблемы

Раннее выявление случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции может снизить вероятность передачи и улучшить результаты мероприятий по охране здоровья. В связи с тем что многие потребители наркотиков впервые обращаются в низкопороговые пункты добровольного консультирования или немедицинские учреждения, в них представляются возможности для выявления случаев ВИЧ и туберкулеза наряду с дополнительными возможностями для тестирования партнеров и отслеживания контактов.

Краткие выводы

Выявление случаев туберкулеза

Наиболее важными симптомами, заставляющими подозревать легочный туберкулез, являются кашель продолжительностью более двух-трех недель, выделение мокроты и снижение массы тела. Более значительное снижение массы тела, диарея и кожные заболевания чаще встречаются среди людей, живущих с ВИЧ, чем среди ВИЧ-отрицательных лиц (36).

Интенсивное выявление случаев туберкулеза и их лечение среди людей, живущих с ВИЧ, сокращают смертность, препятствуют передаче болезни от инфицированных лиц (в домохозяйстве, больнице или клинике) и предоставляют возможность для профилактического лечения туберкулеза у ВИЧ-позитивных больных (35).

Как минимум, подготовленными консультантами или другими непрофессиональными работниками здравоохранения может быть применен краткий вопросник по симптомам туберкулеза для проведения обследования в целях выявления активных форм туберкулеза. На примере программы обмена шприцев в Соединенных Штатах Америки была

доказана практическая осуществимость такого обследования в целях выявления туберкулеза (39, 40). Однако еще не установлено, как часто должны проводиться обследования и какие методы наиболее экономически эффективны.

Для людей, живущих с ВИЧ, вероятность отрицательного результата бактериоскопии мокроты в случае туберкулеза легких выше на 24–61 процент, а в случае внелегочного туберкулеза – на 4–40 процентов, поэтому должны использоваться альтернативные методы диагностики (41). Использование других методов диагностики зависит от применяемых на местах рекомендаций и политики, и к ним относятся рентгенография грудной клетки и клиническое обследование (36, 42). Наибольшему риску туберкулеза подвергаются люди, которые находятся в тесном контакте с заразными больными. Тесный контакт определяется как совместное нахождение в замкнутом пространстве в течение продолжительных или многократно повторяющихся периодов времени.

Диагностика туберкулеза

Когда у человека подозревают туберкулез, то первым и самым экономичным методом тестирования является бактериоскопическое исследование мазков мокроты (36) (и исследование культур микобактерий при наличии таковых). Для обеспечения максимально возможного выявления случаев туберкулеза необходимы сбор и доставка минимум двух образцов мокроты в двух отдельных случаях, что можно сделать в большинстве медицинских учреждений с соблюдением простых мер инфекционного контроля.

Тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ

Право знать свой ВИЧ-статус имеет основополагающее значение для получения доступа к жизненно важным услугам по профилактике, уходу и лечению. Сегодня тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ осуществляются во многих немедицинских учреждениях. ВОЗ, ЮНЭЙДС и УПН ООН разрабатывают специальное руководство по тестированию на ВИЧ и консультированию в отношении ВИЧ, предназначенное для потребителей наркотиков и заключенных. Вместе с тем имеются международное руководство по добровольному тестированию и консультированию (43, 44) и руководство по тестированию в медицинских учреждениях, проводимому по инициативе специалистов (45). Ни одно из них не предназначается конкретно для потребителей наркотиков.

Рекомендация 6

Все службы, имеющие дело с потребителями наркотиков, должны иметь протокол выявления случаев туберкулеза и ВИЧ, с тем чтобы персонал знал симптомы туберкулеза и ВИЧ и мог обеспечить потребителям наркотиков доступ к надлежащему тестированию на туберкулез и ВИЧ и консультированию в отношении туберкулеза и ВИЧ, желательно в учреждении, куда они первоначально обращаются.

Потребность в повышении осведомленности должна удовлетворяться с помощью надлежащей профессиональной подготовки и повышения квалификации персонала. Ключевым аспектом является обеспечение пакета медицинских услуг, наличие и доступность которых должны быть достаточным основанием, для того чтобы пройти тестирование.

При предоставлении услуг должны использоваться местные методы выявления людей с подозрением на туберкулез, которые могут быть адаптированы к условиям учреждений, куда потребители наркотиков обращаются за помощью, таких как низкопороговые пункты или службы лечения от наркомании, которые не входят в сектор здравоохранения. Как минимум, они должны предусматривать ряд простых вопросов о симптомах и признаках туберкулеза.

Отбор образцов мокроты для тестирования на туберкулез и крови для тестирования на ВИЧ можно без опасения проводить во многих немедицинских учреждениях, если персонал обучен методам консультирования и проведения этих процедур. Он должен иметь доступ к надежным лабораториям и надлежащей специализированной службе по туберкулезу или ВИЧ, куда при необходимости он может направлять людей. Персонал всех этих служб должен принять меры к тому, чтобы все члены семьи, которые тесно контактируют с лицом, больным открытой формой туберкулеза, прошли обследование на туберкулез.

В частности, персонал всех этих служб должен знать, что распространенность ВИЧ среди потребителей наркотиков, как правило, бывает высокой, и должен предложить пройти добровольное тестирование на ВИЧ любому потребителю наркотиков, особенно если известно, что он употреблял или употребляет инъекционные наркотики.

Страны должны расширять доступ к тестированию на ВИЧ и консультированию в отношении ВИЧ, одновременно обеспечивая следующее:

- ▶ люди, употребляющие наркотики, способны дать осознанное и действительно добровольное согласие на проведение теста на ВИЧ;
- ▶ люди получают необходимую информацию до тестирования и консультацию после тестирования;
- ▶ гарантируется конфиденциальность результатов теста и самого факта обращения по поводу тестирования.

Лечение

Общие сведения

Туберкулез излечим при наличии необходимых противомикробных препаратов и при правильном их применении. С недрением методики высокоактивной антиретровирусной терапии происходит процесс превращения ВИЧ-инфекции из прогрессирующей и обычно смертельной болезни в хроническое, поддающееся лечению инфекционное заболевание.

Основные проблемы

Зачастую нежелание начать лечение потребителей наркотиков с помощью фармацевтических препаратов вызвано беспокойством в отношении соблюдения схемы их приема, а также опасениями, касающимися взаимодействия лекарственных препаратов и отрицательного их действия, особенно в случае вирусного гепатита. Беспокойство вызывают низкие показатели завершения курса терапии, так как это является фактором риска развития лекарственной устойчивости.

Краткие выводы

Незаконное употребление наркотиков может скрывать или изменять важные характеристики побочного эффекта лечения ВИЧ и туберкулеза. Однако потребление незаконных наркотиков не влияет на выбор методики лечения туберкулеза или ВИЧ-инфекции.

Потребителям наркотиков должно уделяться первоочередное внимание при осуществлении мероприятий по профилактике, уходу и лечению, поскольку каждый из них в отдельности подвергается более высокому риску, и с позиций общественного здравоохранения такой подход потенциально может обеспечить наибольшую отдачу.

Лечение туберкулеза

Первоочередной задачей в отношении людей, живущих с ВИЧ и подвергающихся риску туберкулеза, являются спасение их жизни и предотвращение болезни с помощью профилактики и лечения туберкулеза. Вторая по важности задача – остановить передачу туберкулеза. Стандартизированная схема противотуберкулезной терапии состоит из начальной фазы – двух месяцев лечения с помощью четырех различных противомикробных препаратов, принимаемых ежедневно под наблюдением врача, и фазы

продолжения лечения в течение 4–6 месяцев с помощью минимум двух противомикробных препаратов под контролем за ходом лечения с максимально возможной частотой (ДОТС) (36). Выбор антибиотика осуществляется в соответствии с рекомендациями страновой программы по борьбе с ТБ и на основе международных рекомендаций, но может потребоваться его корректировка с учетом сопутствующих заболеваний конкретного больного. Лечение людей, живущих с ВИЧ, и ВИЧ-отрицательных лиц осуществляется по одинаковой схеме (за исключением случаев, когда необходимо применять рифампицин и избегать перерывов в приеме лекарств).

Гораздо труднее лечить ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, для чего необходимы инъекционные лекарственные препараты. Лечение должно осуществляться по схеме в соответствии с методическими указаниями ВОЗ (46) и может продолжаться до двух лет.

Лечение ВИЧ

ВОЗ рекомендует стандартизированный подход системы здравоохранения к схемам антиретровирусной терапии для борьбы с ВИЧ-инфекцией (47, 48). При оказании услуг по лечению ВИЧ необходимо выбрать одну схему лечения первого ряда и ограниченное число схем лечения второго ряда. Сочетание противотуберкулезной терапии и антиретровирусной терапии может привести к проблемам, связанным с взаимодействием лекарственных препаратов (особенно это касается взаимодействия рифампицина с ингибиторами протеазы и нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы или изониазида с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы). Существует также опасность, что при одновременном назначении противотуберкулезной и АРВ-терапии может наблюдаться нарастание симптомов и признаков туберкулеза (синдром иммунной реконституции) (36).

Несколько схем лечения

В некоторых случаях может возникнуть необходимость в медикаментозном лечении нескольких заболеваний, включая туберкулез, ВИЧ, гепатит В и гепатит С, других инфекционных заболеваний и состояний, связанных с наркотической зависимостью, а также самой наркотической зависимости (49). В большинстве случаев такое лечение требует довольно продолжительного приема лекарств. Каждое прописанное лекарственное средство может оказывать побочное действие.

Потребители наркотиков действительно могут иметь особые потребности, связанные с выбором схем лечения, наиболее адекватных и эффективных, оказывающих наименьшее отрицательное действие.

Ниже приводятся конкретные выводы, касающиеся туберкулеза и/или ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков (50).

- ▶ Потребители наркотиков, как правило, обращаются за медицинской помощью на более поздней стадии развития ВИЧ-инфекции, вследствие чего у них выявляется более тяжелая форма болезни.
- ▶ У потребителей наркотиков чаще выявляются другие переносимые кровью вирусы, такие как инфекция гепатита В и гепатита С, вследствие чего они подверга-

ются высокому риску гепатотоксичности из-за сопутствующих заболеваний и взаимодействия лекарственных средств.

- ▶ Они в большей степени подвержены оппортунистическим инфекциям, таким как *Candida*, простой герпес и пневмоцистная пневмония, а также туберкулез.
- ▶ Потребители наркотиков чаще имеют проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия и алкогольная зависимость.
- ▶ Возможно лекарственное взаимодействие между противотуберкулезными препаратами, антиретровирусной терапией, алкоголем, метадоном и бупренорфином, некоторыми незаконными наркотиками и лекарственными средствами, назначаемыми для лечения других инфекций, таких как гепатит С.
- ▶ Соблюдение лечебного режима становится менее вероятным в результате применения нескольких схем лечения в различных условиях, когда больной бездомный, когда продолжается употребление незаконных наркотиков и когда отсутствует готовность лечиться.

Поскольку среди потребителей наркотиков много молодых женщин, особенно важно принимать во внимание аспекты планирования семьи. Женщины, живущие с ВИЧ, имеют право беременеть, но они должны иметь возможности для предупреждения беременности, если хотят этого. Ранняя диагностика и доступность антиретровирусной терапии могут уменьшить риск передачи ВИЧ от матери ребенку (51).

Имеется исчерпывающее методическое руководство по ведению ВИЧ и туберкулеза, а также ВИЧ-ассоциированного туберкулеза у взрослых и детей. Оно включает разделы по ведению каждого состояния у лиц, употребляющих инъекционные наркотики (49, 50, 52, 53), хотя до сих пор нет ни одного специального руководства по ведению туберкулеза/ВИЧ у потребителей наркотиков (для ознакомления со стратегиями, методическими рекомендациями и руководствами см. ссылки на соответствующие сайты).

Несмотря на эти сложности, ни одна из проблем, связанных с лечением, не является абсолютным противопоказанием для стандартизированных схем лечения туберкулеза/ВИЧ и лечения сопутствующих болезней у потребителей наркотиков.

Рекомендация 7

Службы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ и службы по работе с потребителями наркотиков должны обеспечить потребителям наркотиков доступ к необходимому лечению, используя для этого международные, региональные и национальные клинические руководства, и должны вместе работать, чтобы обеспечить наблюдение за ходом лечения и упростить порядок предоставления лечения.

Необходима координация предоставления ухода и лечения при туберкулезе и ВИЧ с работой всех служб, причем, по возможности, они должны предоставляться в одном месте, без направления пациентов к разным специалистам в различных учреждениях.

Необходимо обеспечить лечение туберкулеза, особенно когда оно осуществляется под непосредственным наблюдением, в одном легкодоступном пакете с мероприятиями по предоставлению ухода и лечения при ВИЧ (например, с применением котримоксазола), опиоидной заместительной терапией и другими схемами медикаментозного лечения, с тем чтобы потребителю наркотиков не приходилось многократно посещать несколько учреждений.

Подготовка медико-санитарных работников, занимающихся лечением состояний, связанных с наркотической зависимостью, в том числе туберкулезом/ВИЧ, должна включать вопросы лекарственного взаимодействия и побочного действия при одновременном назначении нескольких схем лечения.

При рассмотрении вопроса о предоставлении ухода при туберкулезе/ВИЧ потребителям наркотиков необходимо учитывать их потребности, и им должен быть обеспечен такой же уровень медицинской помощи, как любому другому человеку.

Предотвращение туберкулеза с помощью профилактической терапии с применением изониазида

Общие сведения

Внедрение профилактической терапии с применением изониазида предполагает использование этого одного противотуберкулезного препарата в течение 6–9 месяцев, с тем чтобы предупредить прогрессирование туберкулезной инфекции с развитием активной формы болезни среди инфицированного населения, особенно людей, живущих с ВИЧ.

Основные проблемы

Несмотря на значительный потенциал профилактической терапии с применением изониазида в отношении уменьшения бремени туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время принято считать, что она недостаточно активно используется для профилактики туберкулеза, особенно среди потребителей наркотиков.

Краткие выводы

В странах с высокой распространенностью ВИЧ активная форма туберкулеза может каждый год развиваться у 2,4–7,5 процента взрослых, живущих с ВИЧ. Среди ВИЧ-инфицированных взрослых, имеющих положительный кожный тест с применением очищенного белка (туберкулин), уровень заболевания активной формой туберкулеза возрастает до 3,4–10 процентов в год (54). Профилактическая терапия с применением изониазида эффективна для предупреждения развития активного туберкулеза у людей, инфицированных туберкулезом и одновременно живущих с ВИЧ, и она доказала свою эффективность в лечении потребителей

инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, в условиях с низкими уровнями устойчивости к изониазиду (55–57).

Систематические обзоры (58–60) показывают, что изониазид эффективен в снижении примерно на 60 процентов распространенности туберкулеза. ВОЗ и ЮНЭЙДС рекомендуют назначать изониазид людям, живущим с ВИЧ (54). Стратегия ВОЗ в отношении совместной работы в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ рекомендует назначать профилактическую терапию с применением изониазида в комплексе с оказанием помощи людям, живущим с ВИЧ, после того как туберкулез обоснованно исключен. При обзоре литературы, касающейся преимуществ скрининга латентной инфекции *Mycobacterium tuberculosis* (61), также было установлено, что потребители инъекционных наркотиков являются одной из групп с наименьшим числом нуждающихся в обследовании и лечении для предупреждения случаев заболевания (от 21 до 439) и смерти (от 103 до 4650).

Может быть рекомендован прием изониазида в суточной дозе 5 мг/кг ежедневно в течение 6–9 месяцев (не более 300 мг); терапия проводится в условиях самоконтроля. Пациентов контролируют и обследуют ежемесячно, обеспечивая препаратом на следующий месяц при каждом посещении. Для обеспечения большей аккуратности лечения пациента ему может быть выдана дополнительная двухнедельная резервная доза препарата на случай чрезвычайных обстоятельств, если он вынужден пропустить свое ежемесячное посещение.

Применение изониазида неэффективно у людей, которые инфицированы штаммом туберкулеза, устойчивым к изониазиду (например, в случае туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью). Антиретровирусная терапия снижает распространенность туберкулеза на целых 80 процентов, поэтому также эффективно применение антитретровирусной терапии для предупреждения развития активной формы туберкулеза у потребителей наркотиков с ВИЧ, а ее проведение в сочетании с применением изониазида усиливает профилактическое действие (62).

Рекомендация 8

Все службы здравоохранения должны обеспечить доступ к профилактической терапии изониазидом для потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, после того активные формы туберкулеза у них обоснованно исключены.

Профилактическая терапия изониазидом должна применяться в следующих условиях:

- ▶ Профилактическая терапия изониазидом должна применяться в тех случаях, когда распространенность туберкулезной инфекции превышает 30 процентов среди населения в целом или среди других групп населения, подвергающихся высокому риску туберкулеза, таких как медицинские работники, члены семьи, контактирующие с больными туберкулезом родственниками, заключенные, шахтеры или другие группы, подвергающиеся высокому риску приобретения или передачи туберкулеза (63).
- ▶ Возможность использования профилактической терапии изониазидом должна рассматриваться в целях профилактики туберкулеза среди потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ.
- ▶ Клинические и лабораторные исследования для обоснованного исключения активной формы туберкулеза должны проводиться в соответствии с национальными стратегиями до принятия какого-либо решения, касающегося применения профилактической терапии изониазидом.
- ▶ Осуществление мер поддержки в соблюдении схемы лечения, включая лечение под непосредственным наблюдением, обеспечивают завершение полного курса лечения с применением профилактической терапии изониазидом.
- ▶ Профилактическая терапия изониазидом должна применяться в сочетании с другими методами лечения, такими как опиоидная заместительная терапия в тех случаях, где она проводится.

Предупреждение ВИЧ

Общие сведения

Потребители наркотиков подвергаются повышенному риску передачи ВИЧ в результате использования практики введения инъекционных наркотиков и высокорискованных моделей сексуального поведения.

Основные проблемы

ВИЧ-инфекция является основным фактором риска последующего развития активной формы туберкулеза у потребителей наркотиков.

Краткие выводы

Риск развития активного туберкулеза в течение жизни для потребителей наркотиков с туберкулезной инфекцией, но без ВИЧ-инфекции, составляет 5–10 процентов, а для лиц, живущих с ВИЧ, он ежегодно составляет 5–10 процентов (18). Следовательно, предупреждение ВИЧ-инфекции сокращает распространенность туберкулеза.

Главным фактором риска передачи ВИЧ является небезопасное совместное использование инъекционных принадлежностей. Могут также вмешаться неизвестные факторы, способные изменить результаты исследования, поскольку употребление инъекционных наркотиков ассоциируется с беспорядочным образом жизни, который может обусловить появление других независимых факторов риска туберкулезной инфекции, таких как нищета, тюремное заключение и скученность.

Секс представляет собой еще один путь передачи ВИЧ среди заключенных, работников коммерческого секса, употребляющих инъекционные наркотики, и потребителей наркотиков, которые могут заниматься сексом за наркотики или деньги (64, 65).

Важно на всех уровнях осуществлять эффективную деятельность в области пропаганды и просвещения, призванную предоставлять лицам, принимающим решения, необходимую надежную информацию о принципах снижения вреда и их преимуществах (65–69).

Рекомендация 9

Весь персонал, работающий с лицами с подозрением на туберкулез, с больными туберкулезом, людьми, живущими с ВИЧ, и потребителями наркотиков, должен иметь возможность оценить факторы риска ВИЧ-инфекции и передачи ВИЧ и предоставлять в целях профилактики полную информацию и услуги своим пациентам для минимизации этих рисков. Персонал также должен знать, как защитить себя от профессионального заражения ВИЧ и туберкулезом.

Существует множество международных, региональных и национальных рекомендаций по предупреждению ВИЧ. ЮНЭЙДС, ВОЗ и УПН ООН (65, 70, 71) рекомендуют комплекс мероприятий по предупреждению ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, который включает:

- ▶ программы обмена игл и шприцев;
- ▶ опиоидную заместительную терапию;
- ▶ добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ;
- ▶ антиретровирусную терапию и услуги по уходу, включая профилактику после контакта для сексуальных партнеров потребителей наркотиков;
- ▶ предупреждение и лечение инфекций, передаваемых половым путем;
- ▶ программы применения мужских и женских презервативов для потребителей инъекционных наркотиков и их партнеров;
- ▶ целенаправленная информация, просвещение и коммуникация для потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров;
- ▶ диагностика, лечение (гепатит А, В и С) и вакцинация от гепатита (гепатит А и В);
- ▶ профилактика, диагностика и лечение туберкулеза;
- ▶ создание безопасной нестигматизирующей среды, в которой потребители наркотиков могут получить доступ к информации и услугам, не опасаясь преследования или применения к ним правовых мер;
- ▶ целенаправленные услуги по охране репродуктивного здоровья и предупреждению передачи инфекции от матери ребенку с уделением особого внимания потребностям женщин – потребителей наркотиков и женщин – партнеров потребителей наркотиков.

ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ

Результаты мероприятий по охране здоровья потребителей наркотиков могут быть гораздо хуже, чем по охране здоровья населения в целом. Реализация программ лечения при их надлежащей организации может помочь ликвидировать этот разрыв в результатах мероприятий по охране здоровья. И напротив, низкокачественное лечение и пренебрежение интересами этой группы способствуют сохранению резервуаров инфекции, что подрывает осуществление стратегий борьбы с ВИЧ или туберкулезом и может привести к развитию лекарственной устойчивости.

Потребители наркотиков, как правило, имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию в целом и меньше шансов, чем лица, не употребляющие наркотики, пройти курс лечения антиретровирусной терапией, если они ВИЧ-инфицированы. В некоторых случаях их даже не хотят регистрировать в районном реестре больных туберкулезом и лечить потребителей наркотиков с активной формой туберкулеза. Можно обеспечить улучшение выявления случаев заболевания и соблюдения схемы лечения потребителями наркотиков, что необходимо для выполнения программ борьбы с туберкулезом и ВИЧ.

Модели предоставления услуг

Общие сведения

Службам здравоохранения, и особенно службам по борьбе с туберкулезом и ВИЧ, наверняка приходится иметь дело с определенной частью населения, которая является потребителями наркотиков. Аналогичным образом службы, работающие с потребителями наркотиков, и система уголовного правосудия сталкиваются с определенной частью населения, инфицированной ВИЧ и/или туберкулезом.

Необходимость посещать несколько служб становится препятствием для лечения потребителей наркотиков. В настоящее время службы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ и службы, предназначенные для потребителей наркотиков, во многих странах чаще всего организуются раздельно и являются недостаточно интегрированными.

Основные проблемы

Во многих странах имеются хорошо зарекомендовавшие себя политика и стратегии предоставления услуг при ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков. Иначе дело обстоит со службами по борьбе с туберкулезом, поскольку существование новой проблемы двойного бремени туберкулеза/ВИЧ среди потребителей наркотиков признано сравнительно недавно.

Вместе с тем исследования и стратегии решения проблемы потребления наркотиков помимо их потребления путем инъекций не так хорошо проработаны и надежны.

Ввиду того, что эти состояния связаны между собой, меры реагирования по предоставлению услуг должны быть гибкими и интегрированными. Полезное определение интегрированной помощи характеризует ее как «организационный процесс координации, направленный на достижение последовательного и непрерывного обслуживания, учитывающего потребности пациентов и основанного на целостном подходе к пациенту» (72).

Краткие выводы

Многочисленные барьеры в сфере социального и медицинского обслуживания, препятствующие доступу потребителей наркотиков к услугам по профилактике и уходу, могут привести к тому, что они обращаются за медицинской помощью со значительным опозданием. Кроме того, низкая степень приверженности пациентов предписанным схемам лечения дополнительно подрывает возможность достижения успешных результатов лечения.

Ежедневное употребление наркотиков, алкогольная зависимость и депрессия — сопутствующие факторы, способные осложнить уход и лечение. Стигматизация потребителей наркотиков со стороны медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов и работников социальных служб также способствует неудовлетворительным результатам (73), например, в форме принудительной регистрации потребителей наркотиков в рамках программ принудительного лечения от наркомании, осуществляемых во многих странах. Женщины — потребители инъекционных наркотиков — гораздо чаще откладывают момент обращения в медицинские учреждения, чем мужчины, употребляющие инъекционные наркотики (74). Исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки, показывают, что потребители инъекционных наркотиков имеют низкоуровневый и недостаточный доступ к уходу при ВИЧ и меньше шансов получить антиретровирусную терапию, чем другие группы населения (74–76).

Фактические данные, свидетельствующие о пользе объединения услуг по лечению туберкулеза и ВИЧ в условиях значительной распространенности ВИЧ, подтверждаются политикой (6) и практикой (77). Был проведен обзор преимуществ совмещения интегрированных услуг по борьбе с туберкулезом/ВИЧ, особенно предназначенных для потребителей инъекционных наркотиков (23).

Проведенное ЮНЭЙДС исследование (78) деятельности в области предупреждения ВИЧ в семи странах с низкими и средними доходами, которые добились успехов в обеспечении значительного охвата потребителей инъекционных наркотиков, выявило общие черты, включая:

- разработку местных программ на основе использования принципов снижения вреда;
- пропагандистские мероприятия нуждаются в первостепенном внимании, надлежащем персонале и финансировании;
- успех в значительной степени зависит от роли правоохранительных служб;
- разнообразие ситуаций обуславливает создание различных услуг и подходов для привлечения потребителей инъекционных наркотиков к участию в программах;
- возможность тиражирования одной программы для удовлетворения потребностей потребителей инъекционных наркотиков в других районах, городах и провинциях;
- удобство доступа;
- участие потребителей инъекционных наркотиков.

В табл. 1 перечислены рекомендуемые виды деятельности в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ, которые могут осуществляться в любом пункте предоставления услуг, к которому имеют доступ потребители наркотиков.

Таблица 1. Лечение должно осуществляться в наиболее легкодоступном месте, исключая стигматизацию и удобном для потребителей наркотиков, где наверняка имеются возможности, обеспечивающие соблюдение схемы лечения

	Общие службы здравоохранения (оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах, больницах, предоставление первичной медико-санитарной помощи, услуг по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем)	Противотуберкулезная служба	Служба по ВИЧ	Услуги для потребителей наркотиков
	Обеспечить предоставление лечения в наиболее легкодоступном и удобном для потребителей наркотиков месте, где имеются все возможности для соблюдения режима лечения			
Профилактика	Выявление опасного для здоровья и вызывающего зависимость потребления наркотиков Основная информация о наркотиках и ВИЧ	Выявление опасного для здоровья и вызывающего зависимость потребления наркотиков Основная информация о наркотиках и ВИЧ	Выявление опасного для здоровья и вызывающего зависимость потребления наркотиков Основная информация о наркотиках и ВИЧ	Информация о наркотиках и консультирование в отношении наркотиков
	Программа обмена игл и шприцев Мужские и женские презервативы	Программа обмена игл и шприцев Мужские и женские презервативы	Программа обмена игл и шприцев Мужские и женские презервативы	Программа обмена игл и шприцев Мужские и женские презервативы
	Меры борьбы с туберкулезной инфекцией Вентиляция Изоляция людей с подозрением на туберкулез от других больных	Меры борьбы с туберкулезной инфекцией Вентиляция Изоляция людей с подозрением на туберкулез от других больных	Меры борьбы с туберкулезной инфекцией Вентиляция Изоляция людей с подозрением на туберкулез от других больных	Меры борьбы с туберкулезной инфекцией Вентиляция Изоляция людей с подозрением на туберкулез от других больных
	Обеспечение доступа к услугам по профилактике и по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, в зависимости от необходимости	Обеспечение доступа к услугам по профилактике после контакта и по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, в зависимости от необходимости	Обеспечение доступа к услугам по профилактике после контакта и по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, в зависимости от необходимости	Обеспечение доступа к услугам по профилактике после контакта и по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, в зависимости от необходимости
Медицинское обслуживание	Тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ Выявление случаев туберкулеза	Ведение реестра по туберкулезу Подтверждение диагноза туберкулеза Тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ	Выявление случаев туберкулеза Тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ	Тестирование на ВИЧ и консультирование в отношении ВИЧ Выявление случаев туберкулеза
	Обеспечение доступа к лечению и ведению случаев ВИЧ и туберкулеза и ведению сопутствующих заболеваний	Обеспечение лечения по поводу ВИЧ и ведения сопутствующих заболеваний	Обеспечение лечения по поводу туберкулеза и ведения сопутствующих заболеваний	Обеспечение доступа к лечению при ВИЧ и туберкулезе

	Общие службы здравоохранения (оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах, больницах, предоставление первичной медико-санитарной помощи, услуг по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем)	Противотуберкулезная служба	Служба по ВИЧ	Услуги для потребителей наркотиков
Лечение	Меры поддержки в соблюдении режима лечения	Начало противотуберкулезной терапии и контроль за ее проведением Контроль за лечением при ВИЧ	Начало лечения при ВИЧ и контроль за его применением Противотуберкулезная терапия	Начало опиоидной заместительной терапии и контроль за ней или детоксикация
	Контроль за лечением при туберкулезе и ВИЧ	Начало профилактической терапии изониазидом и профилактической терапии котримоксазолом и контроль за их проведением	Начало профилактической терапии котримоксазолом и контроль за ее проведением	Меры поддержки в соблюдении режима лечения
	Опиоидная заместительная терапия	Опиоидная заместительная терапия	Опиоидная заместительная терапия	

Рекомендация 10

Все службы, имеющие дело с потребителями наркотиков, должны сотрудничать на местном уровне с ключевыми партнерами для обеспечения потребителям наркотиков всеобщего доступа к комплексной профилактике и лечению туберкулеза и ВИЧ, комплексному медицинскому обслуживанию в связи с туберкулезом и ВИЧ, а также к наркологическим службам с помощью комплексного подхода, ориентированного на пациента, который максимально увеличивает доступ и вероятность соблюдения схемы лечения: по возможности, в одном месте.

В связи с тем, что стигматизация является барьером, препятствующим обращению за медицинской помощью и соблюдению схемы лечения, персонал должен учитывать необходимость надлежащего нейтрального недискриминационного отношения к людям, употребляющим наркотики.

Многие потребители наркотиков не обращаются в службы по туберкулезу и ВИЧ, и поэтому первоначальный скрининг и последующее обследование и лечение по поводу туберкулеза и ВИЧ должны быть, насколько возможно, интегрированы в месте первого обращения.

По возможности, все услуги должны предоставляться в одном месте, чтобы не направлять пациентов к разным специалистам в различных учреждениях.

Когда потребители наркотиков получают регулярную медицинскую помощь, службы должны совместно работать для обеспечения аккуратности лечения с помощью таких мер, как отпуск лекарств и мониторинг в одном месте.

Противотуберкулезные службы

Противотуберкулезные службы могут быть первичным и основным контактным пунктом для людей, живущих с ВИЧ, или потребителей наркотиков. Эти программы должны обеспечивать выполнение соответствующих рекомендаций промежуточной стратегии ВОЗ в отношении совместной работы в области борьбы с туберкулезом/ВИЧ (35), включая следующие:

- Программы борьбы с туберкулезом должны разработать и применять всеобъемлющие стратегии профилактики ВИЧ с уделением основного внимания передаче половым или парентеральным путем либо от матери ребенку, либо для этого следует совместно с программами борьбы с ВИЧ создать систему направления к специалистам.
- Все лица, посещающие туберкулезные клиники, должны быть обследованы в отношении передаваемых половым путем инфекций с использованием простого вопросника или других рекомендованных подходов. Лица с симптомами передаваемых половым путем инфекций должны подвергнуться лечению или быть направлены к специалистам в соответствующих лечебных учреждениях.

- ▶ Программы борьбы с туберкулезом должны обеспечивать выявление и лечение людей с туберкулезом, которые употребляют наркотики, в том числе путем инъекций, либо для этого следует совместно со службами по работе с потребителями наркотиков создать систему направления к специалистам.
- ▶ Программы борьбы с туберкулезом должны обеспечивать предупреждение передачи инфекции от матери ребенку с помощью направления беременных женщин, живущих с ВИЧ, к поставщикам услуг по предупреждению передачи инфекции от матери ребенку.

Противотуберкулезные службы должны уделять особое внимание последовательности ухода при комплексном лечении потребителей наркотиков, включая лечение при ВИЧ и лечение наркомании, такое как опиоидная заместительная терапия.

Службы по борьбе с ВИЧ

Службы по борьбе с ВИЧ должны:

- ▶ рассмотреть методы охвата потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время, возможно, не пользуются их услугами;
- ▶ обеспечивать выявление и лечение людей, живущих с ВИЧ, которые употребляют наркотики, в том числе путем инъекций, либо для этого совместно со службами по работе с потребителями наркотиков следует создать систему направления к специалистам;
- ▶ осуществлять интенсивное выявление случаев туберкулеза, особенно среди потребителей наркотиков с ВИЧ, которые особенно подвергаются риску туберкулеза;
- ▶ проводить тестирование на туберкулез среди всех потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, и рассмотреть возможность применения профилактической терапии изониазидом ко всем лицам без активной формы туберкулеза (см. раздел о предупреждении туберкулеза с помощью профилактической терапии с применением изониазида);
- ▶ осуществлять план борьбы с инфекцией во всех учреждениях, предоставляющих услуги, для снижения рисков туберкулезной инфекции среди лиц, живущих с ВИЧ, и персонала;
- ▶ уделять особое внимание последовательности ухода при комплексном лечении потребителей наркотиков, включая противотуберкулезную терапию и лечение наркомании, такое как опиоидная заместительная терапия.

Службы по работе с потребителями наркотиков и все другие учреждения первого доступа

Службы по работе с потребителями наркотиков и все другие учреждения первого доступа должны:

- ▶ знать факторы риска ВИЧ- и туберкулезной инфекции у потребителей наркотиков и методы их снижения, такие как обеспечение доступа к программам обмена игл и шприцев и соблюдение норм гигиены при откашливании;
- ▶ знать симптомы ВИЧ и туберкулеза и то, как выявлять их;
- ▶ быть осведомленными об обслуживающих их местных медицинских учреждениях и поощрять всеми способами обеспечение равного доступа к требуемому медицинскому обслуживанию для потребителей наркотиков;
- ▶ осуществлять план борьбы с инфекциями в интересах всех предоставляющих услуги учреждений в целях снижения рисков туберкулезной инфекции среди людей, живущих с ВИЧ, и персонала (приложение 4);
- ▶ активно пропагандировать пути улучшения соблюдения режима лечения при ВИЧ или туберкулезе среди потребителей наркотиков.

Тюрьмы и другие места заключения

Общие сведения

Велика вероятность того, что потребители наркотиков могут быть помещены в тюрьму или другие места заключения, включая центры принудительной детоксикации и реабилитации, так как употребление опиатов и стимуляторов амфетаминового ряда в немедицинских целях является незаконным почти во всех странах, а с приобретением незаконных наркотиков связано преступное поведение.

Основные проблемы

Тюрьмы и другие места заключения являются местами скопления людей, где некоторые из наиболее уязвимых потребителей наркотиков подвергаются одним из самых высоких рисков одновременного заражения туберкулезом и ВИЧ, но при этом нередко имеют наименьший доступ к медицинскому обслуживанию и минимальную поддержку в виде политических обязательств и инвестиций.

Краткие выводы

Заключенные подвергаются высокому риску передачи туберкулезной и ВИЧ-инфекции и сталкиваются с высоким риском сочетанной инфекции туберкулеза/ВИЧ (22, 79, 80) по нижеследующим причинам (22, 32, 80–82).

- ▶ В тюрьмы поступают люди, которые с высокой долей вероятности уже имеют туберкулезную и/или ВИЧ-инфекцию.
- ▶ Заключенные с большей долей вероятности могут быть инфицированы туберкулезом из-за переполненности камер, отсутствия естественной вентиляции, плохого питания и слабого инфекционного контроля.
- ▶ Заключенные имеют меньше возможностей для получения доступа к медицинскому обслуживанию в целях профилактики и лечения.
- ▶ Тюремная обстановка создает высокий риск инфицирования ВИЧ посредством практики инъекционного введения наркотиков и сексуального поведения.

Взаимосвязь между заключенными и членами сообщества в целом включают высокую сменяемость и освобождение заключенных, миллионы посещений тюрем членами семей в год и перемещение тюремного персонала.

Вследствие этого инфекция может передаваться в обоих направлениях. Существуют риски того, что лечение будет прервано при переводе заключенных внутри, за пределы или между местами заключения. Однако тюрьма также может стать важным местом для начала и применения эффективной антиретровирусной терапии (83).

В тюрьмах некоторых стран, и особенно в странах Содружества Независимых Государств, более распространен туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, уровни заболевания которым являются одними из самых высоких в мире, а среди заключенных – еще более высокими (22).

Некоторые методические рекомендации и руководства ВОЗ содержат рекомендации по профилактике и лечению туберкулеза (32) и ВИЧ (30) среди заключенных.

Рекомендация 11

Все заключенные должны иметь возможность для прохождения медицинского осмотра при поступлении в тюрьму и в любое время после этого в соответствии с принятыми на международном уровне стандартами конфиденциальности медицинской информации и медицинского обслуживания. Заключенные должны получать медицинскую помощь, равноценную той, которую получает гражданское население, при этом должна быть обеспечена непрерывность медицинского обслуживания при переводе заключенных внутри и за пределы мест заключения.

Поставщики услуг здравоохранения должны помнить о постоянном риске ВИЧ и туберкулеза в контексте проблем, связанных с употреблением наркотиков и психическим здоровьем среди заключенных, и должны регулярно проводить медицинское обследование и оказывать медицинские услуги для их решения.

Существующие методические рекомендации по ВИЧ и туберкулезу в тюрьмах должны выполняться применительно ко всем потребителям наркотиков, содержащимся в тюрьмах, с уделением особого внимания тому факту, что потребители наркотиков, вероятнее всего, подвергаются даже более высокому риску, чем другие заключенные.

Особенно большое значение имеет борьба с инфекционными заболеваниями, и поэтому во всех местах заключения должен иметься план борьбы с инфекциями, включающий меры по обеспечению вентиляции, обследования и отдельного содержания заключенных с туберкулезной инфекцией.

Оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах должно рассматриваться как часть системы общественного здравоохранения.

Необходимо создать механизмы, обеспечивающие равный уровень и последовательность ухода при переводе внутри, за пределы и между местами заключения и в секторе гражданского здравоохранения.

Национальные программы борьбы с туберкулезом и ВИЧ должны охватывать тюрьмы. В частности, национальные протоколы лечения наркомании и национальные стратегии предупреждения должны быть полностью интегрированы в систему оказания медико-санитарной помощи в тюрьмах (84).

Тюремное здравоохранение должно быть интегрировано в более широкие структуры общественного здравоохранения, и ответственность за управление медико-санитарными услугами в тюрьмах и их предоставление должна быть возложена на те же министерства, департаменты и учреждения, которые отвечают за медицинское обслуживание населения в целом. Если этого нельзя сделать в краткосрочной перспективе, то необходимо принять меры для значительного улучшения сотрудничества и взаимодействия между службами по оказанию медико-санитарной помощи в тюрьмах.

Соблюдение режима лечения

Общие сведения

Лечение туберкулеза и ВИЧ обладает высокой эффективностью, однако всеми его преимуществами потребители наркотиков не пользуются. Это связано с проблемами образа жизни, который они ведут, и нежеланием врачей начинать лечение ввиду их склонности к несоблюдению режима лечения. Все больше появляется данных, свидетельствующих о том, что осуществление мер по обеспечению соблюдения режима лечения, направленных на потребителей наркотиков, может дать показатели завершения полного курса лечения, сопоставимые с показателями для других людей. Несоблюдение режима лечения ведет к развитию лекарственной устойчивости, что вскоре может расцениваться не как срыв конкретного потребителя наркотиков, а прежде всего как неспособность системы здравоохранения принять надлежащие меры, обеспечивающие соблюдение схемы лечения.

Основные проблемы

Распространено мнение, что потребители наркотиков не принимают лекарства в соответствии с назначенной им схемой лечения, однако активное употребление наркотиков не является веской причиной для отказа в доступе к лечению и уходу. Тем не менее необходимы программы поддержки потребителей наркотиков. Например, иногда потребители наркотиков не могут обратиться в наркологический центр до тех пор, пока не докажут, что не больны туберкулезом. В то же время больным туберкулезом могут запретить употреблять наркотики (и нередко отказать в предоставлении медицинской помощи для снятия абстинентного синдрома) в туберкулезных больницах, что ставит под угрозу соблюдение назначенной схемы лечения (Институт открытого общества, Нью-Йорк, США, личное сообщение в ответ на запрос относительно руководящих принципов, май 2008 года).

Краткие выводы

Был проведен информационный поиск для выявления исследований, в которых рассматривается соблюдение режима лечения фармацевтическими препаратами при ВИЧ, туберкулезе и опиоидной заместительной терапии среди потребителей наркотиков (стратегию поиска см. в приложении 2).

В частности, потребители инъекционных наркотиков характеризуются повышенными рисками заболеваемости, смертности и лекарственной устойчивости к антиретровирусной терапии (23, 84), недостаточным доступом к медицинскому обслуживанию, недостаточным соблюдением режима антиретровирусной терапии (85) и противотуберкулезной терапии (86).

Потребители наркотиков, получающие стабильную медико-санитарную помощь квалифицированного персонала и надлежащую поддержку, могут в течение длительного времени соблюдать назначенную им схему лечения, в результате чего их клинические результаты сопоставимы с результатами лиц, не употребляющих наркотики.

В разных учреждениях и условиях существуют разные препятствия соблюдению режима лечения, поэтому соответствующие службы должны сначала проконсультироваться со своими клиентами и их представителями, с тем чтобы определить наиболее эффективные пути их преодоления и наилучшие местные варианты решения этой проблемы. Данные свидетельствуют об эффективности таких подходов, как различные способы напоминания о выполнении предписанных назначений, консультирование в отношении соблюдения режима лечения, управление действиями при непредвиденных обстоятельствах, лечение под наблюдением, опиоидная заместительная терапия и вспомогательные услуги.

Средства напоминания о выполнении предписаний обычно дешевы; к ним относятся звуковые сигнализаторы, будильники, таймеры и часы, блистерные упаковки, коробочки с таблетками и календари. Они полезны для людей, которые в основном пропускают прием лекарств из-за своей забывчивости, но малоэффективны.

Данные относительно действенности и постоянства преимуществ консультирования в отношении соблюдения режима лечения неоднозначны. Одна из причин этого заключается в неоднородном характере рекомендуемых мер – от дорогостоящих мероприятий по изменению когнитивного поведения, осуществляемых специалистами, до взаимной поддержки (87–90).

Ситуационное управление предполагает поощрение за позитивное поведение в отношении здоровья и наказание за негативное поведение в отношении здоровья. Подобные меры могут осуществляться в форме прямых денежных компенсаций, жетонных систем вознаграждения, таких как ваучеры, применение препаратов положительного подкрепляющего действия (обычно метадона) и материальных стимулов (например, автобусных талонов или магнитных карточек). Применение профилактического лечения изониазидом под непосредственным наблюдением на уровне сообщества, подкрепленное денежными стимулами, обеспечило завершение полного курса лечения на уровне 89 процентов (91). Использование финансовых стимулов в Соединенных Штатах Америки и Канаде существенно повысило уровень прохождения обследования на туберкулез и соблюдения режима противотуберкулезной терапии среди потребителей инъекционных наркотиков (92, 93), хотя с этим подходом связаны проблемы этического характера (использование денежных выплат для покупки наркотиков) и устойчивости. Расходы обычно высокие, а эффект может быть непродолжительным (94, 95).

Лечение под наблюдением: по данным перспективного экспериментального исследования, применение профилактической терапии изониазидом под непосредственным наблюдением среди потребителей инъекционных наркотиков привело к сокращению распространенности скрытой формы туберкулеза (96). Проведенное в Соединенных Штатах Америки исследование методом случайной выборки показало, что предоставление ухода и помощи под наблюдением применительно к профилактической терапии изониазидом обеспечило завершение полного курса лечения на уровне 80 процентов (97). Применение опиоидной заместительной терапии на условиях добровольности показывает улучшение показателей возврата к

употреблению опиоидов, сокращение случаев рецидива, повышение уровня соблюдения режима антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ, и уменьшение случаев рискованного поведения в отношении ВИЧ (89, 98, 99).

Назначение метадона вместе с применением терапии под непосредственным наблюдением в случае скрытой туберкулезной инфекции, с консультированием или без консультирования, связывают с четырехкратным улучшением показателей завершения полного курса лечения с применением изониазида (55), а применение профилактической терапии изониазидом в отношении туберкулезной инфекции и терапии под непосредственным наблюдением в клиниках, где применяется поддерживающая метадоновая терапия, доказало свою экономическую эффективность в качестве подхода к профилактике туберкулеза (100, 101).

Вспомогательные услуги: на соблюдение режима лечения могут повлиять такие сложные факторы, как социальная стабильность, образование, жилищная ситуация и социально-экономический статус. Вспомогательные услуги могут включать предоставление первичной медико-санитарной помощи, социальные услуги или общие дружеские отношения и социальную поддержку, которые помогают обеспечить определенный уровень стабильности в образе жизни и могут улучшить соблюдение схемы лечения. Расположение в одном месте нескольких служб, особенно предназначенных для потребителей наркотиков, привело к улучшению результатов мероприятий по охране здоровья в Соединенных Штатах Америки (57, 102). Социальная поддержка способствовала более высоким результатам осуществления программ лечения под непосредственным наблюдением применительно к лечению туберкулеза в Таиланде и Нью-Йорке (103, 104).

Рекомендация 12

Потребители наркотиков нуждаются в осуществлении специальных мер поддержки для обеспечения соблюдения режима лечения и, по возможности, наилучших результатов лечения случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции и уменьшения риска развития лекарственной устойчивости и риска передачи инфекции другим людям.

Общие типы сопутствующих заболеваний

Общие сведения

Стигматизация потребителей наркотиков в условиях порой преступной и противозаконной среды может побудить службы здравоохранения сослаться на сопутствующие заболевания в качестве предлога, чтобы отказать потребителям наркотиков в жизненно важном лечении. Такое лечение также может предупредить передачу инфекции другим людям.

Основные проблемы

Особую обеспокоенность вызывает инфицирование вирусом гепатита С, которое обуславливает нежелание начинать лечение потребителей наркотиков.

Краткие выводы

Многочисленными исследованиями доказана высокая распространенность сопутствующих заболеваний, особенно вирусным гепатитом В и вирусным гепатитом С, среди потребителей

инъекционных наркотиков. Уровень заболевания гепатитом С среди потребителей инъекционных наркотиков во многих странах, таких как Бразилия, Канада, Китай и Соединенные Штаты Америки, достигает 100 процентов (105–108).

Несмотря на малочисленность данных о распространенности сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулеза с гепатитом В или гепатитом С среди потребителей наркотиков, можно предположить, что доля таких случаев является значительной, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков. В некоторых исследованиях стали изучаться потенциальные проблемы, связанные с сочетанными заболеваниями. Например, исследование токсического действия на печень изониазида среди лиц с сочетанной инфекцией вирусом гепатита С не показало какого-либо роста риска повышения уровня трансаминазы или необходимости прекратить прием препарата (109).

Ни противотуберкулезная терапия, ни антиретровирусная терапия не противопоказаны потребителям наркотиков с гепатитом В или гепатитом С (36, 50, 53, 110). Существующие руководства ВОЗ содержат рекомендации относительно модификации лечения и мониторинга при наличии острой или хронической инфекции гепатита (50, 110).

Рекомендация 13

Наличие сопутствующего заболевания, включая инфекцию вирусным гепатитом (например, гепатитом В и С), не должно служить противопоказанием для лечения потребителей наркотиков от ВИЧ или туберкулеза. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы с психическим здоровьем не должны служить основанием для отказа в лечении.

При многих типах сочетанных заболеваний, таких как проблемы с психическим здоровьем, гепатит и постоянное употребление незаконных наркотиков, может требоваться усиленное медицинское наблюдение, и при ведении таких заболеваний необходимо следовать международным, региональным или национальным методическим клиническим рекомендациям.

ССЫЛКИ НА САЙТЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ СТРАТЕГИЯМ, МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ И РУКОВОДСТВАМ

Название	Ссылка
ВОЗ: стратегия «Остановить туберкулез»	http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html
ВОЗ: Лечение туберкулеза: методические рекомендации для национальных программ	http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en
ВОЗ: Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ	http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en
ВОЗ: Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с туберкулезом/ВИЧ: вариант для тестирования на местах (WHO: <i>A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: field test version</i>)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en
ВОЗ: Управление совместной деятельностью по борьбе с туберкулезом/ВИЧ: подготовка руководителей на национальном и субнациональном уровнях (WHO: <i>Management of collaborative TB/HIV activities: training for managers at the national and subnational levels</i>)	http://www.who.int/tb/publications/who_htm_tb_2005_359/en/index.html
ВОЗ: Методические рекомендации. Профилактика туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях при дефиците необходимых ресурсов (WHO: <i>Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings</i>)	http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html
ВОЗ и центры по борьбе с болезнями и их профилактике, Соединенные Штаты: Борьба с инфекцией туберкулеза на этапе развития системы ухода и лечения при ВИЧ. Дополнение к Методическим рекомендациям ВОЗ по профилактике туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях при дефиците необходимых ресурсов	http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html
Рабочая группа по туберкулезу/ВИЧ глобального партнерства «Остановить туберкулез» и Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпидемиологическому надзору за ВИЧ/СПИДом/ ИППП: руководство по эпидемиологическому надзору за ВИЧ-инфекцией у больных туберкулезом (TB/HIV Working Group of the Global Partnership to Stop TB and UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance: <i>Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients</i>)	http://www.who.int/hiv/pub/tb/guidelines/en/index.html
ВОЗ и Международный комитет Красного Креста: Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Руководство для руководителей программ (WHO and the International Committee of the Red Cross: <i>Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers</i>)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf
Проект ВОЗ «Оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах» (Европейское региональное бюро ВОЗ) Европейское региональное бюро ВОЗ: документ, отражающий положение дел по теме «Тюрьмы и туберкулез» (WHO Regional Office for Europe: <i>Status paper on prisons and tuberculosis</i>)	http://www.euro.who.int/prisons http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1
ВОЗ: сайт по теме «ВИЧ-инфекция и тюрьмы» (WHO: <i>HIV and prisons web site</i>)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html
ВОЗ: Осуществление ухода при туберкулезе при одновременном ведении туберкулеза и ВИЧ-инфекции (WHO: <i>Tuberculosis care with TB-HIV co-management</i>)	http://www.who.int/hiv/capacity/TBHIV/en/index.html

Название	Ссылка
ВОЗ: Руководство по программному ведению лекарственно устойчивого туберкулеза	http://www.who.int/tb/publications/2006/who_htm_tb_2006_361/en/index.html
Руководство ВОЗ по ведению злоупотребления психоактивными веществами (WHO guidance on the management of substance abuse)	http://www.who.int/substance_abuse/en/index.html
ВОЗ: Стратегия и программное руководство по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (WHO: <i>Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users</i>)	http://www.who.int/hiv/pub/idu/iduguide/en
ВОЗ: Применение антиретровирусной терапии в отношении ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков при дефиците необходимых ресурсов: на пути к всеобщему доступу. Методические рекомендации для учреждений здравоохранения (WHO: <i>Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach</i>)	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html
ВОЗ: Применение антиретровирусной терапии в отношении ВИЧ-инфицированных младенцев и детей: на пути к всеобщему доступу. Рекомендации для учреждений здравоохранения (WHO: <i>Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach</i>)	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en
ВОЗ и ЮНЭЙДС: Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pitc2007/en/index.html
ВОЗ: Аргументы в пользу действий, серия аналитических обзоров по ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков – пять обзоров политики и семь технических документов	http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html
Веб-страница ВОЗ, посвященная профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции в случае употребления инъекционных наркотиков и в тюрьмах (WHO web page on HIV prevention, treatment and care for injecting drug use and prisons)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html
ВОЗ: Расширение услуг по тестированию на ВИЧ и консультированию в отношении ВИЧ: методические материалы для руководителей программ (WHO: <i>Scaling-up HIV testing and counselling services: a toolkit for programme managers</i>)	http://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/en
Eramova I, Matic S, Munz M, eds. (WHO Regional Office for Europe): HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region 13 протоколов, в том числе по ведению туберкулеза и коинфекции ВИЧ, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе у потребителей инъекционных наркотиков и ведению гепатита С и коинфекции ВИЧ	http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1
ЮНЭЙДС: Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к всеобщему доступу (UNAIDS: <i>Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access</i>)	http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf
Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска: оценка данных – Институт медицины (США). Комитет по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска; «Нэшнл академиз пресс» (США)	Preventing of HIV infection among injecting drug users in high-risk countries an assessment of the evidence by Institute of Medicine (U.S.). Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries.; National Academies Press (U.S.)

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 год (<http://www.who.int/classifications/icd/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
2. *Развитие эпидемии СПИДа, 2007 год.* Женева, ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2007 год (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArchive/2007>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
3. Tyndall MW et al. Intensive injection cocaine use as a primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*, 2003, 32:522-526.
4. *Everybody's business: strengthening health systems to improve outcomes. WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007 (www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, по состоянию на 27 июня 2008 года).
5. Стратегия «Остановить туберкулез». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 год (http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
6. *Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
7. *International standards for tuberculosis care (ISTC).* The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006 (<http://www.who.int/tb/publications/2006/istc/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
8. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care.* Saint Denis, France, World Care Council, 2006 (<http://www.who.int/tb/publications/2006/istc/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
9. О МАСВ [веб-сайт]. London, International Harm Reduction Association, 2008 (<http://www.ihra.net/AboutIHRA>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
10. *Всемирный доклад о наркотиках, 2007 год.* Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2007 год (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2007.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
11. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2004, 18:2295-2303.
12. *Towards universal access by 2010: how WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/universalaccess/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
13. Mathers B et al. *The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.* [submitted for publication]. *Lancet*, 2008.
14. Aceijas C et al. *Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the «Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy» («3 by 5»)* *Addiction*, 2006, 101:1246-1253.
15. Ladnaya NN. The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. «*Mapping the AIDS Pandemic» meeting, 30 June 2007, Moscow, Russian Federation.*
16. *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China.* Beijing, State Council AIDS Working Committee Office and United Nations Theme Group on AIDS in China, 2007.
17. *Глобальная борьба с туберкулезом в 2008 году: эпидемиологический надзор, планирование, финансирование. Доклад ВОЗ за 2008 год.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/download_centre/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
18. Selwyn PA et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320:545-550.
19. Reichman LB, Felton CP, Edsall JR. Drug dependence, a possible new risk factor for tuberculosis disease. *Archives of Internal Medicine*, 1979, 139:337-339.
20. Portu JJ et al. Tuberculin skin testing in intravenous drug users: differences between HIV-seropositive and HIV-seronegative subjects. *Addiction Biology*, 2002, 7:235-241.
21. Malotte CK, Rhodes F, Mais KE. Tuberculosis screening and compliance with return for skin test reading among active drug users. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:792-796.
22. *Status paper on prisons and tuberculosis.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, по состоянию на 27 июня 2008 года).
23. Sylla L et al. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:306-312.

24. Kourbatova EV et al. Risk factors for mortality among adult patients with newly diagnosed tuberculosis in Samara, Russia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006; 10:1224-1230.
25. Tansuphasawadikul S et al. Clinical presentation of hospitalized adult patients with HIV infection and AIDS in Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1999, 21:326-332.
26. Jones JL, Fleming PL, Ward JW. Tuberculosis among AIDS patients in the United States, 1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 12:293-297.
27. Nissapatorn V et al. Extrapulmonary tuberculosis in Peninsular Malaysia: retrospective study of 195 cases. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2004, 35:39-45.
28. Morozova I et al. Impact of the growing HIV-1 epidemic on multidrug-resistant tuberculosis control in Latvia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:903-906.
29. WHO/IUATLD Global Project on Antituberculosis Drug Resistance Surveillance. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tb/features_archive/drsreport_launch_26feb08/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
30. Evidence for Action Series (E4A) (web site). Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
31. Sharma M. HIV, TB and IDU in the prisons of South East Asia: a situation assessment. *International Harm Reduction Association 19th Annual Conference, Barcelona, Spain, 11-15 May 2008*.
32. WHO and the International Committee of the Red Cross. *Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/HO_CDS_TB_2000.281.pdf, по состоянию на 27 июня 2008 года).
33. Ruddy M et al. Rates of drug resistance and risk factor analysis in civilian and prison patients with tuberculosis in Samara Region, Russia. *Thorax*, 2005, 60:130-135.
34. *Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ: вариант для тестирования на местах*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en, по состоянию на 27 июня 2008 года).
35. *Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
36. *ТБ/ВИЧ: клиническое руководство*. 2-е издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (http://www.who.int/tb/publications/who_hmt_tb_2004_329/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
37. Что такое туберкулез? Как он распространяется? (веб-сайт). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год (What is TB? How is it spread? (web site). Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/features/qa/08/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
38. ВОЗ и центры по борьбе с болезнями и их профилактике, Соединенные Штаты: *Борьба с инфекцией туберкулеза на этапе развития системы ухода и лечения при ВИЧ*. Дополнение к Методическим рекомендациям ВОЗ. Профилактика туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях при дефиците необходимых ресурсов. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1999 год (http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
39. Brassard P et al. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8:988-993.
40. Rubinstien EM, Madden GM, Lyons RW. Active tuberculosis in HIV-infected injecting drug users from a low-rate tuberculosis area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 11:448-454.
41. Getahun H et al. Diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in people with HIV infection or AIDS in resource-constrained settings: informing urgent policy changes. *Lancet*, 369:2042-2049.
42. *Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents: recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv_recommendations.pdf, по состоянию на 27 июня 2008 года).
43. *HIV testing and counselling: the gateway to treatment, care and support*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/3by5/publications/briefs/hiv_testing_counselling/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).

44. *Scaling-up HIV testing and counselling services: a toolkit for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
45. ВОЗ и ЮНЭЙДС. *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 год (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pitc2007/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
46. *Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 год (http://www.who.int/tb/publications/2006/who_html_tb_2006_361/en/index.html, по состоянию на 27 июня 2008 года).
47. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2006 revision*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
48. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
49. WHO, UNAIDS and UNODC. *Policy brief: antiretroviral therapy and injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/arvidu.pdf, по состоянию на 27 июня 2008 года).
50. Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1, по состоянию на 27 июня 2008 года).
51. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
52. *Tuberculosis care with TB-HIV co-management*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/capacity/TBHIV/en/index.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
53. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/arvguidelines/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
54. WHO and UNAIDS. Preventive therapy against TB in people living with HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 1999, 74:385-400.
55. Batki SL et al. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed-isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, 66:283-293.
56. Graham NM et al. Effect of isoniazid chemoprophylaxis on HIV-related mycobacterial disease. *Archives of Internal Medicine*, 1996, 156:889-894.
57. Scholten JN et al. Effectiveness of isoniazid-treatment for latent tuberculosis infection among human immunodeficiency virus (HIV)-infected and HIV-uninfected injection drug users in methadone programs. *Clinical and Infectious Diseases*, 2003, 37:1686-1692.
58. Woldehanna S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD000171.
59. Wilkinson D, Squire SB, Garner P. Effect of preventive treatment for tuberculosis in adults infected with HIV: systematic review of randomised placebo controlled trials. *British Medical Journal*, 1998, 317:625-629.
60. Bucher HC et al. Isoniazid prophylaxis for tuberculosis in HIV infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *AIDS*, 1999, 13:501-507.
61. Rose DN. Benefits of screening for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1513-1521.
62. Golub JE et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 2007, 21:1441-1448.
63. WHO and UNAIDS. *Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV: report of a meeting held in Geneva 18–20 February 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/tb/publications/1998/en/index2.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
64. Injecting drug use [web site]. Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime, 2008 (<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/injecting-drug-use.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).

65. *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/iduguide/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
66. *Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
67. *Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования с помощью лечения наркотической зависимости*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
68. *Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
69. *Краткая информация для выработки политики: сокращение масштабов распространения ВИЧ-инфекции путем реализации программ помощи нуждающимся в привычной для них обстановке*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 год (<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybrief/en>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
70. Donoghoe MC et al. Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): towards consensus and improved guidance. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19 (Suppl 1):S5-S14.
71. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access*. Geneva, UNAIDS, 2007 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf, по состоянию на 27 июня 2008 года).
72. Mur-Veeman I et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 2003, 65:227-241.
73. Nyamathi A et al. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. *Journal of Community Health*, 2004, 29:483-497.
74. Kohli R et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical and Infectious Diseases*, 2005, 41:864-872.
75. Wood E et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:656-661.
76. Wood E et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2005, 19:1189-1195.
77. Coetzee D et al. Integrating tuberculosis and HIV care in the primary care setting in South Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9:A11-A5.
78. Burrows D. *High coverage sites: HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries – case studies*. Geneva, UNAIDS, 2006 (UNAIDS Best Practice Collection; <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
79. Drobniewski FA et al. Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *European Respiratory Journal*, 2005, 26:298-304.
80. Martin V et al. *Mycobacterium tuberculosis* and human immunodeficiency virus co-infection in intravenous drug users on admission to prison. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:41-46.
81. Niveau G. Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*, 2006, 120:33-41.
82. Springer SA et al. Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-infected prisoners. *HIV Clinical Trials*, 2007, 8:205-212.
83. УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС. *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрьмы: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*. Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2006 год (<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>, по состоянию на 27 июня 2008 года).
84. Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:255-261.
85. Altice FL et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. *Clinical and Infectious Diseases*, 2004, 38 (Suppl 5):S376-S387.

86. Wobeser WL, Yuan L, Naus M. Outcome of pulmonary tuberculosis treatment in the tertiary care setting – Toronto 1992/3. Tuberculosis Treatment Completion Study Group. *Canadian Medical Association Journal*, 1999;789-794.
87. Broadhead RS et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peerdriven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:235-246.
88. Knobel H et al. [Adherence to highly active antiretroviral therapy: impact of individualized assessment.] *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica*, 1999, 17:78-81.
89. Lucas GM et al. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a non-randomized comparative study. *Clinical and Infectious Diseases*, 2004, 38:S409-S413.
90. Purcell DW et al. Results from a randomized controlled trial of a peer-mentoring intervention to reduce HIV transmission and increase access to care and adherence to HIV medications among HIV-seropositive injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2007, 46:S35-S47.
91. Lorvick J et al. Incentives and accessibility: a pilot study to promote adherence to TB prophylaxis in a high-risk community. *Journal of Urban Health*, 1999, 76:461-467.
92. Perlman DC et al. Impact of monetary incentives on adherence to referral for screening chest X-rays after syringe exchange-based tuberculin skin testing. *Journal of Urban Health*, 2003, 80:428-437.
93. FitzGerald JM et al. Use of incentives to increase compliance for TB screening in a population of intravenous drug users. Vancouver Injection Drug Use Study Group. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:153-155.
94. Sorensen JL et al. Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: a randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88:54-63.
95. Chaisson RE et al. A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:610-615.
96. Graham NM et al. Effect of isoniazid chemoprophylaxis on HIV-related mycobacterial disease. *Archives of Internal Medicine*, 1996, 156:889-894.
97. Chaisson RE et al. A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:610-615.
98. Palepu A et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV coinfecting injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 84:188-194.
99. Palepu A et al. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction*, 2004, 99:361-368.
100. Snyder DC et al. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics. Effectiveness and cost-effectiveness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1999, 160:178-185.
101. Perlman DC et al. Cost-effectiveness of tuberculosis screening and observed preventive therapy for active drug injectors at a syringe-exchange program. *Journal of Urban Health*, 2001, 78:550-567.
102. O'Connor PG et al. Human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users: a model for primary care. *American Journal of Medicine*, 1992, 93:382-386.
103. Lertmaharit S et al. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2005, 88:149-156.
104. Davidson H et al. Patient satisfaction with care at directly observed therapy programs for tuberculosis in New York City. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1567-1570.
105. Hallinan R et al. Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2005, 20:1082-1086.
106. Oliveira ML et al. Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1999, 32:1107-1114.
107. Zhang C et al. High prevalence of HIV-1 and hepatitis C virus coinfection among injection drug users in the southeastern region of Yunnan, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2002, 29:191-196.

-
108. Wood E et al. Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility. *Public Health*, 2005, 119:1111-1115.
 109. Sadaphal P et al. Isoniazid preventive therapy, hepatitis C virus infection, and hepatotoxicity among injection drug users infected with *Mycobacterium tuberculosis*. *Clinical and Infectious Diseases*, 2001, 33:1687-1691.
 110. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en, по состоянию на 27 июня 2008 года).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОПРЕДЕЛЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (10-й ПЕРЕСМОТР)

F.11 Пагубное употребление. Модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

F.12 Синдром зависимости. Комплекс поведенческих, когнитивных и физиологических симптомов, который развивается после повторного использования психоактивного вещества и обычно включает сильное желание принять наркотическое средство; нарушенный контроль над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; повышенную толерантность и иногда состояние отмены.

Синдром зависимости может относиться к определенному веществу (например, табаку, алкоголю или диазепаму), классу веществ (например, опиоидным наркотикам) или к более широкому спектру фармакологически различных психоактивных веществ.

Хронический алкоголизм

Дипсомания

Наркомания

Каждое из этих определений имеет подгруппы, включая следующие:

- ▶ Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов
- ▶ Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина
- ▶ Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов
- ▶ Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

Эту категорию следует использовать, если известно об употреблении двух или более психоактивных веществ, но невозможно установить, какое из них в наибольшей степени ответственно за возникшее расстройство. Эту категорию также следует использовать, когда идентификация некоторых или даже всех применяемых психоактивных веществ затруднительна, так как многие лица, употребляющие несколько наркотиков, сами часто не знают точно, что они принимают.

Включено: злоупотребление наркотиками БДУ [без дополнительных уточнений]

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДЫ

Руководящая группа

В 2005 году ВОЗ учредила Руководящую группу, состав которой был расширен в 2007 году за счет включения в нее представителей всех соответствующих департаментов. В нее также были включены представители организаций-партнеров из системы Организации Объединенных Наций: ЮНЭЙДС и УПН ООН.

Круг ведения

Руководящая группа подготовила первоначальный вариант документа для обсуждения по проблеме употребления инъекционных наркотиков и ТБ/ВИЧ путем обзора всех рефератов статей, выявленных в ходе первоначального поиска литературы (по описанной ниже методике), и отбора статей, которые были сочтены наиболее существенными. Этот документ был передан для комментирования референтной группе, в состав которой вошли члены рабочей группы по ТБ/ВИЧ партнерства «Остановить туберкулез», сотрудники ВОЗ и эксперты в области употребления наркотиков, туберкулеза и ВИЧ. Поиск участников группы Руководящая группа вела с помощью существующих сетей.

Первоначальный поиск медицинской литературы осуществлялся в системе PubMed с помощью следующих ключевых слов: «туберкулез ИЛИ ТБ И потребители инъекционных наркотиков ИЛИ ПИН», «ВИЧ ИЛИ ВИЧ/СПИД ИЛИ СПИД И потребители инъекционных наркотиков ИЛИ ПИН», «туберкулез ИЛИ ТБ И ВИЧ ИЛИ ВИЧ/СПИД ИЛИ ВИЧ И потребители инъекционных наркотиков ИЛИ ПИН». Основная область поиска и последующей классификации всей найденной литературы была обобщена в следующих темах, которые отражали основные положения проекта документа, подготовленного и согласованного в ходе ряда консультаций с группами из Департамента ВОЗ «Остановить туберкулез» и Департамента по ВИЧ/СПИДу:

- 1) эпидемиология ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и ТБ/ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков:
 - эпидемия ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков;
 - эпидемия туберкулеза среди потребителей инъекционных наркотиков;
 - эпидемия ТБ/ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков;
 - факторы риска, связанные с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и ТБ/ВИЧ, среди потребителей инъекционных наркотиков;
- 2) патогенез и клиническая картина ТБ/ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков: основные формы и особенности;
- 3) имеющиеся данные о предоставлении специализированных услуг (профилактика, лечение и уход):
 - потребителям инъекционных наркотиков;

- при туберкулезе;
 - при ВИЧ-инфицировании;
 - при ТБ/ВИЧ; и
- 4) области, вызывающие особую обеспокоенность:
 - туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью у потребителей инъекционных наркотиков;
 - профилактическая противотуберкулезная терапия среди потребителей инъекционных наркотиков;
 - гепатит С и В и туберкулез у потребителей инъекционных наркотиков;
 - места скопления людей и туберкулез и ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков;
 - приверженность лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции со стороны потребителей инъекционных наркотиков.

На основе результатов работы референтной группы был расширен состав Руководящей группы и пересмотрен ее круг ведения, с тем чтобы скорректировать и расширить первоначальную сферу ее деятельности. После этого Руководящая группа провела обзор рефератов, отобрав и получив полный текст статей об исследованиях, которые были признаны наиболее существенными.

Поставленный вопрос:

Что необходимо сделать для того, чтобы обеспечить приверженность потребителей внутривенных (инъекционных) наркотиков лечению и успешные результаты лечения с помощью противотуберкулезной терапии/профилактической терапии изониазидом/высокоактивной антиретровирусной терапии (антиретровирусная терапия)? (Примечание: известные нам области включают стимулы, лечение под непосредственным наблюдением, сосредоточение служб в одном месте и сочетание с заместительной терапией.)

Отправлен: вторник, 23 октября, 08:09:35, 2007 год

(«Изониазид» (MeSH – медицинские предметные рубрики) ИЛИ «Изоникотиновый» (поиск во всех полях) ИЛИ «Изонекс» (поиск во всех полях) ИЛИ «Фтивазид» (поиск во всех полях) ИЛИ («изониазид» (TIAB), но НЕ в Медлайн (SB)) ИЛИ «изониазид» (термины MeSH) ИЛИ «Тубазид» (поиск во всех полях)) И «Туберкулез/профилактика и борьба» (MeSH) ИЛИ («Туберкулез/диетотерапия» (MeSH) «Туберкулез/ лекарственная терапия» (MeSH) ИЛИ «Туберкулез/радиотерапия» (MeSH) ИЛИ «Туберкулез/реабилитация» (MeSH) ИЛИ «Туберкулез/терапия» (MeSH)) И («Злоупотребление психоактивными веществами, внутривенными» (MeSH) ИЛИ «Злоупотребление внутривенными психоактивными веществами» (поиск во всех полях) ИЛИ «Злоупотребление парентеральными наркотиками» (поиск во всех полях) ИЛИ «Злоупотребление внутривенными наркотиками» (поиск во всех полях) ИЛИ «Потребители наркотиков, включенных в список IV» (поиск во всех полях) ИЛИ «Потребители героина» (поиск во всех полях)) И «Люди» (термины MeSH)

Найдено 96 ссылок.

Каковы данные относительно того, что применение профилактической терапии изониазидом сокращает число случаев заболевания туберкулезом среди потребителей внутривенных (инъекционных) наркотиков в целом и в подгруппах (ВИЧ-положительные, с анергической реакцией, с положительной кожной реакцией на туберкулин и с отрицательной кожной реакцией на туберкулин)?

Отправлено: вторник, 23 октября, 07:59:24, 2007 год

(«Злоупотребление психоактивными веществами, внутривенными» (MeSH) ИЛИ «Злоупотребление внутривенными психоактивными веществами» ИЛИ «Злоупотребление внутривенными наркотиками» ИЛИ «Потребители наркотиков, включенных в список IV» ИЛИ «потребители героина») И («Заболеваемость» (MeSH) И «туберкулез» (MeSH)) ИЛИ «Туберкулез/эпидемиология» (MeSH) И («Изониазид» (MeSH) ИЛИ «Гидразид изоникотиновой кислоты» ИЛИ «Изонекс» ИЛИ «Фтивазид» ИЛИ «Фтивазид» ИЛИ «Тубазид»)

Найдено 17 ссылок.

Поиск дополнительных сведений осуществлялся следующим образом:

1. Поиск «серой» литературы и соответствующих веб-сайтов
2. Экспертное заключение членов Руководящей группы ВОЗ на основе результатов работы в данной области
3. Данные, полученные из региональных и страновых бюро ВОЗ
4. В марте 2008 года Фредерик Олтис провел поиск литературы по теме «Приверженность лечению и потребители наркотиков»:
 - a. Поиск велся в базах данных PubMed, Google Scholar, PsychInfo, OVID и Scopus.
 - b. Осуществлялся поиск исследований, посвященных приверженности потребителей наркотиков лечению ВИЧ-инфекции, туберкулеза и опиатной зависимости с помощью фармацевтических препаратов.
 - c. Поиск велся по терминам в различных сочетаниях, включая: потребители наркотиков, приверженность, соблюдение, употребление психоактивных веществ, потребители психоактивных веществ, употребление наркотиков, потребители наркотиков, употребление незаконных наркотиков, употребление инъекционных наркотиков, потребители инъекционных наркотиков, ВИЧ, туберкулез, опиатная зависимость, употребление опиатов.
 - d. Помимо этих поисков был проведен обзор найденных соответствующих дополнительных статей, официальных документов и правительственных сайтов, информация о которых была получена на этапе поиска.
 - e. Использовались следующие критерии включения, описанные в системе ПИКОН (группа населения, мероприятия, сопоставление, результат и тип

исследования): 1) группа населения, состоящая исключительно из потребителей наркотиков, подпадающих под определение пагубного употребления незаконного психоактивного вещества по Международной классификации болезней 10-го пересмотра; 2) мероприятия, определяемые какой-либо программой или стратегией и направленные на изменение уровня приверженности лечению ВИЧ-инфекции, туберкулеза или опиатной зависимости с помощью фармацевтических препаратов; 3) контрольная группа, состоящая из аналогичного – по определению – контингента потребителей наркотиков, которые получали какое-либо другое лечение или не получали никакого лечения (контрольные исследования методом случайной выборки, нерандомизированные контрольные исследования и лонгитюдные исследования методом когорт); 4) результаты, состоящие минимум из одного объективного показателя приверженности лечению или соответствующего биологического результата; и 5) временной период, продолжительность которого определяется не менее чем тремя месяцами после начала лечения. Кроме того, участвующая в исследовании группа должна состоять минимум из 20 пациентов, получающих препарат или лечебное воздействие, и результаты исследования должны быть опубликованы в рецензируемом научном журнале.

После дальнейших пересмотров с учетом отзывов референтной группы, а также обновленного обзора опубликованной литературы Руководящая группа подготовила проект рекомендаций.

Группа по руководящим принципам

Группа по руководящим принципам состоит из членов Руководящей группы и внешних экспертов. Отбор экспертов проводился Руководящей группой в консультации со специалистами по туберкулезу, ВИЧ и употреблению наркотиков из региональных бюро ВОЗ, УПН ООН и ЮНЭЙДС, а также коллегами из других организаций. При отборе учитывались региональная представленность, гендерный баланс, сфера интересов (предоставление услуг, исследования и разработка политики), специализация (употребление психоактивных веществ не по назначению, ВИЧ и туберкулез) и необходимость участия представителями потенциально заинтересованных сторон и гражданского общества.

Совещание Группы по руководящим принципам состоялось в ноябре 2007 года в Копенгагене, Дания.

Выработка рекомендаций

Группа по руководящим принципам рассмотрела данные, собранные и обобщенные на состоявшемся в ноябре 2007 года совещании, где был представлен и обсужден проект рекомендаций. Рекомендации были четко увязаны с данными по каждому разделу и подкреплены соответствующими ссылками.

Группа по руководящим принципам рассмотрела проект рекомендаций и высказала мнение относительно того:

- ▶ позволяют ли эти рекомендации решать вопросы политики;
- ▶ какие еще вопросы должны быть решены;
- ▶ какие важные и/или спорные рекомендации можно улучшить путем сбора и анализа дополнительной информации.

В имеющихся данных был выявлен один пробел, и Группа по руководящим принципам попросила провести дополнительный поиск литературы по вопросу приверженности лечению (как описано выше). В дальнейшем данная Группа согласовала рекомендацию о мерах поддержки в обеспечении соблюдения режима лечения с помощью электронных сообщений.

Коллегиальная оценка

Был подготовлен окончательный проект руководящих принципов с учетом советов Группы по руководящим принципам, которая в дальнейшем приняла его. Затем этот проект был направлен на рассмотрение референтной группы.

Консультации с заинтересованными сторонами

Окончательный проект руководящих принципов был разослан по электронной почте отдельным лицам и организациям по следующим рассылочным спискам:

- ▶ Справочная служба ВОЗ по вопросам ВИЧ;
- ▶ Персональные сети и сети для национальных сотрудников ЮНЭЙДС;
- ▶ члены рабочей группы по ТБ/ВИЧ партнерства «Остановить туберкулез»;
- ▶ рассылочный список УПН ООН;
- ▶ персональная сеть Департамента ВОЗ по злоупотреблению психоактивными веществами;
- ▶ персональная сеть по снижению вреда Департамента ВОЗ по ВИЧ/СПИДу;
- ▶ руководители национальных программ по борьбе с туберкулезом во всех странах.

Таким образом, вероятно, было охвачено более 500 отдельных лиц и организаций, хотя в связи с тем, что запросы в рамках этого процесса направлялись в каскадном режиме, нельзя точно назвать величину охваченной аудитории. Значительная ее часть находится в секторе гражданского общества.

Ответы прислали более 30 отдельных лиц и организаций; их краткий список приводится в приложении 5.

В июне 2008 года Руководящая группа согласовала окончательный вариант руководящих принципов, которые в настоящее время распространяются как совместная публикация УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ ПОДКРЕПЛЕНИЯ ДАННЫХ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПЕРЕСМОТРА И ДОПОЛНЕНИЯ НАСТОЯЩИХ РУКОВОДЯЩИХ ПРИНЦИПОВ

Признавая необходимость получения новых данных в этих областях, Экспертное консультативное совещание по приоритетным направлениям исследования ТБ/ВИЧ при дефиците необходимых ресурсов, состоявшееся 14–15 февраля 2005 года¹, определило тему «ТБ/ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков» в качестве специальной области операционных исследований и предложило следующие приоритетные направления исследования:

- ▶ предоставление услуг при ТБ/ВИЧ в рамках программы по снижению вреда, включая заместительную терапию;
- ▶ проведение профилактической терапии изониазидом среди потребителей инъекционных наркотиков в условиях высокого уровня первичной резистентности к изониазиду и высокой распространенности гепатита В и С;
- ▶ назначение антиретровирусной терапии потребителям инъекционных наркотиков, живущим с ВИЧ и одновременно инфицированным туберкулезом;
- ▶ решение проблемы ассоциированной стигматизации в отношении потребителей инъекционных наркотиков с коинфекцией ТБ/ВИЧ;
- ▶ предоставление медицинской помощи и лечения при ТБ/ВИЧ находящимся в заключении потребителям инъекционных наркотиков;
- ▶ сложное взаимодействие между противотуберкулезными препаратами, лекарственными средствами для лечения ВИЧ-инфекции и незаконными наркотиками, а также химическими веществами-заменителями, особенно в контексте коинфекции гепатита В и С, включая необходимость получения специального опыта и знаний в распознавании и ведении реакций на лекарственные препараты для оптимизации лечения в целевой группе населения;
- ▶ необходимость в данных (в связи с их отсутствием) о проведении антиретровирусной терапии среди инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) потребителей инъекционных наркотиков или среди потребителей инъекционных наркотиков с активной формой туберкулеза, одновременно являющихся ВИЧ-инфицированными, а также необходимость сбора информации о безопасном применении антиретровирусной терапии среди потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, которые одновременно инфицированы МБТ, и особенно среди лиц с коинфекцией гепатита В или С;

1 *TB/HIV research priorities in resource-limited settings: report of an expert consultation, 14–15 February 2005.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/tb/tb_hiv/en, по состоянию на 27 июня 2008 года).

- ▶ проведение профилактической терапии изониазидом в условиях высокого уровня первичной резистентности к изониазиду: >10 процентов;
- ▶ проведение профилактической терапии изониазидом среди потребителей инъекционных наркотиков с коинфекцией гепатита В и/или С;
- ▶ использование стимулов, обеспечивающих лучшее выполнение требований в отношении обследования на туберкулез и соблюдения режима и схемы лечения, а также влияющих на медицинское обслуживание других групп населения;
- ▶ стигматизация как препятствие для медицинского обслуживания и методы сокращения ее масштабов.

Группа по руководящим принципам также сформулировала несколько вопросов для дальнейшего исследования.

Эпидемиология

Каков относительный риск заболевания туберкулезом среди:

- ▶ Потребителей неинъекционных наркотиков?
- ▶ Лиц, курящих «крэк», кокаин и опиаты?
- ▶ Всех проблемных потребителей наркотиков?
- ▶ Людей, живущих с ВИЧ, и ВИЧ-отрицательных лиц?

Каковы неизвестные факторы, способные повлиять на результаты исследования:

- ▶ Бездомность? Нищета? Проблемы с психическим здоровьем?

Какова специфика разных стран:

- ▶ Индии, Пакистана, Непала; других крупных азиатских стран с высокой распространенностью ТБ/ВИЧ, а также растущим употреблением инъекционных наркотиков?

Каково влияние заболеваемости туберкулезом среди потребителей наркотиков на население в целом?

Определить количественный показатель знаменателя для потребителей инъекционных наркотиков:

- ▶ базовая численность потребителей наркотиков;
- ▶ базовые уровни употребления инъекционных наркотиков;
- ▶ коэффициенты заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфицирования среди основного населения и потребителей наркотиков.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

- ▶ Каковы коэффициенты заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (устойчивость к изониазиду и рифампицину в дополнение к любому фторхинолону и как минимум одному из трех инъекционных лекарственных препаратов второго ряда: капреомицин, канамицин и амикацин) среди потребителей наркотиков по сравнению с основным населением?
- ▶ Отмечаются ли среди потребителей наркотиков более низкие уровни приверженности лечению в условиях высокой распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью?

- ▶ Есть ли связь между употреблением наркотиков и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью?
- ▶ Какая доля гражданского населения вне тюрьмы и доля потребителей наркотиков в тюрьме имеют туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью?

Предоставление услуг

Какие имеются данные о моделях оказания медико-санитарной помощи?

- ▶ Каковы конкретные барьеры или проблемы, с которыми сталкиваются женщины – потребители наркотиков?
- ▶ В различных системах предоставления услуг?
- ▶ В различных условиях, как, например, в системах уголовного правосудия?

Как лучше поступить с потребителями наркотиков, освободившимися из тюрьмы, которые могут затеряться в сообществе?

Приверженность лечению

Каковы действенные и экономически эффективные методы поощрения приверженности лечению?

- ▶ В настоящее время имеются данные по странам с высоким уровнем дохода; какие методы доказали свою эффективность в других странах?

Передача туберкулеза

- ▶ Что происходит при постоянно повторяющемся контакте с возбудителем туберкулеза в местах скопления людей?
- ▶ Каковы риски и эффективные решения проблемы:
 - в медицинских учреждениях?
 - в службах, предназначенных для потребителей наркотиков?
- ▶ Каково совокупное воздействие ВИЧ, туберкулеза и употребления наркотиков в условиях тюрьмы?
- ▶ Какова частота повторного инфицирования при новом контакте с возбудителем туберкулеза?
- ▶ Существуют ли особые штаммы туберкулеза, которые вызывают суперинфекцию?
- ▶ Каковы наиболее эффективные способы защиты медико-санитарных работников и другого персонала в медицинских учреждениях и системе уголовного правосудия?

Имеются старые данные и свидетельства самых первых исследований туберкулеза:

- ▶ Можно ли найти в них практически полезные ответы?

Какие пропагандистско-разъяснительные мероприятия являются наиболее эффективными?

Какие политика и практика являются наилучшими для тюрем?

- ▶ Какая доля потребителей наркотиков продолжает лечение при заключении в тюрьму и после выхода на свободу или при переводе?
- ▶ Какая практика является наилучшей в условиях альтернативных тюремному заключению, для потребителей наркотиков с ТБ/ВИЧ?
- ▶ Какая доля потребителей наркотиков находится под последующим врачебным наблюдением и проходит полный курс лечения и каковы результаты лечения? (Диагностика туберкулеза позволяет получить довольно надежные данные – в тюрьмах проводится недостаточная диагностика туберкулеза?)
- ▶ Какова наилучшая практика при выходе заключенных на свободу – как ее следует наиболее оптимально учитывать в программах борьбы с ТБ/ВИЧ и услугах, предназначенных для потребителей наркотиков?
- ▶ Имеется хорошая возможность для предоставления лечения в тюрьме, но как обеспечить его непрерывность и преемственность?
- ▶ Какова текущая практика в случае, если заключенные неизлечимо больны – имеется ли у тюрем стимул к освобождению таких заключенных при осуществлении непрерывного контроля за коэффициентами смертности в них?

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ

**Партнерство
«Остановить туберкулез»**

ТБ/ВИЧ



**Всемирная
организация здравоохранения**

Основные мероприятия, необходимые для эффективного контроля туберкулеза Безопасность без стигматизации*

Общепризнано, что в медицинских учреждениях и в сообществе существует риск передачи туберкулеза, особенно в условиях ограниченных ресурсов, когда этому способствует несоблюдение надлежащих мер инфекционного контроля туберкулеза. Влияние эпидемии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), возрастающее значение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и возникновение туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) вызывают все большую обеспокоенность в отношении передачи туберкулеза и диктуют безотлагательную необходимость уделения первостепенного внимания инфекционному контролю туберкулеза. Эти 10 основных мероприятий можно провести незамедлительно в целях предупреждения передачи туберкулеза в медицинских учреждениях и в сообществе.

1. Вовлечение пациентов и членов сообщества в информационные кампании

Сообщество должно быть хорошо информировано, что такое туберкулез и какие меры необходимы для его профилактики и контроля. Пациентам очень важно понимать, что они должны знать свой ТБ-статус, что они имеют право на профилактическую терапию изониазидом (ПТИ) и на внеочередную диагностику и лечение туберкулеза. Они также должны быть информированы о возможности передачи инфекции туберкулеза через кашель и должны учитывать требования учреждений здравоохранения и общественных служб прикрывать рот во время кашля. Им нужно понимать, что медицинские работники могут иногда носить респираторные маски для защиты от инфекции или такая просьба может быть обращена к ним самим. Безопасность без стигматизации является основной целью данных мероприятий, поэтому просьба надеть маску или сделать забор мокроты на открытом воздухе или в хорошо проветриваемом помещении не должна восприниматься как стигматизация, а лишь как более безопасная для всех врачебная практика. Обеспечение безопасности пациентов и медицинских работников может также включать оказание некоторых услуг на уровне сообщества, чтобы предупредить случаи ненужной госпитализации в медицинские учреждения. Информационные, просветительские и коммуникационные кампании должны включать такие темы, как «Мы стараемся обезопасить наше сообщество от туберкулеза» или «Наши медицинские учреждения стараются остановить распространение туберкулеза».

2. Разработка плана инфекционного контроля

Всем учреждениям здравоохранения необходимо иметь план инфекционного контроля и назначить сотрудника или группу сотрудников, ответственных за его выполнение. В плане должны быть обозначены места наибольшего риска передачи туберкулеза и представлена информация о распространенности туберкулеза и ВИЧ среди медицинских работников и пациентов. В плане также содержатся рекомендации по инфекционному контролю в отделениях медицинских учреждений, включая лабораторию, для которой должны быть разработаны специальные стандартные методы обеспечения безопасности.

3. Обеспечение безопасности при сборе мокроты

Сбор и исследование мокроты являются основной частью диагностики туберкулеза. Забор мокроты может быть потенциально опасной процедурой для медицинских работников и других пациентов. Медицинские работники должны объяснять пациентам, что безопасность без стигматизации является целью эффективного инфекционного контроля туберкулеза и что забор мокроты должен производиться на открытом воздухе (если есть условия для этого) или в специально оборудованных помещениях с хорошей вентиляцией.

4. Пропаганда правил и норм гигиены при откашливании

В каждом медицинском учреждении необходимо иметь плакаты с информацией о туберкулезном контроле и нормах гигиены при кашле, по крайней мере, в местах ожидания в амбулаторных отделениях, в приемных отделениях и отделениях первой помощи. Следует проинструктировать пациентов о необходимости прикрывать во время кашля рот и нос руками, тканью, например носовым платком, чистыми салфетками, в том числе бумажными, или бумажными масками. Все сотрудники несут ответственность за обеспечение безопасности и должны сообщать пациентам придерживаться этой практики.

5. Установление очередности оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на туберкулез для ускорения процедуры приема и изоляции таких пациентов

При осмотре все пациенты должны быть опрошены на предмет наличия у них хронического кашля (продолжительностью более 2–3 недель), лихорадки, потери веса, ночного потоотделения, кровохарканья или контакта с лицом с туберкулезом. Медицинские работники должны объяснять всем посетителям клиники, что безопасность без стигматизации является основной целью данных мероприятий и что такое обследование составляет часть качественного оказания медицинских услуг. Пациентам очень важно понимать, что они должны знать свой ВИЧ-статус, что они имеют право на профилактическую терапию изониазидом (ПТИ) и

внеочередную диагностику и лечение туберкулеза или что их могут попросить подождать своей очереди у открытого окна либо в удобном месте ожидания, отделенном от общего места ожидания (по возможности, на открытом воздухе). По возможности, необходимо поощрять внедрение методов лечения на уровне сообщества. В условиях стационара пациенты с подозрением на туберкулез должны быть размещены отдельно от других пациентов, в отдельных палатах или боксах. Лица с установленной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза или с подозрением на нее должны быть изолированы от пациентов из общих палат и от других пациентов с подозрением на туберкулез.

6. Обеспечение быстрой диагностики и начала курса лечения

Пациенты с подозрением на туберкулез должны обследоваться вне очереди и проходить немедленное обследование на наличие инфекции. Процедура забора мокроты должна выполняться в стороне от других пациентов. Образцы мокроты отправляются в специально оборудованную лабораторию для бактериоскопии мазка на наличие кислотоустойчивых бактерий и бактериологическое исследование (по возможности). Время получения результатов бактериоскопии мазка на кислотоустойчивые бактерии не должно превышать 24 часа. Система отслеживания результатов обследования и последующего перенаправления пациентов гарантирует прохождение всеми пациентами с подозрением на туберкулез и отрицательным результатом мазка на кислотоустойчивые бактерии дополнительных процедур (например, рентгеновское обследование и перенаправление в другие учреждения) или незамедлительное начало курса лечения. Курс ускоренной терапии под непосредственным наблюдением врача (ДОТС) начинается сразу же после установления диагноза туберкулеза. При этом составляется план обеспечения приверженности лечению. Все лица с ВИЧ-положительным статусом без подозрения на туберкулез должны иметь право на профилактическую терапию изониазидом.

7. Улучшение системы вентиляции помещений

Места, где пациенты ждут своей очереди на прием к врачу, должны быть открытыми и хорошо вентилироваться. Окна и двери следует, по возможности, держать открытыми для обеспечения максимального воздухообмена. Улучшить вентиляцию могут должным образом установленные простые вентиляторы. Если позволяют погодные условия, то желательно оборудовать места ожидания на открытом воздухе, рекомендуется использоваться укрытия под крышей, защищающей пациентов от солнца и дождя. Пациенты не должны ждать своей очереди к врачу в узких, плохо вентилируемых коридорах. В больницах, где лечатся пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом, их следует помещать в отдельные больничные палаты или боксы, желательно с хорошей вентиляцией. Новые и реконструированные здания должны быть оснащены оборудованием для обеспечения туберкулезного контроля в качестве конструктивных элементов планов этих зданий.

8. Защита медицинских работников

Медицинские работники должны знать симптомы туберкулеза и проходить медицинский осмотр, в том числе обследование на туберкулез и ВИЧ, по меньшей мере раз в год. Всем работникам желательно знать свой ВИЧ-статус, и ВИЧ-инфицированные работники должны иметь возможность сократить до минимума контакты с туберкулезными больными, например в виде перевода на другую должность. ВИЧ-инфицированные работники должны пройти обследование для профилактического лечения изониазидом как части основного курса лечения ВИЧ. Сотрудники, работающие в условиях повышенного риска заражения туберкулезом (например, в отделении бронхоскопии), должны быть обеспечены надлежащими индивидуальными средствами защиты органов дыхания.

9. Нарращивание потенциала

Обучение методам туберкулезного контроля должно входить в программы обучения общему инфекционному контролю в больницах и других медицинских учреждениях (например, мытье рук, другие способы защиты от инфекций, которые передаются респираторным путем или через кровь). Там, где такое обучение не проводится, необходимо разработать учебные программы по методам контроля за передачей инфекции туберкулеза воздушно-капельным путем. Практика инфекционного контроля требует широкого системного подхода, чтобы медицинские работники на всех уровнях проходили обучение и были вовлечены в мероприятия по повышению собственной безопасности и безопасности пациентов.

10. Мониторинг качества и эффективности инфекционного контроля

Частью административной работы руководства организации должно быть наблюдение за выполнением мер инфекционного контроля. Это наблюдение включает регулярный обход учреждения с целью проверки выполнения требований инфекционного контроля и наличия необходимого материального обеспечения. Как минимум, в учреждении должен иметься план инфекционного контроля. Источником полезной информации о путях передачи туберкулеза в медицинских учреждениях, при наличии практической возможности, может также служить мониторинг случаев туберкулеза, ежегодно выявляемых среди медицинских работников. Наблюдение за заболеваемостью туберкулезом среди медицинского персонала является еще одним способом оценки. Дополнительные меры, которые могут приниматься на местах, включают выборочное изучение медицинских карт пациентов, где учитывается период между временем поступления пациента и появлением первых подозрений на туберкулез; период времени между подозрением на туберкулез и назначением анализа мазка на кислотоустойчивые бактерии; период времени между назначением анализа и забором мокроты; период времени между забором мокроты и получением результатов и началом курса лечения туберкулеза, а также опрос пациентов, позволяющий оценить степень понимания ими мер инфекционного контроля, обеспечения безопасности и уменьшения стигматизации.

* Эти 10 основных мероприятий основаны на существующей политике ВОЗ и публикуются для того, чтобы помочь внедрению программ инфекционного контроля в медицинских учреждениях в ожидании обновленной стратегии ВОЗ по туберкулезному контролю, которая будет выработана к концу 2008 года. Для получения более подробной информации см.: <http://www.who.int/tb/en/> и/или http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/ или http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/tbics.asp.

Разработано Подгруппой по туберкулезному контролю Глобальной рабочей группы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ совместно с департаментами ВОЗ по ВИЧ/СПИДу и «Остановить туберкулез».

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

КОНСУЛЬТАЦИИ С ЗАИНТЕРЕСОВАННЫМИ СТОРОНАМИ

Два члена Руководящей группы рассмотрели отклики, полученные в ходе проведенных консультаций. В текст руководящих принципов были внесены коррективы в тех случаях, когда предлагалось дать разъяснения или уточ-

нения, и в июне 2008 года. Руководящая группа приняла окончательный вариант этих принципов. Ни одна из рекомендаций не была изменена. С каждым респондентом был установлен контакт, чтобы разъяснить, что представленные предложения должны помочь процессу осуществления рекомендаций и что они будут использованы при обзоре хода осуществления этого руководства в 2012 году, предложенного Комитетом ВОЗ по обзору хода осуществления руководящих принципов.

Общие замечания

Руководящие принципы касаются одной из важных проблем и крайне необходимы. Однако они по-прежнему нуждаются в определенной доработке, и это относится как к содержанию, так и к формулировкам.
Практичные и всеобъемлющие руководящие принципы. Рекомендации, касающиеся различных аспектов условий в тюрьмах, нуждаются в усилении. Уделение особого внимания оказанию медико-санитарной помощи в тюрьмах как части общественного здравоохранения, качеству, непрерывности и преемственности лечения пациентов с ТБ/ВИЧ после освобождения их из тюрьмы. Должен быть использован и упомянут в качестве источника информации доклад «The Status paper on prisons and TB», подготовленный в рамках проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах».
Своевременное появление этого нужного программного документа позволяет восполнить пробел в оказании помощи потребителям инъекционных наркотиков.
Полезное руководство по организации мероприятий, направленных на уменьшение неблагоприятных результатов, связанных с туберкулезом и ВИЧ, среди потребителей наркотиков.
Хорошо написанный, структурированный, высококачественный документ.
В тексте документа хорошо проработаны вопросы, касающиеся системы уголовного правосудия и тюрем.
В документе довольно хорошо исследованы и охвачены области, относящиеся к потребителям инъекционных наркотиков и ТБ/ВИЧ.
<ol style="list-style-type: none">1. С учетом того значения, которое имеют тюрьмы для решения проблем ТБ/ВИЧ и потребителей наркотиков, предлагается перенести эту тему с последней страницы документа в его начало и включить общие сведения о тюрьмах в главу, посвященную эпидемиологии.2. В связи с тем что первым шагом в диагностировании на ВИЧ инфицированного микобактериями туберкулеза пациента является тестирование, предлагается включить рекомендации по диагностированию как ВИЧ, так и туберкулеза, при этом тестирование на ВИЧ должно четко показывать наличие ВИЧ.
<ol style="list-style-type: none">1. Сотрудники колледжа пользуются возможностью направить свой отзыв в рамках проводимых совместно ВОЗ, УПН ООН и ЮНЭЙДС консультаций относительно проекта руководящих принципов совместной работы служб по борьбе с ТБ и ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные и другие наркотики.2. Мы поддерживаем данный документ в целом, но считаем, что для нашей страны он не столь актуален, как для других стран.

Причина, по которой в руководстве не рассматриваются некоторые наркотики, недостаточно хорошо документирована или обоснована. Как минимум, в него следовало бы включить табак, а также другие наркотики, употребление которых ведет к формированию зависимости. Если отсутствуют данные, свидетельствующие о том, что зависимость от определенных наркотиков не связана с ВИЧ/ТБ (таких, как каннабис, если это так), то их исключение должно быть обосновано.

По-видимому, данное руководство действительно стремится решить проблему потребителей инъекционных наркотиков, и было бы правильнее сосредоточиться только на этой проблеме, вместо того чтобы пытаться быть всеобъемлющим, не приводя при этом достаточных доказательств для исключения некоторых наркотиков и форм употребления.

Кроме того, имеет место путаница между терминами «потребление наркотиков» и «расстройства, связанные с употреблением наркотиков», которые, по моему мнению, в большей мере являются предметом рассмотрения настоящих руководящих принципов. В этом вопросе нужна ясность, и соответствующий термин должен употребляться во всех возможных случаях. Кроме того, употребление наркотиков – это не диагностическая категория, что может привести к другим разночтениям в том, что касается целевой группы настоящих руководящих принципов.

Это не только вопрос сферы охвата; в данном варианте текста некоторые понятия нуждаются в разъяснении и уточнении. Термин «употребление наркотиков» не может использоваться для обозначения только зависимого или пагубного употребления, поскольку это идет вразрез со всем тем, что ВОЗ утверждает последние 50 лет. В действительности само по себе употребление наркотиков не является проблемой в рамках ВОЗ, поэтому мы не можем использовать один и тот же термин для обозначения прямо противоположных крайних форм употребления...

Эти руководящие принципы целесообразно использовать в отношении целевой группы населения. Однако, если речь идет о тюрьмах, по-моему, весьма важно улучшить сотрудничество между медицинскими пунктами в тюрьмах и службой здравоохранения в сообществе, причем это должно быть сделано на национальном уровне и в соответствии с законом. Данные руководящие принципы также могут быть использованы на региональном уровне. Весьма целесообразно подготовить план по формированию медицинских бригад, которые будут обучать работников тюрем мерам профилактики ВИЧ и туберкулеза, и это также можно организовать на региональном уровне.

Я считаю большой удачей, что существует подобный документ.

Было бы нелишним привести несколько примеров. Кроме того, документ был бы более удобочитаем, если бы помимо заголовков «Рекомендация номер такой-то» были и более конкретные заголовки.

Было бы замечательно также, если бы были названы люди или организации, которые обычно отвечают за ту или иную сферу деятельности (например, планирование мероприятий по охране здоровья в тюрьме: министерство здравоохранения, министерство юстиции), или по крайней мере упомянуты те, к кому следует обращаться. В противном случае документ будет несколько неопределенным.

Была ли какая-то причина, по которой в документ не был включен вопрос профилактики гепатитов В и С? Существует ли какое-либо другое руководство, посвященное вирусным гепатитам В и С?

(Я считал ВОЗ учреждением, способным предложить комплексный всеобъемлющий подход.) В случае, если уже есть другой документ, посвященный гепатиту, следует дать ссылку на него.

Документ носит излишне общий характер, причем большинство рекомендаций уже выполняются во многих странах. В нем нет ничего нового или особенного, чтобы могло бы побудить страны использовать эти руководящие принципы. Трудно понять, что такого особенного или нового вы предлагаете потребителям инъекционных наркотиков по сравнению с потребителями других наркотиков.

Мы благодарны вам за то, что привлекли нас к обсуждению этих важных и чрезвычайно полезных руководящих принципов политики в области сотрудничества. Данный вариант документа значительно усовершенствован по сравнению с предыдущими версиями. Тем не менее некоторые вопросы пока недостаточно полно освещены.

Документ удобен для читателя, имеет разумный объем и достаточный охват.

Благодарим вас за возможность высказать свое мнение о проекте документа «Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков».

Национальный институт по изучению наркотиков (NDRI) признает необходимость руководящих принципов, например, таких, какие предлагаются для сокращения заболеваемости и смертности, связанных с сочетанием инфекций ВИЧ и туберкулеза среди потребителей инъекционных и других наркотиков. Кроме того, мы согласны с необходимостью принятия скоординированных мер для обеспечения потребителям инъекционных наркотиков такого же доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу, какой имеет общество в целом.

Австралия, к счастью, имеет одни из самых низких в мире показателей регистрации новых случаев туберкулеза (4,4 случая на 100 тыс. населения), а также низкую распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в стране (менее 2 процентов). Также, к счастью, в Австралии имеется хорошо развитая система эпидемиологического надзора за туберкулезом, в рамках которой осуществляется непрерывный контроль за новыми и повторными случаями туберкулеза, включая выявление случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза. Хотя среди коренного населения Австралии регистрируются более высокие уровни заболевания туберкулезом, большинство случаев диагностируется среди лиц в возрасте 50 лет и старше и связано с плохими условиями жизни, перенаселенностью и недостаточным питанием, а не с употреблением инъекционных наркотиков.

Мы высоко оцениваем работу ВОЗ, УПН ООН и ЮНЭЙДС по подготовке настоящих руководящих принципов и в основном согласны с содержащимися в них рекомендациями. Однако, учитывая существующую в Австралии ситуацию, характеризующуюся низкими показателями инфицирования микобактериями туберкулеза и ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков, NDRI считает нецелесообразным давать дальнейшие комментарии.

Данный доклад является своевременным, а содержащиеся в нем рекомендации разумными, прагматичными и научно обоснованными. Я бы хотел увидеть рекомендацию о широком внедрении практики по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы.

Я бы хотел выразить вам признательность за проделанную колоссальную работу. Это действительно полезные руководящие принципы, особенно для стран с низким уровнем дохода, где нет профилактических программ (например, Албании). Я с нетерпением жду возможности скоро связаться с вами. Проект руководящих принципов – это стратегический документ, очень полезный для лиц и организаций, оказывающих медицинские услуги, и лиц, участвующих в реализации программ по профилактике ВИЧ/ТБ с уделением основного внимания потребителям инъекционных наркотиков.

В связи с тем что ваш проект имеет самое непосредственное отношение к моей работе во Вьетнаме, где наибольшее число случаев ВИЧ-инфицирования (и, следовательно, большинство случаев сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ) встречается среди потребителей инъекционных наркотиков, я внимательно ознакомился с ним и сделал свои замечания методом маркирования исправлений.

Мой предыдущий опыт работы с потребителями инъекционных наркотиков был главным образом связан с работой в качестве клинициста инфекционного отделения в Италии. Во время работы в больнице я также был консультантом по инфекционным заболеваниям в местных государственных тюрьмах, где мне приходилось иметь дело главным образом с молодыми потребителями инъекционных наркотиков, арестованными за незаконный оборот наркотиков, и больными преимущественно гепатитами В и С, и лишь небольшую их долю составляли ВИЧ-инфицированные лица.

С туберкулезом мне довелось впервые столкнуться в 1995 году. Я четыре года проработал в Эфиопии, где участвовал в итальянском проекте по борьбе с туберкулезом, которым было охвачено приблизительно 4 млн человек.

Я поступил на работу в ВОЗ в качестве врача – специалиста по туберкулезу в 2002 году и в этом качестве проработал 2 года в Афганистане, а затем 28 месяцев – в Уганде; теперь, с января 2007 года, нахожусь во Вьетнаме.

Благодарю вас за интересную инициативу, за вовлечение людей в вашу деятельность и возможность находиться на ее переднем крае.

Это актуальный документ. Я считаю его полезным, особенно в отношении горизонтальной интеграции медицинских услуг.

Хорошо написанная, легко читаемая подборка информации и рекомендаций.

Потенциально полезный документ, публикация которого может стать хорошим началом, и он действительно касается области, которая заслуживает дальнейшего внимания; однако его цель должна быть более четкой, и он должен иметь большую направленность на целевую аудиторию. Весьма трудно составить документ, одинаково полезный для руководителей и потребителей наркотиков. Заголовок «Выводы» вводит в заблуждение. Они основаны на экспертном заключении, здравом смысле или данных, которые отсылают нас к обзору литературы? Это неясно и должно быть оговорено в разделе «Методы». С другой стороны, некоторые рекомендации носят излишне общий характер и применимы к любой другой группе риска, связанной с ТБ и ВИЧ-инфицированием. К сожалению, в документе не приводится практический опыт конкретных стран; но вместе с тем в нем содержится качественное резюме того, чего не знают о профилактике и борьбе с ТБ/ВИЧ в среде потребителей наркотиков и потребителей инъекционных наркотиков. Очевидно, делать замечания легче, чем непосредственно участвовать в подготовке документа; однако документ, определенно, нуждается в дальнейшей доработке, и только после этого его можно будет назвать руководящими принципами.

Думаю, что эти руководящие принципы необходимы для ведения случаев ТБ/ВИЧ в странах с большим числом потребителей инъекционных наркотиков.

Я с трудом осилил этот документ, поскольку, формально говоря, ничего не знаю о туберкулезе, однако в общем у меня есть следующие замечания по этому документу:

1. В документе заявляется, что он разработан с учетом целостного подхода или подхода, ориентированного на человека, но это действительно надо было доходчиво объяснить, поскольку неясно, как это сделано, если вообще сделано. С точки зрения потребителя наркотиков, конечно, это не так.
2. Заявленная целевая аудитория настолько широка, что включает почти каждого – от лиц, определяющих политику, до потребителей наркотиков. Возможно, лучше установить приоритеты среди различных групп, на которые нацелен документ, что позволит удовлетворить одни потребности лучше, чем другие. Например, очевидно, что потребители наркотиков нуждаются в кратком, сжатом, четком и более удобном для пользователя инструменте в отношении проблемы ТБ/ВИЧ – ссылок по теме «потребление наркотиков».
3. Полагаю, что иногда имеет место подмена понятий. То используется термин «проблемное потребление наркотиков», то термин «потребление психоактивных веществ в немедицинских целях». Лично я думаю, что в этих случаях нужно быть последовательными.
4. Значение этого документа связано с определением действительно ключевой проблемы, которая заключается в том, что медицинские работники, особенно врачи, работающие в области ВИЧ и туберкулеза, нуждаются в подготовке, а также в руководящих указаниях в отношении того, как позитивно и конструктивно работать с разрозненными потребителями наркотиков, особенно потребителями инъекционных наркотиков. Это можно сделать с помощью гораздо более четких и конкретных предложений.
5. Будет ли документ переведен – большой вопрос. На какие языки? Если нет, то основная часть целевой аудитории будет потеряна.
6. Есть еще более важный вопрос: в документе содержится ряд весьма позитивных и конструктивных идей, но как внедрять их в систему здравоохранения в условиях дефицита ресурсов, например в Афганистане или в значительной части развивающихся стран? Меня не оставляет ощущение, что составители документов подобного рода не всегда знают о повседневных практических проблемах, с которыми сталкиваются в таких ситуациях. Для систем здравоохранения разных типов / недостаточно финансируемых систем могут быть полезны некоторые показатели.
7. Всего несколько опечаток нуждаются в исправлении, например на стр. 16 английского текста вместо «implantation» должно быть «implementation».

Фамилии, должности и место работы лиц, приславших замечания

Одорина Тельо Анчуэла
Директор Национального центра эпидемиологии
Институт здоровья «Карлос III»
Мадрид
Испания

Морин Бейкер
Почетный секретарь Совета
Королевский колледж врачей общей практики
Соединенное Королевство

Арин Боци
Исполнительный директор
Ассоциация «Остановить СПИД»
Тирана
Албания

Дейв Барроуз
Директор
Группа управления проектами по СПИДу
Сидней
Австралия

Педро Кан
Фонд «Уэспед»
Буэнос-Айрес
Аргентина
и
Президент Международного общества по борьбе
со СПИДом
Женева
Швейцария

Саулюс Чаплинскас
Директор, Литовский центр по СПИДу
Министерство здравоохранения
Вильнюс
Литва

Сьюзен Каррутерс
Научный сотрудник
Национальный институт по изучению наркотиков
Технологический университет Кертина
Австралия

Кнуд Кристенсен
Главный врач
Копенгагенские тюрьмы
Копенгаген
Дания

Масуд Дара
Фонд борьбы с туберкулезом Нидерландской
королевской ассоциации по борьбе с туберкулезом
Нидерланды

Лоис Эльдред
Директор проекта CREATE
Доцент, Медицинская школа Университета Джонса
Хопкинса
Балтимор, штат Мэриленд
Соединенные Штаты Америки

Эндрю Фрейзер
Директор по вопросам здравоохранения
Шотландская тюремная служба и сотрудничающий центр
ВОЗ – Проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах»
Шотландия
Соединенное Королевство

Малькольм Гудвин
Руководитель лаборатории
Кафедра диагностической вирусологии
Имperial-колледж
Фонд «Здравоохранение» ГСЗ
Лондон
Соединенное Королевство

Нии Нортей Хансон-Нортей
Координатор по проблемам ТБ/ВИЧ
Национальная программа борьбы с туберкулезом
Аккра
Гана

Стивен Хеллер-Мерфи,
Руководитель по вопросам разработки стратегии борьбы
с зависимостью
Штаб-квартира Шотландской тюремной службы
Эдинбург
Шотландия
Соединенное Королевство

Дэйвид Макдональд
Международный консультант по проблемам наркотиков и
развития (в отношении Афганистана)
Шотландия
Соединенное Королевство

Джампаоло Медзоботта
Специалист здравоохранения
«Остановить туберкулез»/«Ликвидировать проказу»
Страновое бюро ВОЗ для Вьетнама
Ханой
Вьетнам

Драган Милков
Старший консультант по вопросам общей практики
Руководитель штата служащих исправительных
учреждений и медицинского персонала
Управление исполнения наказаний
Министерство юстиции
Сербия

Маристела Дж. Монтейро
Старший советник по вопросам алкоголизма и злоупотребления психоактивными веществами
Панамериканская организация здравоохранения
Вашингтон, округ Колумбия
Соединенные Штаты Америки

Мохаммед Наим
Координатор проекта – Сокращение спроса на наркотики
Представительство УПН ООН в Афганистане
Кабул
Афганистан

Департамент политики, Отдел разработки политики
Министерство юстиции
Государственное управление исправительных учреждений
Нидерланды

Дорис Радун
Департамент эпидемиологии инфекционных заболеваний,
ВИЧ/СПИДа и ИППП
Институт Роберта Коха
Берлин
Германия

Рауни Руохонен
Главный врач
ФИЛХА (Финская ассоциация здоровья легких)
Член Экспертной группы по охране здоровья в тюрьмах
Партнерства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального обеспечения
Финляндия

Мукта Шарма
Технический представитель по вопросам снижения вреда
Отдел по ВИЧ/СПИДу
Региональное бюро ВОЗ для Юго-Восточной Азии
Дели, Индия

Иван Соловиц
Национальный институт туберкулеза, заболеваний легких и торакальной хирургии
Вышне Хаги
Словакия

Джозеф К. Ситиеней
Отдел проказы, туберкулеза и заболевания легких
Министерство здравоохранения
Найроби
Кения

Пайам Табарси
Научно-исследовательский центр микобактериологии
Национальный научно-исследовательский институт туберкулеза и заболеваний легких
Тегеран
Исламская Республика Иран

Заза Церетели
Международный советник по техническим вопросам
Экспертная группа по оказанию медико-санитарной помощи в тюрьмах
Партнерства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального обеспечения
Таллинн
Эстония

Лииса Ууситало
Координатор проекта
Проект санитарного просвещения и взаимной поддержки для потребителей наркотиков в тюрьмах
2005–2008 годы
Фонд пробации
Хельсинки
Финляндия
Вместе с Управлением уголовных наказаний, Отделом служб здравоохранения, Министерством юстиции, Сирпой Хакамяки

Йост ван дер Меер
Исполнительный директор
Фонд борьбы со СПИДом Восток-Запад (AFEW)
Амстердам
Нидерланды

Даниэль Вульф, Международная программа разработки стратегии в области снижения вреда
Матт Кертис, Международная программа разработки стратегии в области снижения вреда
Синтия Айкьюзе, Государственная санитарная служба
Эмили Белл, Государственная санитарная служба
Эрин Хау, Государственная санитарная служба
Институт Открытого общества
Нью-Йорк, штат Нью-Йорк
Соединенные Штаты Америки

ПРИМЕЧАНИЯ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

