

Антиретровирусное лечение для потребителей инъекционных наркотиков

На долю потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) приходится подавляющее количество случаев ВИЧ, по меньшей мере, в 20 странах Азии и бывшего Советского Союза, включая Китай и Россию.¹ Несмотря на определенную динамику в предоставлении более доступного лечения ВИЧ в этих странах, вероятность доступности антиретровирусного (АРВ) лечения для ПИН остается несоразмерно меньшей.² В числе причин такого неравенства – неверное представление о влиянии потребления наркотиков на приверженность к режиму лечения, отказ в необходимой помощи, как, например, метадоновая терапия, которая могла бы содействовать лечению ВИЧ, стигматизация потребителей наркотиков в здравоохранительных учреждениях, а также тот факт, что особое значение придается лишению свободы и наказанию ПИН, а не оказанию им помощи.^{3,4,5,6,7,8}

Недостатки лечения ВИЧ: нехватка АРВ для ПИН

Хотя почти треть случаев ВИЧ за пределами Африки связана с потреблением инъекционных наркотиков, ПИН до сих пор продолжают исключать из программ АРВ лечения.⁹

- В Восточной Европе и Средней Азии ПИН составляют более 80% случаев ВИЧ, но лишь 14% от общего числа принимающих АРВ.¹⁰
- В России, где примерно 83% общего числа случаев ВИЧ приходится на ПИН¹¹, 70 тыс. человек нуждаются в АРВ лечении, и лишь 30 тыс. получают его. Отсутствие запасов медикаментов АРВ – постоянная проблема в стране.¹²
- В Таиланде, где АРВ лечение проходят более 80% нуждающихся в нем, потребителей наркотиков систематически обходят стороной, а некоторые медицинские учреждения открыто отказывают им.¹³
- В Китае, Малайзии и Вьетнаме ПИН месяцами и годами удерживают в центрах принудительной детоксикации и реабилитации. Несмотря на то, что многие ПИН являются ВИЧ-позитивными, лишь немногие центры предлагают АРВ.^{14,15,16}
- В Малайзии ПИН составляют 75% всех случаев ВИЧ, и лишь 5% получающих АРВ лечение.¹⁷

Преимущества лечения ВИЧ: клиническая эффективность АРВ для ПИН

Медицинские учреждения часто не желают лечить ПИН, заявляя, что жизнь последних слишком хаотична для соблюдения режима антиретровирусного лечения, и что многочисленные заболевания чрезмерно усложняют лечение.^{18,19} Несмотря на то, что активное потребление наркотиков связывают с проблемами доступа и приверженности к АРВ терапии, при условии получения соответствующей помощи ПИН соблюдают режим лечения и демонстрируют результаты, сопоставимые с показателями других пациентов.^{20,21}

- Исследование во Франции, проведенное в 2006 году, установило, что потребление инъекционных наркотиков в прошлом не оказывает существенное влияние на приверженность к АРВ-терапии.²²
- Исследование пациентов в Ванкувере (Канада), проведенное в 2004 году, показало, что у соблюдавших курс лечения АРВ потребителей наркотиков наблюдался такой же рост количества CD4-лимфоцитов, как и у соблюдавших режим пациентов, не употреблявших наркотики.²³
- Согласно результатам исследования 2000 года в Сан-Паулу (Бразилия), активное потребление наркотиков не влияет на соблюдение курса лечения АРВ: у 69% пациентов показатель соблюдения превысил 80%,

несмотря на то, что подавляющая их часть были бедны, с низким уровнем образования и без работы.²⁴

- Исследование пациентов, проходящих курс лечения АРВ в 51 центре Европы, проведенное в 1999 г., не обнаружило существенной разницы между ПИН и не употребляющими наркотики пациентами по показателям количества CD4-лимфоцитов или иммунного ответа.²⁵

Инструмент лечения ВИЧ: заместительная терапия опиатной зависимости и АРВ для ПИН

Назначенные лекарственные препараты, такие как метадон и бупренорфин – наиболее изученная и эффективная форма лечения опиатной зависимости.²⁶ Заместительная терапия позволяет пациентам прекратить или уменьшить потребление запрещенных наркотиков (в том числе инъекционных), улучшить состояние здоровья, стабилизировать жизнь и соблюдать режим АРВ.²⁷ В 2005 году Всемирная организация здравоохранения внесла метадон и бупренорфин в Перечень основных лекарственных средств.

Несмотря на эффективность заместительной терапии опиатной зависимости, ее применение остается существенно ограниченным. По оценкам, из 6,5 млн. ПИН, проживающих в странах, где инфицированные иглы являются основным источником распространения ВИЧ, лишь 130 тыс. имеют доступ к заместительной терапии.²⁸ В России, где насчитывается более 2 млн. ПИН, заместительная терапия опиатной зависимости вообще запрещена.²⁹

Потребности лечения ВИЧ: интегрированная, комплексная помощь для ПИН

Потребление наркотиков часто связывается с прочими факторами, которые могут отрицательно повлиять на лечение ВИЧ, в том числе бедность, наличие психического заболевания, гепатита С или туберкулеза. Предоставление нескольких услуг в одном центре, а также создание устойчивых связей между наркологическими клиниками и медицинскими учреждениями, предоставляющими лечение от ВИЧ и туберкулеза, позволит увеличить доступность и эффективность АРВ для ПИН. Поздние часы работы, размещение программ в удобных для

потребителей наркотиков местах и вовлечение аутрич-работников и консультантов из числа равных в процесс проведения лечения также повышает эффективность оказания услуг здравоохранения для ПИН.^{30,31,32,33}

Повышению приверженности к АРВ-терапии также способствует непосредственно предоставляемая антиретровирусная терапия (DAART), при которой сотрудники программы наблюдают за предоставлением АРВ-терапии.^{34,35}

- Программа в Нью-Йорке предложила своим пациентам обучение и консультирование равными, поддержку при сообщении о ВИЧ-положительного диагноза членам семьи, а также направления на лечение от наркозависимости и в службы предоставления жилья. В состав команды, предоставляющей помощь, вошли социальный работник, медсестра и врач. Каждую неделю новые пациенты получали наполненные таблетками коробочки, а также консультации. Исследование программы в 2004 году показало, что спустя год почти 9 из 10 ее пациентов (86%) достигли уровня неопределяемой вирусной нагрузки, и лишь треть пациентов, не получивших такой помощи, достигли аналогичных показателей.³⁶
- Исследование программы в Нью-Хэйвене (США) в 2004 году показало, что 77% потребителей наркотиков, которым была предложена поддержка равными и DAART в мобильной клинике здоровья, достигли уровня неопределяемой вирусной нагрузки. Показатель приверженности к лечению среди таких ПИН составил 85%, несмотря на тот факт, что 35% были бездомными, а 74% – в состоянии депрессии.³⁷
- Исследование 2005 г. в Балтиморе (США) показало, что вероятность соблюдения режима АРВ существенно выше среди ПИН, которые получали DAART в метадоновых клиниках, чем среди пациентов, которые самостоятельно занимались своим АРВ лечением, в том числе ПИН, которые то принимали, то не принимали метадон, и лиц, не употребляющих инъекционные наркотики.³⁸

«Доступ к лечению ВИЧ не должен быть искусственно ограничен ни политическими, ни социальными факторами. В частности, не следует отказывать в медицинской помощи любого уровня потребителям инъекционных наркотиков».³⁹

— Всемирная организация здравоохранения, «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ», 2004.

NOTES

- 1 IHRD (2008). *Тенденции и события в области снижения вреда 2008: Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ*. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество», 2008. – С. 11.
- 2 Aceijas, C., E. Oppenheimer, et al. (2006). "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' ('3by5')." *Addiction* (0), doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01509.x.
- 3 International Treatment Preparedness Coalition (2007). *Missing the Target*. <http://www.aidstreatmentaccess.org/itpc5th.pdf>
- 4 ЮНЭЙДС (2006). Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. – Женева: ЮНЭЙДС, 2006.
- 5 Хьюман Райтс Вотч (2006). Риторика и риск: нарушения прав человека затрудняют борьбу с ВИЧ/ СПИДом в Украине [Электронный ресурс]. – Нью-Йорк: Хьюман Райтс Вотч, 2006 - . – Режим доступа: <http://hrw.org/russian/reports/ukraine/2006/aids.html>, свободный. – Загл. с экрана.
- 6 Human Rights Watch (2003). *Locked Doors: The Human Rights of People with AIDS in China*. New York: Human Rights Watch.
- 7 Bobrova N, Rhodes T, et al (2006). "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities." *Drug and Alcohol Dependence* (82 Suppl 1). S57-63.
- 8 Wolfe, D. and K. Malinowska-Sempruch. (2004). *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches*. New York: International Harm Reduction Development Program (IHRD) of the Open Society Institute.
- 9 ЮНЭЙДС, op cit.
- 10 IHRD (2008). *Тенденции и события в области снижения вреда 2008: Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ*. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество», 2008. – С. 63.
- 11 IHRD (2008). *Тенденции и события в области снижения вреда 2008: Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ*. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество», 2008. – С. 37.
- 12 International Treatment Preparedness Coalition, op cit.
- 13 Human Rights Watch (2007). "Deadly Denial: "Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand." New York: Human Rights Watch
- 14 Human Rights Watch (2003). op cit.
- 15 Wolfe, D. and K. Malinowska-Sempruch, op cit.
- 16 Vu Doan, T. (2001). *Harm reduction for injecting drug users in Vietnam: A situation assessment*. Report for Macfarlane Burnet Centre, Victorian Public Health Training Scheme. Melbourne, Australia.
- 17 Aceijas, C., E. Oppenheimer, et al., op cit.
- 18 Human Rights Watch (2004). "Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation." New York: Human Rights Watch. <http://hrw.org/reports/2004/russia0404/>
- 19 Хьюман Райтс Вотч (2006), op cit.
- 20 Peretti-Watel P, Spire B et al. (2006). "Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients." *Drug and Alcohol Dependence* (82 Suppl 1). S71-9.
- 21 Wood E, Montaner JS, et al. (2004). "Adherence to antiretroviral therapy and CD4 T-cell count responses among HIV-infected drug users: implications for program replication." *Clin Infect Dis* 2004;1 (38 Suppl 5):S376-87.
- 22 Peretti-Watel P, op cit.
- 23 Wood E, op cit.
- 24 Nemes, MIB (2000). "Aderencia ao Tratamento por Anti-retrovirais em Servicos Publicos no Estado de Sao Paulo," Brasilia, DF. Sao Paolo: Ministerio da Saude do Brasil.
- 25 Mocroft, A., S. Madge, et al. (1999). "A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy and CD4 T-cell count responses among HIV-infected injection drug users." *Antivir Ther* 2004;9(2):229-35.
- 26 Institute of Medicine (1990). *Treating Drug Problems, vol. 1*. Washington, DC: National Academy Press; 187.
- 27 Palepu A, Tyndall MW et al (2006). "Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users." *Drug and Alcohol Dependence*. In press.
- 28 IHRD (2008). *Тенденции и события в области снижения вреда 2008: Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ*. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество», 2008. – С. 72.
- 29 IHRD (2008). *Тенденции и события в области снижения вреда 2008: Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ*. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество», 2008. – С. 76.
- 30 Казачкин М., Лерт Ф. (2004). Франция: отвечая нуждам потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения ВИЧ // IHRD «Преодолевая барьеры». – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» - с. 58-63.
- 31 Broadhead RS, Heckathorn DD et al. "Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention." *Public Health Reports*. 1998, 113 Suppl 1: 42-57.
- 32 Kerr T, Small W et al. "Harm reduction by a "user-run" organization." *Int J of Drug Policy*. 2006, 17: 61-69.
- 33 Grund, JP, Blanken P et al. "Reaching the unreached." *J of Psychoactive Drugs*. 1992, 24(1): 41-7.
- 34 Altice F, Mezger J, Hodges J, Bruce R, Marinovich A, Walton M, et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. *Clin Infect Dis* 2004; 1 (38 Suppl 5):S376-87.
- 35 Lucas GM, Weidle PJ, Hader S and Moore RD (2004). "Directly Administered Antiretroviral Therapy in an Urban Methadone Maintenance Clinic: A Nonrandomized Comparative Study." *Clin Infect Dis*, 38:S409-13
- 36 Добкин Дж. Ф. (2004). Нью-Йорк: Антиретровирусная терапия для пациентов с множественными проблемами. // IHRD «Преодолевая барьеры». Op cit.
- 37 Altice F, op cit.
- 38 Lucas GM, op cit.
- 39 ВОЗ (2004). Предоставление помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004. – С. 21.