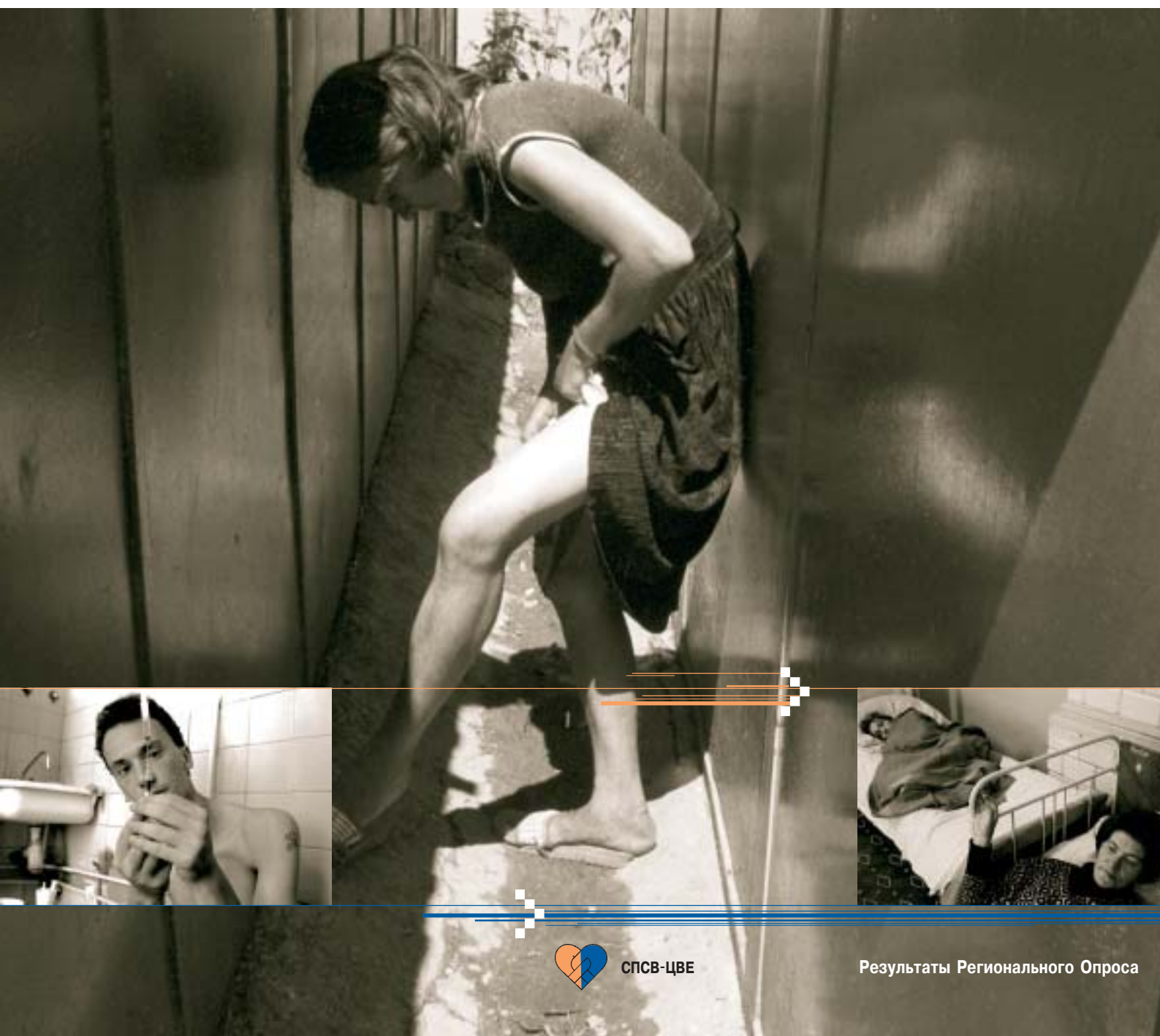


# Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИД и первичная медицинская помощь

в странах Центральной и Восточной Европы и бывшем Советском Союзе



СПСВ-ЦВЕ

Результаты Регионального Опроса

Авторы выражают особую благодарность респондентам, благодаря ответам которых вышла в свет эта публикация, а также людям, живущим с ВИЧ, у которых хватило мужества поделиться своими историями и опытом.

## • Респонденты опроса

Страна	Город, область (страна)
Албания	Тирана
Армения	Ереван
Азербайджан	Баку
Беларусь	Минск, Могилёв, Светлогорск (Гомельская область), Витебск
Босния и Герцеговина	Тузла
Болгария	Бургас, Пловдив, София, Плевенская область
Хорватия	Далмация, Загреб, Приморско-Горанска область
Чехия	Прага, Усти-над-Лабем
Эстония	Таллинн
Грузия	Тбилиси
Венгрия	Будапешт, Шегед
Казахстан	Актоб, Алма-Аты, Кустанай, Акмолинская область
Кыргызстан	Бишкек
Латвия	Рига
Литва	Друскининкай, Клайпеда, Вильнюс
Македония	Скопье
Молдова	Фалешты, Кишинёв
Польша	Хорзов, Краков, Варшава
Румыния	Бухарест
Россия	Барнаул, Хабаровск, Москва, Новороссийск, Пенза, Псков, Санкт-Петербург, Тольятти, Тверь, Верхняя Салда, Волгоград, Вологда, Воронеж, Ярославль, Южно-Сахалинск, Республика Татарстан, Якутия, Астраханская область, Иркутская область, Свердловская область, Саратовская область, Волгоградская область, Калининградская область, Нижегородская область, Алтайский край, Липецкая область
Словакия	Братислава
Словения	Любляна
Таджикистан	Душанбе, Худьянд
Туркменистан	Ашхабад
Украина	Черкассы, Хмельницкий, Киев, Кременчуг, Кривой Рог, Львов, Макеевка, Николаев, Одесса, Полтава, Сумы, Автономная республика Крым, Сумская область, Николаевская область, Кировоградская область, Ивано-Франковская область, Львовская область, Донецкая область, Харьковская область, Винницкая область, Житомир, Ужгород
Узбекистан	Ташкент, Термез
Югославия	Белград

## • Люди, живущие с ВИЧ

Оксана, Беларусь; Гражина Жакиене, Литва; Андрей Артеменко, Россия; Дмитрий Барсуков, Россия; Максим Федотов, Россия; Ярослав Кандюхин, Россия; Станислав Казикин, Россия; Сергей Федоров, Украина; Наталья Леончук, Украина

© Июль 2002

**Издание Сети Проектов Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы**

Альгирдо 41-1, Вильнюс, Литва, тел. (370) 5210 5180, (370) 5210 5181,  
э-почта [info@ceehrn.org](mailto:info@ceehrn.org), <http://www.ceehrn.org>

**Этот опрос и отчёт стали возможны благодаря поддержке:**

Международной Программы Развития Снижения Вреда Института "Открытое общество"  
Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ)  
Международной Программы ООН по контролю за наркотиками  
AIDS Foundation East-West - AFEW

Фотографии на обложке: Александр Гляделов

Дизайн издания: Дональдас Андзюлис



Начиная с 1999 г. в отчётах Объединённой программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) каждый год сообщалось, что эпидемия ВИЧ/СПИД в странах бывшего Советского Союза<sup>1</sup> разрастается быстрее, чем где-либо ещё в мире. За семь лет эпидемия распространилась настолько, что на сегодняшний день на территории бывшего Советского Союза живет больше миллиона людей с ВИЧ. Эта цифра превышает количество ВИЧ-инфицированных во всей Северной Америке. В отчётах также сообщается, что 88% людей с ВИЧ/СПИД являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Это указывает на необходимость проведения профилактики ВИЧ в этих регионах.

Гораздо меньше обсуждаются вопросы лечения ВИЧ, как антиретровирусными препаратами с целью приостановления развития ВИЧ, так и профилактического лечения с целью предотвращения инфекций, сопутствующих ВИЧ, или необходимого для мониторинга обследования иммунной системы. Хотя отдельные страны предоставляли свои отчёты, попытки собрать данные и сравнить методы по всему региону предпринимались довольно редко. Оценка специфических нужд в области охраны здоровья потребителей инъекционных наркотиков, составляющих большую часть случаев ВИЧ/СПИД в регионе, и попытки решить проблемы, связанные с получением ВИЧ-инфицированными ПИН доступа к какому-либо рода медицинскому уходу, включая базовую медицинскую помощь, находятся на очень ограниченном уровне. В данном отчете предпринимается попытка нарушить молчание об этой проблеме.

*Эмилис Субата, доктор медицинских наук,  
Координатор Сети Проектов Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы*



## Краткое содержание

Опрос, проведённый среди 132 организаций из стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, определил доступность медикаментов для лечения ВИЧ, первичной медицинской помощи и заместительной терапии (например, метадоном или бупренорфином) для потребителей инъекционных наркотиков в регионе. В опросе участвовали **программы снижения вреда**, работающие в сфере снижения негативных последствий от употребления наркотиков или поддержки таких инициатив (65%), а также представители **правительственных программ по ВИЧ/СПИДу** - национальные, региональные и муниципальные СПИД-центры и национальные комиссии по СПИДу (34%). Основные результаты опроса таковы:

### Антиретровирусная терапия (АРВТ)

**Доступ ко всем видам антиретровирусной терапии (АРВТ), особенно к тройной комбинированной терапии, признанной ВОЗ стандартом лечения, крайне ограничен для всех ВИЧ-инфицированных в данном регионе.**

- Респонденты из 24 стран Центральной Восточной Европы и бывшего Советского Союза сообщили, что 6895 людей, т. е. 2% из всех зарегистрированных ВИЧ/СПИД случаев, проходят тройную комбинированную терапию. Более трех четвертей из них проживают в Румынии (58%), где международные программы оказания помощи и доступа к лекарствам финансируют лечение детей, инфицированных в ходе медицинских процедур, или в Польше (19%).
- В Европейских странах СНГ (Беларуси, Молдове, России и Украине) только 733 людей - 0,3% из более чем 250

000 зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД - получают тройную комбинированную терапию.

- АРВТ вообще недоступна в Албании, Армении, Азербайджане, Кыргызстане, Македонии, Таджикистане и Туркменистане.

**Доступ к АРВТ ещё более ограничен для ПИН: несмотря на то, что они составляют 82% от общего количества случаев ВИЧ/СПИД в данном регионе, лишь 23% из них получают АРВТ в какой-либо форме.**

**АРВТ наиболее доступна в тех странах, где ПИН составляют наименьший процент случаев ВИЧ/СПИД.**

- В восьми странах Центральной и Восточной Европы более 20% зарегистрированных пациентов с ВИЧ/СПИД проходят АРВТ. Во всех этих странах, кроме Югославии, ПИН составляют менее 15% от всех случаев ВИЧ/СПИД.

**В странах, где ПИН составляют две трети или более от общего количества случаев ВИЧ/СПИД, АРВТ практически недоступна, а доступ ПИН к имеющемуся лечению закрыт.**

- Ни в одной из одиннадцати стран, где ПИН составляют две трети или более от общего числа пациентов с ВИЧ/СПИД, АРВТ не является доступной даже для 5% инфицированных.

**По данным программ, ПИН испытывают неравенство в доступе к тройной терапии.**

- В Беларуси, где ПИН составляют 78% от всех случаев

<sup>1</sup> В данном отчете под "бывшим Советским Союзом" подразумеваются Балтийские государства (Эстония, Латвия и Литва), страны Центральной Азии и Кавказа (Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) и Европейские страны Содружества Независимых Государств (Беларусь, Молдова, Украина и Россия).

ВИЧ/СПИД, ни один из них не получает тройной комбинированной терапии.

- Хотя ПИН составляют 93% случаев ВИЧ/СПИД в России, по данным программ, только 13% из тех, кто получает тройную комбинированную терапию, являются ПИН.

## **Профилактика пневмоцистной пневмонии и мониторинг иммунного статуса (CD4+)**

Препараты для профилактики сопутствующей СПИДУ пневмонии и тесты на выявление функций иммунной системы более доступны, чем АРВТ, однако для многих жителей региона доступ к ним также закрыт.

По данным опроса, в 21 стране существует доступ к недорогой или бесплатной профилактике пневмоцистной пневмонии и тестированию на иммунный статус (CD4+). Только в 5 странах – Армении, Азербайджане, Таджикистане, Туркменистане и Кыргызстане — профилактика пневмоцистной пневмонии и обследование на CD4+, или и то, и другое, недоступны.

**Менее половины (44%) программ, действующих на территории региона, сообщают, что их ВИЧ-инфицированные клиенты имеют доступ к недорогим или бесплатным препаратам для профилактики пневмоцистной пневмонии.**

**Половина программ (50%) сообщают, что их ВИЧ-инфицированные клиенты имеют доступ к недорогому или бесплатному обследованию на иммунный статус (CD4+).**

**Географическое положение даже внутри одной страны влияет на доступность профилактики пневмоцистной пневмонии и обследования на иммунный статус (CD4+).**

- В Украине и Беларуси обследование на иммунный статус (CD4+) и профилактика пневмоцистной пневмонии доступны в столицах, но недоступны в тех регионах, где уровень распространённости ВИЧ наиболее высок.

**По данным программ снижения вреда, профилактика пневмоцистной пневмонии и тестирование на CD4+ гораздо менее доступны, чем по данным государственных программ по ВИЧ/СПИДУ.**

- Среди программ снижения вреда лишь четверть (25%) сообщили, что их ВИЧ-инфицированные клиенты имеют доступ к недорогой или бесплатной профилактике пневмоцистной пневмонии (по сравнению с 78% респондентов из государственных программ по ВИЧ/СПИДУ).
- Лишь треть (34%) респондентов программ снижения вреда сообщили, что их клиенты имеют доступ к прохождению недорогого или бесплатного обследования на CD4+ (по сравнению с 78% респондентов из государственных программ по ВИЧ/СПИДУ).

## **Первичная медицинская помощь**

Во многих странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза гарантируется бесплатная медицинская помощь. Действительно, 71% респондентов сообщили, что их клиенты получают базовую медицинскую помощь (например, лечение бактериальных инфекций или заболеваний, переда-

ваемых половым путём) бесплатно или за небольшую плату.

Однако у ПИН возникают особые трудности при получении доступа к такой помощи.

**Половина программ, работающих непосредственно с ПИН, не смогли предоставить информацию о том, какое количество ПИН получают первичную помощь.**

**Программы снижения вреда, предоставившие информацию о количестве ПИН, имеющих доступ к получению базовой медицинской помощи, сообщили, что около 73% ПИН не имеют доступа ни к каким видам базовой медицинской помощи.**

**Почти две трети (60%) респондентов из программ снижения вреда сообщили, что для ПИН неофициально создаются препятствия в получении первичной медицинской помощи.**

## **Заместительная терапия**

Заместительная терапия, направленная на снижение уровня преступности, связанной с наркотиками, темпов распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, ограничена в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза.

**Общее количество пациентов, проходящих заместительное лечение метадонном или бупренорфином, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза составляет 6565 людей.**

- Из них 6343 (97%) находятся на метадоновом поддержании и 222 (3%) - получают бупренорфин.

**В странах, где заместительная терапия наиболее доступна, ПИН обычно составляют очень маленький процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.**

- 77% программ заместительной терапии, доступных в регионе, работают в странах Центральной и Юго-Восточной Европы, где ПИН составляют менее 15% от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.
- Только в Хорватии и Словении заместительное лечение доступно 3400 пациентам, что составляет 52% от общего числа пациентов, получающих метадон или бупренорфин во всем регионе.

**В странах, где заместительная терапия наименее доступна, ПИН обычно составляют самый высокий процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.**

- Девять стран – Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Россия – не проводят ни бупренорфиновую, ни метадоновую терапию. В названных девяти странах проживает более 80% ВИЧ-инфицированных ПИН.
- Метадоновое поддержание – самая дорогая и наиболее эффективная форма заместительной терапии – не доступно в семи из одиннадцати (64%) стран, где ПИН составляют две трети или более от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.

**Выводы и рекомендации читайте на стр. 26**



## Происхождение: случаи ВИЧ/СПИДа в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза

*“У этих стран всё ещё есть хороший шанс, потому что пока осталось время для того, чтобы предупредить широкое распространение вируса”.*

— Джоханнес Халлеуер, Всемирная программа ВОЗ по СПИДу, 1993

*“Заболеваемость ВИЧ в этом регионе растет быстрее, чем где-либо ещё в мире”.*

— Последние данные по эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, декабрь 2001

Цифры наглядно показывают экспоненциальный рост. В 2000 г. в России было зарегистрировано больше случаев заражения ВИЧ, чем за все предыдущие годы вместе. В Украине, где с 1989 по 1994 г. было зарегистрировано менее 100 случаев ВИЧ-инфекции, на сегодняшний день около 300 000 человек живут с ВИЧ. Число случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Эстонии, в 2001 г. увеличилось на 300%, в результате чего Эстония на сегодняшний день является одной из стран с самым высоким уровнем распространенности ВИЧ в Европе. В Центральной Азии ситуация такова: в Казахстане было зарегистрировано 185 новых случаев ВИЧ/СПИД в 1999 г., 347 в 2000 г. и 909 за первые 9 месяцев 2001 г. К маю 2002 г. число зарегистрированных случаев достигло 2870.

За исключением Польши и Югославии, в странах Центральной и Юго-Восточной Европы ещё не было зарегистрировано вспышек эпидемии ВИЧ. Однако в России и в других странах бывшего Советского Союза число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (составляющее лишь часть реальных случаев) с каждым годом увеличивается почти вдвое. Несмотря на то, что общий уровень распространенности ВИЧ в странах бывшего Советского Союза значительно ниже, чем в странах Африки, особенно затронутых эпидемией, ВИЧ/СПИД на территории бывшего Советского Союза, где, по оценкам ЮНЭЙДС, к концу 2001 г. насчитывалось около миллиона людей, живущих с ВИЧ, уже получил более широкое распространение, чем в Соединённых Штатах. По оценкам Имперского колледжа (Лондон), через 5 лет 5% всего взрослого населения России может быть инфицировано ВИЧ, а количество больных СПИДом, находящихся на развитой стадии болезни, может насчитывать 4 миллиона человек (Walsh 2002).

Еще одной чертой эпидемии на территории бывшего Советского Союза является то, что ПИН составляют большую часть зарегистрированных и новых случаев инфекции. Хотя во многих городах и регионах наблюдались вспышки заболеваемости в связи с употреблением инъекционных наркотиков, нигде еще эпидемия не была настолько широкой и продолжительной, как в России, где 93% случаев ВИЧ/СПИД связано с употреблением инъекционных наркотиков (Munro 2002).

Высокий процент совместного использования инъекционного инструментария, а также тот факт, что наркотики нередко готовят сообща и распределяют раствор по шприцам из одного общего шприца, привели к быстрому распространению ВИЧ на территории бывшего Советского Союза (Grund 2001). Например, в Украине случаи ВИЧ-инфекции среди

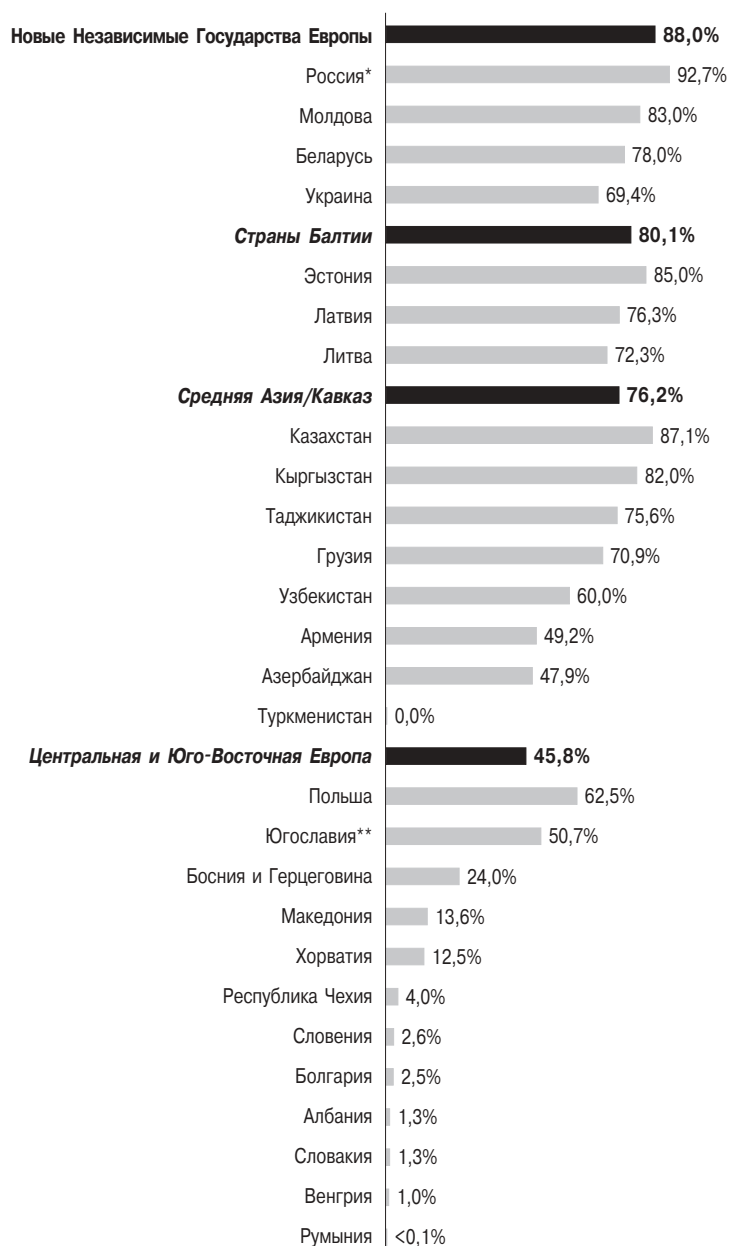
ПИН в 1994 г. были практически равны нулю, но уже через 2 года охватили почти половину этой группы (ЮНЭЙДС 1999). В белорусском городе Светлогорске анализы крови из шприцев, которыми пользовались ПИН, показали, что 67% ПИН были инфицированы уже через год после того, как были зарегистрированы первые случаи ВИЧ-инфекции (Grund 2001). В Санкт-Петербурге, где в 1998 г. были инфицированы 0,3% ПИН, к 2000 г. ВИЧ-инфекция охватила уже 19,3% потребителей (Dehne и Kobyscha 2000).

Поскольку многие случаи инфицирования связаны с употреблением инъекционных наркотиков, уголовные кодексы и условия тюремного заключения становятся особо важным фактором в распространении эпидемии. В России стремительно увеличивается количество задержаний, связанных с наркотиками, а также растут сроки предварительного заключения. По этой причине в камерах, рассчитанных на 28 человек, оказываются по 110 заключённых (Stern 1998). Мультирезистентный туберкулёз, секс по принуждению и совместное использование зараженного инъекционного инструментария являются распространёнными факторами риска. Результаты исследований, недавно проведённых в семи российских тюрьмах, показали, что 21% заключённых в момент задержания имели при себе инъекционные наркотики, а 13,5% начали употреблять их уже в тюрьме (MSF 2000). По официальным данным, 20% ВИЧ-инфицированных в Польше отбывали тюремный срок или предварительное заключение. В Латвии 20% от общего количества и приблизительно половина новых случаев, регистрируемых каждый год, составляют люди, побывавшие в заключении (Malinowska-Sempruch 2001). В Литве только за две недели в мае 2002 г. среди заключённых было обнаружено более половины случаев ВИЧ, зарегистрированных в стране за все предыдущие годы.

Сосредоточение ВИЧ-инфекции среди ПИН и в тюрьмах могла бы существенно облегчить контроль над эпидемией. Хотя потребители наркотиков не являются организованным сообществом, они составляют полуформальные объединения, и, таким образом, их можно охватить через аутрич-работу (Friedman, Des Jarlais и др. 1994). Обеспечение новыми шприцами через программы обмена игл - одна из немногих программ воздействия, показавших наибольшую эффективность в снижении риска ВИЧ-инфицирования в тюрьмах и за их пределами (Lurie и Reingold 1993; Paone, Des Jarlais и др. 1995; Alcibes, Beniowski и др. 1999; Finkelstein, Vogel и др. 2000; Jacob и Stuver 2000). Программы заместительной терапии, особенно включающие назначение метадона в

структурированных режимах поддержания, также снижают риск заражения ВИЧ и другие риски, связанные с употреблением наркотиков, улучшая при этом социальный статус потребителей (Ward, Mattick и др. 1994; Lindesmith 1997). Как обмен шприцев, так и метадонное поддержание доказали свою эффективность и доступность в данном регионе, в том числе и в тюрьмах. В Словении и в Кыргызстане метадон назначается некоторым заключенным; в Албании, Эстонии и Молдове в тюрьмах недавно начал проводиться мелкомасштабный обмен игл.

**Диаграмма 1: Процент ПИН среди зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД, май 2002**



\*Россия: показатели по ВИЧ/СПИД на 1 июня 2002 г. Показатели по ПИН на 1 января 2002 г.

\*\*Югославия: Процент ПИН среди больных СПИДом — информация о показателях по ВИЧ отсутствует.

Рост эпидемии ВИЧ/СПИД, однако, совпал с периодом, когда многие страны бывшего Советского Союза оказались не в состоянии оказывать надлежащие услуги по охране общественного здоровья. Советское государство финансировало оказание медицинской помощи; пациенты должны были проходить тщательное обследование и выполнять требования по лечению. Когда государство распалось, развалилась и система общественного здравоохранения во многих регионах (Garrett 2000). Ведомственные поликлиники были приватизированы (Brown и Rusinova 2000). Акушеры и гинекологи, которым раньше платили за поездки в отдалённые регионы для обеспечения ухода за женщинами, живущими в деревнях, прекратили такие выезды (Институт “Открытое общество” 2001). Массовое переселение, вызванное экономическими затруднениями и социальными конфликтами — только в конце восьмидесятых, начале девяностых годов, около 9 миллионов людей добровольно покинули свои дома (Burke 2000), — разрушило городскую инфраструктуру и социальную безопасность. Вслед за этим начались проблемы в области здравоохранения — от туберкулёза до дифтерии и холеры.

В то же время значительно вырос уровень употребления инъекционных наркотиков, коммерческого секса и распространения болезней, передаваемых половым путём. Всё это сыграло роль в распространении ВИЧ. Например, количество вновь зарегистрированных случаев сифилиса в России в 2000 г. почти в 40 раз превысило их количество в 1987 г. Подобные скачки произошли и в других странах бывшего Советского Союза (ЮНЭЙДС 2001). Употребление инъекционных наркотиков выросло до невиданных прежде размеров: в России, где за последние 10 лет количество наркозависимых возросло, по неофициальным данным, в 12 раз, результаты недавнего исследования показали, что приблизительно половина Российских студентов употребляли инъекционные наркотики (Kramer 2000). По недавним оценкам, число работников коммерческого секса только в Москве достигает 70 000 (Dehne 2002).

Исследователи нередко рассматривают употребление наркотиков и коммерческий секс как результаты падения нравов или экзистенциального кризиса, затронувшего часть людей, пытающихся понять, “кто они”, или справиться с быстрыми переменами в обществе. Такой подход характерен для образования в области ВИЧ в целом, когда оценки варьируются от микроскопического уровня (“причина СПИДа — вирус, который переносится с кровью и спермой, и — он не делает различий») до персонального уровня (“из-за самоуспокоенности люди занимаются небезопасным сексом” или “отчаяние толкает людей к наркотикам”). Однако следует учитывать также и влияние экономических перемен как одного из важнейших факторов роста употребления наркотиков, развития коммерческого секса и распространения ВИЧ-инфекции. Часто говорят о том, что тысячи ПИН на территории стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза — это подростки, что во многом объясняется другим фактом, о котором, однако, говорят гораздо реже: в 1999 г. около 18 миллионов жителей региона в возрасте от 15 до 24 лет не работали и не учились (ЮНИСЕФ – ICDC 1999). Кроме того, четвертая часть населения бывшего Советского Союза в течение полутора лет после распада СССР жила за чертой бедности (Garrett 2000).

Во многих случаях число ВИЧ-инфицированных росло стремительнее всего в тех областях, где происходили наиболее быстрые экономические перемены. Многие очаги вспышек эпидемии ВИЧ — Нарва в Эстонии, Темиртау в Казахстане, Нова Хута в Польше — приходились на так называемые «мёртвые города», индустриальные центры, где огромные фабрики и заводы советской эпохи были распроданы, сокращены или просто закрыты. Вместе с упадком государственной экономики и закрытием государственных школ и больниц начинает развиваться неорганизованная и нелегальная экономика, в частности, наркобизнес и коммерческий секс. Таким образом, в тех областях, где неожиданно открывается рыночная торговля и начинается поток товаров, свидетельствующий о глобализации (например, в такой «свободной экономической зоне», как Калининградская область, или в городских центрах, таких как Москва и Санкт-Петербург), ВИЧ начинает распространяться с пугающей скоростью. Наркотики и работники коммерческого секса входят в число «товаров», циркуляция которых набирает скорость. Далее, открытые границы и быстрые темпы перехода, характерные для постсоветской эпохи, способствовали перемещению эпидемии ВИЧ/СПИД из одной страны в другую и от ПИН и работников коммерческого секса на другие слои населения. В Украине и Беларуси, например, только в прошлом году более чем в 20% вновь зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД заражение произошло половым путем (ЮНЭЙДС 2001).

Масштабы ответных мер на эпидемию ВИЧ и медицинского ухода на национальном уровне должны определяться, исходя из оценки стремительно растущего количества случаев ВИЧ-инфекции, резкого сокращения ресурсов общественного здравоохранения и скачков в экономике переходного периода.

## Методология

В апреле и мае 2002 г. Сеть Проектов Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы (СПСВ-ЦВЕ) провела опрос организаций-членов Сети и других программ, работающих в области снижения вреда от употребления наркотиков и профилактики распространения ВИЧ в 27 странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. С помощью стандартизированной анкеты, включающей 42 вопроса на русском и английском языках, СПСВ-ЦВЕ провела опрос о наличии и доступности препаратов для лечения ВИЧ, в частности, антиретровирусных препаратов, лечения инфекций, сопутствующих СПИДу, и средств их профилактики. Кроме того, анкета включала вопросы, касающиеся доступа ПИН к первичной медицинской помощи, а также заместительному лечению (например, метадоном или бупренорфином), которое помогло бы ПИН стабилизировать свое поведение и избежать совместного использования инъекционного инструментария. Механизм опроса был разработан при технической поддержке Международной Программы Развития Снижения Вреда (IHRD), а комментарии по предварительным проектам предоставлены ВОЗ, ЮНЭЙДС и Европейской Группой по Вопросам Лечения СПИДа. К результатам опроса были добавлены качественные опросы людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, чтобы сопоставить полученные данные и тенденции, был использован обзор эпидемиологических отчетов, медицинской литературы и докладов в средствах массовой информации.

Данный опрос — крупнейший из когда-либо проводившихся исследований, касающихся доступа ПИН к лечению ВИЧ/СПИДа в данном регионе. Были опрошены 132 респондента из 103 городов в 27 странах. Как и количество зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа в регионе, наибольшее количество респондентов были из России (28 или 21%) и Украины (27 или 20%). Большая часть респондентов (65%) являлись сотрудниками **программ снижения вреда**: низкопороговых проектов, финансируемых, главным образом, иностранными организациями и муниципалитетами, работающими в области снижения негативных последствий от употребления наркотиков или поддержки таких усилий. Более трети (34%) респондентов являлись представителями **правительственных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом**, включая национальные, региональные и муниципальные СПИД-центры, государственные комиссии по борьбе со СПИДом и другие государственные учреждения по лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа. В значительной части государственных программ, участвовавших в опросе (12%), также использовались такие стратегии, как обмен шприцов, заместительная терапия и другие подходы снижения вреда от употребления наркотиков.

## Ограничения

**Размер выборки.** Хотя процент ответов и число респондентов были высокими — из 233 анкет 132 (57%) были возвращены в заполненном виде — размер и узость выборки всё же ограничивают возможность генерализации полученных данных. Выборка не была ни случайной, ни репрезентативной,

так как организации, участвовавшие в опросе, были отобраны из списков членов СПСВ-ЦВЕ, национальных СПИД-центров, местных представительств ЮНЭЙДС и грантополучателей IHRD. Кроме того, в таких странах, как Россия, где ВИЧ на сегодняшний день распространён в более чем 82 из 89 областей, даже 28 ответов явно недостаточно для статистически обоснованных выводов касательно первичной медицинской помощи или антиретровирусного лечения на территории всего государства. В некоторых случаях представление о ситуации в целом регионе составлялось из данных, полученных из одного СПИД-центра или программы снижения вреда. Для того чтобы расширить начальные данные, представленные в настоящем отчете, потребуются более детальное исследование на уровне одной страны, города или области.

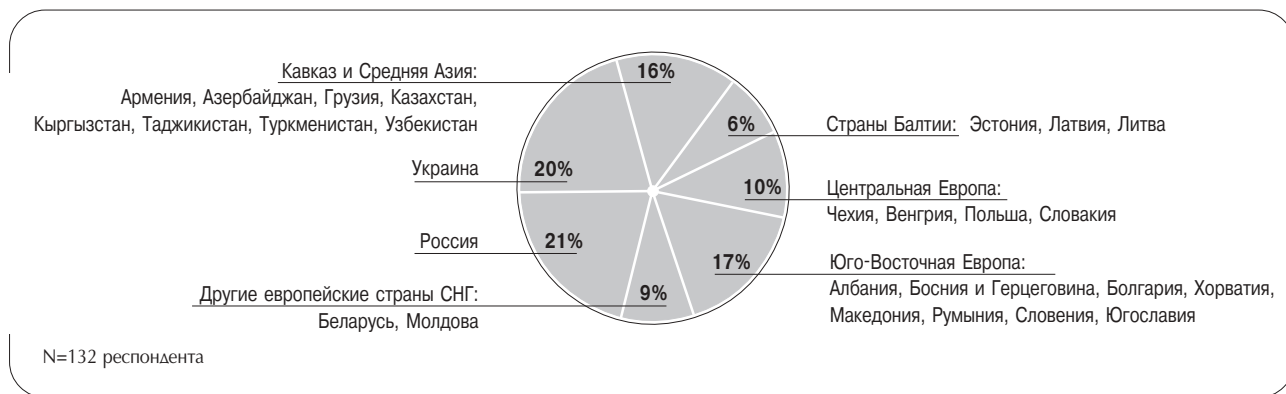
**Погрешности отчета.** Программы, предоставившие ответы на вопросы о доступе медицинской помощи для их клиентов, включая членов Сети Проектов Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы и национальные СПИД-центры, как правило, сами занимаются адвокацией или непосредственным предоставлением такой помощи. Соответственно, клиенты программ, участвовавших в опросе, с гораздо большей вероятностью получают первичную медицинскую помощь и лечение ВИЧ/СПИД, чем люди, не имеющие отношения к этим организациям. Значительное число ПИН, многие из которых,

возможно, инфицированы ВИЧ, вообще не имеют доступа к лечению и поддержке со стороны организаций: оценка и удовлетворение их нужд остаются за пределами данного исследования.

Кроме того, большинство программ, отвечавших на вопросы о доступе к медицинской помощи, работают только с ПИН, что затруднило выделение различий в положении ПИН и других людей в рамках системы здравоохранения.

**Сложность вопросов о медицинской помощи.** Разумеется, краткий опрос не может затронуть всех проблем, связанных с доступом к медицинской помощи. Ответы, в которых сообщается, что “антиретровирусная терапия доступна по невысокой цене”, не дают информации о том, существуют ли ограничения к доступу лишь у небольшого количества пациентов, или о том, не назначается ли только монотерапия. Даже получив ответ на вопрос, насколько доступно обследование на иммунный статус, мы не будем знать, насколько результаты этих тестов достоверны и насколько часто проводится тестирование. Подобным образом, сложно оценить доступность медицинской помощи ПИН и другим группам населения в ситуациях, когда услуги здравоохранения вообще труднодоступны. Как заметили некоторые респонденты и люди, живущие с ВИЧ, легко сказать, что при получении медицинской помощи все пациенты равны, если она практически недоступна ни для кого.

**Диаграмма II: Распределение респондентов по суб-регионам**





## Антиретровирусная терапия (АРВТ)

*«Несмотря на то, что данные виды лечения не избавляют от заболевания полностью и сами по себе могут представлять новые сложности для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, они позволяют ощутимо снизить уровень заболеваемости и смертности, продлить жизнь и повысить ее уровень, вернуть людям веру в жизнь и воспринимать ВИЧ/СПИД не как чуму, а как поддающееся управлению хроническое заболевание».*

— ВОЗ, Расширение доступа к антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: руководящие принципы для органов здравоохранения, 2002

Парадокс развития эпидемии ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и на территории бывшего Советского Союза заключается в том, что она получила небывалое распространение как раз тогда, когда количество смертей, связанных с ВИЧ, в Западной Европе и США резко упало. Начиная с 1996 г. антиретровирусная терапия — т. е. использование трёх или более антиретровирусных препаратов, известное как тройная комбинированная терапия — значительно снизила уровень смертности и оппортунистических инфекций, сопутствующих СПИДу, в США и Западной Европе. В США годовой курс тройной комбинированной терапии на человека стоит около \$12 000, а в некоторых странах, испытывающих недостаток в ресурсах, производители при содействии Инициативы ЮНЭЙДС по улучшению доступа к лекарствам для лечения ВИЧ-инфекции установили 70-90% скидку. Цены производителей дженериков ещё ниже: годовой курс тройной комбинированной терапии на человека стоит всего \$300 (MSF 2002).

Однако в большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза тройная комбинированная терапия либо не доступна по приемлемым ценам, либо используется не достаточно. Эпидемия ВИЧ/СПИД в некоторых странах региона — относительно новое явление, так что, по идее, АРВТ требуется лишь немногим инфицированным; тем не менее, во всех описываемых странах были зарегистрированы случаи смерти от СПИДа, что лишний раз доказывает потребность в АРВТ и разработке клинических протоколов, указывающих, когда и как его начинать.

- АРВТ наиболее доступна в странах Центральной и Юго-Восточной Европы, где эпидемия имеет относительно небольшие размеры. В этих странах некоторые виды АРВТ проводятся бесплатно. Например, в Венгрии, где зарегистрирован 981 случай ВИЧ/СПИД, треть больных бесплатно проходят какой-либо из видов АРВТ. В Хорватии, где зарегистрировано 337 случаев ВИЧ/СПИД, 40% больных проходят тройную комбинированную терапию бесплатно. Это не зависит напрямую от экономического достатка: например, в Болгарии лечение бесплатно проходят все нуждающиеся в нем ВИЧ-инфицированные.
- В России и Украине цены, достигающие \$9000-\$10 000 USD в год на человека (Hyde 2002; Ruhl, Pokrovsky и др. 2002), выходят далеко за рамки большинства государственных и муниципальных бюджетов и делают тройную комбинированную терапию практически недоступной для большинства инфицированных.
- Россия производит свои собственные аналоги АЗТ, известные как “Тимазид” и “Росфазид”. Хотя в опросе не

содержалось вопросов о том, из каких именно препаратов состоят режимы лечения, многие респонденты из России сообщили, что монотерапия с использованием одного из этих препаратов — единственно доступный метод лечения.

- Армянский препарат “Арменикум” проходит испытание для получения лицензии после многократных сообщений в средствах массовой информации о его высокой эффективности в лечении ВИЧ, хотя ни одно международное медицинское издание ещё не подтвердило этот факт.
- В Грузии 5 пациентов проходят тройную комбинированную терапию за счёт государства, а ещё 3 пациента покупают импортные непатентованные препараты тройной комбинированной терапии за свой счёт или за счёт международных спонсоров.
- В Украине представители Инициативы по улучшению доступа к лекарствам для лечения ВИЧ провели переговоры в мае 2002 г. По их итогам 4 фармацевтические компании будут предоставлять скидки на свою продукцию; цена на тройную комбинированную терапию будет снижена до \$1600 USD на человека в год. Однако следует учитывать, что в этой стране средний месячный доход на человека составляет примерно \$60 USD. Стоимость же такой комбинированной терапии лишь в 6 раз ниже цены непатентованных производителей, и украинские специалисты считают, что даже при такой цене лечение будет практически недоступно большинству больных (MSF 2002).

### ДАННЫЕ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО ВИЧ/СПИДУ НА ТЕРРИТОРИИ РАССМАТРИВАЕМОГО РЕГИОНА:

**Количество людей, проходящих АРВТ в какой-либо форме, включая монотерапию, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, составляют 9999<sup>2</sup>.**

- Доступ к АРВТ ограничен в Средней Азии и на Кавказе.
- В Армении, Азербайджане, Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане, Македонии и Албании АРВТ недоступна.
- В Европейских странах СНГ (Беларуси, Молдове, России, Украине) только 2861 человек, т. е. 1% от 250 211 зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД, имеют доступ к АРВТ.

**Почти 6891 человек<sup>3</sup> в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза, т. е. 2% от всех зарегистрированных ВИЧ/СПИД случаев, проходят тройную комбинированную терапию, соответствующую стандартам лечения Всемирной Организации Здравоохранения<sup>4</sup>.**

<sup>2</sup> Данные по АРВТ отсутствуют у респондентов из Боснии и Герцеговины. Показатели по АРВТ в России получены из неофициальных источников, предоставленных персоналом Федерального СПИД-центра. Данные АРВТ из Югославии представлены, опираясь на случаи СПИД (данные о ВИЧ отсутствуют).

<sup>3</sup> Отсутствуют данные о тройной терапии из Боснии и Герцеговины, Болгарии и Чехии.

<sup>4</sup> Самые последние руководящие принципы ВОЗ по антиретровирусному лечению указывают на то, что даже «режимы лечения только нуклеозидом больше не рекомендуются, так как они не способствуют подавлению репликации ВИЧ и могут привести к быстрому развитию резистентности». См. Расширение доступа к антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: руководящие принципы для органов здравоохранения. ВОЗ, Женева: 2002 г., стр. 11.



## Сергей Федоров, «Жизнь +», Одесса, Украина

Я оказался в наркологической больнице, где каждый должен сдавать анализ на ВИЧ. В последний день мне сказали результат и заставили подписать то, что подписывают все люди, у которых обнаруживают ВИЧ: что я обещаю сообщать всем врачам о своем ВИЧ-положительном статусе, что я буду пользоваться отдельной зубной щеткой и бритвой, что я знаю, что мне могут быть предъявлены обвинения, если я заражу кого-то еще. Мне ничего не сообщили ни о тестировании на иммунный статус, ни о лечении. Психолог предупредил меня, что моя реакция на тест на туберкулез может быть ненормальной, и дал мне антидепрессанты.

К врачам я больше не ходил. Я вернулся к наркотикам. Позже, снова находясь в наркологической больнице, я еще раз вместе со всеми сдал анализ на ВИЧ. Я не хотел, чтобы другие знали, что я ВИЧ-инфицированный, потому что инфицированные должны были питаться отдельно. Прошло десять дней, и мне принесли завтрак отдельно, тогда все поняли.

Я слышал много историй о трудностях. Людям, живущим с ВИЧ, официально запрещено работать на продовольственных предприятиях. Если они нуждаются в операции, то часто не могут найти врача, который согласился бы ее сделать. Одна женщина, Лена, пришла в больницу со сломанной рукой. Она не знала, что у нее ВИЧ, пока у нее не взяли анализы. Когда пришел результат теста, врачи выбросили ее из больницы, сказав, что она должна была сообщить им заранее. В СПИД-центре очень редко лечат антибиотиками, еще реже антиретровирусными препаратами. Говорят, что антиретровирусная терапия доступна, но лишь для очень маленького числа людей. Если вы потребитель наркотиков, на вашей медицинской карточке стоит кодовый номер. Один врач сказал мне, что медики смотрят на номера, когда решают, кто получит лекарства: в первую очередь - дети, потом -

люди, не употребляющие наркотики, и только потом - потребители наркотиков.

Некоторых людей используют, говоря им, что имеются хорошие лекарства – либо, чтобы провести на них эксперимент, либо хотят просто заработать денег. Моя знакомая получила от одного из таких врачей таблетки без названия. В первый день она почувствовала себя плохо. Во второй день - еще хуже. На третий день она потеряла сознание.

Иногда даже квалифицированные врачи поступают не намного лучше. Мы искали консультанта для обеспечения медицинской поддержки людям, живущим со СПИДом в Одессе, и спрашивали врачей об их критериях на назначение антиретровирусной терапии. Никто из них не знал. Мы провели фокус-группу среди пациентов СПИД-центра: из тридцати человек ни один не знал, что такое тестирование на иммунный статус (CD4+). Такое тестирование проводится в центре, но частота проявления ошибок при этом составляет 30%. Если Вам нужен более точный тест, Вы должны поехать в Киев (480 км) за свой счет, а также оплатить сам тест. Киев - единственное место, где можно получить тройную терапию, но стоит она тысячи долларов в год, а государство может оплатить лечение лишь нескольких человек. На таком маленьком рынке многие компании даже не затрудняют себя оплатой регистрационного взноса, чтобы сделать свои лекарства доступными.

Правительство действует — наш президент говорил о СПИДе, есть законы против дискриминации, в Одессе строится новая лаборатория. Но без специальной статьи в бюджете и объединенных обязательств со стороны общества, правительства, и людей, живущих с ВИЧ, этого будет недостаточно. Я считаю эту проблему вопросом о правах человека. Действуем ли мы вместе? Или же мы приносим в жертву жизни 300 тысяч людей, живущих с ВИЧ?

- Более 75% пациентов, проходящих тройную комбинированную терапию, проживают либо в Румынии (58%), где международные программы оказания помощи и доступа к лекарствам финансируют лечение детей, инфицированных в ходе медицинских процедур, либо в Польше (19%).
- В Европейских странах СНГ только 733 человек, т.е. 0,3% от зарегистрированных ВИЧ/СПИД случаев, проходят тройную комбинированную терапию.
  - В Молдове, где, по данным ЮНЭЙДС, на конец 2001 г. проживало примерно 5500 человек с ВИЧ/СПИД, только один пациент получает тройную терапию в рамках клинического испытания.
  - В Беларуси, где, по оценкам ЮНЭЙДС, на конец 2001 г. проживало около 15 000 человек с ВИЧ/

СПИД, только два человека проходят тройную комбинированную терапию. В Гомельской области, где зарегистрировано больше случаев ВИЧ/СПИДа, чем во всех других областях страны вместе взятых, антиретровирусная терапия вообще недоступна.

- В Украине только 30 человек — приблизительно один из десяти тысяч инфицированных — проходят тройную комбинированную терапию.
- В России, где, по неофициальным оценкам, проживает около 700 000 человек с ВИЧ/СПИД, лишь 700 человек получают тройную комбинированную терапию.
- В двух третях областей России, принимавших участие в опросе, тройная комбинированная терапия вообще недоступна.

**Диаграмма III: ВИЧ/СПИД, АРВТ, и ПИН**

Страна	Зарегистрированные случаи ВИЧ/СПИД	Пациенты, получающие какое-либо АРВТ	Пациенты с ВИЧ/СПИД, получающие какое-либо АРВТ (%)	Пациенты, получающие тройную терапию	Пациенты с ВИЧ/СПИД, получающие тройную терапию (%)	ПИН среди случаев ВИЧ/СПИД (%)	ПИН, получающие какое-либо АРВТ	ПИН, получающие какое-либо АРВТ (%)
<b>Средняя Азия/Кавказ</b>	<b>5756</b>	<b>68</b>	<b>1,2%</b>	<b>8</b>	<b>0,1%</b>	<b>76,2%</b>	<b>22</b>	<b>N/A</b>
Армения	189	0	0,0%	-	-	49,2%	-	-
Азербайджан	389	0	0,0%	-	-	47,9%	-	-
Грузия	316	8	2,5%	8	2,5%	70,9%	4	50,0%
Казахстан	2 870	30	1,0%	0	0,0%	87,1%	N/A	N/A
Кыргызстан	825	0	0,0%	-	-	82,0%	-	-
Таджикистан	45	0	0,0%	-	-	75,6%	-	-
Туркменистан	2	0	0,0%	-	-	0,0%	-	-
Узбекистан	1120	30	2,7%	0	0,0%	60,0%	18	60,0%
<b>Центральная и Юго-Восточная Европа</b>	<b>24 472</b>	<b>6924</b>	<b>28,3%</b>	<b>6023</b>	<b>24,6%</b>	<b>22,3%</b>	<b>783</b>	<b>N/A</b>
Албания	78	0	0,0%	-	-	1,3%	-	-
Босния и Герцеговина	750	N/A	N/A	N/A	N/A	-24%	N/A	N/A
Болгария	373	80	21,4%	N/A	N/A	2,5%	3	3,8%
Хорватия	337	135	40,1%	135	40,1%	12,5%	12	8,9%
Республика Чехия	525	310	59,0%	N/A	N/A	4,0%	10	3,2%
Венгрия	981	326	33,2%	239	24,4%	1,0%	1	0,3%
Македония	59	0	0,0%	-	-	13,6%	-	-
Польша	7 502	1 300	17,3%	1 300	17,3%	62,5%	650	50,0%
Румыния	12 559	4 410	35,1%	4 010	31,9%	<0,1%	2	<0,1%
Словакия	157	70	44,6%	58	36,9%	1,3%	2	2,9%
Словения	190	73	38,4%	73	38,4%	2,6%	3	4,1%
Югославия*	961	220	22,9%	208	21,6%	50,7%	100	45,5%
<b>Страны Балтии</b>	<b>4 780</b>	<b>146</b>	<b>3,1%</b>	<b>131</b>	<b>2,7%</b>	<b>80,1%</b>	<b>46</b>	<b>31,5%</b>
Эстония	2 297	40	1,7%	40	1,7%	85,0%	0	0,0%
Латвия	2 035	102	5,0%	87	4,3%	76,3%	46	45,1%
Литва	448	4	0,9%	4	0,9%	72,3%	0	0,0%
<b>Европейские страны СНГ</b>	<b>25 0211</b>	<b>2861</b>	<b>1,1%</b>	<b>733</b>	<b>0,3%</b>	<b>88,0%</b>	<b>1412</b>	<b>49,4%</b>
Беларусь	4 344	10	0,2%	2	<0,1%	78,0%	2	20,0%
Молдова	1 570	1	0,1%	1	0,1%	83,0%	0	0,0%
Российская Федерация**	197 497	2 800	1,4%	700	0,4%	92,7%	1 400	50,0%
Украина	46 800	50	0,1%	30	0,1%	69,4%	10	20,0%
<b>Итого</b>	<b>285 219</b>	<b>9999</b>	<b>3,5%</b>	<b>6895</b>	<b>2,4%</b>	<b>82,0%</b>	<b>2263</b>	<b>22,6%</b>

По данным государственных программ ВИЧ/СПИД  
N/A – Данные отсутствуют

\* Данные по Югославии на основе зарегистрированных случаев СПИДа на 1 января 2002г. Данные по ВИЧ отсутствуют.

\*\* Россия: Количество случаев ВИЧ на 1 июня 2002 г. Данные по ПИН на 1 января 2002 г. Данные по АРВТ - неофициальная оценка, предоставленная персоналом Федерального СПИД-центра.

## АРВТ и потребители инъекционных наркотиков

*“Бытует мнение, что активный потребитель наркотиков не способен следовать комплексному режиму антиретровирусного лечения. Однако поведение этой группы людей, живущих с ВИЧ, недостаточно исследовано, а ее члены отнюдь не однородны. Степень наркотической зависимости различна у всех потребителей: многие из них, узнав о своем ВИЧ-положительном статусе, прекратили употребление наркотиков, и уже несколько лет ничего не употребляют. Однако, по официальной статистике по ВИЧ, они до сих пор считаются потребителями наркотиков”.*

- Елена Пурик, доктор медицинских наук,  
Новости о проблемах ВИЧ/СПИДа, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине

Поскольку тройная комбинированная терапия приносит ПИН такую же пользу, как и другим ВИЧ-инфицированным, Всемирная Организация Здравоохранения призвала сделать антиретровирусную терапию доступной для ПИН наравне с другими пациентами (ВОЗ 2002). Однако респонденты из стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза сообщают, что потребителям инъекционных наркотиков гораздо сложнее получить доступ к какому-либо виду АРВТ, включая монотерапию, чем остальным ВИЧ-инфицированным. *“Потребители наркотиков не заботятся о собственной жизни, и поэтому не заслуживают лечения”*, - написал один из респондентов, вероятно, от лица многих.

**Доступ к АРВТ ещё более ограничен для ПИН, чем для других людей, живущих с ВИЧ. ПИН составляют 82% от общего количества случаев ВИЧ/СПИД на территории региона, однако только 23% из них проходят антиретровирусное лечение в какой-либо форме.**

**АРВТ наиболее доступна в тех странах, где ПИН составляют наименьший процент случаев ВИЧ/СПИД.**

- В восьми странах Центральной и Юго-Восточной Европы антиретровирусная терапия доступна для более чем 20% людей, зарегистрированных с ВИЧ/СПИД. Во всех этих странах, кроме Югославии, ПИН составляют менее 15% от общего количества случаев.
- Из девяти стран (Болгария, Венгрия, Румыния, Словакия, Словения, Узбекистан, Хорватия, Чехия и Югославия), предоставляющих АРВТ на уровне, эквивалентном их соотношению среди всех случаев ВИЧ в стране, восемь расположены в Центральной и Юго-Восточной Европе.
- В нескольких странах Центральной и Юго-Восточной Европы АРВТ доступна довольно большому количеству ПИН даже в тех случаях, когда они составляют основной процент ВИЧ-инфицированных.
  - В Польше, где 63% зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД составляют ПИН, 46% от 1300 пациентов, проходящих АРВТ, имеют опыт употребления инъекционных наркотиков.
  - В Югославии, где 51% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составляют ПИН, 46% из 220 пациентов, проходящих АРВТ, являются потребителями наркотиков.

**В странах, где ПИН составляют две трети и более от общего количества случаев ВИЧ/СПИД, АРВТ практически недоступна или же доступ к ней закрыт для ПИН.**

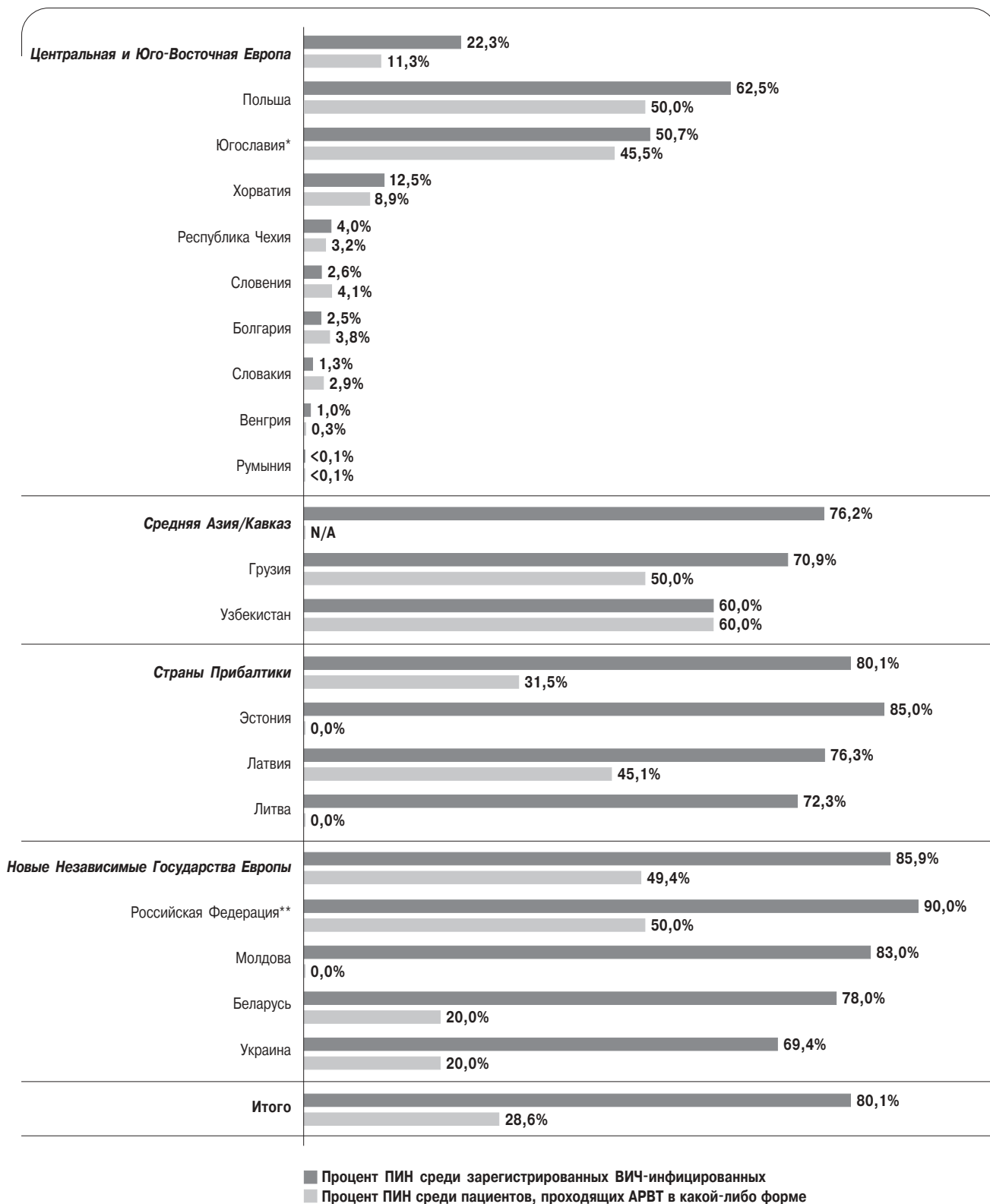
- Ни в одной из 11 стран, где две трети людей с ВИЧ/СПИД или более являются ПИН, АРВТ не доступна даже для 5% инфицированных.
- Такая же ситуация наблюдается в странах с разным уровнем экономического развития – например, в Эстонии, где в 2001 г. ВВП на человека составил в среднем \$6670, и в Молдове, где ВВП составил \$2100 (Economist Intelligence Unit 2002).
- В Кыргызстане, где ПИН составляют 82% случаев ВИЧ/СПИД, АРВТ вообще недоступна.
- В Эстонии и Литве, где ПИН составляют 85% и 72% случаев ВИЧ/СПИД соответственно, АРВТ для ПИН недоступна.

**Программы сообщают, что доступ к тройной терапии крайне затруднён для ПИН.**

- В Казахстане, где ПИН составляют 87% случаев ВИЧ/СПИД, тройная комбинированная терапия вообще недоступна.
- В Беларуси, где 78% от всех случаев ВИЧ/СПИД являются ПИН, ни один из них не получает тройную комбинированную терапию.
- В России ПИН составляют 93% ВИЧ-инфицированных, однако, по данным программ, лишь 13% из тех, кто получает тройную комбинированную терапию, являются ПИН.
  - Респонденты из Москвы сообщили, что в соответствии с внутрибольничными инструкциями получение комбинированной терапии для ПИН ограничено.
  - В Калининграде, где 80% ВИЧ-инфицированных клиентов одной программы являются ПИН, только 4% из них получают АРВТ. Среди пациентов, получающих двойную или тройную терапию, ПИН нет.
  - По данным одного из респондентов, в Санкт-Петербурге, где число зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД увеличилось вдвое в 2001 г. и на данный момент превышает 15 000 случаев, только 100 человек проходят тройную терапию. Никто из них не является ПИН.



Диаграмма IV: Процент ПИН среди случаев ВИЧ/СПИД и пациентов, проходящих АРВТ (включая монотерапию), май 2002



Среди стран, сообщивших о степени доступности АРВТ и количестве ПИН, проходящих лечение  
 N/A – данные отсутствуют

\* Количество случаев СПИДа в Югославии на 1 января 2002 г. Показатели по ВИЧ отсутствуют.

\*\* Количество случаев ВИЧ/СПИД в России на 1 июня 2002 г. Показатели по ПИН на 1 января 2002 г. Показатели по АРВТ в России получены из неофициальных источников, предоставленных персоналом Федерального СПИД-центра.



### **Д-р Станислав Казикин, Фонд «АнтиСПИД», Пенза, Россия**

У меня, как врача и человека, 5 лет живущего с ВИЧ, может быть определенная перспектива. Но совершенно ясно, что ситуация, которая сложилась в моем городе для людей, живущих с ВИЧ, плачевная и даже безнадежная. Когда люди приходят в СПИД-центр и узнают о своем диагнозе, им дают длинный список лекарств, которые они сами должны купить. Отсутствует возможность получения антиретровирусной терапии, лишь в крайних случаях назначается монотерапия. Отсутствует бактериологическая лаборатория, без которой невозможны грамотная диагностика и лечение оппортунистических инфекций или других осложнений. Исследование вирусной нагрузки плазмы не проводится. У людей нет доступа к лекарствам для профилактики оппортунистических инфекций. И они не знают, куда им обратиться.

Врачи – это специалисты, к которым люди, живущие с ВИЧ, обращаются за помощью. Но как они могут помочь, если у них самих отсутствует профессионализм и присутствует страх? Вместо заботы о здоровье пациента, которая должна быть для них важнее всего, они демонстрируют свою бездеятельность, необразованность и пренебрежение. Так, одному знакомому с серьезным случаем отека для выполнения пункции пришлось ждать 6 месяцев. Когда его все же удалось госпитализировать, операция была выполнена в большой спешке, и пациент был выписан с высокой температурой и без повторного осмотра врача. В этом порочном круге один врач отправляет пациента к другому, а тот, в свою очередь, переправляет его к кому-то еще. Создается видимость деятельности, но, на самом деле, не делается ничего.

К несчастью, врачи СПИД-центра занимаются только установлением диагноза, возлагая другие проблемы на плечи ВИЧ-инфицированных. Стоимость тестирования на иммунный статус (CD4+) — 300 рублей (10 US\$), что составляет почти 20% моей месячной заработной платы. Данное тестирование проводится по примитивной технологии. А лаборатория, в которой проводится исследо-

вание, не имеет никакого отношения к СПИД-центру. Важные диагностические исследования, необходимые ВИЧ-инфицированным, не проводятся специалистами СПИД-центров, а если вы их попросите, они скажут: «Вы можете попробовать договориться, но мы ничего не гарантируем».

Так получилось, что из-за моего ВИЧ-положительного статуса я вынужден был уйти из любимой мною сферы хирургии и стал патологоанатомом. Но вскоре и на новом месте шеф сказал мне: «Я не могу помочь тебе развиваться в профессиональном плане». Я предложил свои услуги в СПИД-центре, сказав, что мог бы посещать тяжело больных пациентов на дому и проводить несложные хирургические операции. Мне вежливо сказали, что рассмотрят мое предложение, но так и не позвонили.

Сейчас я работаю в некоммерческой организации, которая занимается профилактикой ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и осужденных. Для меня эта деятельность стала своего рода новым образованием. Помогаю людям справляться с простыми проблемами, такими как абсцессы и воспаление вен, объясняю, как заниматься профилактикой осложнений, связанных с гепатитом. Ситуация в тюрьмах особенно сложная. Медицинский персонал боится даже выполнять перевязки ВИЧ-инфицированным.

Работая среди ВИЧ-инфицированных, я вижу, что в дальнейшем нас ожидают большие проблемы. Несоответствие требованиям в работе системы здравоохранения не ограничивается дефицитом анализов и лекарств. До тех пор, пока мы, врачи, не отдадим себе отчет в том, что люди заслуживают достойного ухода, независимо от того, как они заразились, и до тех пор, пока мы не изменим такое негативное отношение к ВИЧ-инфицированным, которое я наблюдаю в Пензе, где сами врачи до сих пор советуют изолировать ВИЧ-инфицированных от их семей, держать от них подальше детей и обрабатывать посуду, к которой они прикасаются, хлорсодержащим раствором, система здравоохранения не будет готова к изменениям.

## Профилактика пневмоцистной пневмонии (PCP) и обследование на иммунный статус (CD4+)

Если ограничение доступа к АРВТ связано с ее дороговизной, то препараты для профилактики оппортунистических инфекций, сопутствующих ВИЧ/СПИДу, гораздо более доступны по цене. Например, котримоксазол, антибиотик, используемый при профилактике сопутствующей СПИДу пневмонии, известной как *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP), и других инфекций, стоит 8-17 \$ в год на одного пациента. (ЮНЭЙДС 2000). Профилактические препараты особенно успешно действуют при одновременном наблюдении за состоянием иммунной системы, например, обследовании на иммунный статус (CD4+), проводимом для измерения интенсивности иммунной реакции пациента (а если пациент получает АРВТ – для определения ее эффективности). Хотя анализы на иммунный статус (CD4+) стоят дороже, чем профилактические лекарства – рыночная цена часто составляет от 10 до 20 \$ - они являются важнейшим инструментом контроля ВИЧ/СПИД и указывают на эффективность профилактических препаратов в защите против PCP и других серьезных инфекций, сопутствующих СПИДу.

Хотя профилактика пневмоцистной пневмонии (PCP) и тестирование на иммунный статус (CD4+) более доступны в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, чем АРВТ, многие все еще не имеют к ним доступа.

**Профилактика PCP и обследование на иммунный статус (CD4+) частично доступны за минимальную плату или бесплатно в 21 стране.**

- Лишь в Албании и пяти странах Кавказского/Средне-Азиатского регионов (см. диаграмму на стр. 17) нет доступа к одному, либо к обоим средствам.

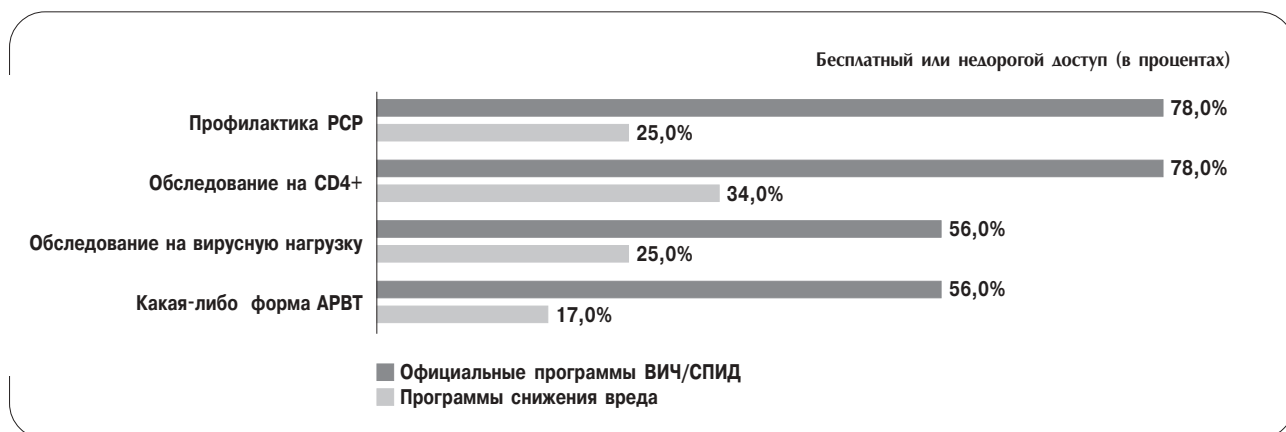
Из 99 программ, работающих с ВИЧ-инфицированными, менее половины (44%) сообщили, что их клиенты имеют бесплатный доступ или возможность приобрести по минимальной цене препараты для профилактики оппортунистических инфекций.

Респонденты приблизительно половины программ (49,5%) сообщили, что ВИЧ-инфицированные клиенты имеют бесплатный доступ или возможность за минимальную плату проходить обследование на иммунный статус (CD4+).

Программы снижения вреда сообщают о гораздо более ограниченном доступе к обследованию на иммунный статус (CD4+) и профилактике пневмоцистной пневмонии (PCP), чем государственные программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

- Программы снижения вреда сообщают о гораздо более ограниченном доступе ко всем аспектам лечения и профилактики ВИЧ их ВИЧ-инфицированных клиентов, чем программы местного или национального правительства (см. диаграмму V).
- Среди 60 программ снижения вреда, работающих с ВИЧ-инфицированными, лишь четверть (25%) сообщили о том, что у их клиентов есть бесплатный доступ или возможность приобрести за минимальную плату средства для профилактики PCP по сравнению с 78% государственных программ по ВИЧ/СПИДу.
- Среди программ снижения вреда лишь треть (34%) сообщили о том, что их клиенты имеют бесплатный доступ или возможность за минимальную плату проходить обследование на иммунный статус по сравнению с 78% респондентов из государственных программ по ВИЧ/СПИДу.

**Диаграмма V: Государственные программы ВИЧ/СПИД vs. программы снижения вреда: оценка доступности лечения при ВИЧ/СПИД и мониторинга иммунного статуса**





## **Наталья Леончук, основатель Всеукраинской Сети Людей, Живущих с ВИЧ/СПИДом, Украина**

Трудно говорить о дискриминации потребителей наркотиков, потому что во многих больницах такие важные препараты, как обезболивающие или антибиотики, не доступны ни для кого. Но, признаюсь, когда я пошла сдавать анализ на ВИЧ, я не сказала, что употребляю наркотики. Я знала, как простые люди относятся к потребителям наркотиков, и не хотела, чтобы врачи относились ко мне плохо. Совсем недавно (при том, что так много людей в нашей стране заразились ВИЧ через употребление наркотиков) я видела вывеску на доске объявлений в Одесском областном СПИД-центре, которая гласила, что "пациенты в состоянии наркотического или алкогольного опьянения не принимаются".

Мой личный опыт был не таким болезненным, как у многих людей - я сдавала анализ в анонимной клинике, и у меня было время подготовиться к результатам. И все же я не была готова до конца - когда медсестра сказала мне, что результат моего теста оказался положительным, я начала плакать. Но она не сообщила мне, что существуют специальные тесты, которые могут помочь мне контролировать иммунную систему, что существуют пути лечения, которые могут помочь мне сохранять здоровье, не рассказала она и о разнице между ВИЧ и СПИДом. Вы сдаете кровь и получаете результат, и это - вся помощь, на которую Вы можете рассчитывать. Я продолжала ходить в клинику в надежде встретить там другого ВИЧ-инфицированного человека, который просто поговорил бы со мной. Мне повезло, и я встретила врача, который направил меня в организацию, работающую с людьми, живущими с ВИЧ.

На данный момент ситуация немного улучшилась, так как у самих врачей стало больше знаний - прошло 4 года с момента, когда я узнала о своем статусе. Но даже сейчас мне приходится рассказывать людям, живущим с ВИЧ, о возможностях лечения - от врачей они этого не узнают. Некоторые люди, услышав о тройной терапии, приходят и спрашивают, где они могут получить это лечение? Но тройная терапия - очень дорогостоящий метод. Они не знают о том, что могут прожить долгое время без лечения, или о том, что тестирование на иммунный статус (CD4+) может помочь им контролировать иммунную систему. Они не знают о тестах на вирусную нагрузку. Никто им об этом не говорит.

Есть две вещи в отношении лечения, которые у меня вызывают наибольшее беспокойство. Во-первых, многие врачи назначают монотерапию, и у людей развивается лекарственная устойчивость. Во-вторых, в Украине все усилия направлены на создание доступности антиретровирусной терапии, но никто не поднимает вопрос о препаратах для профилактики сопутствующих СПИДу инфекций. В средствах массовой информации, на всех конференциях и встречах обсуждается вопрос доступа к антиретровирусной терапии, а профилактическим препаратам не придается должного значения. Никто не говорит о том, что эти препараты более дешевые, что они эффективны и нужны. Даже правительство смогло бы выделить деньги на их покупку. Тем временем люди, с которыми я работаю, и люди по всей Украине умирают от инфекционных заболеваний, которые возможно было бы предотвратить.





## КАВКАЗ, СРЕДНЯЯ АЗИЯ

Хотя большинство стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза предлагают частичный бесплатный доступ или возможность приобрести за минимальную плату препараты АРВТ или средства профилактики сопутствующих СПИДу инфекций, страны Кавказа и Средней Азии часто являются исключением. Пять стран - Армения, Азербайджан, Таджикистан, Туркменистан и Кыргызстан – сообщили об отсутствии антиретровирусного лечения, а также недорогого обследования на иммунный статус (CD4+), профилактики РСР, или и того, и другого. Несмотря на тот факт, что в некоторых из этих стран инфицировано менее 100 человек, эпидемия набирает силу: по оценкам ЮНЭЙДС, в Армении к концу 2001 г. было 2400 ВИЧ-инфицированных. Без недорогого антиретровирусного или профилактического лечения у людей, живущих с ВИЧ, которые не могут сами оплачивать свое лечение, включая практически всех ПИН, нет возможности избежать заболеваний, сопутствующих СПИДу, и смерти.

В других странах Средней Азии перспективы лечения лучше. Например, в Казахстане и Узбекистане, где зарегистрировано 2870 и 1120 случаев ВИЧ/СПИД соответственно, респонденты указали на наличие недорогого или бесплатного доступа к профилактике РСР и обследованию на иммунный статус в Алма-Аты и Ташкенте. Кроме того, 4% пациентов с ВИЧ/СПИД в Казахстане и 3% случаев в Узбекистане получают АРВТ, в той или иной форме (хотя тройная комбинированная терапия, по сообщениям официальных лиц, недоступна). В Грузии, где зарегистрировано 316 случаев ВИЧ/СПИД, в 3% случаев инфицированные имеют доступ к АРВТ (во всех случаях это тройная комбинированная терапия). Половина людей, получающих АРВТ – ПИН.

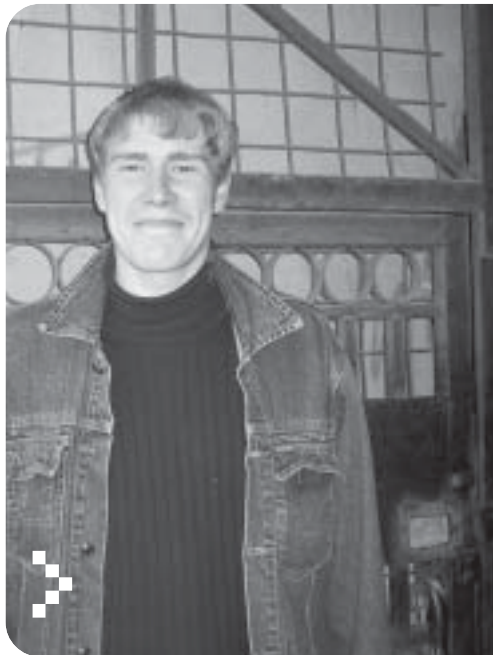
**Географическое положение даже в пределах одной страны сильно влияет на доступность обследования на иммунный статус и профилактики РСР.**

- В Украине и Беларуси тестирование на иммунный статус и профилактика РСР, в основном, доступны в столицах и недоступны в районах с наибольшей распространенностью ВИЧ-инфекции.
- Российские респонденты сообщают о большей распространенности данных услуг: как обследование на иммунный статус, так и профилактика РСР доступны бес-

- платно или за минимальную плату в 11 из 24 областей.
- В городских экономических центрах необязательно наличие более широкого доступа, например, в Иркутской области, в Сибири, согласно данным программы снижения вреда, у клиентов есть доступ к профилактике РСР и регулярному недорогому обследованию на иммунный статус, в то время как программа снижения вреда в Санкт-Петербурге сообщает об отсутствии недорогого или бесплатного доступа к профилактике РСР у их клиентов (см. диаграмму VI).

**Диаграмма VI: Территориальный доступ к профилактике РСР и обследованию на иммунный статус**

Страна	Город или регион/область	Процент от общего числа случаев ВИЧ/СПИД в стране	Профилактика РСР (бесплатный или недорогой доступ)	Обследование на иммунный статус (бесплатный или недорогой доступ)
БЕЛАРУСЬ	Минск	13,4%	Да	Да
	Гомельская обл.	65,7%	Нет	Нет
УКРАИНА	Киев	3,5%	Да	Нет
	Донецкая обл.	22,5%	Нет	Нет
РОССИЯ	Санкт-Петербург	7,8%	Нет	Да
	Иркутская обл.	6,5%	Да	Да



### **Максим Федотов, «Врачи Мира», Санкт-Петербург, Россия**

Четыре года назад я пошел на медицинский осмотр. Если ты потребитель наркотиков, врачи отфутболивают тебя из одного отделения в другое. И, кажется, что для тебя уже все кончено, и помощи ждать неоткуда. Мне буквально сказали: "У нас нет времени для осмотра нормальных людей, а тут еще ты приходишь и беспокоишь!" Естественно, больше я туда не приходил.

В автобусе [пункте обмена игл] мне посоветовали обратиться в больницу Боткина для более тщательного обследования. Там у меня был очень хороший опыт общения с врачами. Они смотрели на меня как на нормального человека, не как на преступника и наркомана. Они были озабочены моим ВИЧ-статусом, но не акцентировались на этом. Я получил информацию о некоторых медицинских аспектах: о том, как поддерживать свое здоровье, о диете, витаминах. Немного позже они рассказали мне об иммунограммах, тестировании на иммунный статус (CD4+). Беседа была не очень длинной, потому что врачи были очень заняты, но некоторые советы я получил. Чтобы полностью все объяснить человеку, нужно часа полтора, а сейчас уже много людей инфицированы ВИЧ. Один из членов команды по обмену игл, Эдик, уже знал о ВИЧ, и он передавал информацию нам. Я также достал голландскую книгу, переведенную на русский язык, в которой было очень понятно рассказано все о ВИЧ и оппортунистических инфекциях.

Теперь я сам работаю в команде. Дважды в неделю мы ходим в больницу Боткина, где оказываем психологическую поддержку людям, которые, узнав о своем положительном статусе, очень расстраиваются. Наша программа направлена не только на ВИЧ-инфицированных, мы также работаем с людьми, которые

лечатся от гепатита В или С и у которых нет ВИЧ-инфекции. Большинство людей, больных гепатитом, являются потребителями наркотиков, так что с ними очень полезно проводить профилактическую работу. Когда у тебя положительный статус, тебе легче говорить с людьми о самозащите, потому что у тебя есть собственный опыт и твой собственный пример.

Мы также каждую неделю ходим общаться с ВИЧ-инфицированными. Начинаешь волноваться, когда видишь столько ВИЧ-инфицированных больных людей и представляешь, что такая же судьба может постигнуть и тебя. Люди в больнице Боткина получают все, что врачи могут им предоставить, но сюда не входит тройная терапия. Согласно официальной статистике, в Санкт-Петербурге комбинированную тройную терапию получают 100 человек, но я видел только одного. Я думаю, может быть, все остальные люди, были инфицированы в своей профессиональной среде будучи врачами или медицинскими работниками.

Что касается монотерапии – она у нас доступна. Каждый, кто хочет, может получить ее в СПИД-центре, потому что она производится здесь, в России. Этот метод недорогой, но он скорее вреден, чем эффективен. И я не знаю, изменит ли государство свою политику, посмотрев на эпидемию, эту ужасную проблему, не как на что-то, что нас ожидает в будущем, а как на насущную проблему нашей повседневной жизни. Тем временем я ищу мужество в своей работе — программе обмена игл. Я знаю, она спасает людей. Здесь я также могу привести свой собственный пример. Все мои друзья, с которыми я колослся, приходят в пункт обмена игл. И я рад, что я – единственный из них, кто оказался ВИЧ-инфицированным.

# Доступ к медицинской помощи

Доступ к первичной медицинской помощи особенно осложнен в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Несмотря на частое наличие гарантированности такой помощи государством в теории – и реальное наличие некоторых возможностей бесплатного или недорогого ухода – в действительности возможность получения бесплатной медицинской помощи чрезвычайно ограничена. Результаты недавнего исследования доступности медицинской помощи в Санкт-Петербурге служат этому подтверждением. Хотя Конституция Российской Федерации гарантирует бесплатную медицинскую помощь всем ее гражданам, более 90% опрошенных, пытавшихся обратиться за медицинской помощью в последние месяцы, должны были заплатить за прием врача, часто неофициальным путем. Почти четверти людей пришлось заплатить сумму, которая, в среднем, равняется почти недельному заработку. (Brown и Rusinova 2000).

Подобное несоответствие очевидно из данных, полученных в ходе опроса. В целом, 71% респондентов сообщили, что их клиентам бесплатно или за минимальную плату оказывается первичная помощь по лечению бактериальных инфекций или заболеваний, передающихся половым путем. Однако у ПИН возникают особые сложности при получении такой помощи.

**Половина из 115 респондентов, работающих непосредственно с ПИН, не смогли сообщить, какому количеству ПИН оказывается первичная медицинская помощь.**

**Программы снижения вреда (N=42), указавшие, какое количество их клиентов-ПИН имеют доступ к базовой медицинской помощи, сообщили, что, в среднем, 73% такого доступа не имеют.**

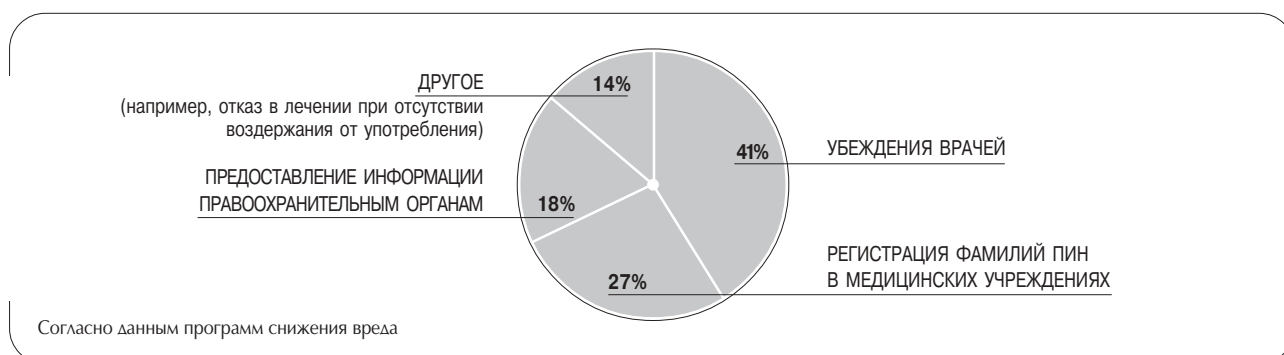
- В Бишкеке, Кыргызстан, одна из программ снижения вреда сообщила, что 10% из 600 ее клиентов имеют доступ к получению первичной медицинской помощи.
- Программы в Азербайджане (Баку), Македонии (Скопье) и Казахстане (Актоб) сообщили, что ни один из их клиентов-ПИН – т. е. всего 2000 человек – не

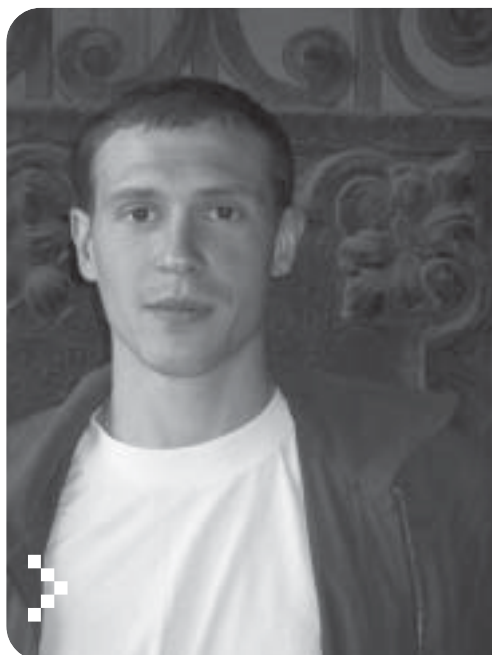
имеет доступа к получению первичной медицинской помощи.

- В Пловдиве, Болгария, респонденты одной из программ сообщили, что лишь 15% ПИН, являющихся клиентами их программы, имеют доступ к получению первичной медицинской помощи. Другая программа в Плевенской области сообщает о 27% ПИН, имеющих такой доступ.
- В Вильнюсе, Литва, одна из программ сообщает, что лишь 1% из 3600 клиентов программы имеют доступ к получению первичной медицинской помощи.
- В Тольятти, Россия, менее 1% из 3680 клиентов одной из программ имеют доступ к получению первичной медицинской помощи. В Санкт-Петербурге только 13% из 3 500 ПИН, обслуживаемых одной из программ, имеют такой доступ.
- В Фалешты, Молдова, только 7% из 274 клиентов-ПИН одной из программ имеют доступ к получению первичной медицинской помощи.
- В Ужгороде, Украина, программа, работающая с цыганским населением, сообщает, что менее 5% ПИН имеют доступ к получению первичной медицинской помощи. В Донецкой области из 4500 клиентов программы, согласно данным СПИД-центра, лишь 300 (7%) получают первичную медицинскую помощь из каких-либо источников.
- В Душанбе, Таджикистан, программа снижения вреда сообщает, что менее чем один из пяти (17%) клиентов программы, общее число которых составляет 970 ПИН, имеют доступ к получению первичной медицинской помощи.

**Почти две трети (60%) из 75 программ снижения вреда, работающих с ПИН в регионе, сообщают о неофициальном неодобрении или препятствиях при получении первичной медицинской помощи ПИН. Данные программ снижения вреда и государственных программ по ВИЧ/СПИДу резко расходятся. Среди государственных программ по ВИЧ/СПИДу лишь 23% отметили дискриминацию такого рода.**

**Диаграмма VII: Причины дискриминации ПИН в учреждениях здравоохранения**





**Андрей Артеменко, «Перекресток семи дорог»,  
Ангарск, Иркутская область, Россия**

Я получил разрешение от директора реабилитационного центра поехать в Иркутский СПИД-центр сдать анализ на ВИЧ. Врач, к которой я обратился, спросила: “Так, какой результат вы ожидаете?” “Положительный, конечно”, - сказал я. Я имел в виду хороший, а не ВИЧ-положительный. Она сказала: “Ну что же, у вас положительный результат теста”. Что означало ВИЧ-положительный. Она позвала другого врача, который принес документ, который я должен был подписать. Они не были злыми, они мне посочувствовали, но это было не то, в чем я нуждался в тот момент. Я и сам не знал, в чем я нуждаюсь. Это произошло в ранней стадии моего воздержания от употребления наркотиков и в ранней стадии эпидемии ВИЧ. Я стал номером 723 в Иркутской области. Сегодня нас - 12 000.

В то же самое время я узнал обо всех своих проблемах: урогенитальных инфекциях, гепатите. Я был в глубокой депрессии, когда мне сказали: “Здесь вы имеете право на полное бесплатное лечение, можете даже лечить зубы”. Я регулярно ходил лечить зубы. Небольшие сложности наступили, когда меня нужно было госпитализировать, потому что в больнице не хотели верить в то, что я перестал употреблять наркотики. Меня поместили в отделение номер 9, специальное отделение для ВИЧ-инфицированных, где лежали активные потребители наркотиков. Отношение персонала было таким: “Ох, эти бедные потребители наркотиков, они действительно безнадежны”. Они понятия не имели ни о разумных пределах, ни о том,

что делать. Люди продавали наркотики и кололись прямо в больничных палатах. Мне было очень сложно это пережить, и я слышал о реальных случаях самоубийств, произошедших там. В больнице был и психолог, но за все время, что я там пробыл, я ни разу его не видел. Другие парни рассказывали, что если он и приходил, то лишь для того, чтобы потом сказать, что он там был.

Теперь я прихожу в палату для ВИЧ-инфицированных, чтобы помогать другим. Эпидемия распространяется – она уже коснулась людей, которые никогда не употребляли наркотики. Когда я прихожу, я рассказываю людям о своем опыте. Я не читаю им морали, но делюсь с ними тем, как я бросил употреблять наркотики через реабилитационный центр, как жить с ВИЧ, и даже видеть хорошие стороны жизни, будучи инфицированным. В СПИД-центре каждые шесть месяцев мне делают тесты, включая иммунограмму. У меня 700 CD4+ клеток, это еще хорошая цифра. Я знаю, что лишь с тремя специалистами в области СПИДа на 12 000 человек и отсутствием комбинированной терапии в Иркутске существует очень мало возможностей для ВИЧ-инфицированных.

Я также работаю в реабилитационном центре и в поликлиниках. Разговариваю с врачами о том, как можно помочь активным потребителям наркотиков, которые туда обращаются. Еще я снова пошел учиться на психолога. Думаю, что помощь квалифицированных людей, которые все узнали через собственный опыт, очень важна.



- В Украине 20 из 24 программ – включая как государственные программы по ВИЧ/СПИДу, так и программы снижения вреда – сообщили о неофициальном неодобрении или препятствиях при получении медицинской помощи ПИН.
- В России девять из десяти государственных программ по ВИЧ/СПИДу отметили одинаковые условия получения медицинской помощи для ПИН и других пациентов. Двенадцать из семнадцати программ снижения вреда (71%) сообщили, что ПИН неофициально препятствуют в получении медицинской помощи.
- В Казахстане и Узбекистане ни одна из государственных программ по ВИЧ/СПИДу не отметила такой дискриминации. Однако все программы снижения вреда на нее указали.
- В Румынии и Таджикистане все программы сообщили о неофициальной дискриминации.
- Лишь в семи странах – Азербайджане, Эстонии, Грузии, Венгрии, Кыргызстане, Польше и Туркменистане – все респонденты считают, что с ПИН обращаются так же,

как с другими пациентами. Однако в некоторых из этих стран доступ к медицинской помощи крайне ограничен независимо от того, употребляют клиенты инъекционные наркотики или нет.

**Причины препятствий/дискриминации по отношению к ПИН при получении первичной медицинской помощи включают обмен информацией между учреждениями здравоохранения и правоохранительными органами, регистрацию фамилий ПИН в специальных списках и отношение врачей (см. диаграмму VII на стр. 19).**

- В Болгарии, России, Украине, Туркменистане, Казахстане, Узбекистане и Таджикистане респонденты сообщили, что обмен информацией между учреждениями здравоохранения и правоохранительными органами и регистрация фамилий ПИН служат основаниями для дискриминации.
- В Македонии и Литве убеждения врачей являются единственной причиной дискриминации при получении первичной медицинской помощи.



## ПОЛЬША

Тогда как во многих странах с высоким уровнем распространения ВИЧ/СПИД среди ПИН указывают на ограниченный для них доступ к медицинской помощи и быстро растущие темпы эпидемии, Польша представляет убедительный пример противоположного отношения. С момента первых вспышек эпидемии среди ПИН Польше удалось воспрепятствовать ее развитию. Данные исследования предоставляют частичное объяснение, почему это произошло:

- 100% программ, обслуживающих клиентов в Польше, сообщили об отсутствии различий при лечении ПИН и людей, не употребляющих наркотики, в рамках оказания первичной медицинской помощи.
- Половина (50%) всех пациентов, получающих АРВТ, имеют опыт употребления инъекционных наркотиков, и 100% из них получают тройную комбинированную терапию.
- 100% респондентов сообщили, что обследование на CD4+ и профилактика РСР доступны за минимальную плату или бесплатно.
- Программы метадонового поддержания и обмена шприцев действуют по всей стране при поддержке правительства.



## Гражина Жакене, Вильнюсский Центр Лечения Зависимостей, Литва

Неправильное представление о метадоне можно получить как от потребителей наркотиков, так и от врачей – что это еще хуже, чем героин, что это лишь замена одной зависимости другой. Сама я почти ничего не знала об этом, пока не попробовала. Но я знаю, что, когда я употребляла наркотики, я могла думать только о двух вещах – как заработать деньги, чтобы прокормить своих детей и потом купить новую дозу наркотиков. Метадон помог мне вырваться из этого круга, заняться такими вещами, о которых я даже не имела представления – например, стать волонтером или помогать другим людям. У меня минимальная доза. На литовском языке есть поговорка: из двух зол выбирают меньшее. Я выбрала то, что помогло мне вернуться к жизни.

Я занимаюсь предоставлением информации и чистых шприцев людям, которые все еще употребляют наркотики. Теперь у нас есть автобус, но начинали мы пешком, пользуясь общественным транспортом. Так как мы сами – бывшие потребители наркотиков, мы знаем многих людей, и имеем доступ на точки продажи наркотиков и места, куда другие не могут попасть. Я считаю, что рекомендации и информация, которую мы приносим, также важны, как и шприцы: мы говорим с потребителями наркотиков о самозащите, помогаем людям получить нужные документы, берем людей за руку и провожаем их в медицинские пункты, если у них язвы, гепатит или, если они готовы идти лечиться от наркозависимости.

Так как у меня ВИЧ, я пытаюсь помогать другим ВИЧ-инфицированным. Когда я услышала об одной девушке в больнице, я пошла навестить ее. Более сорока процентов ее тела было в ожогах от взрыва, произошедшего во время приготовления наркотиков в домашних условиях. Врачи обошлись с ней ужасно – они отказались дать ей какие-либо обезболивающие,

потому что она употребляла наркотики и была инфицирована ВИЧ, и просто сдирали бинты с ее тела. Я попросила знакомого врача о назначении болеутоляющих препаратов, купила их на свои деньги, и отнесла этой девушке. Я также направилась с жалобой к заведующему отделением. “Вы действительно хотите ей помочь? – спросил он меня, – Тогда возьмите ружье, и застрелите всех потребителей наркотиков, особенно ВИЧ-инфицированных. Для них это было бы самой большой помощью”. Я отправилась к знакомому журналисту. В больнице все отрицали, но после истории в газете, они стали вести себя по-другому.

Знаете, это как раньше были прокаженные. Люди с ВИЧ – новые прокаженные, но без звонков. Когда я в первый раз публично заговорила о своей инфекции, мои соседи отказались ехать со мной в лифте. Самое ужасное, что в школе, где учатся мои дети, было специальное собрание, где всем родителям сказали, что их дети не должны играть с моими детьми. Мои дети не инфицированы, но, конечно, это ни для кого не имело значения.

Когда я узнала о своем диагнозе, моей единственной мыслью было, что это Божья кара. Я серьезно думала о «золотом уколе» (намеренная передозировка). Однако потом я задумалась: возможно, ВИЧ – это знак, что я могу помочь другим. Конечно, я могу сидеть и жаловаться “какая я бедная”. Бывают моменты, когда я много плачу, но я стараюсь, чтобы другие люди видели меня с улыбкой, особенно другие ВИЧ-инфицированные. Ведь теперь потребители наркотиков звонят мне домой в два, три ночи и говорят: “Я не хочу жить”. Я говорю с ними и стараюсь дать им надежду. И тогда надежда возвращается ко мне. Когда ты можешь вернуться к жизни – это огромная награда.

# Заместительная терапия

Заместительная терапия, известная также как поддерживающая терапия, - это долгосрочный подход (не менее трех месяцев), используемый для снижения употребления нелегальных опиатов, а также для снижения уровня преступности, смертности и заболеваний, связанных с наркотической зависимостью. Метадон и бупренорфин, два препарата, наиболее часто используемые при заместительной терапии в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, также назначаются на краткосрочной основе для детоксикации потребителей с опиатной зависимостью (включая героин или препараты домашнего приготовления, такие как «черняшка» или «компот»). Однако большинство потребителей наркотиков, проходящих детоксикацию, независимо от метода снова начинают употреблять наркотики. Заместительная терапия, направленная на снижение или прекращение употребления наркотиков, стабилизирует состояние наркозависимых на период, необходимый им для того, чтобы не вернуться снова к привычным формам употребления наркотиков и связанным с ним рискам, включая совместное использование инъекционного инструментария (Lindesmith 1997).

Самый распространенный способ лечения, метадоновое поддержание, как было показано в сотнях научных исследований, является эффективным с точки зрения снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков, без вредных для здоровья последствий. По сравнению с потребителями незаконных опиоидов, люди, находящиеся на метадоновом поддержании, реже попадают в тюрьмы и больницы, реже заражаются ВИЧ, совершают меньше преступлений и дольше живут (Gunn и Grsnbladh 1981; Abdul-Quadar, Friedman и др. 1987; Novick, Joseph и др. 1990; Ball и Ross 1991; Ward, Mattick и др. 1994; Lindesmith 1997). Долгосрочное влияние бупренорфина изучено меньше, но поддержание этим препаратом также снижает риски, связанные с зависимостью от нелегальных наркотиков. Кроме того, так как препараты, используемые при заместительной терапии, строго контролируются, при получении поддерживающей терапии потребители наркотиков находятся в регулярном контакте со службами здравоохранения, что является важным элементом, так как многие потребители наркотиков инфицированы ВИЧ.

По оценкам, полмиллиона людей по всему миру находятся на лечении метадоновым поддержанием (ЛМП), большинство из них (352 000) – в странах Европейского Союза, где метадон узаконен и используется в большей или меньшей степени (EMCDDA 2001; Solberg 2002). В тех европейских странах, где ЛМП наиболее широко распространено, например, в Великобритании, уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН обычно самый низкий. Однако в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, в особенности в тех странах, где самый высокий процент всех случаев ВИЧ-инфекции приходится на ПИН, использование заместительной терапии продолжает оставаться крайне ограниченным.

## РЕСПОНДЕНТЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЭКСПЕРТЫ УКАЗАЛИ НА СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТЫ:

**Общее количество пациентов, проходящих заместительное лечение метадонном или бупренорфином, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза составляют 6565 человек.<sup>5</sup>**

- Из них 6343 (97%) находятся на метадонном поддержании и 222 (3%) получают бупренорфин.
- В России, где метадон и бупренорфин нелегалны, респонденты указали синтетический анальгетик “Трамадол”, используемый при заместительной терапии. Данные по количеству находящихся на лечении пациентов отсутствуют.

**Стоимость заместительной терапии, как и препаратов антиретровирусной терапии чрезвычайно разная. Лечение может быть бесплатным или доступным по минимальной цене, реальной цене и даже через нелегальный/нерегулируемый импорт.**

- Метадон, цена которого в этом регионе колеблется от \$20 до \$1150 на человека в год, обычно дешевле, чем бупренорфин, который может стоить до \$4700 на человека в год (ЮНЭЙДС Vienna Team 2002).

**Лечение метадонным поддержанием легально и применяется в 14 из 27 стран, в которых проводился опрос, бупренорфин легален и применяется при заместительной терапии в 4 из 27 стран, в которых проводился опрос (см. диаграмму VIII).**

- Даже те программы заместительной терапии, которые обслуживают клиентов за минимальную плату, работают только с ПИН, которые употребляли наркотики инъекционным путем в течение двух или более лет и которые совершили несколько неудачных попыток перестать употреблять.

**В странах, где заместительная терапия наиболее доступна, ПИН обычно составляют очень маленький процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.**

- 77% всего объема заместительной терапии в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза предлагается в девяти странах Центральной и Юго-Восточной Европы, где ПИН составляют менее 15% от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.
- Только в Хорватии и Словении заместительную терапию проходят 3400 пациентов, что составляет 52% от общего числа пациентов, получающих метадон и бупренорфин в регионе. В Хорватии ПИН составляют 13% от общего количества случаев ВИЧ/СПИД. В Словении, где метадон доступен в тюрьмах и отпускается в аптеках, ПИН составляют 3% от всех случаев ВИЧ-инфекции.

**В странах, где заместительная терапия наименее доступна, ПИН обычно составляют самый высокий процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.**

- Девять стран – Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Россия — не назначают ни бупренорфинового, ни метадонного поддержания. ПИН составляют 80% или более от общего количества ВИЧ-инфицированных в этих девяти странах.
- Лечение метадонным поддержанием (ЛМП), наиболее дешевая заместительная терапия, не доступно в семи из одиннадцати (64%) стран, где ПИН составляют две трети или более от общего количества ВИЧ-инфицированных.
  - ЛМП не доступно ни в одной из стран Кавказского/Центрально-Азиатского регионов, кроме Кыргызстана, где такое лечение предоставляется сейчас одиннадцати пациентам в рамках пилотной программы.
  - ЛМП не доступно в Европейских странах СНГ (Беларуси, Молдове, России и Украине), где от 70 до 90% из более чем 250 000 зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД приходится на ПИН.
  - ЛМП легально в странах Балтии, но в данный момент пациенты получают его бесплатно или по минимальной цене только в Латвии.
  - В Литве ЛМП проходят 400 человек, что является самым высоким показателем в странах, где ПИН составляют две трети или более от общего количества ВИЧ-инфицированных, однако лечение доступно лишь по реальной цене.
  - Пилотные программы метадонного поддержания готовятся в трех странах, где ПИН составляют две трети или более от общего количества ВИЧ/СПИД: в Грузии, Беларуси и Украине.
  - В Молдове готовятся к регистрации метадона для поддерживающей терапии, что является первым шагом к созданию пилотной программы.

**Заместительная терапия бупренорфином доступна для 222 пациентов в Новых Независимых Государствах Европы.**

- В Украине, где 69% из 46 800 зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД приходится на ПИН, в 2001 г. 200 пациентов получали заместительную терапию бупренорфином.
- В Молдове, где ПИН составляют 83% из 1570 зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД, заместительную терапию бупренорфином получают 22 пациента.

**Респонденты показали высокую степень непонимания правового статуса заместительной терапии.**

- Даже среди программ снижения вреда, работающих исключительно или главным образом с потребителями наркотиков, 31% респондентов не знали, может ли метадон законно применяться в их стране, и ответили неправильно. Что касается бупренорфина, этот процент оказался еще выше – 49% либо не знали, может ли он законно применяться, либо ответили неправильно.

<sup>5</sup> По оценкам, общее число пациентов, проходящих заместительную терапию, колеблется от 6510 до 6565.



Диаграмма VIII: Заместительная терапия метадонотом и бупренорфином, май 2002

Регион/Страна	Метадон		Бупренорфин		Общее число пациентов, проходящих заместительную терапию одним из препаратов
	Используется	Узаконен	Используется	Узаконен	
<b>Центральная и Юго-Восточная Европа</b>					<b>5847</b>
Албания					0
Болгария	•	•			250
Босния & Герцеговина	готовится пилотная программа				0
Хорватия	•	•			2000
Республика Чехия	•	•	•	•	550
Венгрия	•	•			110
Македония*	•	•			350
Польша	•	•		•	750
Румыния	•	•			3
Словакия	•	•	•	•	364
Словения	•	•			1400
Югославия**	•	•			70
<b>Страны Прибалтики</b>					<b>485</b>
Эстония	•	•			0
Латвия	•	•			85
Литва	•	•			400
<b>Кавказ/Центральная Азия</b>					<b>11</b>
Армения					0
Азербайджан					0
Грузия	готовится пилотная программа				0
Казахстан					0
Кыргызстан	реализуется пилотная программа				11
Таджикистан					0
Туркменистан					0
Узбекистан					0
<b>Европейские страны СНГ</b>					<b>222</b>
Беларусь	готовится пилотная программа				0
Молдова			•	•	22
Российская Федерация					0
Украина***	готовится пилотная программа.		•	•	200
<b>Всего</b>					<b>6565</b>

\* В Македонии цифра колеблется от 300 до 350

\*\* В Югославии цифра колеблется от 65 до 70

\*\*\* В Украине цифра указана на 1 января 2002. Низкая дозировка.

# Заключения и рекомендации

## Будущие исследования

Срочно необходима более подробная информация о доступе ПИН к лечению ВИЧ/СПИД и получению базовой медицинской помощи. Специфические рекомендации включают:

- Сравнительную оценку доступа ПИН и пациентов, не употребляющих наркотики, к получению медицинского ухода ВИЧ/СПИДа, включая полуофициальную медицинскую помощь, требующую оплаты самих пациентов.
- Сравнительную оценку доступа ПИН и пациентов, не употребляющих наркотики, к получению первичной медицинской помощи в поликлиниках и больницах.

## Антиретровирусная терапия (АРВТ)

Доступ ПИН к эффективной АРВТ требует неотложного внимания и радикального улучшения, особенно в странах, где ПИН составляют высокий процент от общего количества ВИЧ-инфицированных. Специфические рекомендации включают:

- Создание и выполнение руководящих принципов для клиник по внедрению АРВТ, эффективности монотерапии и частоте контролирования иммунной системы.
- Механизмы увеличения доступа к недорогой комбинированной терапии, включая производство или параллельный импорт препаратов дженериков.
- Ликвидация ограничений и руководящих принципов, запрещающих назначение АРВТ тем, кто имел опыт употребления наркотиков или получает заместительную терапию.
- Внедрение стандартов лечения для активных ПИН, обращающихся за медицинской помощью, выражающих интерес в получении лечения и стабильности практик употребления наркотиков, а не таких критериев, как «потребитель наркотиков», или предположений, что все активные ПИН недисциплинированы.
- Обучение врачей всему спектру вопросов, касающихся употребления наркотиков, эффективной работы с ПИН и взаимодействия препаратов АРВТ и заместительной терапии метадонном или другими препаратами.
- Совместная работа медицинских учреждений и программ снижения вреда по оказанию социальной поддержки, направленной на улучшение приверженности лечению для ПИН.
- Использование, где это возможно и целесообразно, упрощенных режимов комбинированного лечения при назначении АРВТ.

## Доступ к профилактике пневмоцистной пневмонии (РСР) и обследованию на иммунный статус (CD4+)

Доступ ПИН к препаратам для профилактики *pneumocystis carinii pneumonia* (РСР) и обследованию на иммунный статус (CD4+) требует неотложного внимания и радикального

улучшения, в особенности в странах, где ПИН составляют высокий процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД.

Специфические рекомендации включают:

- Обеспечение бесплатных или недорогих препаратов для профилактики РСР.
- Обеспечение бесплатного или недорогого обследования на иммунный статус (CD4+).

## Доступ к получению первичной медицинской помощи

ПИН требуется значительное улучшение доступа к получению первичной медицинской помощи (такой как лечение бактериальных инфекций и инфекций, передаваемых половым путем) и защита от дискриминации в учреждениях здравоохранения. Специфические рекомендации включают:

- Меры конфиденциальности, не позволяющие обмен информацией между медицинскими учреждениями и правоохранительными органами.
- Обучение врачей всему спектру вопросов, касающихся употребления наркотиков и эффективной работы с ПИН.
- Внедрение стандартов лечения для активных ПИН, обращающихся за медицинской помощью, выражающих интерес в получении лечения и стабильности практик употребления наркотиков, а не таких критериев, как «потребитель наркотиков», или предположений, что все активные ПИН недисциплинированы.
- Совместная работа медицинских учреждений и программ снижения вреда по оказанию социальной поддержки, направленной на улучшение соблюдения правил лечения ПИН.

## Заместительная терапия

Необходимо срочное улучшение доступа к заместительной терапии метадонном и другими препаратами, направленное на снижение заболеваемости, преступности и другого вреда, связанного с употреблением наркотиков, в особенности в странах, где ПИН составляют высокий процент от общего количества случаев ВИЧ/СПИД. Специфические рекомендации включают:

- Информирование программ снижения вреда и государственных программ по ВИЧ/СПИД, работающих с ПИН, о существующих возможностях получения заместительной терапии.
- Поддержка правительства в увеличении масштабов существующего лечения метадонным поддержанием (ЛМП) и внедрение ЛМП или других видов заместительной терапии в странах, где такие программы еще не действуют.
- Изучение более дешевых альтернатив лечения, включая препараты дженерики, в странах, где метадонная или другая заместительная терапия доступны лишь по высоким для пациентов ценам.

- Abdul-Quadar, A., S. Friedman, et al. (1987). "Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV." *Contemporary Drug Problems* 14: 425-434.
- Alcabes, P., M. Beniowski, et al. (1999). "Needle and syringe exchange in Poland and the former Soviet Union: A new approach to community-impact studies." *Journal of Drug Issues* 29(4): 861-879.
- Ball, J. C. and A. Ross (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome*. New York, Springer-Verlag.
- Brown, J. and N. Rusinova (2000). *Negotiating the Post-Soviet Medical Marketplace: Growing Gaps in the Safety Net. Russia's torn safety nets: health and social welfare during the transition*. M. G. Field and J. L. Twigg. New York, St. Martin's Press: 65-82.
- Burke, J. (2000). *Internal Migration: A Civil Society Challenge. Russia's torn safety nets: health and social welfare during the transition*. M. G. Field and J. L. Twigg. New York, St. Martin's Press: 213-230.
- Dehne, K. (2002). *Sex work and injecting drug use in Eastern Europe and Central Asia: Epidemiological Overview*. 13th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ljubljana, Slovenia.
- Dehne, K. and Y. Kobyscha (2000). *The HIV epidemic in Central and Eastern Europe: Update 2000. A Report to a Second Strategy Meeting to Better Coordinate Regional Support to National Responses to HIV/AIDS in Central and Eastern Europe*, Copenhagen, World Health Organization.
- Economist Intelligence Unit (2002). "Country Economic Data—Estonia and Moldova."
- EMCDDA (2001). *Substitution Treatment: A Key Component of Drug Treatment*. Lisbon, Portugal, European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
- Finkelstein, R., A. Vogel, et al., Eds. (2000). *Toward a Comprehensive Plan for Syringe Exchange in New York City*. New York, New York Academy of Medicine.
- Friedman, S., D. Des Jarlais, et al. (1994). *Social Models for Changing Health-Relevant Behavior. Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. R. diClemente and J. Peterson. New York, Plenum.
- Garrett, L. (2000). *Betrayal of trust : the collapse of global public health*. New York, Hyperion.
- Grund, J. P. C. (2001). *A Candle Lit from Both Sides: The Epidemic of HIV Infection in Central and Eastern Europe. HIV and AIDS: A Global View*. K. McElrath. Westport CT, Greenwood Press.
- Gunne, L. and L. Grnbladh (1981). "The Swedish methadone maintenance program: a controlled study." *Drug and Alcohol Dependence* 7: 249-256.
- Hyde, L. (2002). *A Matter of Life and Death: Access to Treatment. HIV/AIDS News Digest 2001-2002*. Kiev, Ukraine, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine: 8-10.
- Jacob, J. and H. Stuver (2000). "The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons." *International Journal of Drug Policy* 11(5): 325 - 335.
- Kramer, J. (2000). *Drug Abuse in Post Communist Russia. Russia's torn safety nets : health and social welfare during the transition*. M. G. Field and J. L. Twigg. New York, St. Martin's Press: 100-102.
- Lindesmith Center (1997). *Research Brief: Methadone Maintenance Treatment*. New York, Lindesmith Center.
- Lurie, P. and A. Reingold (1993). *The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad*. Berkeley, CA, University of CA School of Public Health.
- Malinowska-Sempruch, K. (2001). "Harm Reduction Policies Needed to Stem the Spread of HIV in Prisons in Eastern Europe and the former Soviet Union." *IHRD News*(Spring 2001).
- MSF (2000). *Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000*. Amsterdam, Mïdecins Sans Frontieres.
- MSF (2002). *MSF and All-Ukrainian Network of PLWHAs criticize Ukrainian HIV/AIDS deal*. Kiev, Mïdecins Sans Frontieres.
- Novick, D., H. Joseph, et al. (1990). *Absence of antibody to HIV in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. Archives of Internal Medicine* 150: 97-99.
- Open Society Institute (2001). *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. New York: 11-23.
- Paone, D., D. Des Jarlais, et al. (1995). "Syringe Exchange: HIV Prevention, key findings and future directions." *International Journal of Addiction* 30: 1647-1683.
- Ruhl, C., V. Pokrovsky, et al. (2002). *The Economic Consequences of HIV in Russia*. Moscow, World Bank/Russian Federation AIDS Center.
- Solberg, U. (2002). *Maintenance therapy in the European Union and in Norway*. 5th Conference of European Opiate Addiction Treatment Association, Oslo.
- Stern, V. (1998). *A sin against the future : imprisonment in the world*. Boston, Northeastern University Press.
- UNAIDS (1999). *AIDS Epidemic Update—December 1999*. Geneva, The Joint United Nations Programme on AIDS.
- UNAIDS (2000). *UNAIDS/WHO Hail Consensus on Use of Cotrimoxazole for Prevention of HIV-Related Infections in Africa*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS (2001). *AIDS Epidemic Update—December 2001*. Geneva, The Joint United Nations Programme on AIDS.
- UNAIDS Vienna Team (2002). *Preliminary Overview Market Prices of Opioid Agonist Treatment Drugs (draft)*. Vienna, Austria.
- UNICEF-ICDC (1999). *After the Fall: the Human Impact of Ten Years of Transition*. Florence, UNICEF-ICDC.
- Walsh, N. P. (2002). "Russian AIDS plague to hit Europe." *The Observer*(June 2, 2002).
- Ward, J., R. Mattick, et al. (1994). "The effectiveness of methadone maintenance treatment: an overview." *Drug and Alcohol Review* 13: 327-336.
- WHO (2002). *Scaling up retroviral therapy in resource-limited settings: Guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization: 1-58.



**СПСВ-ЦВЕ**  
**Сеть Проектов Снижения Вреда**  
**Центральной и Восточной Европы**

Альгирдо ул. 41-1, Вильнюс, Литва,  
тел.: (+370) 5210 5180, факс (+370) 5210 5181,  
э-почта [info@ceehrn.org](mailto:info@ceehrn.org)  
<http://www.ceehrn.org>