



ЕВРОПА

5 ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и ПОМОЩЬ

Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ

Редакторы
Ирина Ерамова
Срджан Матич
Моник Мюнз

Ключевые слова:

CLINICAL PROTOCOLS
SUBSTANCE ABUSE, INTRAVENOUS — therapy
HIV-INFECTION — therapy — transmission
GUIDELINES
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Обложка: Soerine Hoffmann

Редактирование: Thomas Petruso, Misha Hoekstra

Верстка, оформление и производство: Phoenix Design Aid A/S — Denmark

Напечатано в Дании на бумаге, изготовленной без вреда для окружающей среды

Содержание

Сокращения	5
Благодарности	6
I. Основные принципы	8
II. Общие сведения	11
1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков	11
2. Медицинские и социальные последствия потребления инъекционных наркотиков.....	11
2.1. Медицинские проблемы.....	12
2.2. Социальные проблемы	12
2.2.1. Стигматизация, дискриминация и низкий социальный статус	13
2.2.2. Исправительные учреждения	13
3. Заместительная терапия опиоидами	13
III. Организация помощи и лечения.....	15
1. Услуги для ПИН	15
1.1. Общая медицинская практика	15
1.1.1. Принципы	15
1.1.2. Многопрофильный подход	15
1.1.3. Компоненты помощи.....	16
1.2. Снижение вреда	16
1.3. Лечение наркозависимости и заместительная терапия опиоидами.....	17
1.4. Психосоциальная поддержка.....	18
2. Модели всесторонней помощи ПИН при ВИЧ/СПИДе.....	19
3. Исправительные учреждения	19
IV. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным ПИН.....	21
1. Первичное обследование	21
1.1. Оценка потребления наркотиков и зависимости от них	21
1.2. Первичная оценка ВИЧ-статуса	22
1.3. Дальнейшее клиническое обследование	22
1.4. Психосоциальная оценка	23
2. Лечение опиоидной зависимости.....	23
2.1. Заместительная терапия опиоидами	24
2.1.1. Метадон	24
2.1.2. Бупренорфин	25
2.2. Программы детоксикации (воздержание от наркотиков под медицинским наблюдением)	25
2.3. Другие методы лечения.....	26
2.4. Лечение неопиоидной зависимости (включая кокаиновую и амфетаминовую)	27
2.4.1. Симптомы и препараты	27
2.4.2. Профилактика рецидивов	27
2.4.3. Другие мероприятия	28
3. Проведение ВААРТ у ПИН с ВИЧ/СПИДом	28
3.1. Выбор схемы ВААРТ	29
3.2. Схемы ВААРТ, рекомендованные для ПИН.....	30
3.3. Гепатотоксичность АРВ-препаратов	31
3.4. Тактика ведения ПИН с гепатитом С и ВИЧ-инфекцией.....	31
3.5. Тактика ведения ПИН с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.....	32
3.6. Приверженность лечению	32
3.6.1. Факторы, влияющие на приверженность лечению	32
4. Ведение ПИН в процессе лечения	33

4.1. Наблюдение за ходом заместительной терапии	33
4.2. Мониторинг лабораторных показателей	34
4.3. Тактика при проявлениях токсичности и побочных эффектах АРВ-препаратов	34
4.4. Лекарственные взаимодействия у ПИН	35
4.4.1. Метадон и АРВ-препараты	35
4.4.2. Метадон и другие препараты.....	37
4.4.3. Бупренорфин и АРВ-препараты.....	39
4.4.4. Нелегальные/рекреационные наркотики и АРВ-препараты.....	40
4.5. Помощь в соблюдении режима лечения и наблюдение.....	42
4.6. Тактика при острой и хронической боли (в том числе у пациентов, получающих ЗТО)	43
4.6.1. Лечение боли у пациентов, получающих метадон	43
4.6.2. Лечение боли у пациентов, получающих бупренорфин	44
V. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях.....	45
Приложение 1. Индекс тяжести зависимости (ASI), Европейская версия 6 (EuroASI6)	46
Приложение 4. Признаки и симптомы, указывающие на возможную зависимость или ее осложнения.....	74
Приложение 5. Опросник по оценке риска инфицирования вирусами, передающимися с кровью ³¹	76
Библиография.....	81

Сокращения

АРВ	антиретровирусные
АРТ	антиретровирусная терапия
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЗТО	заместительная терапия опиоидами
ИП	ингибиторы протеазы
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МДМА	3, 4-метилендиоксиметамфетамин
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и других проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр
НИОТ	нуклеозидные или нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
РНК	рибонуклеиновая кислота
СИОЗС	селективный ингибитор обратного захвата серотонина
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТГК	тетрагидроканнабинол
ASI	индекс тяжести зависимости
СУР	цитохром Р450
ЕuroASI6	индекс тяжести зависимости, Европейская версия 6

Благодарности

Этот клинический протокол разработали и написали Eamon Keenan (Addiction Services, Cherry Orchard Hospital, Ирландия), Annette Verster (WHO Headquarters, Швейцария) и Martin Donoghoe (WHO Regional Office for Europe, Дания). Это один из 13 клинических протоколов по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе для Европейского региона ВОЗ, выпущенных Европейским региональным бюро ВОЗ в 2006 г.

Авторский и редакторский коллектив благодарит всех экспертов, которые принимали участие в Региональном техническом консультативном совещании ВОЗ по разработке клинического протокола по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе у потребителей инъекционных наркотиков, проведенном вместе с Европейским центром мониторинга по наркотикам и наркозависимости (EMCDDA) 13—15 июня 2005 г. в Лиссабоне (Португалия), и внесли свой вклад в создание этого протокола:

Muazzam Abdukadirova (Virology Institute, Узбекистан), Araz Aliguliev (National Narcology Dispensary, Азербайджан), Francisco José Nunes Antunes (Hospital de Santa Maria, Португалия), Markus Backmund (Krankenhaus München Schwabing, Германия), Andrew Ball (WHO Headquarters), Monica Beg (United Nations Office on Drugs and Crime, Австрия), Josip Begovac (University Hospital of Infectious, Хорватия), Marek Beniowski (Centre for AIDS Diagnostic and Therapy, Польша), Sandra Black (WHO Headquarters), Irina Blizhevskaya (Regional Drug Treatment Center, Украина), Arièle Braye (Ukraine Country Office, WHO Regional Office for Europe), Ricardo Camacho (Hospital Ega Moniz, Португалия), Maria José Campos (Абраço, Португалия), Maria Patrizia Carrieri (Institut Paoli Calmettes, Франция), Samsuridzal Djauzi (Kanker Dharmais Hospital, Индонезия), Jay Dobkin (New York-Prebyterian Hospital, США), Sergey Dvoryak (Ukrainian Institute of Public Health Policy, Украина), Sabine Flessenkaemper (Indonesia Country Office, WHO Regional Office for South-East Asia), Yuriy Galich (Clinical and Rehabilitation Center for Drug Users, Украина), Manuela Gomes, Wolfgang Goetz, Dagmar Hedrich (EMCDDA, Португалия), Mauro Guarinieri (European AIDS Treatment Group, Бельгия), Andrej Kastelic (Center for Treatment of Drug Addiction, Словения), M. Suresh Kumar (Centre for Harm Reduction, Burnet Institute, Индия), Bertrand Lebeau (независимый консультант, Франция), Karen Lindenburg (Municipal Health Service of Amsterdam, Нидерланды), Kasia Malinowska-Sempruch (Open Society Institute, США), Cathy Mathei (Бельгия), Luis Mendão (Абраço — GAT, Португалия), Fabio Mesquita (Indonesian HR Prevention and Care Program, Индонезия), Sergey Musienko (All-Ukrainian Network of PLWH, Украина), Lubomir Okruhlica (Centrum for Drug Dependency, Словакия), Edna Oppenheimer (независимый консультант, Великобритания), Игорь Пчелин (Программа «Шаги», Российская Федерация), Christophe Piketty (Hôpital Européen Georges Pompidou, Франция), Pablo Rivas (Hospital Carlos III, Испания), Dominique Salmon-Ceron (Hôpital COCHIN, Франция), Gray Sattler (WHO Regional Office for the Western Pacific), Peter Selwyn (Albert Einstein College of Medicine, США), Владимир Шухов (Российское представительство ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ), Valeriy Skorych (Ivano-Frankivsk Narcological Centre, Украина), Michel Tailhades (WHO Regional Office for the Western Pacific), Mark Tyndall (University of British Columbia, Канада), Ambros Uchtenhagen (Institut für Suchtforschung, Швейцария), Lucas Wiessing (EMCDDA, Португалия), Marco Vitoria (WHO Headquarters) Alex Wodak (St. Vincent's Hospital, Австралия), Nat Wright (Centre for Research in Primary Care, Великобритания), Олег Юрин (Российский центр борьбы со СПИДом, Российская Федерация).

Отдельную благодарность приносим сотрудникам Европейского регионального бюро ВОЗ Bente Drachman, Nico Kerski, Jeffrey V. Lazarus и Andrea Nelsen, принимавшим участие в разработке этого протокола на разных этапах его создания. Авторы и редакторы благодарят также Stine Nielsen (WHO Regional Office for Europe, Дания) за техническую помощь в сборе данных.

Ирина Ерамова, Срджан Матич и Моника Мюнз
Программа по инфекциям, передаваемым половым путем/ВИЧ/СПИДу
Европейское региональное бюро ВОЗ

I. Основные принципы

Наркотическая зависимость — это сложное состояние, оказывающее глубокое воздействие на здоровье потребителей наркотиков, а также на благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно если речь идет об инъекционных наркотиках. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и другие организации призывают повышать доступность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), подчеркивая, что потребители инъекционных наркотиков (ПИН) должны иметь справедливый и равный доступ к профилактике, диагностике и лечению ВИЧ/СПИДа, включая ВААРТ (1). Хотя этот протокол был составлен для государств Европейского региона ВОЗ, он также будет полезен и для других стран, в которых существует проблема лечения ВИЧ/СПИДа у ПИН.

Хотя ПИН составляют подавляющее большинство больных СПИДом в Восточной Европе, ВААРТ они получают реже других (2—4). Потребителям наркотиков сложнее получить ВААРТ, и они чаще других начинают лечение на более поздних стадиях инфекции (5). Даже в развитых странах с относительно высокой доступностью медицинской помощи, пациенты, которые употребляли или употребляют инъекционные наркотики, реже имеют возможность получать ВААРТ (6—9). Во многих исследованиях показано, что врачи неохотно назначают антиретровирусную терапию (АРТ) ВИЧ-инфицированным ПИН из-за распространенного предубеждения, что они не будут соблюдать режим лечения, а это, в свою очередь, может привести к развитию устойчивости к антиретровирусным препаратам (АРВ-препаратам). Однако исследования показывают, что частота развития лекарственной устойчивости у ПИН и у пациентов, не употребляющих наркотики, одинакова (10). Если всесторонняя медицинская помощь оказывается непредвзято и справедливо, то большая часть ПИН охотно соглашается на лечение ВИЧ-инфекции и соблюдает врачебные рекомендации. Особенно хороших результатов удается достичь в тех случаях, когда лечение ВИЧ/СПИДа сочетается с лечением наркозависимости (включая мероприятия по снижению вреда, детоксикации и заместительной терапии) и психосоциальной поддержкой (1, 4, 11—13).

ВОЗ имеет большой опыт в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа у ПИН и заключенных. Этот опыт отражен в многочисленных резолюциях, заявлениях, меморандумах и технических докладах ВОЗ и ООН. В настоящее время эта работа опирается на научно обоснованную концепцию снижения вреда. В *Докладе экспертной комиссии ВОЗ по наркозависимости* от 1974 года говорится, что программы должны быть направлены на предупреждение и облегчение проблем, связанных с потреблением наркотиков, а не на борьбу с самим потреблением наркотиков. С развитием эпидемии ВИЧ-инфекции данное положение стало еще более актуальным и легло в основу тактики ВОЗ для общественного здравоохранения по решению проблем, связанных с потреблением наркотиков, в рамках программ снижения вреда (14).

Термин «снижение вреда» иногда используется по отношению ко всем негативным последствиям потребления наркотиков, однако в контексте ВИЧ/СПИДа ВОЗ использует этот термин для обозначения комплекса научно обоснованных мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ и последствий ВИЧ/СПИДа при потреблении наркотиков, особенно инъекционных. Однако этот подход так же эффективен в отношении других инфекций, передающихся с кровью (особенно гепатита С), передозировки и других негативных последствий для здоровья отдельного человека и благополучия общества. Всесторонняя стратегия предотвращения эпидемии ВИЧ-инфекции там, где ее основной движущей силой является потребление наркотиков, должна включать программы, направленные на первичную профилактику потребления наркотиков. Однако подход ВОЗ рассчитан на

деятельность в рамках сектора здравоохранения¹, в частности среди активных потребителей наркотиков и заключенных. ВОЗ признает, что профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков и заключенных требует всестороннего подхода и широкого ряда мероприятий.

В мае 2003 г. 56-я Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила *Глобальную стратегию сектора здравоохранения в области ВИЧ/СПИДа на 2003—2007 гг.*, в которой перечислены основные направления деятельности этого сектора в отношении ВИЧ/СПИДа, включая «...проведение программ снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков, в частности обеспечение доступности стерильных средств для инъекций, лечение наркозависимости и работу с населением, с целью снижения частоты потребления инъекционных наркотиков» (15).

Недавно ВОЗ вновь заявила о необходимости обеспечить всеобщую доступность профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа для тех, кто в этом нуждается, а также о приоритетности программ снижения вреда, что нашло отражение в ряде технических докладов и пресс-релизах (1, 14—23).

Европейское региональное бюро ВОЗ всегда находилось на переднем рубеже внедрения программ по снижению вреда от наркотиков. В 1998 г. Европейское бюро совместно с Объединенной программой ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) и Советом Европы опубликовало основные принципы эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН. Эта публикация стала одной из первых публикаций ООН, в которой были изложены основные принципы эффективной профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН, указано на необходимость обеспечения стерильными принадлежностями для инъекций и заместительной терапии опиоидами (ЗТО). В настоящее время Европейское бюро в своей работе по снижению вреда руководствуется Резолюцией EUR/RC52/R9 2002 г. Регионального европейского комитета ВОЗ *Усиление деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европейском регионе ВОЗ*, которая призывает государства—члены ВОЗ:

«...способствовать широкому распространению целевых, научно обоснованных мероприятий по профилактике, лечению и снижению вреда (например, распространение шприцев и игл, дезинфицирующих средств и презервативов, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, заместительная терапия, диагностика и лечение [инфекций, передаваемых половым путем] ИППП) среди уязвимых или подверженных высокому риску групп населения, включая заключенных тюрем, в соответствии с национальной политикой».

В феврале 2004 г. Европейское региональное бюро ВОЗ участвовало в разработке исторической Дублинской декларации по сотрудничеству в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Средней Азии, в которой все государства—члены Европейского региона пришли к следующему соглашению:

«Необходимо облегчить доступ ПИН к профилактике и лечению наркозависимости и программам снижения вреда, оказывая всяческое содействие широкому предоставлению услуг по профилактике и лечению наркозависимости и программам снижения вреда² (в ча-

¹ «Сектор здравоохранения — это широкий спектр государственных и частных медицинских учреждений и служб (включая оздоровительные, профилактические, диагностические, лечебные и восстановительные), министерства здравоохранения, неправительственные организации, общественные группы и профессиональные ассоциации, а также структуры, непосредственно связанные с системой здравоохранения (например, фармацевтическая промышленность и учебные заведения)». *The Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007* (15).

² Согласно рекомендациям ВОЗ, для изменения эпидемиологической ситуации среди ПИН не менее 60% из них должны иметь доступ к услугам по лечению наркозависимости и программам снижения вреда.

стности распространению шприцев и игл, дезинфицирующих средств и презервативов, добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, заместительной терапии, диагностике и лечению ИППП) в соответствии с национальной политикой...». (17)

Необходимо руководствоваться следующими принципами при оказании помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), которые потребляют инъекционные наркотики:

- ВААРТ у этой категории ВИЧ-инфицированных пациентов так же эффективна, как и у остальных пациентов.
- При адекватной поддержке как бывшие, так и активные ПИН, могут так же строго соблюдать режим лечения, как и остальные пациенты, и должны иметь равный с ними доступ к ВААРТ.
- Сам факт употребления наркотиков в прошлом или в настоящем не должен влиять на решение о назначении ВААРТ.
- При проведении ВААРТ необходимо уделять внимание особым потребностям активных и бывших ПИН, включая потребность в лечении наркозависимости, сопутствующих инфекций и других заболеваний.
- Политика общественного здравоохранения, учитывающая необходимость лечения и наркозависимости, и ВИЧ-инфекции, приводит к улучшению самочувствия пациентов, снижает стигматизацию и способствует предоставлению полноценной, этически выдержанной медицинской помощи.
- Наилучших результатов можно добиться при сочетании мер по профилактике, лечению, оказанию помощи и поддержки в рамках программы снижения вреда.
- Программа снижения вреда эффективно поддерживает профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, проводимые для ПИН.
- Высококачественная заместительная терапия является важным компонентом помощи при ВИЧ/СПИДе. Это один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости.
- Необходимо обеспечить ПИН дружелюбную обстановку, соблюдение прав и уважение достоинства, а также расширять и улучшать их доступ к лечению наркотической зависимости.
- Страны, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется в основном за счет потребления инъекционных наркотиков, должны предпринять экстренные меры по удовлетворению потребности ПИН в профилактике и лечении, включая программы снижения вреда, заместительную терапию и всеобщую доступность ВААРТ.

II. Общие сведения

1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков

По оценкам, к концу 2003 г. в мире насчитывалось примерно 13,2 млн ПИН, причем большинство из них — 10,3 млн (78%) — в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Число ПИН в Западной Европе оценивается в 1,2 млн человек, в Восточной Европе и Средней Азии — в 3,2 млн человек (24). Во многих странах потребление инъекционных наркотиков и половые контакты с ПИН служат основными путями распространения ВИЧ-инфекции. Эпидемиологические исследования показывают, что, по крайней мере, 10% новых случаев ВИЧ-инфекции в мире (а если исключить Африку, то 30%) связаны с потреблением инъекционных наркотиков, и примерно 3 млн бывших и активных ПИН инфицированы ВИЧ или больны СПИДом (25, 26).

В Восточной Европе рост эпидемии ВИЧ-инфекции почти полностью обусловлен потреблением инъекционных наркотиков. Самая высокая заболеваемость и распространенность инфекции отмечена в Эстонии, Российской Федерации и Украине (27, 28). В Западной Европе распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН широко варьирует; при этом самые высокие показатели зарегистрированы в Испании, Италии и Португалии (24). Наиболее тяжелая обстановка сложилась в странах с ограниченным доступом к профилактике, помощи и лечению, то есть там, где программы обмена игл и шприцев и заместительная терапия малодоступны или незаконны, а борьба с потреблением наркотиков сводится в основном к карательным мерам (29, 30).

Для тех эпидемий ВИЧ-инфекции, движущим фактором которых является потребление наркотиков, характерен стремительный рост. Иногда за несколько лет распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН возрастала с 1 до 70% (31, 32). Кроме того, быстрое увеличение потребления инъекционных наркотиков часто совпадает с самым быстрым распространением ВИЧ/СПИДа. Эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН обычно начинается с молодых, сексуально активных мужчин. Затем происходит заражение их половых партнеров — мужчин и женщин, после чего инфекция передается детям от инфицированных матерей. Коммерческий секс служит передаточным звеном между различными слоями населения, поскольку сексуальные услуги оплачиваются наркотиками или предоставляются для приобретения наркотиков (33).

Ограниченная доступность профилактики и лечения (особенно программ снижения вреда), высокий риск заражения инфекциями, передающимися с кровью через общие иглы, шприцы, растворы и другие средства, которые используются для инъекций наркотиков, объясняют стремительный рост эпидемии. Дополнительным фактором служит высокий уровень вирусемии в первые недели и месяцы после сероконверсии, который может объяснять высокую частоту передачи ВИЧ среди ПИН (4). Кроме того, распространению ВИЧ-инфекции среди ПИН способствует ряд социальных факторов (34).

2. Медицинские и социальные последствия потребления инъекционных наркотиков

Наркотическая зависимость — это комплексное клиническое состояние, которое включает физический и психосоциальный компоненты, и ассоциируется с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким риском летального исхода. Наркотическая зависимость (особенно опиоидная) является хроническим рецидивирующим заболеванием, с которым трудно бороться из-за навязчивой и непреодолимой тяги к наркотику, заставляющей человека прибегать к нему даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья (35). Для лиц, зависимых от наркотиков, характерен ряд медицинских, психоло-

гических и социальных проблем, которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи людям с ВИЧ/СПИДом.

2.1. Медицинские проблемы

Помимо ВИЧ-инфекции у ПИН наблюдается целый ряд сопутствующих инфекций и заболеваний, а также имеются медицинские проблемы, связанные с потреблением инъекционных наркотиков.

К наиболее распространенным у ПИН заболеваниям и состояниям относятся:

- передающиеся с кровью вирусные инфекции, включая, гепатиты В, С и D (дельта), вызывающие поражение печени;
- бактериальные инфекции (36):
 - ◊ туберкулез,
 - ◊ бактериальная пневмония,
 - ◊ эндокардит,
 - ◊ сепсис;
- отравление наркотиками (передозировка);
- алкогольная зависимость и алкогольное поражение печени;
- комбинированная зависимость;
- психические расстройства, в том числе депрессия.

У некоторых ПИН симптомы психического заболевания могут наблюдаться давно, но соответствующий диагноз им не поставлен и они не получают лечения. Ряд психических нарушений могут возникать в результате злоупотребления алкоголем, кокаином и опиоидами или усугубляться ими. Наркотические средства могут использоваться для самолечения симптомов психических расстройств и подменять эффективную терапию. Отмечено существенное повышение частоты большой депрессии и самоубийств у ВИЧ-инфицированных ПИН, которая даже превышает и без того высокую частоту депрессии и самоубийств у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и СПИДа (37—39).

К другим, часто наблюдающимся у ПИН проблемам, относятся:

- тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии;
- ограниченные поражения мягких тканей и сосудов, включая кожные абсцессы и тромбофлебит;
- повышенный риск респираторных и связанных с курением заболеваний, хронические болезни.

2.2. Социальные проблемы

При широко распространенном мнении, что потребители наркотиков не в состоянии соблюдать режим ВААРТ, упускается из виду, что этому могут способствовать другие проблемы, с которыми сталкиваются многие ПИН: социальная нестабильность, нищета, психические заболевания, нарушение прав человека и отсутствие взаимопонимания с врачами.

К самым распространенным социальным проблемам, с которыми сталкиваются ПИН, относятся:

- стигматизация, дискриминация и низкий социальный статус;
- нищета;
- бездомность;
- безработица;
- разлад в семейной и общественной жизни;
- криминальное поведение и заключение в тюрьму.

2.2.1. Стигматизация, дискриминация и низкий социальный статус

Помимо ВИЧ-инфекции потребление наркотиков является широко распространенным источником стигматизации и дискриминации.

- Стигма, связанная с потреблением наркотиков, часто усиливается из-за того, что, как правило, это действие является незаконным и носит скрытый характер, а также из-за отсутствия правовой защиты в отношении лиц, употребляющих наркотики.
- Потребители наркотиков неохотно посещают медицинские учреждения из-за стигматизации и дискриминации. Страх подвергнуться дискриминации заставляет многих ВИЧ-инфицированных лиц скрывать свое пристрастие к наркотикам от специалистов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе. Это повышает риск диагностических ошибок и лекарственных взаимодействий между назначенными АРВ-препаратами и наркотиками (4).
- Многие ПИН живут за гранью общепринятых социальных и экономических норм; от них отказались семьи.
- У людей, особенно уязвимых перед лицом нищеты, расовой дискриминации, болезней, не имеющих образования и работы, риск стать потребителем наркотиков особенно высок.
- Социальные проблемы, в том числе стигматизация и дискриминация, связанные с употреблением наркотиков и положительным ВИЧ-статусом в свою очередь усиливают тягу к наркотикам.

2.2.2. Исправительные учреждения

Экономические проблемы, вызванные наркозависимостью, и преступления, которые совершаются для их решения, приводят к тому, что в большинстве стран значительная доля ПИН периодически попадает в тюрьму. Во многих странах в закрытых учреждениях основным видом лечения наркозависимости является та или иная форма принудительной детоксикации или воздержания. Эффективность такого лечения наркозависимости не доказана. Кроме того, содержание ПИН в местах лишения свободы сопряжено с рядом дополнительных медицинских и других проблем. К ним относятся:

- опасные методы введения наркотиков, сопровождающиеся риском заражения и передачи вирусных гепатитов и других инфекций;
- туберкулез (особенно полирезистентный туберкулез);
- высокий риск передачи ВИЧ и других ИППП при незащищенных половых контактах между заключенными;
- повышенный риск передозировки наркотика после освобождения;
- физическое и сексуальное насилие;
- депрессия и тревожные расстройства;
- самоубийство.

Вспышки ВИЧ-инфекции в тюрьмах отмечены в ряде стран. Это может стать источником или дополнительным фактором еще более широкого распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.

3. Заместительная терапия опиоидами

По всему миру насчитывается около полумиллиона тех, кто страдает опиоидной зависимостью и получает заместительную терапию метадонем, в том числе почти 400 000 человек — в Европейском регионе (19, 40). Их число растет практически во всех регионах мира. Заместительная терапия метадонем была введена сначала в Австралии, США и странах Западной Европы. Затем ее стали применять в странах Центральной и Восточной Европы, Восточного Средиземноморья и Азии. Терапевтическая потребность в метадоне в некоторых европейских странах удовлетворяется на 80%, в других — в гораздо меньшем

объеме. В Европейском регионе метадон используется в 76% программ заместительной терапии (41). В США в конце 1998 г. заместительную терапию метадоном получали 179 329 пациентов, сегодня эта цифра составляет от 200 000 до 300 000 человек. Метадон используется также в Австралии, Аргентине, Индонезии, Иране, Канаде, Китае, Новой Зеландии, Таиланде и других странах. По прогнозам, в ближайшие 5 лет заместительную терапию метадоном будет получать миллион человек.

Заместительную терапию бупренорфином во всем мире получают около 200 000 человек, и их число растет практически во всех регионах. Самый богатый опыт использования бупренорфина накоплен во Франции, где с 1995 г. препарат широко применяется врачами общей практики. К 1998 г. во Франции бупренорфин получали около 65 000 пациентов ежегодно, к 2001 г. — 74 000 пациентов в год, тогда как метадон применялся у 9600 пациентов (42). В Австралии бупренорфин был разрешен для лечения опиоидной зависимости в 2001 г., а к июню 2003 г. этот препарат получал 8641 пациент. В 2005 г. бупренорфин был одобрен во многих странах, включая Австралию, Австрию, Бельгию, Великобританию, Германию, Грецию, Данию, Израиль, Индию, Индонезию, Исландию, Италию, Китай (особый административный район Гонконг), Литву, Люксембург, Малайзию, Нидерланды, Норвегию, Португалию, Сингапур, Словацкую Республику, Словению, США, Украину, Финляндию, Францию, Чешскую Республику, Швейцарию, Швецию, Эстонию и ЮАР.

III. Организация помощи и лечения

1. Услуги для ПИН

Организация работы служб, занимающихся профилактикой, лечением и реабилитацией при ВИЧ-инфекции, а также координация этой работы являются важным условием успешного лечения ПИН. Программы лечения ВИЧ-инфекции должны быть связаны с программами снижения вреда. Это необходимо для того, чтобы максимально охватить и удержать ПИН в лечебной программе, а также обеспечить им консультирование по снижению риска и доступность необходимых принадлежностей, включая презервативы, стерильные иглы, шприцы и др. Благодаря стабилизации поведения ПИН методы снижения вреда, включая заместительную терапию, могут сократить медицинские и психосоциальные последствия потребления наркотиков и облегчить лечение ВИЧ-инфекции. При лечении ВИЧ-инфицированных пациентов с наркозависимостью необходимо наладить координацию работы служб четырех видов:

- общей медицинской практики и инфекционных клиник;
- снижения вреда;
- наркологической помощи;
- психологической и социальной помощи.

Работа с населением (аутрич) поможет обеспечить надежное взаимодействие между местными организациями, представляющими интересы ПИН, а также привлечь просветителей и консультантов на основе «равный равному» из этих организаций.

1.1. Общая медицинская практика

1.1.1. Принципы

Успешное оказание медицинской помощи, включая ВААРТ, для активных потребителей наркотиков должно соответствовать нескольким важным принципам. Медицинская помощь должна быть:

- доступной;
- бесплатной;
- дружественной, предоставляться непредвзято настроенным персоналом без осуждения;
- удовлетворяющей индивидуальным потребностям;
- непрерывной (через систему направлений), обеспечивающей взаимодействие между медицинскими учреждениями, социальными службами, объединениями ПИН и семьями.

1.1.2. Многопрофильный подход

ВОЗ выступает за многопрофильный подход к оказанию медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Медицинская бригада должна иметь опыт наркологической помощи. На регулярных совещаниях бригада должна обсуждать состояние получающих лечение ПИН и дальнейший план действий. Обычно в такую бригаду входят:

- врач (терапевт, инфекционист или другой специалист);
- медицинская сестра;
- социальный работник;
- консультант;
- специалист по лечению наркозависимости³.

³ Это может быть специалист по лечению наркозависимости, психиатр, психотерапевт и/или (в странах Восточной Европы) нарколог.

Психиатры и психиатрическая помощь не всегда являются наиболее оптимальными для лечения наркозависимости. Многие осложнения, требующие медицинского вмешательства, входят, скорее, в компетенцию терапевтов. Существует также риск дополнительной стигматизации пациента из-за лечения у психиатра, особенно если у этого пациента нет сопутствующих психических заболеваний.

1.1.3. Компоненты помощи

Основная трудность в оказании медицинской помощи ПИН независимо от их ВИЧ-статуса заключается в необходимости одновременного участия соответствующих служб в решении медицинских и психологических проблем.

Медицинская помощь должна быть всесторонней и включать:

- лечение ВИЧ/СПИДа;
- лечение наркозависимости, в том числе заместительную терапию опиоидами (ЗТО);
- диагностику и лечение других сопутствующих заболеваний и осложнений инъекционного потребления наркотиков (см. раздел II.2.1);
- профилактику и лечение оппортунистических инфекций, обусловленных ВИЧ-инфекцией⁴;
- вакцинацию против инфекции, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ)⁵;
- паллиативную помощь на поздних стадиях болезни⁶.

Медицинская помощь ПИН должна также включать:

- поддержку в соблюдении режима терапии;
- снижение риска, связанного с потреблением наркотиков и рискованным сексуальным поведением;
- поддержку половых партнеров;
- решение социальных вопросов (через службы социальной помощи);
- борьбу со стигматизацией и дискриминацией:
 - ◊ обеспечение соблюдения прав человека по отношению к ПИН, а также качественной медицинской помощью, включая ВААРТ;
 - ◊ контроль за тем, чтобы медицинские работники не допускали предвзятости и негативного отношения к пациентам; помнили о том, как это может отразиться на пациентах; демонстрировали профессионализм и стремились добиться успешных результатов лечения наркозависимости и ВААРТ;
 - ◊ гарантия конфиденциальности.

Доступность такой помощи обеспечит доверие к программе, а ее отсутствие будет свидетельствовать о пренебрежении первостепенными потребностями ПИН (43).

1.2. Снижение вреда

Мероприятия по снижению вреда направлены на уменьшение негативных медицинских, социальных и экономических последствий потребления психоактивных веществ для самих потребителей, их семей и окружения, не требуя обязательного воздержания от наркотиков или сокращения их потребления. Адекватная и доступная поддержка со стороны непредвзято настроенного медицинского персонала через специальные программы на местах и работа с населением продемонстрировали на практике свою высокую эффектив-

⁴ В частности, пневмоцистной пневмонии (вызванной *Pneumocystis jirovecii*), кандидоза, криптококкоза, токсоплазмоза, инфекций, вызванных атипичными микобактериями и цитомегаловирусом. Необходимо учитывать взаимодействия между противогрибковыми препаратами, часто применяющимися при кандидозе и криптококкозе, и метадоном.

⁵ См. Протокол 8 «Профилактика гепатитов А, В, С и воздействия других гепатотоксических факторов у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» и протокол 12 «Иммунизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и лиц с высоким риском ВИЧ-инфекции».

⁶ См. Протокол 3 «Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом».

ность. Комплексные программы снижения вреда позволяют сократить заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ПИН (16, 44—46).

Ключевые компоненты эффективной программы снижения вреда для потребителей наркотиков, включают:

- работу с населением (аутрич), особенно с привлечением бывших ПИН;
- предоставление информации, способствующей изменению поведения, в частности о мерах по снижению риска;
- обеспечение доступности игл и шприцев и возврата использованных;
- лечение наркозависимости, в частности предоставление ЗТО;
- консультирование и тестирование на ВИЧ;
- распространение презервативов, профилактику и лечение ИППП;
- первичную медицинскую помощь, включая вакцинацию против гепатита В, лечение венозных осложнений, язв и абсцессов, лечение отравлений при передозировке наркотиков;
- благоприятную государственную и правовую политику.

Службы по снижению вреда должны участвовать в следующих видах деятельности:

- предоставление лечения ВИЧ/СПИДа (по возможности), включая непосредственное проведение АРТ;
- поддержка соблюдения режима АРТ, включая контакты с теми ПИН, которые прекратили лечение;
- обеспечение доступности специалистов и служб, занимающихся лечением ВИЧ/СПИДа и наркозависимости;
- предоставление информации по следующим вопросам:
 - ◊ менее опасное потребление наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции,
 - ◊ возможные взаимодействия между психоактивными веществами и препаратами для лечения ВИЧ/СПИДа,
 - ◊ АРТ, включая тактику при появлении побочных эффектов;
- направление в другие службы, работающие по программам снижения вреда, включая наркологические службы, органы социальной защиты и другие медицинские учреждения;
- планирование лечения ВИЧ-инфекции для ПИН;
- выездная работа (аутрич) среди ПИН с целью консультирования, тестирования на ВИЧ, помощи и лечения.

1.3. Лечение наркозависимости и заместительная терапия опиоидами

Помощь пациентам с наркозависимостью должны оказывать специалисты разного профиля, включая врачей, медицинских сестер, выездных работников, социальных работников и фармацевтов (47). Необходимо, чтобы государственные и неправительственные организации, а также общественные объединения содействовали оказанию помощи. Лечение наркозависимости, включая ЗТО, создает множество преимуществ при осуществлении профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, а именно:

- облегчает доступ к лечению и помощи при ВИЧ-инфекции, а также к общей медицинской помощи;
- удерживает активных потребителей наркотиков в лечебном процессе;
- снижает риск передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и бактериальных инфекций;
- снижает необходимость в госпитализации;
- улучшает и облегчает процесс соблюдения режима ВААРТ и клинического наблюдения (1, 3, 11, 45, 48—51).

Кроме того, наркологическое лечение помогает:

- снизить потребление нелегальных опиоидных наркотиков;
- уменьшить частоту противоправных действий;
- снизить смертность из-за передозировки наркотиков;
- скорректировать поведение, сопровождающееся высоким риском передачи ВИЧ;
- улучшить социальную интеграцию потребителей наркотиков.

Преимущества программ заместительной терапии максимально реализуются при условии:

- назначения высоких, а не низких доз метадона или бупренорфина;
- ориентации программ на замещение наркотиков, а не на полный отказ от них;
- предоставления услуг по диагностике и лечению сопутствующих психических заболеваний, а также помощи в решении социальных проблем;
- заключения договора между пациентом и врачом или введения системы поощрений, а также консультирования для сокращения приема наркотиков;
- обеспечения доступности медицинских служб, включая удобство расположения, часы работы и оплату;
- создания благожелательной обстановки (52—54).

При доступности ЗТО необходимо предусмотреть возможность одновременного лечения ВИЧ/СПИДа и проведения ВААРТ там же, где проводится заместительная терапия. Этот подход способствует:

- достижению максимального контроля лечения;
- повышению эффективности лечения;
- снижению риска развития устойчивости к АРВ-препаратам;
- облегчению контроля возникновения лекарственного взаимодействия между метадон и препаратами для лечения ВИЧ/СПИДа.

Другие преимущества проведения ВААРТ по месту предоставления ЗТО включают:

- одновременное длительное лечение наркозависимости и ВИЧ/СПИДа;
- возможность приема АРВ-препаратов под контролем медицинского работника у пациентов, ежедневно посещающих клинику для получения метадона⁷;
- приобретение опыта лечения заболеваний, связанных с потреблением наркотиков (1, 51).

По имеющимся данным, прием препаратов под контролем медработника — эффективный способ проведения ВААРТ у пациентов с наркозависимостью. При проведении ВААРТ и заместительной терапии метадон рекомендуется контролировать прием препаратов медицинскими работниками, поскольку при этом:

- у значительного числа пациентов удастся добиться максимально возможного снижения вирусной нагрузки (11);
- достигается более высокий уровень подавления вируса, чем при стандартном лечении или при другой тактике, направленной на соблюдение режима терапии (48);
- сводится к минимуму влияние ВААРТ на повседневную жизнь ПИН.

1.4. Психосоциальная поддержка

Для ПИН важно предусмотреть одновременное оказание медицинской и психосоциальной помощи. В зависимости от потребностей пациентов необходимо обеспечить им доступность широкого спектра служб, специализирующихся на психосоциальной помощи, включая:

- службы поддержки приверженности АРТ;

⁷ При необходимости, потребуются также выдать вторую дозу АРВ-препарата для приема на дому.

- службы психологической помощи, предоставляющие услуги по групповой психотерапии для ПИН и членов их семей;
- группы взаимопомощи («равный равному»);
- просветительские программы;
- службы психологической и психиатрической помощи для диагностики и лечения психических расстройств;
- службы социальной помощи для решения жилищных проблем, помощи в трудоустройстве и материальном обеспечении, в решении юридических вопросов и преодоления дискриминации и др.

Бывшим ПИН часто удается добиться замечательных успехов в просвещении и мотивации активных ПИН:

- убеждая их в доступности эффективных мер по профилактике, лечению и помощи;
- помогая в подготовке к лечению, например, предупреждая о возможных побочных эффектах АРТ;
- поддерживая приверженность режиму АРТ и других видов терапии.

2. Модели всесторонней помощи ПИН при ВИЧ/СПИДе

Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе, включая ВААРТ, должны быть составной частью плана всесторонней помощи. Объединение или интеграция служб по лечению ВИЧ-инфекции и наркозависимости дают возможность предотвратить распространение ВИЧ-инфекции, способствовать соблюдению режима АРТ и заместительной терапии, а также повысить общее качество помощи. Комплексные службы накапливают опыт эффективного лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции. Есть несколько моделей эффективного сочетания профилактики, лечения и помощи при ВИЧ-инфекции с лечением наркозависимости, в частности:

- лечение ВИЧ-инфекции и наркозависимости в одном учреждении:
 - ◊ медицинская помощь при ВИЧ/СПИДе предоставляется в наркологических учреждениях; или
 - ◊ лечение наркозависимости проводится в учреждениях, специализирующихся на лечении ВИЧ/СПИДа⁸;
- лечение ВИЧ-инфекции и наркозависимости проводится в разных учреждениях, но находящихся в непосредственной близости друг от друга, тесно взаимодействующих между собой и выдающих направления в другие необходимые службы;
- лечение ВИЧ-инфекции и наркозависимости проводится в учреждениях первичной медицинской помощи врачами общей практики и специалистами, ведущими амбулаторный прием.

Эффективность этих моделей будет зависеть от инфраструктуры и организации системы здравоохранения. При наличии специализированных учреждений (например, наркологических центров и терапевтических отделений) распространенной практикой является скоординированное ведение общих пациентов.

3. Исправительные учреждения

Очень важно охватить ПИН, находящихся в тюрьмах и других исправительных учреждениях, поскольку в этих местах повышен риск ВИЧ-инфекции и наркозависимости. Заключение ПИН необходимо предоставить тот же перечень услуг, что и находящимся на свободе, включая ВААРТ. Лечение ВИЧ/СПИДа и наркозависимости может начинаться до

⁸ Одним из вариантов объединенной службы является организация передвижной медицинской помощи, связанной, например, с центром по лечению ВИЧ/СПИДа, наркологической службой или программой по снижению вреда. Передвижные службы могут проводить скрининг на ВИЧ-инфекцию и ИППП, проводить лечение ВИЧ/СПИДа, направлять на наркологическое и психиатрическое лечение, а также в другие медицинские учреждения.

помещения в исправительное учреждение, и в этом случае ВААРТ необходимо продолжать и в местах лишения свободы (55).

Проведение мероприятий по профилактике, лечению и снижению вреда в исправительных учреждениях среди ПИН полезно не только для них самих, но и для общества в целом (22, 56, 57). Всесторонние программы должны включать:

- предоставление информации, обучение и просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- добровольное тестирование и консультирование;
- предоставление презервативов;
- предоставление хлорных растворов и других дезинфицирующих средств;
- обмен игл и шприцев;
- заместительную терапию;
- медицинскую помощь заключенным с наркозависимостью в соответствии с общепринятыми стандартами лечения;
- медицинскую помощь при ВИЧ/СПИДе (включая АРТ), гепатите и туберкулезе;
- преемственность помощи путем налаживания связей со службами, работающими в сообществе;
- решение других проблем, связанных с наркозависимостью.

Необходимо гарантировать преемственность оказания помощи заключенным после освобождения (58). Это требует налаживания тесных контактов между сообществами и наркологическими центрами, тюрьмами, исправительно-трудовыми лагерями и другими исправительными учреждениями, поскольку многие заключенные бывают осуждены неоднократно и вновь попадают в закрытые учреждения. Пребывание в закрытых учреждениях должно рассматриваться как возможность профилактики ВИЧ-инфекции, лечения и реабилитации, поэтому деятельность, которая осуществляется в них, должна контролироваться и оцениваться по самым разным показателям (потребление наркотиков, ВИЧ-инфицирование и социальные вопросы).

ВОЗ разработала рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях и других закрытых заведениях (59, 60).

IV. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным ПИН

1. Первичное обследование

При оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПИН необходимо учитывать характер потребления наркотиков, наличие наркотической зависимости, психологических и социальных проблем, а также медицинских осложнений, связанных с употреблением инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекцией.

1.1. Оценка потребления наркотиков и зависимости от них

Для скрининга и начальной оценки потребления наркотиков и наркозависимости необходимо использовать стандартные методы обследования. Ниже в тексте, а также в приложениях даны инструменты, рекомендуемые для скрининга и оценки. В Европе предпочтение отдается Европейской версии Индекса тяжести зависимости (ЕигорASI, версия 6) (Приложение 1). Любые виды скрининга и обследования должны проводиться добровольно, после получения информированного согласия и объяснения, почему медикам необходимо знать о проблемах пациента, связанных с наркотиками. Пациенты часто утаивают факт приема наркотиков, поэтому все они должны проходить скрининг на потребление наркотиков и наркозависимость.

Пациенты, которые признают, что употребляют наркотики, а также те, кто не признают этого, но имеют характерные признаки или симптомы (например, следы от инъекций), должны проходить дополнительное обследование. Важно диагностировать наркозависимость, поскольку ее наличие влияет на тактику ведения пациента. Простую и быструю первичную оценку наркозависимости могут проводить неспециалисты, используя 10 вопросов, адаптированных из «Перечня симптомов психических расстройств», *Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)* (Приложение 3).

Обычно оценка потребления наркотиков и наркозависимости включает сбор анамнеза о потреблении наркотиков и наркологическом лечении, а также физикальное исследование. Наркологический анамнез должен включать следующую информацию:

- перечень потреблявшихся веществ, включая алкоголь и комбинации психоактивных веществ, а также возраст пациента на момент начала потребления;
- способ потребления наркотиков;
- активность потребления в течение жизни, в последнее время и на момент обследования;
- изменение действия наркотиков со временем;
- анамнез толерантности, передозировок и абстинентного синдрома;
- периоды абстиненции и попытки отказа от наркотиков;
- осложнения, связанные с потреблением наркотиков (гепатит, абсцессы и др.);
- текущие проблемы, включая тяжесть зависимости;
- характер и результаты предшествующего лечения наркозависимости.

При физикальном исследовании можно обнаружить признаки употребления наркотиков и/или осложнений, связанных с их приемом. Полезно использовать список характерных признаков и симптомов (Приложение 4). При планировании лечения необходимо выявить и учесть соматические осложнения опиоидной или других видов зависимости.

Дальнейшая оценка тяжести наркозависимости и планирование лечения должны проводиться наркологом или другим специалистом соответствующей квалификации, либо в

тесном взаимодействии с ними. Кроме того, следует оценить риск инфекций, передающихся с кровью, обусловленный опасными формами поведения, используя стандартные опросники, например «Опросник по оценке риска инфицирования вирусами, передающимися с кровью» (Приложение 5).

1.2. Первичная оценка ВИЧ-статуса

Первичное обследование ПИН на ВИЧ/СПИД проводится по общей схеме и не отличается от обследования лиц, не употребляющих наркотики. Медицинские учреждения, предоставляющие услуги ПИН, должны предлагать консультирование и тестирование на ВИЧ всем своим пациентам и обеспечивать их необходимой информацией. Медработники должны объяснять пациентам, что тестирование на ВИЧ важно для определения дальнейшей тактики оказания помощи. Однако пациент вправе отказаться от тестирования. Первичное обследование на ВИЧ-инфекцию должно включать следующие этапы:

- дотестовое консультирование и информирование;
- серологическое тестирование на антитела к ВИЧ (обычно ИФА и/или экспресс-тест) и подтверждение результата с помощью иммуноблоттинга;
- послетестовое консультирование по снижению рискованных форм поведения, которое проводится независимо от результатов тестирования.

1.3. Дальнейшее клиническое обследование

Для определения тактики ведения ВИЧ-инфицированных ПИН требуется дополнительное обследование, которое включает:

- оценку жалоб;
- физикальное исследование⁹;
- оценку психического и социального статуса¹⁰;
- оценку готовности к лечению;
- стандартные лабораторные исследования;
- определение числа лимфоцитов CD4 для оценки тяжести иммунодефицита;
- определение вирусной нагрузки, по возможности;
- анамнез контрацепции и тест на беременность, по показаниям;
- диагностика гепатитов В и С¹¹;
- скрининг на туберкулез¹²;
- диагностика ИППП;
- диагностика психических расстройств;
- измерение массы тела;
- другие исследования в зависимости от состояния пациента.

Более подробную информацию можно найти в протоколе 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*».

Поскольку многие ПИН обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, новых пациентов необходимо тщательно обследовать на предмет оппортунистических заболеваний. При первичном сборе анамнеза и физикальном исследовании обычно выявляются следующие распространенные осложнения:

- кандидоз ротоглотки и затрудненное глотание, которое может быть признаком кандидозного эзофагита;
- незаживающие язвы в области половых органов или заднего прохода (герпес);

⁹ Особое внимание следует уделить признакам наркозависимости и ее осложнений (см. предыдущий раздел IV.1.1).

¹⁰ См. следующий раздел IV.1.4.

¹¹ Подробнее см. в Протоколе 7 «*Гепатит В и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией*» и в Протоколе 6 «*Гепатит С и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией*».

¹² Подробнее см. в Протоколе 4 «*Туберкулез и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией*».

- лихорадка, сопровождающаяся кашлем и/или одышкой, что указывает на бактериальную пневмонию, туберкулез или пневмоцистную пневмонию.

Эти состояния не являются противопоказаниями для ВААРТ, но каждый случай следует рассматривать индивидуально. За первичным обследованием должно следовать лечение оппортунистических инфекций и других состояний (по показаниям). Более подробную информацию можно найти в Протоколе 2 «*Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа*».

1.4. Психосоциальная оценка

У ВИЧ-инфицированных ПИН часто встречаются сопутствующие психические заболевания. По некоторым оценкам, от 25 до 50% потребителей наркотиков страдают такими расстройствами.

При первичном обследовании необходимо провести тщательную оценку психосоциального статуса, уделяя особое внимание:

- любым причинам нестабильности, которые могут ухудшать соблюдение режима лечения;
- депрессии и другим аффективным расстройствам¹³;
- другим психиатрическим проблемам.

Использование стандартных инструментов скрининга, например Краткой психиатрической оценочной шкалы (Brief Psychiatric Rating Scale — BPRS) (62) для психотических расстройств или Шкалы депрессии Монтгомери—Асберга (Montgomery Asberg Depression Rating Scale — MADRS) (63) может облегчить диагностику психических заболеваний. Шкала MADRS может быть особенно полезна у пациентов с соматической патологией. Некоторым пациентам требуется направление для полного психиатрического обследования и/или для оценки по формальным диагностическим критериям психического заболевания.

Тяжесть медицинских проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, следует рассматривать под углом психосоциальных проблем, выявленных в процессе оценки. Необходимо принимать во внимание следующие социальные факторы:

- социальная стабильность, семейная и общественная поддержка;
- бездомность;
- серьезные жизненные потрясения и кризисы;
- материальная обеспеченность;
- питание.

2. Лечение опиоидной зависимости

Лечение наркологической зависимости — важный элемент помощи ВИЧ-инфицированным ПИН. ВИЧ-инфекция и наркотическая зависимость не обособлены друг от друга; каждая из этих проблем усугубляет другую. Существует множество методов лечения наркозависимости — от помещения в закрытое учреждение с лишением возможности принимать наркотики до медикаментозного амбулаторного лечения, включая детоксикацию и заместительную терапию. Из-за хронической природы наркозависимости одна только детоксикация редко имеет длительный и устойчивый эффект. В основном разные варианты лечения ориентированы на опиоидную зависимость и реже на зависимость от других наркотиков. Хотя в Европе ВИЧ/СПИД чаще всего встречается среди лиц, упот-

¹³ Показано, что у пациентов, страдающих депрессией и регулярно принимающих антидепрессанты, приверженность ВААРТ выше, чем у не получающих антидепрессанты или пропускающих их прием (61).

ребляющих инъекционные опиоиды, необходимо также предусмотреть эффективное лечение кокаиновой и амфетаминовой зависимости.

Стратегия помощи ПИН может варьировать от лишения возможности потребления наркотиков до предоставления безопасного героина для инъекций (64). Персонал наркологической службы должен поддерживать регулярные контакты с ПИН независимо от того, получают они заместительную терапию или нет.

Успех лечения во многом зависит от того, удастся ли удержать пациента от прекращения лечения. Программы заместительной терапии, удерживая ВИЧ-инфицированных ПИН, создают благоприятные условия для проведения ВААРТ. Все наркологические службы должны стремиться продолжать заместительную терапию метадон и бупренорфином у своих пациентов, чтобы улучшить конечные результаты комплексного лечения. У ПИН, которые не получают заместительной терапии, вероятность получения ВААРТ в 3 раза меньше (65).

2.1. Заместительная терапия опиоидами

Есть два основных вида лечения опиоидной зависимости: медикаментозная терапия и психотерапия. Медикаментозная терапия включает:

- заместительную терапию агонистами опиатных рецепторов — метадон или лево-метадилом перорально;
- заместительную терапию частичным агонистом опиатных рецепторов бупренорфином сублингвально или комбинацией сублингвального бупренорфина с налоксоном;
- терапию антагонистом опиатных рецепторов налтрексоном перорально;
- проведение коротких курсов детоксикации и антиабстинентной терапии (метадон, бупренорфин и/или клонидин) для облегчения перехода к лечению антагонистами опиатных рецепторов или воздержанию от наркотиков.

В Европе для заместительной терапии используются в основном два опиоида — метадон и бупренорфин. Высокие дозы метадона (>60 мг) и бупренорфин в значительно большей степени снижают потребление нелегальных опиоидных наркотиков, чем низкие дозы метадона (66).

Важно помнить, что:

- Стабилизация опиоидной зависимости у ПИН с помощью заместительной терапии является ключевым компонентом успешного лечения ВИЧ/СПИДа, включая ВААРТ.
- ЗТО доступна не везде, и многие ВИЧ-инфицированные ПИН, приступая к АРТ, продолжают употреблять героин и другие наркотики.
- Недоступность ЗТО не должна препятствовать проведению ВААРТ у потребителей наркотиков.
- Активное потребление наркотиков не должно препятствовать проведению ВААРТ у ПИН.

2.1.1. Метадон

Метадон — один из самых эффективных и наиболее часто используемых препаратов для ЗТО. В клинических исследованиях была продемонстрирована эффективность использования метадона для лечения опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции. Эти данные суммированы в документах ВОЗ (19, 67).

Доза метадона в разных программах составляет от 20 до 120 мг в сутки, иногда выше. Использование доз, превышающих 60—80 мг в сутки, позволяет удержать в программе больше пациентов и снизить потребление запрещенных наркотиков.

Поскольку в метаболизме метадона участвует ферментная система цитохрома P450, необходимо с осторожностью назначать другие препараты, взаимодействующие с этой системой (см. также раздел IV.4.4).

Пациенты, получающие лечение метадоном, могут стремиться увеличивать потребление алкоголя вместо запрещенных опиоидов. У ПИН может изменяться метаболизм некоторых АРВ-препаратов и повышен риск их гепатотоксичности.

2.1.2. Бупренорфин

Преимущества поддерживающей терапии бупренорфином такие же, как у терапии метадоном, поэтому ВААРТ будет более успешной у ПИН, если они одновременно получают бупренорфин. Исследования, проведенные во Франции (где этот препарат широко используется), показали, что у пациентов, получающих ВААРТ и заместительную терапию бупренорфином, повышение числа лимфоцитов CD4 и снижение вирусной нагрузки соответствуют ожидаемым уровням (68).

В последние годы частичный агонист опиатных рецепторов — бупренорфин — стали использовать для детоксикации и заместительной терапии. В ряде клинических испытаний была продемонстрирована эффективность бупренорфина в удержании пациентов в программе лечения опиоидной зависимости. Эти данные суммированы в документах ВОЗ (19, 69).

Доза бупренорфина для поддерживающей терапии составляет от 12 до 34 мг, в среднем 16 мг.

Благодаря своим фармакологическим свойствам и частичному антагонистическому эффекту бупренорфин может быть безопаснее при передозировке, чем метадон. Кроме того, в период детоксикации он обеспечивает несколько более мягкое течение абстиненции. Препарат выпускается в сублингвальной форме. Необходимо соблюдать осторожность при выдаче препарата: описаны случаи приготовления раствора для инъекций из раскрошенных таблеток бупренорфина (70), что может привести к инъекционному введению и использованию общих принадлежностей для инъекций (71).

2.2. Программы детоксикации (воздержание от наркотиков под медицинским наблюдением)

Детоксикация при опиоидной зависимости является начальным компонентом некоторых лечебных программ, но не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения опиоидной зависимости. Она позволяет ослабить симптомы и соматические проявления абстиненции и должна назначаться строго индивидуально. При назначении детоксикации необходимо учитывать следующее:

- программы детоксикации могут быть предварительным этапом предоставления ВААРТ;
- снижение доз метадона и бупренорфина должно обсуждаться с пациентом и зависеть от наличия симптомов абстиненции;
- необходимо обеспечить пациенту психологическую поддержку в течение всего курса лечения;
- детоксикация при опиоидной зависимости может проводиться с использованием постепенно снижающихся доз различных препаратов, включая:
 - ◊ метадон (добиться стабилизации при дозе 40—60 мг 1 раз в сутки, постепенно снижать дозу в течение 8—10 недель по 5 мг в неделю);

- ◇ бупренорфин (добиться стабилизации при дозе 8—10 мг 1 раз в сутки, затем постепенно снижать дозу в течение 5—6 недель);
- ◇ клонидин¹⁴;
- ◇ лофексидин (добиться стабилизации при дозе 1,2—2,0 мг, деленной на несколько приемов, например 4 раза в сутки, затем постепенно снижать дозу в течение 2—3 недель).

При правильном использовании перечисленные выше препараты позволяют сделать абстинентный синдром более безопасным и менее мучительным. Однако большинство пациентов затем снова обращаются к опиоидным наркотикам, независимо от того, какой метод или препарат использовался для детоксикации. Частоту рецидивов после детоксикации можно снизить, предложив пациентам поддерживающую терапию антагонистами опиатных рецепторов, например, налтрексоном в дозе 50 мг в сутки или 100 мг в первые сутки, 100 мг на третьи сутки и 150 мг на пятые сутки. Одна из основных проблем при лечении налтрексоном — соблюдение режима (72), поэтому в некоторых случаях прием препарата проводят под контролем медицинского персонала.

2.3. Другие методы лечения

ЗТО могут дополнять другие меры и методы:

- группы самопомощи;
- лечебные коммунуны;¹⁵
- реабилитация с проживанием в реабилитационном центре;¹⁶
- психотерапия:
 - ◇ когнитивно-поведенческая психотерапия;¹⁷
 - ◇ мотивирующие беседы;¹⁸
 - ◇ ситуационное управление с системой поощрений;¹⁹
 - ◇ матриксная модель;²⁰
 - ◇ медицинская и психологическая профилактика рецидивов;
- программы взаимопомощи («равный равному»);
- обучение социальным навыкам;
- профессиональная подготовка;
- заместительная терапия героиновой зависимости (героин, морфин).

Недавно было показано, что поддерживающая терапия героином более эффективна у людей с длительной историей опиоидной зависимости, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, в анамнезе у которых были отмечены безуспешные попытки воздержания от наркотиков и, предположительно, неудачи заместительной терапии (77). Однако использование героина остается крайне спорным, и на сегодняшний день программа проходит оценку в Нидерландах и Швейцарии. Этот метод может рассматриваться только

¹⁴ Альфа-адреностимулятор, подавляющий симптомы абстиненции. Пациенту может потребоваться госпитализация в связи с риском тяжелой артериальной гипотонии, поэтому лофексидин может быть предпочтительнее.

¹⁵ Реабилитационные программы с проживанием от 3 до 15 месяцев, предусматривающие полный отказ от наркотиков. Может предоставляться групповая или индивидуальная психотерапия и профессиональная подготовка.

¹⁶ Кратковременные программы (6-8 недель) с проживанием, часто основанные на Миннесотской модели лечения (программа «12 шагов»).

¹⁷ Ограниченное во времени, структурированное целеориентированное психологическое вмешательство, направленное на решение проблем потребителей наркотиков, проходящих лечение. В ходе лечения выявляются детерминанты или факторы высокого риска приема наркотиков, что позволяет пациенту освоить навыки преодоления проблем и приобщиться к более здоровому образу жизни. Программа может быть короткой или расширенной (73).

¹⁸ Такая беседа стимулирует и укрепляет стремление пациента изменить поведение.

¹⁹ Вмешательство, развивающее и подкрепляющее правильное поведение. Поощрение может иметь форму талонов, эквивалентных денежному вознаграждению, выдаваемых при отрицательном результате теста на наркотики (74, 75).

²⁰ Разработана для интеграции различных вмешательств в единый подход. Элементы включают: индивидуальное консультирование, когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервьюирование, группы семейного обучения, анализ мочи и участие в программах «12 шагов» (76).

в условиях полной обеспеченности всеми остальными видами лечения, например при универсальной доступности лечения метадон и бупренорфином.

2.4. Лечение неопиоидной зависимости (включая кокаиновую и амфетаминовую)

По оценкам, число ПИН в мире превышает 13 млн человек. Однако не у всех зависимость вызвана употреблением опиоидов. Зависимость могут вызвать транквилизаторы, кокаин и психостимуляторы амфетаминового ряда. Поэтому наркологические службы должны предусмотреть потребности пациентов с неопиоидной зависимостью, для которых также существует риск ВИЧ-инфекции, особенно при использовании инъекционных наркотиков. Имеются данные о корреляции между приемом амфетаминов и сексуальным поведением высокого риска. В настоящее время не доказана эффективность заместительной терапии неопиоидной зависимости, хотя в Австралии и Великобритании при амфетаминовой зависимости назначают дексамфетамин (78). Среди перспективных средств медикаментозной терапии метамфетаминовой зависимости — бупропион и метилфенидат длительного действия.

За исключением детоксикации при опиоидной зависимости и поддерживающих инъекций героина, другие варианты лечения сходны с описанными выше для потребителей инъекционных опиоидов, не получающих ЗТО. Однако необходимо учесть некоторые дополнительные обстоятельства, связанные с клиническими и психологическими вмешательствами.

- Острая медикаментозная детоксикация при кокаиновой и амфетаминовой зависимости направлена на облегчение психических симптомов абстиненции.
- Симптомы острой абстиненции обычно купируются в течение 3—5 суток воздержания от наркотика; однако они могут сохраняться до двух недель, особенно у пациентов с сопутствующими соматическими или психическими расстройствами.
- Детоксикация должна быть только частью более широкой стратегии лечения наркозависимости.
- Потребители психостимуляторов амфетаминового ряда (и в частности, метамфетамина) труднее привлекаются к лечению, чаще от него отказываются и чаще возвращаются к своему пристрастию.

2.4.1. Симптомы и препараты

- После прекращения приема кокаина и амфетаминов часто развиваются возбуждение и острая депрессия, которые могут потребовать назначения на короткое время «малых» транквилизаторов, например диазепама.
- Психотические симптомы, такие как паранойя, могут потребовать назначения нейролептиков.
- При сердцебиении и беспокойстве благоприятный эффект может дать пропранолол (бета-адреноблокатор), который, как показали исследования, способствует удержанию пациента в лечебной программе и снижению приема кокаина пациентами с тяжелыми симптомами абстиненции (79).
- Препараты, стимулирующие дофаминовую систему головного мозга, способствуют ослаблению депрессии и тяги к кокаину у лиц, сильно зависимых от него. Амантадин, препарат для лечения паркинсонизма, может давать благоприятный эффект (80), а трициклический антидепрессант дезипрамин может повышать биодоступность дофамина (81). Прием дезипрамина ассоциировался с нарушениями ритма сердца, поэтому должен применяться с осторожностью у пациентов, принимающих метадон.

2.4.2. Профилактика рецидивов

После детоксикации рекомендуется назначать препараты для профилактики рецидива. Это могут быть препараты, которые снижают эйфорию и ослабляют тягу к наркотику (напри-

мер противосудорожный препарат топирамат) (82), или делают менее приятным эффект от наркотика и возбуждают тревогу (например дисульфирам) (83). Если пациент получает эти препараты вместе с АРТ, необходимо тщательное наблюдение для выявления возможного лекарственного взаимодействия.

- Топирамат выводится с почками, поэтому пациентам с почечной или печеночной недостаточностью его назначают с осторожностью.
- Хотя существенных взаимодействий топирамата с АРВ-препаратами не описано, теоретически они возможны в связи с ускорением метаболизма топирамата (84).
- Дисульфирам может взаимодействовать с препаратами, в метаболизме которых участвует цитохром P450 (85).
- Описано взаимодействие дисульфирама с жидкими формами (но не капсулами) лопинавира/ритонавира, содержащими этанол, который провоцирует антабусную реакцию (86). В связи с этим рекомендуется назначать лопинавир/ритонавир в капсулах.

2.4.3. Другие мероприятия

Хотя пока не доказана возможность использования заместительной терапии у ПИН, страдающих зависимостью от инъекционных психостимуляторов, наркологические службы должны поддерживать постоянный контакт с такими пациентами. Это дает возможность улучшить соблюдение режима лечения (часто с помощью психологической поддержки и психотерапии), а при лечении дезипрамином — обеспечивать препаратами. Перечисленные выше психотерапевтические методы (раздел IV.2.3) доказали свое благоприятное воздействие при лечении кокаиновой и амфетаминовой зависимости. Кроме того, в лечении этих видов зависимости эффективны когнитивно-поведенческая психотерапия, методы подкрепления со стороны окружающего сообщества, ситуационное управление и программа «12 шагов».

3. Проведение ВААРТ у ПИН с ВИЧ/СПИДом

- Экстренное начало АРТ требуется редко.
- Пациенты должны быть хорошо информированы и мотивированы; необходимо, по возможности, устранить все обстоятельства, мешающие соблюдению режима лечения.
- Перед началом лечения медработники должны предоставлять всем пациентам и их семьям письменную информацию об АРТ (на понятном языке и в форме, соответствующей уровню образования пациента).
- Подготовка к проведению АРТ должна включать:
 - ◊ лечение наркозависимости;
 - ◊ стабилизацию условий жизни;
 - ◊ лечение психических расстройств;
 - ◊ лечение тяжелых заболеваний.

У ВИЧ-инфицированных ПИН АРТ начинают в соответствии с общими рекомендациями, касающимися ВИЧ-инфицированных пациентов; см. табл. 1 (подробнее см. в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

Таблица 1. Рекомендации относительно начала ВААРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов		
Клиническая стадия (ВОЗ)	Число лимфоцитов CD4	Рекомендации
1	<200/мкл 200—350/мкл	Лечить Рассмотреть возможность начала лечения
2	<200/мкл 200—350/мкл	Лечить Рассмотреть возможность начала лечения
3	<350/мкл	Лечить
4	Независимо от числа лимфоцитов CD4	Лечить

Хотя большинство клиницистов считают, что решение о начале АРТ необходимо принимать, исходя в первую очередь из числа лимфоцитов CD4, желателно определить и вирусную нагрузку. При этом показанием к ВААРТ можно считать вирусную нагрузку >100 000 копий РНК/мл.

Начиная АРТ, очень важно добиться, чтобы пациент проявлял стремление активно и ответственно участвовать в лечении. Ключом к успеху ВААРТ и лечения сопутствующих заболеваний служат тщательное обследование и обучение пациента, позволяющие адаптировать план лечения к его индивидуальным обстоятельствам и добиться максимально возможного соблюдения режима терапии. Важно, чтобы в составлении плана совместно участвовали медработники, пациенты и (при необходимости) его близкие. Необходимо учесть все препятствия, которые могут помешать соблюдению режима лечения. Активное участие пациента в лечении укрепляет его взаимодействие с медицинским персоналом и улучшает обратную связь.

3.1. Выбор схемы ВААРТ

При выборе схемы АРТ необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, в том числе сопутствующие заболевания и другие состояния. При обследовании ПИН следует принимать во внимание дополнительные факторы.

- ПИН могут продолжать употреблять нелегальные наркотики и не получать заместительной терапии.
- Часто имеются сопутствующие заболевания, в частности психические, такие как депрессия и алкогольная зависимость.
- Часто встречается коинфекция вирусом гепатита С (ВГС) и ВГВ и туберкулез.
- Лекарственные взаимодействия бывают более сложными; например, АРВ-препараты могут взаимодействовать с наркотиком или препаратом заместительной терапии.
- Из-за бездомности или по другим причинам контакт с ПИН может быть затруднен.
- У ПИН труднее добиться высокого уровня приверженности терапии, особенно если они уже получают лечение от туберкулеза или гепатита С.

Перечисленные выше факторы следует учитывать при выборе схемы лечения. Кроме того, при выборе ВААРТ у ПИН нужно иметь в виду следующее (4):

- женщинам, которые хотят забеременеть, нельзя назначать эфавиренз;
- невирапин может обострять течение активного гепатита в большей степени, чем другие АРВ-препараты;
- повреждение печени может быть связано как с гепатотоксичностью АРВ-препаратов, так и с синдромом восстановления иммунитета у пациентов с вирусными гепатитами;
- ламивудин и тенофовир активны и против ВИЧ, и против вируса гепатита В;
- диданозин повышает риск панкреатита у пациентов, употребляющих алкоголь;
- ставудин повышает риск полинейропатии у пациентов, употребляющих алкоголь;
- при сопутствующем туберкулезе предпочтителен эфавиренз (или абакавир);
- не следует назначать рифампицин пациентам, получающим ингибиторы протеазы (ИП) (возможен лекарственный гепатит), однако допустимо назначение рифабутина (см. Протокол 4 «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией»);
- непереносимость нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) из-за заболеваний печени (гепатитов С и В) или психических расстройств может потребовать включения в схему первого ряда ИП или абакавира;
- необходимо учитывать все возможные лекарственные взаимодействия.

3.2. Схемы ВААРТ, рекомендованные для ПИН

Схемы, рекомендованные для ПИН, приведены в табл. 2.

Таблица 2. Схемы ВААРТ для ВИЧ-инфицированных ПИН в различных клинических ситуациях				
Клиническая ситуация	Предпочтительная схема 1-го ряда	Альтернативная схема 1-го ряда^а	Предпочтительная схема 2-го ряда	Альтернативная схема 2-го ряда
Потребление инъекционных наркотиков, отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний или параллельной терапии, но требуется АРТ	Зидовудин ^б + ламивудин (или эмтрицитабин) ^в + эфавиренз ^г	Зидовудин можно заменить на тенофовир или ставудин. Эфавиренз можно заменить на абакавир, невирапин или тенофовир.	Абакавир + диданозин + лопинавир/ритонавир ^д (или саквинавир/ритонавир).	Лопинавир/ритонавир и саквинавир/ритонавир можно заменить на нелфинавир. Абакавир можно заменить на зидовудин или ставудин, если они не использовались в схеме 1-го ряда. Абакавир или диданозин можно заменить на эфавиренз или невирапин, если они не использовались в схеме 1-го ряда.
Потребление инъекционных наркотиков, коинфекция ВИЧ/ВГВ, показания к лечению гепатита В и к АРТ	Зидовудин + ламивудин (или эмтрицитабин) + эфавиренз	Зидовудин можно заменить на тенофовир или ставудин. Эфавиренз можно заменить на абакавир, тенофовир или невирапин. ^е	Абакавир + диданозин + лопинавир/ритонавир (или саквинавир/ритонавир) и поддерживающая терапия ламивудином и/или тенофовиром.	Лопинавир/ритонавир и саквинавир/ритонавир можно заменить на нелфинавир. Абакавир можно заменить на зидовудин или ставудин, если они не использовались в схеме 1-го ряда. Абакавир или диданозин можно заменить на эфавиренз или невирапин ^е , если они не использовались в схеме 1-го ряда.
Потребление инъекционных наркотиков, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Лечение туберкулеза рифампицином и показания к АРТ	Зидовудин + ламивудин (или эмтрицитабин) + эфавиренз	Зидовудин можно заменить тенофовиром или ставудином. Эфавиренз можно заменить на абакавир, тенофовир или невирапин ^е .	Абакавир + диданозин + лопинавир/ритонавир ^ж (или саквинавир/ритонавир).	Продолжать лечение ИП и заменить в противотуберкулезной схеме рифампицин на рифабутин; при необходимости скорректировать дозы АРВ-препаратов.
Потребление инъекционных наркотиков, коинфекция ВИЧ/ВГС. Лечение гепатита С и АРТ	Зидовудин + ламивудин (или эмтрицитабин) + абакавир ^{з, и}	Зидовудин можно заменить на ставудин или тенофовир. Вместо абакавира можно назначить тенофовир.	Консультация у специалиста, имеющего опыт лечения обоих заболеваний.	—

^аЕсли эфавиренз противопоказан, то в схему первого ряда АРТ можно включить усиленный ИП в сочетании с двумя нуклеотидными или нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (НИОТ).

^бМетадон может существенно повышать концентрацию зидовудина. Хотя клиническая значимость этого взаимодействия неясна, необходимо тщательно следить за побочными эффектами.

^вЭмтрицитабин можно заменить на ламивудин и наоборот.

^гЭфавиренз может существенно снижать концентрацию метадона (на 60%), поэтому нередко возникает метадоновая абстиненция. Обычно требуется значительное увеличение дозы метадона (напр., на 50%).

^дЕсть данные о том, что лопинавир/ритонавир вызывает метадоновую абстиненцию, поэтому может потребоваться увеличение дозы метадона.

^еЕсли нет других вариантов, эфавиренз можно в этой ситуации заменить невирапином, но следует тщательно наблюдать за состоянием пациента.

^жЛопинавир/ритонавир с дополнительной дозой ритонавира. См. Протокол 4 «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

^зАбакавир может умеренно снижать уровень метадона. Хотя риск опиоидной абстиненции низкий и необходимость в коррекции доз маловероятна, для некоторых пациентов требуется повышение дозы метадона.

^иУпрощенная стратегия [начать лечение по схеме с тремя НИОТ и терапию гепатита С после улучшения иммунологических и вирусологических показателей (в фазе индукции), достигнутого с помощью ННИОТ]. См. Протокол 6 «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

На схемы ВААРТ второго ряда следует переходить в случае, когда схемы первого ряда оказались клинически и иммунологически неэффективными (см. Протокол 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*»). Неэффективность терапии (появление новой оппортунистической инфекции или злокачественного новообразования, рецидив предшествующей оппортунистической инфекции или развитие 3-й стадии заболевания по классификации ВОЗ) следует отличать от воспалительного синдрома восстановления иммунитета, который может развиваться в первые 3 месяца ВААРТ. Этот синдром представляет собой воспалительную реакцию на оппортунистическую инфекцию, протекающую субклинически в условиях тяжелого иммунодефицита. Оппортунистические инфекции при синдроме восстановления иммунитета лечат обычными методами.

3.3. Гепатотоксичность АРВ-препаратов

- Гепатотоксичность НИОТ встречается нечасто. Она была описана у зидовудина, диданозина и ставудина в форме гепатомегалии, повышения активности печеночных ферментов и/или лактацидоза. Абакавир и ламивудин также вызывают эти эффекты, но в меньшей степени. Следует избегать схем терапии, содержащих комбинации зидовудин + диданозин и ставудин + диданозин.
- Гепатотоксичность ННИОТ связана в основном с невирапином, но описана также у эфавиренза. Следует, по возможности, избегать назначения невирапина. У женщин, а также у мужчин с высоким содержанием лимфоцитов CD4 риск гепатотоксичности повышен (включая летальный исход после приема невирапина).
- ИП чаще проявляют слабую гепатотоксичность. Однако высокие дозы ритонавира (>1000 мг в сутки) могут быть более токсичными, чем другие ИП. В отличие от эффекта ННИОТ, который проявляется в первые недели, гепатотоксичность ИП может возникнуть в любой период лечения. При декомпенсированном заболевании печени определить оптимальную дозу ИП трудно; в этом может помочь мониторинг концентрации препарата в сыворотке.
- Несмотря на высокую распространенность гепатотоксического эффекта ВААРТ, почти у 90% ВИЧ-инфицированных пациентов, независимо от наличия сопутствующего вирусного гепатита, лечение не вызывает тяжелого повреждения печени (87).

3.4. Тактика ведения ПИН с гепатитом С и ВИЧ-инфекцией

Для каждого ПИН с гепатитом С следует решить вопрос о терапии пегилированным интерфероном и рибавирином. Частота устойчивого ответа на такое лечение составляет 11—29% у пациентов, инфицированных ВГС генотипа 1, и 43—73% у пациентов, инфицированных ВГС других генотипов (88—90). Успех лечения гепатита зависит также от числа лимфоцитов CD4, концентрации РНК ВИЧ и наличия цирроза печени. Желательно начать лечение прежде, чем число лимфоцитов CD4 снизится до уровня, требующего проведения ВААРТ. Если требуется ВААРТ, то перед началом лечения гепатита С рекомендуется стабилизировать содержание лимфоцитов CD4 на уровне >200/мкл. (Подробнее см. в Протоколе 6 «*Гепатит С и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией*».)

Побочные эффекты терапии гепатита могут дестабилизировать положительный ответ пациентов на ВААРТ. Следует предусмотреть возможность лечения гепатита С в наркологическом центре или центре по лечению ВИЧ/СПИДа, где проводится заместительная терапия и АРТ. Дополнительным преимуществом такого подхода является возможность оказания психологической и психиатрической помощи пациенту, поскольку депрессия является одним из серьезных побочных эффектов интерферона (91).

3.5. Тактика ведения ПИН с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных ПИН представляет собой сложную проблему, но, тем не менее, может быть успешным (92). Данные в поддержку отдельных режимов лечения недостаточны, поэтому срочно требуются дополнительные исследования в этой области. Некоторые специфические вопросы ВААРТ у ПИН с активным туберкулезом рассматриваются в табл. 2 (раздел IV.3.2 выше) и в табл. 5 (раздел IV.4.4.4 ниже).

При лечении туберкулеза у ПИН необходимо предусмотреть коррекцию дозы метадона. Поскольку рифампицин является мощным индуктором цитохрома P450, он может снижать уровень метадона в крови, что может потребовать существенного увеличения дозы последнего. Бупренорфин также метаболизируется при участии цитохрома P450, поэтому при лечении рифампицином уровень бупренорфина, по-видимому, также снижается. Кроме того, рифампицин ускоряет метаболизм ИП. Данных о взаимодействии метадона и рифабутина нет, поэтому рифабутин может быть предпочтительнее в сочетании с ИП (93) (см. табл. 5, раздел IV.4.4.4, ниже).

3.6. Приверженность лечению

Важным условием успешного лечения является соблюдение режима терапии, поскольку невыполнение лечебных рекомендаций приводит к раннему развитию устойчивости к АРВ-препаратам (94, 95), увеличению вирусной нагрузки с последующим ухудшением иммунологического и клинического состояния (96). Для оптимального снижения вирусной нагрузки необходимо, чтобы пациент принимал не менее 95% предписанных доз АРВ-препаратов (97). При развитии лекарственной устойчивости требуется пересмотр схемы лечения (96, 98).

Существует четкая взаимосвязь между несоблюдением режима терапии и уровнем РНК ВИЧ в плазме, но эта зависимость не является прямо пропорциональной: уже небольшое отклонение от режима вызывает серьезную потерю контроля над репродукцией вируса. В одном исследовании было показано, что пропуск 10% предписанных доз приводит к удвоению уровня РНК ВИЧ (99). Кроме того, если пациент принимает менее 90% доз, начинает снижаться число лимфоцитов CD4 (100).

Из-за необходимости строгого соблюдения режима терапии (более 95%) сложилось ошибочное мнение, что ПИН — неподходящие кандидаты для ВААРТ. Эту категорию пациентов неоправданно исключают из программ лечения ВИЧ/СПИДа, тогда как исследования показывают:

- доля пациентов, не соблюдающих режим лечения, одинакова среди ПИН, проходящих заместительную терапию, и среди остальных пациентов (101, 102);
- частота развития устойчивости к АРВ-препаратам у ПИН не выше, чем у остальных пациентов.

ПИН, которые получают квалифицированную помощь и адекватную поддержку опытного персонала, способны соблюдать режим ВААРТ и добиться таких же успешных клинических результатов, как и ВИЧ-инфицированные пациенты, не принимающие наркотиков (9, 10, 94). В частности, показано, что участие в программах заместительной терапии метадонном способствует повышению вероятности использования ВААРТ и лучшему соблюдению режима лечения (1, 3, 11, 24, 44, 48—50, 103).

3.6.1. Факторы, влияющие на приверженность лечению

На приверженность ВААРТ могут влиять различные факторы.

Медицинские:

- токсичность и побочные эффекты АРВ-препаратов или взаимодействия с другими препаратами или веществами;
- гепатотоксичность, частота которой у ПИН гораздо выше, чем у других пациентов;²¹
- тяжелые оппортунистические инфекции;
- сопутствующие психические расстройства, включая депрессию²² (39, 104);

Индивидуальные:

- непрекращающееся потребление наркотиков или рецидивы (68);
- употребление алкоголя или множественная наркотическая зависимость;
- отсутствие жизненных перспектив и мотивации;
- серьезные жизненные проблемы и кризисы;
- побочные эффекты АРВ-препаратов или характер их восприятия (108, 109);
- ожидания в отношении эффективности терапии (у пациента и у медработников).

Связанные с организацией медицинской помощи:

- стигматизация и дискриминация в медицинских учреждениях (110);
- отрицательное впечатление от медицинского обслуживания из-за неблагоприятного отношения или низкого качества услуг (102);
- недостаточные доступность и удобство работы наркологических служб (51, 111);
- плохая координация работы медицинских и немедицинских (например, социальных) служб или ее отсутствие;
- отсутствие преемственности предоставления медицинской помощи;
- убеждение персонала, предоставляющего услуги, что ПИН не способны соблюдать режим ВААРТ (110);

Социальные:

- бездомность, отсутствие семейной и общественной поддержки;
- безработица;
- общественное осуждение и дискриминация;
- ограничивающий характер законодательства и политики.

4. Ведение ПИН в процессе лечения

4.1. Наблюдение за ходом заместительной терапии

Мониторинг эффективности лечения наркозависимости проводится различными методами.

- Особенно важно планировать лечение и регулярно его пересматривать. Это позволяет улучшить результаты терапии.
- В плане лечения можно указать кратко-, средне- и долгосрочные цели; по результатам их достижения можно судить об успехах.
- Все сведения об обследовании, лечении и достигнутых успехах должны заноситься в медицинскую карту пациента. В ней должна быть отражена следующая информация:
 - ◊ оценка результатов обследования;
 - ◊ план лечения;
 - ◊ суточные дозы препаратов;
 - ◊ побочные эффекты назначенных препаратов;

²¹ См. Протокол 6 «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией» и Протокол 7 «Гепатит В и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией».

²² Депрессия также является определяющим фактором клинического прогрессирования болезни, независимо от соблюдения режима лечения (39, 105—107).

- ◊ схемы медикаментозной терапии (включая препараты, которые пациент принимает дома);
 - ◊ оказанная медицинская помощь;
 - ◊ оказанная психологическая и психиатрическая помощь;
 - ◊ оказанная социальная помощь;
 - ◊ данные лабораторных исследований;
 - ◊ клинические наблюдения;
 - ◊ сведения о соблюдении лечебных рекомендаций;
 - ◊ обстоятельства прекращения и окончания лечения;
 - ◊ согласие на прекращение лечения;
 - ◊ договоренности о последующем наблюдении и направлении.
- Использование стандартизированных инструментов оценки, таких как Индекс тяжести зависимости (Приложение 1) позволяет проводить более четкий контроль состояния пациента.
 - Скрининг потребления наркотиков с использованием анализа мочи, слюны, крови, волос или выдыхаемого воздуха может отражать результаты лечения.
 - Скрининг приема наркотиков необязателен; он должен проводиться с информированного согласия пациента, и его результаты не должны служить основанием для прекращения лечения.

4.2. Мониторинг лабораторных показателей

Течение ВИЧ-инфекции у ПИН необходимо тщательно контролировать для обеспечения непрерывности помощи. Независимо от того, получает пациент АРТ или нет, нужно регулярно определять число лимфоцитов CD4 и другие лабораторные показатели. Подробнее о наблюдении за пациентами, см. Протокол 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*».

4.3. Тактика при проявлениях токсичности и побочных эффектах АРВ-препаратов

Клинически выраженные побочные эффекты АРВ-препаратов наблюдаются сравнительно часто (примерно у 50% пациентов) (112) и являются основной причиной нарушения режима терапии (113).

Лечение побочных эффектов наиболее успешно, когда весь медицинский персонал готов к их появлению и может сразу предпринять ответные действия, а пациент понимает причины и характер этих эффектов и важность своевременного информирования об их появлении. Это позволяет:

- организовать поддержку соблюдения режима;
- скорректировать терапию, сделав ее безопасной, эффективной и приемлемой;
- уменьшить риск развития лекарственной устойчивости из-за плохого соблюдения режима.

В начале курса ВААРТ часто развиваются легкие побочные эффекты, такие как головная боль, тошнота, диарея и утомляемость. Для их устранения, как правило, достаточно психологической поддержки и симптоматического лечения, например, анальгетиками или антидиарейными средствами. Эти меры важны для того, чтобы пациент справился с побочными эффектами и не менял режим лечения.

Побочные эффекты бывают как легкими, так и очень тяжелыми, и могут затрагивать многие органы. Основные побочные эффекты АРВ-препаратов по классам препаратов и системам органов (114) приведены в Протоколе 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*». Необходимо тщательное клиническое обследование, чтобы исключить другие причины появления симптомов, ошибочно принимаемых за побочные

эффекты. Например, опиоидная абстиненция также сопровождается головной болью, беспокойством и диареей.

Если симптоматическое лечение не дает результата или токсические проявления слишком тяжелые, может потребоваться замена АРВ-препарата в рамках текущей схемы ВААРТ (табл. 2 выше). См. также Протокол 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*».

4.4. Лекарственные взаимодействия у ПИН

Медработники должны информировать всех пациентов о возможных лекарственных взаимодействиях АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами, в том числе с препаратами заместительной терапии, нелегальными наркотиками и препаратами для лечения туберкулеза, гепатитов С и В, оппортунистических инфекций и др. Информированность пациента о взаимодействиях препаратов и их проявлениях, сообщение об этом медицинскому персоналу, своевременная коррекция доз являются определяющими для самочувствия пациента, соблюдения режима лечения и его эффективности.

4.4.1. Метадон и АРВ-препараты

- Метадон метаболизируется в печени с помощью нескольких ферментов цитохрома Р450 (СYP) (особенно СYP3A4). Возможно снижение уровня метадона при одновременном использовании препаратов, индуцирующих цитохромные ферменты, что может потребовать увеличение дозы метадона. Наоборот, при использовании метадона в сочетании с препаратами, ингибирующими цитохромные ферменты, его уровень может повышаться, требуя снижения дозы.
- Метадон подавляет метаболизм зидовудина, поэтому возможно повышение концентрации зидовудина на 43%. Хотя в настоящее время не выработаны рекомендации по эмпирическому снижению дозы, необходимо тщательно контролировать возможные токсические реакции (115).
- Метадон может понижать уровень диданозина на 60%, в результате чего снижается эффективность АРТ, происходит неполное подавление вируса и развивается лекарственная устойчивость.
- Невирапин, эфавиренз и ритонавир снижают концентрацию метадона (116, 117) и провоцируют абстинентный синдром.
- Вероятность лекарственного взаимодействия ННИОТ с метадоном гораздо выше, чем у ИП, поэтому необходимо тщательно контролировать состояние ПИН, которые получают ЗТО.
- Показано, что ИП — лопинавир/ритонавир — повышает метаболизм метадона, в результате чего в некоторых случаях требуется повышение дозы последнего (118).

Таблица 3. Взаимодействия между АРВ-препаратами и метадоном²³			
АРВ-препарат	Влияние АРВ-препарата на метадон	Влияние метадона на АРВ-препарат	Примечания
НИОТ			
Абакавир	Небольшое снижение уровня метадона. Низкий риск опиоидной абстиненции. Коррекция доз маловероятна, но у некоторых пациентов может потребоваться повышение дозы метадона	Максимальная концентрация снижается (на 34%). Увеличивается время достижения максимальной концентрации	Данные немногочисленны, хотя в одном исследовании показано повышение клиренса метадона на 22%. Низкий риск опиоидной абстиненции. Может потребоваться коррекция дозы метадона.
Диданозин Таблетки забуференные Кишечнорастворимые капсулы	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	В сочетании с таблетками концентрация снижается (на 60%), в сочетании с капсулами — нет	Взаимодействие изучено только при приеме таблеток 2 раза в сутки. Высказано предположение, что эффект связан со снижением биодоступности диданозина в условиях замедленного пассажа в кислой среде желудка. Большие индивидуальные вариации фармакокинетики диданозина. Поскольку для капсул взаимодействия не обнаружено, эта форма предпочтительна.
Зидовудин	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	Значительное повышение концентрации (на 43%). Клиническая значимость не ясна. Возможны побочные эффекты	Следить за побочными эффектами зидовудина. Контроль анемии, тошноты, миалгии, рвоты, астении, головной боли и подавления клеток костного мозга у реципиентов. Если минимальный уровень метадона в норме, вероятно, токсические эффекты связаны с зидовудином.
Ламивудин	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно.
Ставудин	Не сообщалось Коррекция дозы необязательна	Концентрация снижается (на 18—27%). Клиническая значимость не ясна.	Клиническое значение эффекта неясно
Тенофовир	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно
Эмтрицитабин	Не изучалось	Не изучалось	Взаимодействие неизвестно
НИИОТ			
Невирапин	Значительное снижение концентрации метадона (на 46%). Часто развивается метадонная абстиненция. Для большинства пациентов требуется существенное повышение дозы метадона (на 16%).	Не сообщалось	В серии клинических наблюдений за пациентами, долгое время принимавших метадон, начало терапии невирапином потребовало увеличения суточной дозы метадона на 50—100% для снятия опиоидной абстиненции. Симптомы абстиненции обычно развиваются через 4—8 суток приема невирапина, хотя реакция может развиваться через 2—3 недели.
Эфавиренз	Значительное снижение концентрации метадона (на 60%). Часто развивается метадонная абстиненция. Обычно требуется существенное повышение дозы метадона (на 50%).	Неизвестно	Тщательно контролировать признаки метадонной абстиненции и повышать дозу при необходимости. Симптомы абстиненции могут появиться через 2—3 недели.
ИП			
Лопинавир/ритонавир	Снижение уровня метадона (на 26—53%). Может возникнуть абстиненция, требующая увеличения дозы. Побочные эффекты могут имитировать абстиненцию.	Не сообщалось	Описана метадонная абстиненция. Может потребоваться увеличение дозы метадона.

²³ За уровень метадона принимают его минимальную концентрацию в плазме, измеренную через 24 ч после приема последней дозы. Для достоверности оценки необходимо, чтобы пациенты принимали ту же дозу метадона в течение 5 дней перед измерением.

Таблица 3. Взаимодействия между АРВ-препаратами и метадон ²³			
АРВ-препарат	Влияние АРВ-препарата на метадон	Влияние метадона на АРВ-препарат	Примечания
Нелфинавир	Может снижаться уровень метадона (на 29—47%). Клинические признаки абстиненции наблюдаются редко. Может потребоваться повышение дозы метадона.	Уровень может снижаться, однако клиническая значимость не ясна.	В исследованиях, продемонстрировавших снижение концентрации метадона, клинических признаков абстиненции не отмечено.
Ритонавир	Уровень метадона может снижаться (на 37%). Может потребоваться повышение дозы метадона.	Не сообщалось	Исследования малочисленны Тщательный контроль признаков метадоновой абстиненции и увеличение дозы по необходимости.
Ритонавир/типранавир	Уровень метадона может снижаться (на 50%). Может потребоваться повышение дозы метадона.	Не сообщалось	Исследования малочисленны Тщательный контроль признаков метадоновой абстиненции и увеличение дозы по необходимости.
Саквинавир	Не сообщалось	Не сообщалось	Исследования малочисленны, взаимодействие препаратов не отмечалось.
Саквинавир 1600 мг + ритонавир 100 мг Саквинавир 1400 мг + ритонавир 400 мг	Небольшое снижение уровня метадона (саквинавир/ритонавир 1600/100 мг — на 0—12%, саквинавир/ритонавир 1400/400 мг — на 20%). Об абстинентном синдроме не сообщалось. Может потребоваться коррекция дозы метадона.	Неизвестно	Может потребоваться коррекция дозы метадона; необходимо постоянное наблюдение.

Источник: адаптировано из материалов ВОЗ, в печати; Leavitt et al., 2005 (4, 104).

ИП могут подавлять или стимулировать метаболизм опиоидов, поэтому необходимо тщательное наблюдение за пациентами. Симптомы абстиненции обычно появляются на 4—10-е сутки после начала АРТ. Рекомендуется клинический мониторинг и постепенное повышение дозы на 10 мг, начиная с 8—10-х суток. При этом необходимое повышение дозы метадона оказывается ниже, чем можно было бы ожидать, исходя из фармакокинетических характеристик.

Некоторые из указанных выше эффектов лекарственного взаимодействия не требуют изменения дозы или замены препаратов. На практике, как правило, применение ННИОТ требует значительной коррекции дозы метадона.

4.4.2. Метадон и другие препараты

Кроме того, описано лекарственное взаимодействие метадона или АРВ-препаратов с некоторыми препаратами, которые используются для лечения таких сопутствующих заболеваний, как психические расстройства и туберкулез (см. табл. 4). При назначении препаратов клиницистам может быть полезна обновляемая база данных по лекарственным взаимодействиям.

Таблица 4. Взаимодействия между метадонем, АРВ-препаратами и другими лекарственными средствами			
Психотропные препараты	Применение	Взаимодействие с метадонем	Взаимодействие АРВ-препаратами
Алпразолам (бензодиазепин)	Транквилизатор	Возможно непредсказуемое взаимодействие. Дополнительное угнетение ЦНС, возможна сильная заторможенность.	Клиренс алпразолама снижается на 41%. Следует избегать одновременного назначения некоторых бензодиазепинов (алпразолам, мидазолам, триазолам) со всеми ИП и эфавирензом.
Вальпроевая кислота	Противосудорожное средство	Не сообщалось	В доклинических исследованиях обнаружено снижение уровня зидовудина.
Дезипрамин	Трициклический антидепрессант	Возможно непредсказуемое взаимодействие. Возможно увеличение токсичности трициклического антидепрессанта. Вызывает нарушения ритма сердца, с метадонем назначать с осторожностью.	Клиренс дезипрамина снижается на 59%.
Зверобой (<i>Hypericum perforatum</i>)	Антидепрессант	Описано существенное снижение уровня метадона.	Уровень индинавира снижается на 57%. Возможны снижение активности нелфинавира и развитие устойчивости. Может снижаться уровень саквинавира.
Сертралин (СИОЗС)	Лечение депрессии и невроза навязчивых состояний	Повышение уровня метадона на 26% без усиления побочных эффектов. Вызывает нарушения сердечного ритма, с метадонем назначать с осторожностью.	Не изучалось или не сообщалось.
Флуоксетин (СИОЗС)	Лечение депрессии и невроза навязчивых состояний	В доклинических исследованиях показано снижение уровня метадона. Вызывает нарушения сердечного ритма, с метадонем назначать с осторожностью.	Уровень ритонавира повышается на 19%.
Флувоксамин (СИОЗС)	Лечение депрессии и невроза навязчивых состояний	Описано повышение уровня метадона.	В доклинических исследованиях взаимодействий не обнаружено.
Другие препараты			
Карбамазепин	Противосудорожное средство	Снижение уровня метадона. Может вызывать опиоидную абстиненцию. Может потребоваться повышение дозы метадона. Рассмотреть возможность замены карбамазепина на вальпроевую кислоту.	Некоторые взаимодействия (см. Протокол 1 « <i>Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков</i> »). Рекомендуется мониторинг побочных эффектов и коррекция доз.
Интерферон-альфа + рибавирин	Лечение гепатита С	Побочные эффекты могут имитировать опиоидную абстиненцию, что часто приводит к повышению дозы метадона. В исследовании на пациентах с вирусным гепатитом С при одновременном приеме пегинтерферона-альфа 2а и метадона, уровень последнего увеличивался на 10—15%. Клиническая значимость неизвестна. Рекомендуется контроль симптомов токсичности метадона	Гепатит С может усиливать гепатотоксичность некоторых АРВ-препаратов (см. Протокол 6 « <i>Гепатит С и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией</i> »).
Рифабутин	Противотуберкулезное средство. Лечение туберкулеза легких.	Уровень метадона не изменяется. Слабо выраженные симптомы абстинентного синдрома.	Некоторые взаимодействия (см. Протокол 1 « <i>Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков</i> »), однако в некоторых ситуациях при туберкулезе легких рифабутин предпочтительнее рифампицина. Рекомендуются мониторинг побочных эффектов и коррекция доз.

Таблица 4. Взаимодействия между метадонем, АРВ-препаратами и другими лекарственными средствами			
Психотропные препараты	Применение	Взаимодействие с метадонем	Взаимодействие АРВ-препаратами
Рифампицин (Рифампин) Рифампин/изониазид	Лечение туберкулеза легких.	Возможно резкое снижение уровня метадоны (на 33—68%). Может вызвать абстиненцию. Может потребоваться повышение дозы метадоны.	ИП противопоказаны. Противопоказано назначение рифампицина с лопинавиром, нелфинавиром и саквинавиром. Рифабутин может быть ценной альтернативой, но не в сочетании с саквинавиром.
Силденафил	Лечение эректильной дисфункции	Не сообщалось	Силденафил не влияет на ИП. Ритонавир повышает уровень силденафила в 10 раз. Саквинавир повышает уровень силденафила в 3 раза. Рекомендуется применять с осторожностью и контролировать побочные эффекты.
Фенитоин	Противосудорожное средство	Снижение уровня метадоны, часто резкое. Может вызвать абстиненцию. Может потребоваться повышение дозы метадоны.	Возможны некоторые взаимодействия (см. Протокол 1 « <i>Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков</i> »). Рекомендуются мониторинг побочных эффектов и коррекция доз.
Фенобарбитал (барбитурат)	Противосудорожное, снотворное средство	Снижение уровня метадоны, часто резкое. Может вызвать абстиненцию. Может потребоваться повышение дозы метадоны.	Такие барбитураты, как фенобарбитал, являются индукторами СУР3А4. Необходимо избегать совместного назначения с другими веществами, активирующими СУР3А4 (например, эфавирензом и невирапином), пациентам, злоупотребляющим барбитуратами. Может снижаться концентрация нелфинавира.
Флуконазол	Противогрибковый препарат	Повышение уровня метадоны (35%). Клиническая значимость неизвестна, но описаны случаи вынужденного снижения дозы. Признаков токсичности метадоны не описано. Другие азольные противогрибковые антибиотики, например итраконазол, кетоконазол и вориконазол, могут влиять на токсичность опиоидов.	Возможно обоюдное ингибирование некоторых азольных противогрибковых антибиотиков и ИП. Рекомендуются мониторинг побочных эффектов и коррекция доз. При лечении ННИОТ описаны токсичность и снижение противогрибкового эффекта (см. Протокол 1 « <i>Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков</i> »).

Источник: Leavitt et al., 2005; McCance-Katz et al., 2004 (104, 111).

4.4.3. Бупренорфин и АРВ-препараты

Взаимодействие АРВ-препаратов с бупренорфином изучено хуже, чем с метадонем.

Производные морфина и антагонисты опиатных рецепторов, такие как налтрексон, не назначают вместе с бупренорфином из-за его частичного антагонистического эффекта. В некоторых случаях при приеме бупренорфина отмечено повышение активности печеночных ферментов (АсАТ и АлАТ). При этом повышение активности ферментов было небольшим и отмечалось после длительного приема бупренорфина у пациентов с гепатитом. Поскольку бупренорфин метаболизируется с помощью изоферментов СУР3А4, необходима осторожность при назначении других лекарственных средств, взаимодействующих с этими изоферментами

Согласно экспериментам *in vitro*, бупренорфин расщепляется системой цитохрома Р450 (изомер 3А4 — СУР3А4), поэтому должен аналогично метадону взаимодействовать с такими индукторами ферментов как невирапин, эфавиренз и ритонавир. Однако клинических данных в подтверждение этого пока нет. На сегодняшний день сведения о взаимодействии бупренорфина с АРВ-препаратами ограничены. В отношении эфавиренза и зидовудина обнаружено, что:

- при сочетании эфавиренза и бупренорфина уровень последнего снижается, однако симптомов абстиненции при этом не наблюдается (119);
- сочетание зидовудина с бупренорфином не вызывает абстиненции, уровень зидовудина не снижается, в отличие от его сочетания с метадоном (120).

Бупренорфин может также взаимодействовать со следующими лекарственными средствами:

- с ингибиторами цитохрома P450 3A4, такими как флуконазол и макролидные антибиотики;
- с индукторами цитохрома P450, такими как фенобарбитал, карбамазепин, фенитоин и рифампицин;
- с транквилизаторами, например бензодиазепинами.

Лечение бупренорфином под непосредственным наблюдением можно использовать и для контроля ВААРТ, хотя некоторым пациентам достаточно принимать бупренорфин раз в два или три дня. Медработники должны знать, что ПИН могут крошить сублингвальные таблетки бупренорфина и использовать их для инъекций, поскольку сообщалось о нескольких случаях гепатита у ПИН, использовавших такой метод введения бупренорфина (83).

4.4.4. Нелегальные/рекреационные наркотики и АРВ-препараты

Между АРВ-препаратами и психоактивными веществами, используемыми в немедицинских целях (см. Приложение 2), возможны взаимодействия. Это может иметь серьезные клинические последствия в отношении эффективности и безопасности ВААРТ (121). ИП и ННИОТ могут подавлять или стимулировать ферментную систему цитохрома P450 в печени, влияя на метаболизм бензодиазепинов, амфетаминов и опиоидов.

Бензодиазепины

- Мидазолам, триазолам, алпразолам, флунизатрапам и другие бензодиазепины, метаболизм которых зависит в первую очередь от CYP3A4, могут взаимодействовать с ИП и другими АРВ-препаратами, подавляющими CYP3A4, что может привести к сонливости, спутанности сознания или парадоксальной агрессии.
- Невирапин, повышающий активность CYP3A4, может провоцировать симптомы абстиненции и повышения в связи с этим дозы бензодиазепинов.
- Для бензодиазепинов, в метаболизме которых CYP3A4 играет несущественную роль (лоразепам, оксазепам, темазепам и диазепам), не описано взаимодействий с АРВ-препаратами.

Кокаин

Кокаин употребляется отдельно или в сочетании с другими психоактивными препаратами. Понимание процессов, происходящих с кокаином в организме, важно для успеха ВААРТ (122).

- Превращение кокаина в норкокаин (активный гепатотоксичный метаболит) происходит с участием CYP3A4.
- ИП и другие препараты, подавляющие активность CYP3A4, могут привести к летальной передозировке кокаина.
- Невирапин, индуцирующий этот фермент, может вызывать накопление гепатотоксичного метаболита кокаина.

Амфетамин, метамфетамин и 3,4-метилendioксиметамфетамин (МДМА)

- Эти вещества метаболизируются в основном с помощью изофермента CYP2D6.

- Некоторые ИП, особенно ритонавир, могут подавлять активность CYP2D6 и таким образом повышать токсичность этих веществ. Описано летальное взаимодействие МДМА и ритонавира (123).

Опиоиды, включая героин, кодеин, морфин и другие анальгетики

- Взаимодействие АРВ-препаратов с опиоидами происходит так же, как с метадоном (см. выше). Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и снижение обезболивающего эффекта.

Тетрагидроканнабинол (ТГК) — основной активный компонент продуктов переработки конопли.

- Информации о взаимодействиях ТГК с АРВ-препаратами немного.
- Исследование влияния ТГК на ВААРТ не выявило клинически значимого изменения уровня индинавира и нелфинавира в плазме (124).
- Введение мощных ингибиторов CYP3A4 (например ИП или эфавиренза) может привести к усилению и большей длительности эффекта ТГК.

Другие психоактивные средства, которые могут использоваться в немедицинских целях

- Гамма-гидроксibuтират натрия («жидкий экс») проявляет токсичность в сочетании с ритонавиром и саквинавиром (125).
- Кетамин может ингибировать CYP3A4 и усиливать побочные эффекты АРВ-препаратов.
- Метаболизм фенциклидина происходит в основном с участием CYP3A4, поэтому ИП могут повышать риск токсичности этого препарата.

В табл. 5 кратко описаны взаимодействия психоактивных и АРВ-препаратов. Указан также основной путь метаболизма в печени. Однако следует иметь в виду, что в метаболизме каждого препарата участвуют и другие ферментные системы.

Отсутствие исследований в этой области означает, что в некоторых случаях характер взаимодействия указан только на основании сведений о ферментных путях метаболизма различных препаратов.

Таблица 5. Взаимодействие психоактивных веществ и АРВ-препаратов			
Вещества	Основной путь метаболизма	Взаимодействия	Рекомендации
Амфетамины	CYP2D6	↑ уровни ритонавира ⇒ токсичность	Не назначать ритонавир и лопинавир/ритонавир даже в низких дозах, если пациент принимает амфетамины.
Барбитураты	CYP3A4	Барбитураты (фенобарбитал) — мощные индукторы CYP3A4	Избегать назначения других индукторов (например, эфавиренза и невирапина) пациентам, употребляющих барбитураты.
Бензодиазепины	CYP3A4 для мидазолама, триазолама, алпразолама и флунитразепама	ИП ⇒ усиление седативного эффекта, невирапин ⇒ абстинентный синдром	Избегать сочетанного применения алпразолама, мидазолама и триазолама со всеми ИП и эфавирензом.
Героин	Плазма	Нелфинавир, ритонавир ⇒ абстинентный синдром	Клинически значимого взаимодействия не обнаружено, однако взаимодействие с АРВ-препаратами такое же, как с метадонном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Требуется наблюдение.
Кодсин	Уридиндифосфатглюкуронилтрансфераза 2B7	↑ или ↓ метаболизм ИП ⇒ возможна передозировка ⇒ ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВ-препаратами такое же, как с метадонном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Требуется наблюдение.
Кокаин	CYP3A4	↑ уровни ИП и эфавиренза ⇒ передозировка. Невирапин ⇒ гепатотоксический метаболит	Наблюдение за возможным усилением гепатотоксичности.
МДМА (экстази) Гамма-гидроксibuтират	CYP2D6	↑ уровень ритонавира ⇒ токсичность	Не назначать ИП, даже в низких дозах, если пациент принимает МДМА или гамма-гидроксibuтират. Взаимодействие МДМА с ритонавиром может быть летальным.
Морфин	Уридиндифосфатглюкуронилтрансфераза 2B7	Нелфинавир, ритонавир ⇒ абстиненция, ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВ-препаратами такое же, как с метадонном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Рекомендован клинический контроль.
Тетрагидроканнабинол	CYP3A4	Возможно ↑ уровня ИП. Возможно ↓ уровня ННИОТ	Клинически значимого взаимодействия не обнаружено.
Фенциклидин	CYP3A4	ИП и эфавиренз ⇒ токсичность	Контроль токсичности фенциклидина.

4.5. Помощь в соблюдении режима лечения и наблюдение

Содействие в соблюдении режима лечения и контроль должны быть частью повседневной клинической работы всех медработников, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. Критически важным фактором долговременного иммунологического и вирусологического эффекта терапии является соблюдение режима терапии, особенно в первые 4—6 месяцев лечения (110). Умеренные отклонения в приеме доз АРВ-препаратов (88—99%) в последующий период (поддерживающая фаза через 6 месяцев после начала терапии) меньше влияют на результат лечения. Можно рекомендовать ряд мер по повышению приверженности лечению, но максимум внимания нужно уделить тем мерам, которые рассчитаны на первые месяцы ВААРТ (126—130).

Консультируя каждого пациента по вопросам соблюдения режима терапии, медработник должен убедиться, что пациент:

- имеет моральную и практическую поддержку в повседневной жизни;
- адаптировал режим терапии к своему распорядку дня;
- понимает, что несоблюдение рекомендаций грозит развитием лекарственной устойчивости и неэффективностью лечения;
- знает, что необходимо принимать все предписанные дозы препаратов;
- не стесняется принимать препараты при посторонних;
- вовремя приходит на прием;
- знает о возможном взаимодействии и побочных эффектах АРТ, заместительной терапии и наркотиков;
- знает остораживающих признаках, требующих обращения к врачу (51).

Дополнительные меры, способствующие соблюдению режима терапии, включают:

- лечение депрессии (61);
- устранение нежелательных лекарственных взаимодействий и коррекцию доз;
- выдачу лекарств небольшими порциями²⁴ через короткие интервалы времени, для того, чтобы:
 - ◊ выявить пропуски приема препаратов до развития лекарственной устойчивости;
 - ◊ предупредить прерывание терапии и неправильное использование лекарств;
- непосредственно наблюдать за приемом АРВ-препаратов, особенно при одновременном лечении наркозависимости.

4.6. Тактика при острой и хронической боли (в том числе у пациентов, получающих ЗТО)

Лечение боли и опиоидная зависимость не всегда противоречат друг другу. Врачи неохотно назначают обезболивающие потребителям наркотиков, потому что:

- подозревают, что пациент просто стремится заполучить препарат и преувеличивает интенсивность боли;
- ошибочно считают, что для ПИН метадон в поддерживающей дозе является адекватным анальгетиком;
- опасаются, что препараты на основе кодеина повлияют на результаты тестирования в клиниках, где проводится заместительная терапия метадонном;
- лекарственные взаимодействия с АРВ-препаратами приводят к уменьшению обезболивающего эффекта;
- необходимые анальгетики отсутствуют в клинике.

В результате пациент не получает достаточного обезболивания, начинает самостоятельный поиск обезболивающих средств и иногда делает это нелегально.

4.6.1. Лечение боли у пациентов, получающих метадон

Обычной суточной дозы метадона недостаточно для адекватного обезболивания, поскольку у пациента развивается толерантность к его анальгетическому эффекту. Это говорит о том, что:

- необходимо назначать дополнительные анальгетики для лечения острой и хронической боли ВИЧ-инфицированным ПИН, получающим поддерживающее лечение мета-

²⁴ На начальном этапе лечения соблюдению режима способствует назначение препаратов, требующих однократного приема в день, прием небольшого числа таблеток и использование комбинаций фиксированных доз препаратов в одной таблетке (см. Протокол 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

доном, начиная с маленькой дозы, постепенно увеличивая ее в зависимости от эффекта²⁵;

- не следует назначать петидин и пироксикам вместе с ритонавиром или лопинавиром/ритонавиром;
- необходимо рассмотреть альтернативные методы обезболивания (акупунктура, массаж и др.), особенно при хронической боли;
- требуется тщательное клиническое наблюдение за ПИН, получающими АРТ и обезбоживание, чтобы вовремя скорректировать дозы или режим приема препаратов.
- врачи должны подходить к лечению боли у ПИН, получающих метадон, так же, как у ПИН, не получающих метадон²⁶.

4.6.2. Лечение боли у пациентов, получающих бупренорфин

Необходимы дополнительные клинические исследования по лечению боли у пациентов, получающих бупренорфин. Как и метадон, бупренорфин обладает мощным анальгетическим эффектом, однако ежедневная доза для заместительной терапии недостаточна для обезбоживания. Поэтому:

- Пациентам, принимающим бупренорфин, которым необходимо обезбоживание, следует в первую очередь назначать ненаркотические анальгетики; иногда бывает достаточно временного повышения дозы бупренорфина.
- Если острую боль не удастся купировать ненаркотическими анальгетиками или повышением дозы бупренорфина, необходимо предпринять более активные меры, включая назначение быстродействующих наркотических (опиоидных) анальгетиков.
- Если принимающему бупренорфин пациенту требуется дополнительно назначить опиоидный анальгетик, необходимо иметь в виду следующее:
 - ◊ не следует назначать морфин;
 - ◊ на время лечения опиоидными анальгетиками следует прекратить прием бупренорфина;
 - ◊ пока бупренорфин не будет выведен из организма, для адекватного обезбоживания могут потребоваться повышенные дозы быстродействующих опиоидных анальгетиков, после чего их дозу можно снизить.
 - ◊ прием бупренорфина нужно возобновлять только через некоторое время после последней дозы опиоидного анальгетика, исходя из времени полувыведения последнего.
 - ◊ следует отдавать предпочтение некомбинированным опиоидным анальгетикам, для того чтобы избежать токсичности и побочных эффектов, а также упростить определение оптимальной дозы.
 - ◊ пациентам с хронической болью, не купируемой повышенной дозой бупренорфина и нуждающимся в дополнительном обезбоживании, может потребоваться переход на терапию метадоном (131, 132).

Дополнительную информацию по лечению боли можно найти в Протоколе 3 «Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом».

²⁵ Следует отметить, что, как и метадон, ИП и ННИОТ влияют на метаболизм анальгетиков на основе опиоидов. Пациентам, которым необходимо длительное лечение боли, может потребоваться повышение дозы опиоидных анальгетиков, так же как им требовалось увеличение дозы метадона.

²⁶ Например, женщине, принимающей метадон, во время родов потребуется такое же обезбоживание, как и любой другой женщине.

V. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности лечения для ПИН и его эффективности. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об укреплении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Следующие данные должны собираться каждым медицинским учреждением на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие).

- Число ВИЧ-инфицированных пациентов (обратившихся в учреждение) — при дальнейших расчетах эта цифра будет использоваться как знаменатель по отношению к данным, указанным ниже.
- Число ПИН среди всех ВИЧ-инфицированных пациентов.
 - ◊ Число активных ПИН (принимавших наркотики в последние 4 недели).
 - ◊ Число бывших ПИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели).
- Число ПИН, имеющих показания для проведения АРТ (число лимфоцитов CD4 <350/мкл).
 - ◊ Число активных ПИН (принимавших наркотики в последние 4 недели), имеющих показания для проведения АРТ.
 - ◊ Число бывших ПИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели), имеющих показания для проведения АРТ.
- Число ВИЧ-инфицированных ПИН, получающих ВААРТ.
 - ◊ Число активных ПИН (принимавших наркотики в последние 4 недели), получающих ВААРТ.
 - ◊ Число бывших ПИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели), получающих ВААРТ.
- Число ВИЧ-инфицированных ПИН, получающих заместительную терапию.
 - ◊ Число ПИН, получающих метадон.
 - ◊ Число ПИН, получающих бупренорфин.
- Число умерших ВИЧ-инфицированных ПИН (смертность, обусловленная ВИЧ/СПИ-Дом и другими причинами, такими, как несчастные случаи, отравление наркотиками, самоубийства).

Кроме того, может быть полезен сбор данных о доступности для ПИН других видов лечения (лечение гепатитов В и С, туберкулеза). Соответствующую информацию можно найти в Протоколе 4 «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией», в Протоколе 6 «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией» и в Протоколе 7 «Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

Приложение 1. Индекс тяжести зависимости (ASI), Европейская версия 6 (EuroASI6)²⁷

А Общая информация — Это стандартный опросник, который содержит вопросы о различных аспектах жизни — здоровье, работе, потреблении алкоголя и наркотиков и т. п. Некоторые вопросы относятся к последним 30 дням или последним 6 месяцам, другие — ко всей жизни. Вся предоставленная вами информация является конфиденциальной (объясните значение этого понятия) и будет использована для ... (изложить цель). Пожалуйста, отвечайте на вопросы максимально точно. Если вы не понимаете вопрос или предпочитаете на него не отвечать, пожалуйста, скажите об этом. Опрос займет около часа. Есть ли у вас вопросы, прежде чем мы начнем? Сначала мы коснемся общей информации.

ФИО пациента:

A1. Идентификационный номер пациента:

ФИО интервьюера:

A2. Идентификационный номер интервьюера:

или

A3. Идентификационный номер наблюдателя:

A4. Дата опроса:

A5. Дата поступления:

A6. Временные рамки опроса:

1. Перед датой опроса
2. Перед датой поступления
3. Перед другой датой

A7. Время начала опроса:

A8. Пол (1 — мужской, 2 — женский):

A9. Дата рождения:

(Полных лет: _____)

A10. Страна рождения:

- a. респондента
- b. отца
- c. матери

A11. Национальность:

- 1 — Гражданин данной страны
- 2 — Гражданин страны — члена ЕС
- 3 — Гражданин другой страны

(Уточните) _____

A12. Ваше сегодняшнее семейное положение:

1. Женат (замужем)
2. Совместное проживание
3. Вдовец (вдова)
4. Разведен(а)
5. Проживает отдельно
6. Никогда не был(а) женат (замужем) 6 → A14

A13. Длительность указанного семейного положения (пункт A12). Годы Месяцы

A14. Кто направил вас на лечение?

²⁷ *Источник:* Alterman AI et al., 2005 (133).

—т.е., направил именно в эту программу)

- 1 — Самостоятельно, родные или друзья
- 2 — Специалист или служба по лечению алкоголизма или наркозависимости
- 3 — Другие медицинские работники или службы
- 4 — Учебное заведение
- 5 — Программа помощи служащим
- 6 — Местные организации (служба занятости, приют, церковь и др.)
- 7 — Правозащитные или правоохранительные органы

В Проживание — В следующих вопросах выясняется, находились ли вы в местах лишения свободы или под надзором в течение 6 месяцев, начиная с _____ или в течение 30 дней, начиная с _____

[Примечание: 6 месяцев = 180 дней — при необходимости проинформируйте респондента.]

V1. Из последних 6 месяцев, приблизительно сколько дней вы провели в больнице, наркологическом или психиатрическом стационаре, исправительном учреждении, реабилитационном заведении, доме группового проживания?

А. Последние 6 месяцев В. 30 дней
000 → V8

Из этих дней, сколько вы провели:

А. В.

V2. в стационаре в связи с лечением наркологической или алкогольной зависимости?

V3. в больнице в связи с другими проблемами ?

V4. в психиатрической больнице?

V5. в исправительном учреждении?

V6. в реабилитационном заведении или в доме группового проживания?

V7. или вы проживали в условиях ограничения свободы или под надзором в каком-то другом месте?

В каком именно месте? _____

V8. Сколько дней вы провели в приюте для бездомных?

А. Последние 6 месяцев В. 30 дней
000 → V9

V9. Сколько дней вы прожили на улице или в таких местах, как брошенные дома, машины или парки, из-за того, что вам было негде жить?

А. Последние 6 месяцев В. 30 дней
000 → Примечание

[Примечание: Если V8A или V9A > 0 (т.е., респондент жил какое-то время в приюте или на улице в последние 6 месяцев), то перейти к следующему примечанию].

V10. Жили вы когда-нибудь в приюте для бездомных или на улице (в брошенных домах, машинах или в парке) из-за того, что вам негде было жить? 1 — Да, 0 — Нет

[Примечание: Если V1V + V8V = 30 (т.е., если все последние 30 дней респондент прожил в приюте или в не приспособленных для жилья местах), переходите к разделу «Здоровье».]

V11. В последние 30 дней (когда вы НЕ находились под арестом, надзором или в приюте), с кем вы проживали? [Отметьте все, что подходит]

- 1 — Один (одна)
- 2 — С супругом (супругой) /сожителем (сожительницей)

- 3 — С детьми младше 18 лет
- 4 — С родителями
- 5 — С другими взрослыми родственниками
- 6 — С другими взрослыми, не родственниками
- 7 — Нет ответа

В12. В последние 30 дней (когда вы НЕ находились под арестом, надзором или в приюте) вы проживали с кем-то, кто в настоящее время имеет проблемы с алкоголем или наркотиками?

- 1 — Да, 0 — Нет

С Здоровье — Следующие вопросы касаются вашего физического здоровья.

С1. Какая у вас есть медицинская страховка?

[Отметьте все, что подходит]

- 1 — Никакой
- 2 — Частная страховка, индивидуальный план медицинского страхования
- 3 — Военная медицинская страховка
- 4 — Государственная медицинская страховка (для пожилых)
- 5 — Государственная медицинская страховка (для малообеспеченных)
- 6 — Другое (уточните: _____)
- 7 — Нет ответа

[Примечание: Для мужчин пропустите С2.]

С2. Вы сейчас беременны? 1 — Да, 0 — Нет, 2 — Не уверена

Вам когда-нибудь говорил врач или другой медработник о том, что у вас есть/были следующие проблемы со здоровьем?

1 — Да, 0 — Нет

С3. Высокое артериальное давление

С4. Диабет

С5. Болезнь сердца

С6. Инсульт

С7. Эпилепсия или судороги

С8. Злокачественные опухоли

С9. ВИЧ-инфекция/СПИД

С10. Туберкулез или положительный тест на туберкулез (напр., положительная туберкулиновая проба)

С11. Гепатит

С12. Цирроз или другое хроническое заболевание печени

С13. Хроническая болезнь почек

С14. Хронические болезни легких (например, бронхиальная астма, эмфизема, хроническое обструктивное заболевание легких)

С15. Другие хронические заболевания

—напр., артрит, хроническая боль в спине, болезни пищеварительного тракта (колит и т.п.)

—если «Да», уточните _____

C16. Есть ли у вас болезни, серьезно нарушающие зрение, слух или способность двигаться?

—если «Да», уточните: _____

[Примечание: Если для C3 — C16 все ответы 0 — Нет, то пропустите C17.]

C17. Назначали вам когда-нибудь лекарства от этих болезней?

0 — Нет

1 — Да, и продолжаю принимать все необходимые лекарства, как прописано

2 — Да, я должен был принимать, но не принимаю

3 — Да, но врач сказал, что лекарства больше не нужны

C18. Вы получаете пенсию (или пособие) по инвалидности?

-исключая инвалидность в связи с психическим нарушением 1 — Да, 0 — Нет

C19. Как бы вы оценили свое физическое состояние в последние 30 дней?

0 — отличное

1 — очень хорошее

2 — хорошее

3 — удовлетворительное

4 — плохое

(C20 — C23) В последние 30 дней:

[Примечание: НЕ включайте проблемы, связанные исключительно с приемом алкоголя или наркотиков, с абстиненцией или интоксикацией.]

C20. Сколько дней у вас были проблемы с физическим здоровьем?

напр., болезнь, травма, боль, плохое самочувствие, нетрудоспособность

—включая стоматологические проблемы Дни

C21. Сколько дней вы не могли заниматься обычными делами из-за проблем с физическим здоровьем? Дни

C22. Насколько сильно вы ощущали боль или страдали от физического недомогания?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

C23. Насколько вы были озабочены или обеспокоены вашим физическим здоровьем?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

C24. В какой степени важно для вас сейчас лечение (текущее или дополнительное) физических заболеваний или состояний?

0 — совсем нет

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

C25. Сколько раз в жизни вы были госпитализированы (по крайней мере на сутки) по поводу физического заболевания или состояния?

— Не учитывайте лечение алкоголизма и наркозависимости, психических расстройств, а также неосложненные роды

Разы

C26. Сколько раз вы пользовались услугами неотложной помощи по поводу какой-либо медицинской проблемы?

А. Последние 6 месяцев В. 30 дней

000 → C27

C27. Сколько дней вы принимали назначенные лекарства для лечения физического заболевания или состояния?

— Не учитывайте лекарства от алкоголизма, наркозависимости и психических расстройств.

А. В.

000 → C28

C28. Сколько раз вы приходили к врачу или другому медицинскому работнику на амбулаторный прием?

— напр., для прохождения любого медицинского обследования или получения любого вида помощи по поводу какой-либо медицинской проблемы или заболевания.

— Не учитывайте лечение алкоголизма/наркомании и психических расстройств.

А. В. 000 → D

D Работа и материальное положение — Следующие вопросы касаются вашего образования, работы и финансовых возможностей.

D1. Какой самый высокий уровень вашего образования из указанных?

1. Неполное среднее

2. Полное среднее

3. Среднее специальное

4. Высшее (бакалавр)

5. Послевузовское образование, например, аспирантура или выше (магистр или выше)

6. Без образования

D2. Есть ли у вас ученые степени, удостоверения о квалификации, сертификаты о прохождении специализации? 1 — Да, 0 — Нет

(Уточните) _____

D3. Сколько классов школы вы закончили (проучились лет)? (Годы)

(Уточните) _____

D4. Вы служили в армии? 1 — Да, 0 — Нет

D5. Вы проходите сейчас обучение или повышение квалификации?

напр., в средней школе, колледже, на курсах и т.д.

0 — Нет 1 — С полной занятостью, 2 — С частичной занятостью

D6. У вас есть действующее водительское удостоверение?

1 — Да, 0 — Нет

D7. Пользуетесь ли вы автомобилем (собственным или каким-то другим)?

1 — Да, 0 — Нет

D8. В настоящее время испытываете ли вы трудности с посещением врача, школы, работы из-за транспортных проблем?

1 — Да, 0 — Нет

[Примечание: Вопрос D9 задайте в том случае, если ответ на него не ясен на основе предшествующей информации.]

D9. Вы можете читать и писать (по-русски) достаточно хорошо, чтобы заполнить анкету при поступлении на работу?

1 — Да, 0 — Нет

D10. Ваша занятость в настоящее время? (Отметьте одно)

1. Полная рабочая неделя (35+ часов в неделю) → D12
2. Неполная рабочая неделя (<35+ часов в неделю) → D12
3. Не работаю и активно ищу работу
(или временно не работаю, увольнение) → D14
4. Не работающий(ая)
—не работаю и не ищу работу

D11. [Если не работающий] Что лучше всего подходит для вашей ситуации?
(Отметьте одно, → D14)

1. Домохозяйка (домохозяин)
2. Студент
3. Инвалид
4. Пенсионер
5. Не ищу работу
6. Проживающий под надзором (приют, клиника, реабилитационное учреждение)
7. Другое _____

D12. Чем вы занимаетесь (основная работа)?

(Уточните) _____

[Примечание: Отметьте одну категорию из перечисленных в D12.]

- 1 — Неквалифицированный труд
- 2 — Квалифицированный труд

- 3 — Служащий низшего звена
- 4 — Мелкий предприниматель
- 5 — Служащий среднего звена
- 6 — Дипломированный специалист
- 7 — Другое

D13. Эта работа неофициальная (без формальной регистрации)?

1 — Да, 0 — Нет

D14. Максимальная продолжительность работы с полной занятостью?

-На одном предприятии или на самого себя Месяцы 000 → D17

D15. Как давно эта работа закончилась?

[Примечание: Введите 000, только в том случае, если текущая работа с полной занятостью самая продолжительная.] Месяцы

D16. Кем вы тогда работали?

(Уточните) _____

[Примечание: Отметьте одну категорию из перечисленных в Примечании к D12]

D17. В последние 6 месяцев (начиная с _____) сколько недель вы получали оплату за труд?

—Включая оплаченное нерабочее время, больничные листы, отпуск, дни, когда вы работали на себя, неофициальную работу Недели,

Макс = 26

00 → D22

D18. Сколько вы заработали за последние 6 месяцев без учета налогов?

€ (местная валюта)

(D19 — D22) В последние 30 дней:

D19. Сколько дней вы получали оплату за труд?

—Включая оплаченное нерабочее время, больничные листы, отпуск, работу на себя, неофициальную работу Дни 00 → D22

D20. Сколько вы заработали без учета налогов? € (местная валюта)

D21. Сколько дней у вас были какие-либо проблемы на работе?

-напр., из-за некачественной работы, плохой дисциплины, споров, прогулов и др.

Дни

D22. Вы искали работу?

-напр., посылали резюме, заполняли анкету, разговаривали с возможными работодателями

1 — Да, 0 — Нет

D23. Насколько важно для вас сейчас получить поддержку (например, консультирование, тренинг или обучение), которая помогла бы вам получить какую-то рабочую подготовку, найти работу или решить проблемы, связанных с работой?

—текущая или дополнительная помощь

0 — совсем нет

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

Следующая серия вопросов (D24 — D32) касается источников доходов и средств к существованию.

D24. Вы живете в предоставленном государством жилище или получаете субсидию на оплату жилья?

1 — Да, 0 — Нет

В последние 30 дней, сколько денег вы получили в виде:

D25. пенсии, социальной страховки, пособия по безработице или нетрудоспособности? € (местная валюта)

D25b. ... в последние 6 месяцев?

D26. социальной помощи?

напр., пособие по соцобеспечению, пособие неимущим семьям

€ (местная валюта)

D26b. ... в последние 6 месяцев?

D27. другой государственной помощи?

напр., талоны на продукты, субсидии на оплату расходов на электроэнергию, тепло, и т.д. € (местная валюта)

D27b. ... в последние 6 месяцев? € (местная валюта)

D28. детских пособий или алиментов?

—от бывшего супруга, родителей ребенка € (местная валюта)

D28b. ... в последние 6 месяцев? € (местная валюта)

D29. вознаграждения за незаконную деятельность?

напр., сбыт наркотиков, проституция, азартные игры, продажа краденого

€ (местная валюта)

D29b. ... в последние 6 месяцев? € (местная валюта)

D30. доходов из других источников?

напр., возвращение долгов/получение сумм от родственников или других людей,

непредвиденные доходы (наследство, выигрыш в лотерею и др.) € (местная валюта)

D30b. ... в последние 6 месяцев? € (местная валюта)

D31. Из какие источников вы сейчас получаете средства на оплату жилья, продуктов питания и других предметов первой необходимости?

[Отметьте все, что подходит.]

1. Работа

2. Пенсионное обеспечение

—напр., пенсия, средства из фонда социального страхования

3. Пособие по инвалидности

—напр., пенсия, средства из фонда социального страхования, компенсация от работодателя

4. Пособие по безработице

5. Государственная или социальная помощь

—напр., материальная помощь, временная помощь для неимущих семей, продовольственные талоны, субсидии на жилье

6. Детские пособия или алименты
 7. Семья, друзья, компаньоны
 8. Незаконная деятельность
 9. Ситуация проживания в местах лишения свободы или под надзором —напр., в больнице, реабилитационном учреждении, приюте и др.
 10. Другое, например, сбережения и т.п.
- Уточните: _____
11. Нет никаких источников

D32. Вы когда-нибудь официально объявляли о банкротстве?

1 — Да, 0 — Нет

D33. Были ли у вас случаи невыплаты государственного займа?

напр., кредита на обучение 1 — Да, 0 — Нет

D34. Отстаёте ли вы сейчас по каким-либо выплатам больше, чем на месяц?

напр., за коммунальные услуги, по кредиту, за ребенка, выплату долга, по счетам за медицинские или юридические услуги 1 — Да, 0 — Нет

D35. Сколько человек (кроме вас) зависят от вашей регулярной финансовой поддержки?

напр., на расходы на жилье, питание, текущие расходы, обеспечение детей —Включая тех, кого респондент обеспечивает реально, и тех, кого обязан обеспечивать по закону

D36. Достаточно ли у вас средств, чтобы обеспечить необходимым (например, жильем, питанием, одеждой) себя и тех, кто зависит от вас?

—Не считая доходов от незаконной деятельности 1 — Да, 0 — Нет

Е Наркотики и алкоголь — Следующие вопросы касаются приема алкоголя и наркотиков, а также наркологического лечения, которое вы, возможно, проходили.

Сведения о лечении

E1. Сколько раз вы лечились от алкоголизма или наркозависимости?

-Включая обследования, даже если за ними не следовало дополнительного лечения

00 → E6

E2. Сколько раз из этих случаев лечение заключалось только в детоксикации?

-За детоксикацией не следовало дополнительного лечения

E3. Сколько лет вам было, когда вы впервые лечились от алкоголизма или наркозависимости?

Сколько дней вы:

E4. амбулаторно посещали врача (для лечения алкоголизма или наркозависимости)?

А. Последние 6 месяцев **В.** 30 дней

000 → E5

E5. принимали препараты, выписанные вам для лечения алкоголизма или наркозависимости?

напр., метадон, налтрексон, Ревиа, средства для детоксикации, и др.

-Исключая назначенные вам средства для лечения никотиновой зависимости

000 → E6

E6. посещали собрания групп само- и взаимопомощи, например, общества анонимных алкоголиков, анонимных потребителей наркотиков, анонимных потребителей кокаина?

000 → E7

Е7. Какова наибольшая продолжительность времени, в течение которого вы посещали собрания групп само- и взаимопомощи не реже 2 дней в неделю?

Годы Месяцы

Потребление алкоголя

Е8. Сколько лет за вашу жизнь вы регулярно употребляли алкоголь в течение 3 и более дней в неделю?

-Исключая период воздержания

00 → E10

Е9. Сколько лет за вашу жизнь вы регулярно выпивали не меньше такого количества стандартных порций алкоголя в день (5 — для мужчин, 4 — для женщин) в течение 3 и более дней в неделю?

>0 → E11

Е10. Бывали у вас в жизни периоды, когда вы выпивали не меньше такого количества стандартных порций алкоголя в день (5 — для мужчин, 4 — для женщин) в течение 50 дней или дольше?

1 — Да, 0 — Нет

Е11. Сколько лет вам было, когда вы впервые попробовали алкоголь и почувствовали его действие? [если респондент никогда не пил, впишите код 99]

Е12. За последние 6 месяцев, в тот месяц, когда вы пили больше всего, как часто вы это делали?

0 — Не употреблял(а) (→ E20)

1 — 1—3 раза в месяц

2 — 1—2 раза в неделю

3 — 3—6 раз в неделю

4 — ежедневно

Е13. В последние 30 дней, сколько дней вы употребляли алкогольные напитки?

00 → E20

Е14. Когда вы пили в последний раз?

(00 — если сегодня, 01 — если вчера, 02 — если два дня назад и т.д.)

Е15. В последние 30 дней, сколько дней вы пили не меньше (5 — для мужчин, 4 — для женщин) стандартных порций алкоголя в день?

Е16. В последние 30 дней, сколько денег вы потратили на спиртное для себя? €
(местная валюта)

Симптомы алкоголизма

В последние 30 дней:

Е17. У вас были какие-нибудь симптомы абстиненции вскоре после сокращения или прекращения приема алкоголя?

1 — Да, 0 — Нет

Е18. Вам трудно было контролировать и сокращать количество выпитого или отказаться от употребления алкоголя или вы проводили большую часть дня за выпивкой?

1 — Да, 0 — Нет

Е19. Были ли у вас из-за потребления алкоголя проблемы со здоровьем, психологические трудности;

или
вы вели себя неадекватно на работе (в школе) или дома, ввязывались в ссоры;
или
имели проблемы с правоохранительными органами?

1 — Да, 0 — Нет

E20. Вас беспокоил тот факт, что вы испытывали тягу к алкоголю?

1 — Да, 0 — Нет

E21. Сколько дней вы испытывали эти или какие-либо другие проблемы, связанные с употреблением алкоголя?

00 → E23

E22. В последние 30 дней, до какой степени вы были обеспокоены или озабочены этими проблемами, связанными с потреблением алкоголя?

- 0 — совсем нет
- 1 — немного
- 2 — умеренно
- 3 — значительно
- 4 — очень сильно

E23. Насколько важно для вас сейчас лечение алкоголизма (текущее или дополнительное)?

- 0 — совсем не важно
- 1 — немного важно
- 2 — умеренно важно
- 3 — довольно важно
- 4 — крайне важно

E24. Насколько важно для вас добиться полного отказа от приема алкоголя и соблюдения воздержания (т.е. не пить совсем)?

- 0 — совсем не важно
- 1 — немного важно
- 2 — умеренно важно
- 3 — довольно важно
- 4 — крайне важно

Потребление психоактивных веществ — конкретные вещества

Примечание: Вручите респонденту список психоактивных веществ, а затем скажите: *«Я буду спрашивать вас о каждой группе перечисленных веществ. Об алкоголе мы уже поговорили, давайте начнем с марихуаны:*

Перед пунктом А: Вы когда-нибудь пробовали или принимали _____
(даже если это случилось хотя бы однажды или было назначено врачом)?

А. Сколько лет вам было, когда вы впервые попробовали _____?

В. Сколько лет за вашу жизнь вы принимали _____ 3 раза в неделю или чаще?
-Исключите периоды полного отказа от наркотиков

С. В течение жизни вы принимали _____ 50 дней подряд или дольше?

Д. За последние 30 дней, сколько дней вы принимали _____?

Е. За последние 30 дней, вы принимали _____ ([0] — только по назначению [Rx] или [1] — нелегально или больше, чем было назначено [не Rx])?

Примечание: Если респондент говорит:

1. Никогда не пробовал(а) это вещество (напр., E25-A), код «99» и переходите к следующему веществу (E26-A).
2. Принимал(а) 3 раза в неделю или чаще в течение года или дольше (напр., E25-B), пропустите следующий пункт (E25-C) и продолжайте.
3. Не принимал(а) в последние 30 дней (напр., E25-D = 00), переходите к следующему веществу (E26-A).

	A. Возраст при первом приеме (99 → след. A)	B. Число лет регулярного приема (в течение жизни) (>00 → D)	C. Прием 50+ дней (в течение жизни) (1 — да, 0 — нет)	D. Прием в последние 30 дней (00 → след. A)	E. Прием как Rx (последние 30 дней) (0 — Rx, 1 — не Rx),
E25. Марихуана					
E26. Транквилизаторы					
E27. Кокаин					
E28. Психостимуляторы					
E29. Галлюциногены					
E30. Героин					
E31. Метадон					
E32. Другие опиаты					
E33. Летучие соединения					

Потребление психоактивных веществ — категории проблем

- 01 — Алкоголь
- 02 — Марихуана
- 03 — Транквилизаторы
- 04 — Кокаин/крэк
- 05 — Психостимуляторы
- 06 — Галлюциногены
- 07 — Героин
- 08 — Метадон
- 09 — Другие опиаты
- 10 — Летучие соединения
- 11 — Другие вещества
- 12 — Никакие

Способ(ы) введения

Как вы употребляете _____

Главная проблема	А. Категория	В. В течение жизни [отметьте все, что применимо]	С. В последние 30 дней [отметьте все, что применимо]
E34. Какое вещество из списка (01 — 12) вызывает у вас наиболее серьезные проблемы и может заставить вас начать лечение? Укажите конкретное вещество из представленных категорий:	12 → E37	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое <input type="checkbox"/> 6. Не употребляю
Вторая по значению проблема		В. В течение жизни [отметьте все, что применимо]	С. В последние 30 дней [отметьте все, что применимо]
E35. Какое вещество из списка (01 — 12) вызывает у вас вторую по значению проблему и может заставить вас начать лечение? Укажите конкретное вещество из представленных категорий:	А. Категория 12 → E37	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое <input type="checkbox"/> 6. Не употребляю
Третья по значению проблема		В. В течение жизни [отметьте все, что применимо]	С. В последние 30 дней [отметьте все, что применимо]
E36. Какое вещество из списка (01 — 12) причиняет вам вторую по значению проблему и может заставить вас начать лечение? Укажите конкретное вещество из представленных категорий:	А. Категория 12 → E37	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое	<input type="checkbox"/> 1. Проглатывание <input type="checkbox"/> 2. Вдыхание через нос <input type="checkbox"/> 3. Курение <input type="checkbox"/> 4. Инъекции <input type="checkbox"/> 5. Другое <input type="checkbox"/> 6. Не употребляю

[Примечание: 4. Инъекции = в/в и не-в/в, напр., внутримышечные, подкожные и др.]

Потребление психоактивных веществ — общие вопросы

E37. Сколько лет на протяжении жизни вы принимали нелегальные или «уличные» наркотики (исключая алкоголь) или злоупотребляли назначенными вам препаратами 3 и более раз в неделю?

E38. За последние 6 месяцев как часто вы принимали нелегальные или «уличные» наркотики (и/или злоупотребляли назначенными препаратами) в тот месяц, когда злоупотребление было самым активным?

- 0 — Не принимал(а) (→ E45)
- 1 — 1—3 раза в месяц
- 2 — 1—2 раза в неделю
- 3 — 3—6 раз в неделю
- 4 — ежедневно

E39. В последние 30 дней, сколько дней вы принимали наркотики или злоупотребляли назначенными вам препаратами?

00 → E45

E40. Когда вы принимали наркотики или злоупотребляли назначенными вам препаратами в последний раз?

00 — если сегодня, 01 — если вчера, 02 — если два дня назад и т.д.

E41. В последние 30 дней, сколько денег вы потратили на наркотики?

- Исключая деньги, потраченные на препараты, используемые для лечения наркозависимости (напр., метадон, детоксикационные средства и др.)

€ (местная валюта)

Симптомы наркозависимости

В последние 30 дней:

E42. У вас были какие-нибудь симптомы абстиненции вскоре после сокращения или прекращения приема наркотиков?

1 — Да, 0 — Нет

E43. Вам трудно было контролировать, сокращать прием наркотиков или вообще отказаться от них;

или вы проводили большую часть дня, принимая наркотики, находясь под действием наркотиков, выходя из этого состояния или пытаясь раздобыть наркотики?

1 — Да, 0 — Нет

E44. Приходилось ли вам испытывать из-за наркотиков проблемы со здоровьем, психологические трудности

или

вы вели себя неадекватно на работе (в школе) или дома, ввязывались в ссоры

или

имели проблемы с правоохранительными органами?

1 — Да, 0 — Нет

E45. Вас беспокоил тот факт, что вы испытывали тягу к наркотикам?

1 — Да, 0 — Нет

E46. Сколько дней вы испытывали эти или какие-либо другие проблемы, связанные с употреблением наркотиков?

00 → E48

E47. В последние 30 дней, до какой степени вы были обеспокоены или озабочены проблемами, связанными с потреблением наркотиков?

0 — совсем не озабочен(а)

1 — немного

2 — умеренно

3 — значительно

4 — очень сильно

E48. Насколько важно для вас сейчас (текущее или дополнительное) лечение наркозависимости?

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

E49. Насколько важно для вас добиться полного отказа от приема наркотиков и соблюдения воздержания (т.е. вообще не принимать наркотики)?

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

E50. После начала приема наркотиков были у вас периоды полного воздержания от **наркотиков и алкоголя** длительностью не меньше года?
—Исключить соответствующий прием препаратов, назначенных врачом (напр., метадона, психотропных средств)

1 — Да, 0 — Нет
0 → E52

E51. Как долго длился период полного воздержания от наркотиков?
[Если к настоящему времени этот период продолжается год или больше, впишите 00 00.
Укажите самый последний из периодов отказа от наркотиков, длившихся не меньше года.]

Годы Месяцы

Риск для здоровья

[Примечание: Если еще неясно, задайте вопрос E52, или заполните на основе полученной ранее информации.]

E52. Вы когда-нибудь употребляли инъекционные наркотики?
(Инъекционные = в/в и не-в/в инъекции)

1 — Да, 0 — Нет
0 → E54

E53. Когда в последний раз вы использовали совместно шприцы или другое оборудование для инъекций?

—Если никогда, код НН НН

—Если в течение последнего месяца, код 00 00

Годы назад Месяцы назад

E54. В последние 6 месяцев, со сколькими разными людьми у вас были половые контакты: оральные, анальные или вагинальные?

E55. Когда в последний раз вы проходили тест на ВИЧ/СПИД?

—Если никогда, укажите НН НН

—Если в последний месяц, укажите 00 00

Годы назад Месяцы назад

Табакокурение — сигареты и др.

E56. Сколько лет вам было, когда вы впервые выкурили сигарету или попробовали табак в другом виде?

напр., жевательный табак, сигары, курительная трубка

—Если никогда не пробовали, код 99

99 → E59

E57. Сколько лет в течение вашей жизни вы курили сигареты (или потребляли табак в другом виде) ежедневно?

E58. В последние 30 дней, сколько дней вы курили сигареты (или потребляли табак в другом виде)?

Азартные игры

E59. Испытывали вы когда-либо в жизни финансовые затруднения из-за азартных игр?

1 — Да, 0 — Нет

Е60. В последние 30 дней, сколько дней вы участвовали в какой-либо из таких азартных игр, как лотерея, тотализатор, игра в казино, или в незаконных играх любого рода?

F Отношения с законом — Следующие вопросы касаются незаконной деятельности и привлечения к уголовной ответственности.

F1. Вы когда-нибудь попадали в тюрьму или заключались под стражу (хотя бы на несколько часов)?

1 — Да, 0 — Нет

F2. Вы когда-нибудь подвергались аресту?

1 — Да, 0 — Нет

0 → F18

F3. Сколько лет вам было при первом аресте?

>17 → (F7-14)

F4. До 18 лет вас арестовывали за:

[Отметьте все, что применимо]

1. Насильственные действия и преступление против личности
напр., ограбление, вооруженное нападение, изнасилование

2. Преступления, связанные с наркотиками
напр., производство, распространение, хранение

3. Корыстные и имущественные преступления
напр., магазинные кражи, ночные кражи со взломом, кражи автомобилей, вандализм, поджоги

4. Правонарушения, применимые только к несовершеннолетним
напр., побег из дома, употребление спиртного, нарушение правил по возрастным ограничениям, прогулы школьных занятий

5. Другие правонарушения (Уточните) _____

F5. Сколько раз вы были осуждены за правонарушения, совершенные до 18 лет?

Разы

F6. Сколько всего времени до 18-летнего возраста вы провели в местах лишения свободы или исправительных интернатах?

Разы

Месяцы

(F7 — F14) После 18 лет:

Перед пунктом А: Вас арестовывали за (из F7 — F14) _____?

[Примечание: Если «Нет», код 00 для А. и переходите к следующему пункту]

А. Сколько раз всего?

В. Сколько раз за последние 6 месяцев?

А. Всего **В.** За 6 месяцев

F7. Хранение наркотиков?

-или оборудования для употребления наркотиков

- F8. Продажу или производство наркотиков?
-включая сделки с наркотиками/распространение
- F9. Грабеж?
-с применением силы или угрозы применения силы
- F10. Другие корыстные/направленные против общественной безопасности преступления?
-магазинные кражи, хищения, мошенничество, продажа краденого, вандализм, поджоги
- F11. Преступления с применением насилия?
-вооруженное нападение, домашнее насилие, изнасилование, убийство
- F12. Хранение/продажа оружия, проституция,* азартные игры?
-*включая сутенерство, секс за плату, порнографию
- F13. Вождение автомобиля в состоянии опьянения?
—алкогольного или наркотического
- F14. Другие уголовные правонарушения?
—нарушение испытательного срока/условного освобождения, антиобщественное поведение, нарушение владений, нарушение подписки о невыезде, преступная халатность, оставление без средств, неоказание помощи и др.
- F15. Как давно вас арестовывали в последний раз за какое-либо правонарушение?
[Код 00, если в течение последнего месяца (30 дней)]
- Годы Месяцы
- F16. Сколько раз вы были осуждены после 18-летнего возраста?
—напр., условно, штраф, лишение свободы
- Разы
- F17. Сколько всего времени вы провели в тюрьме после 18-летнего возраста?
- Годы Месяцы
- F18.** Вас направили на лечение по решению правоохранительных органов?
-напр., по требованию судьи
- 1 — Да, 0 — Нет
- В настоящее время применимы ли к вам следующие действия системы исполнения наказаний, включая:
- 1 — Да, 0 — Нет
- F19. условное наказание?
- F20. условное освобождение?
- F21. ожидание суда или взыскания?
- F22. ожидание вынесения приговора?
- F23. программу принудительного лечения или замены уголовной ответственности другими видами воздействия?
- F24. Другое?
-напр., выполнение предписаний суда, подписка о невыезде, домашний арест, электронный контроль, досудебный надзор.
- F25. Насколько серьезными вам кажутся имеющиеся у вас проблемы с правосудием?
- 0 — совсем нет

- 1 — немного серьезными
- 2 — умеренно серьезными
- 3 — довольно серьезными
- 4 — крайне серьезными

(F26 — F30) В последние 6 месяцев:

Перед пунктом А: Вы совершали следующие действия (из F26 — F30) _____?

[Примечание: Если «Нет», код 000 для А. и переходите к следующему пункту]

А: Сколько дней за последние 6 месяцев?

В: Сколько, дней за последние 30 дней?

А. Последние 6 месяцев **В.** 30 дней

F26. Продавали или производили наркотики?

-имели дело с ними/распространяли ради денег, секса или другой выгоды

F27. Грабили кого-то?

F28. Воровали, продавали краденое, подделывали рецепты и чеки, разрушали собственность, устраивали поджоги?

F28с. ... магазинные кражи

F28d. ... кражи со взломом

F28е. ... кражи транспортных средств

F28f. ... подлог

F28g. ... мошенничество

F28h. ... вандализм

F28i. ... поджог

F28j. ... другие виды хищений/преступления против собственности

F29. Угрожали с применением силы или применяли силу в отношении кого-либо?

-с оружием или без, включая домашнее насилие, изнасилование, убийство

-исключая грабеж

F29с. ... угроза без физического насилия

F29d. ... нападение с применением оружия

F29е. ... нападение без применения оружия

F29f. ... сексуальное насилие

F29g. ... убийство

F29h. ... другое

F30. Совершали вы еще какие-либо противоправные действия?

-незаконное ношение оружием, проституция, сутенерство, запрещенные азартные игры и др.

[исключите личное потребление наркотиков/хранения для себя, вождение в состоянии опьянения]

F30с. ... ношение оружия без разрешения

F30d. ... проституция/сутенерство

F30е. ... запрещенные азартные игры

F31. За последние 30 дней, в течение скольких дней вы совершали какие-либо из выше-указанных действий?

F32. Сколько всего дней вы водили автомобиль, находясь под воздействием наркотиков и/или алкоголя?

А. Последние 6 месяцев В. 30 дней

G Семья/общество — *Следующие вопросы касаются вашей семьи и общественных отношений.*

G1. Имели ли вы за последний месяц романтические или сексуальные отношения с кем-либо?

1 — Да, 0 — Нет

[Примечание: Если «Нет», переходите к пунктам G3A-G9A.]

G2. Сколько у вас близких друзей?

-Исключите сексуальных партнеров, супругов и других взрослых членов семьи

1 — Да, 0 — Нет

[Примечание: Если «Нет» — код 00, переходите к пунктам G3C-G9C.]

Примечание: Для **G3 — G9:**

А. Относится к жене/мужу или сожителю

В. Относится ко всем другим взрослым членам семьи или родственникам

напр., родители, бабушки и дедушки, братья и сестры, взрослые дети, тети/дяди, двоюродные братья/сестры

С. Относится ко всем близким друзьям

В последние 30 дней вы:

(1 — Да, 0 — Нет) А. Партнер В. Взрослые родственники С. Близкие друзья

G3. проводили время/встречались с:

G4. общались по телефону, письменно, по электронной почте (другое) с:

-Если G3+G4 = 0, переходите к пункту G9

G5. говорили (А/В/С) о своих чувствах или проблемах с:

G6. имели проблемы в отношениях с:

G7. вступали в конфликт с:

G8. У кого-то из ваших А/В/С в настоящее время имеются проблемы с алкоголем или наркотиками?

-Включая только тех людей, с которыми вы проводили время или общались в последние 30 дней

G9. Если у вас возникают проблемы, вы можете рассчитывать на:

G10. У вас есть в настоящее время запретительное постановление на общение с кем-либо?

1 — Да, 0 — Нет

G11. За последние 30 дней приводило ли ваше общение с партнером, взрослыми родственниками или близкими друзьями к ссорам, дракам, бросанию предметов?

1 — Да, 0 — Нет

G12. Кроме вашего партнера, взрослых родственников и близких друзей, есть ли у вас другие люди, с которыми вы поддерживаете контакт и на помощь которых вы можете рассчитывать, если вам действительно понадобится помощь?

-напр., священник, врач, спонсор, консультант, адвокат

1 — Да, 0 — Нет

G13. В последние 30 дней, насколько вы были удовлетворены вашими отношениями со взрослыми людьми?

-напр., число встреч, длительность и доверительность контактов, понимание и возможность помочь друг другу и т.п.

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

G14. В последние 30 дней, насколько вас беспокоили и угнетали проблемы ваших отношений со взрослыми людьми?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

G15. Насколько важно для вас сейчас лечение (текущее или дополнительное) или консультирование по поводу проблем ваших отношений со взрослыми людьми?

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

G16. Вам трудно говорить о своих чувствах и проблемах даже с близкими людьми?

1 — Да, 0 — Нет

G17. Вы чувствуете скованность и нервозность в обществе других людей?

1 — Да, 0 — Нет

G18. Вам важно поддерживать близкие отношения с кем-либо?

1 — Да, 0 — Нет

(G19 — G22) В последние 30 дней:

G19. Вы посещали церковные службы или мероприятия, организованные вашей религиозной организацией?

-Исключите группы типа анонимных алкоголиков/взаимопомощи

1 — Да, 0 — Нет

G20. Вы работали в качестве добровольца?

1 — Да, 0 — Нет

G21. Вам часто бывает скучно и вы не знаете, как провести время?

1 — Да, 0 — Нет

G22. Насколько вы удовлетворены тем, как вы проводили свободное время?

- 0 — совсем нет
- 1 — немного
- 2 — умеренно
- 3 — довольно сильно
- 4 — очень сильно

Следующие вопросы касаются насилия и физических травм, которые вам пришлось пережить в течение жизни.

G23. Подвергались ли вы когда-либо насилию/жестокому обращению со стороны знакомого человека?

—Исключите сексуальное насилие, которое кодируется в G26

0 → G26

G24. Сколько вам было лет, когда это произошло впервые?

G25. Когда это произошло в последний раз?

—Если в течение последних 30 дней, код 00 00

Годы назад Месяцев назад

G26. Подвергались ли вы когда-нибудь сексуальному насилию со стороны знакомого человека?

0 → G29

G27. Сколько вам было лет, когда это произошло впервые?

G28. Когда это произошло в последний раз?

—Если в течение последних 30 дней, код 00 00

Годы назад Месяцы назад

G29. Вы когда-нибудь были жертвой жестокого нападения, например, с целью ограбления или насилия?

—Исключите упомянутое выше сексуальное насилие и военные действия

0 → G32

G30. Сколько вам было лет, когда это произошло впервые?

G31. Когда это произошло в последний раз?

—Если в течение последних 30 дней, код 00 00

Годы назад Месяцы назад

G32. Вы когда-нибудь попадали в другую угрожающую жизни ситуацию?

—напр., стихийное бедствие, серьезная катастрофа или пожар, военный конфликт

—Исключите сексуальное насилие и жестокие преступления

0 → G35

G33. Сколько вам было лет, когда это произошло впервые?

G34. Когда это произошло в последний раз?

—Если в течение последних 30 дней, код 00 00

Лет назад Месяцев назад

G35. Вы когда-нибудь были свидетелем убийства, ограбления/насилия или нанесения тяжелой травмы?

— Исключите упомянутые выше стихийные бедствия, катастрофы, серьезные несчастные случаи/пожары и военные конфликты

0 → Примечание

G36. Сколько вам было лет, когда это произошло впервые?

G37. Когда это произошло в последний раз?

—Если в течение последних 30 дней, код 00 00

Годы назад Месяцы назад

[Примечание: Если в жизни респондент не подвергался насилию или физическим/душевному травмам (т.е., G23, G26, G32 и G35 все 0-Нет), то переходите к G40]

G38. В последние 30 дней, насколько вы были обеспокоены и угнетены мыслями, чувствами и другими реакциями, связанными с этими событиями?

—Включая ночные кошмары, неприятные воспоминания и т.п.

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

G39. Насколько важно для вас сейчас лечение (текущее или дополнительное) или консультирование по поводу мыслей, чувств и других реакций, связанных с этими событиями?

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

Следующие вопросы касаются ваших родных детей и других детей, живущих с вами.

G40. Скольким детям вы являетесь биологическими отцом/матерью, сколько у вас усыновленных детей?

00 → G45

G41. Возраст проживающих с вами детей, начиная с самого старшего

1-й ребенок

6-й ребенок

2-й ребенок

7-й ребенок

3-й ребенок

8-й ребенок

4-й ребенок

9-й ребенок

5-й ребенок

10-й ребенок

[Примечание: Если все дети старше 18 лет, переходите к G45]

G42. Заведено ли дело об опеке в отношении матери, отца или других родственников?

1 — Да, 0 — Нет

G43. Сколько ваших детей сейчас по суду передаются на воспитание другим лицам?

—Включая судебное решение о передаче на воспитание родственникам

Дети

G44. В последние 30 дней сколько ваших детей (моложе 18 лет) жили с вами хотя бы некоторое время?

Дети

G45. В последние 30 дней, другие дети (внуки, племянники и др.) моложе 18 лет проживали с вами хотя бы некоторое время?

—С учетом детей, остающихся регулярно на ночь или на продолжительное время

1 — Да, 0 — Нет

[Примечание: Если $G44 + G45 = 0$, т.е., таких детей в последние 30 дней не было, перейти к G51]

G46. У скольких детей (живущих с вами) имеются серьезные проблемы со здоровьем, поведением или учебой, которые требуют квалифицированной помощи, лечения или ухода?

Дети

G47. В данный момент, в какой степени необходима дополнительная помощь, чтобы решать проблемы с детьми?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

G48. В последние 30 дней, насколько вас беспокоили и угнетали проблемы, связанные с вашими детьми (моложе 18 лет), которые проживают с вами хотя бы иногда?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

G49. Насколько важно для вас сейчас консультирование (напр., курсы для родителей), помогающее в решении проблем, связанных с вашими детьми (моложе 18 лет), которые проживают с вами?

—текущее или дополнительное консультирование

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

G50. На данный момент, вам нужна дополнительная помощь в воспитании детей, чтобы проходить лечение, работать, учиться или искать работу?

1 — Да, 0 — Нет

G51. Вас когда-нибудь проверяла или контролировала служба защиты детей?

1 — Да, 0 — Нет

0 → Психическое здоровье

G52. Служба защиты детей когда-нибудь забирала их у вас из дома?

1 — Да, 0 — Нет

G53. Вас лишали когда-нибудь родительских прав?

—Вы навсегда лишались родительских прав по решению суда

1 — Да, 0 — Нет

G54. В настоящее время заведено дело об опеке над вашими детьми или вы находитесь под контролем службы защиты детей?

1 — Да, 0 — Нет

Н Психическое здоровье — Следующие вопросы касаются лечения и возможного обследования по поводу эмоциональных и психических проблем.

N1. Сколько раз в жизни вас госпитализировали по поводу эмоциональных и психических расстройств?

-напр., в больницу или санаторий

Разы

N2. Вам когда-нибудь назначали препараты для лечения эмоциональных или психических расстройств?

1 — Да, 0 — Нет

0 → Н4

N3. Сколько дней вы принимали препараты для лечения эмоциональных или психических расстройств?

А. В последние 6 месяцев **В.** 30 дней

000 → Н4

Н4. Сколько раз вы приходили на амбулаторный прием по поводу эмоциональных и психических расстройств?

—Включая обследование, даже если за ними не следовало дополнительное лечение

—Включая посещения учреждений первичной медицинской помощи, семейного врача, а также проведение лекарственного мониторинга психических проблем.

0 — Никогда

1 — 1—5 раз

2 — 6—25 раз

3 — 26—50 раз

4 — свыше 50 раз

N5. Сколько раз вы приходили на амбулаторный прием?

А. В последние 6 месяцев **В.** 30 дней

000 → Примечание

[**Примечание:** Если N1, N2, N4 все = 0—Нет, то есть психологической помощи не оказывалось, то перейти к N7]

N6. Сколько лет вам было, когда вы прошли первое обследование и лечение по поводу эмоциональных или психических расстройств?

Возраст

Н7. Вы сейчас получаете пенсию (пособие) по инвалидности в связи с психическим заболеванием?

1 — Да, 0 — Нет

Следующие вопросы касаются различных вариантов проявлений ваших чувств или действий. В некоторых пунктах задается вопрос об определенных чувствах и действиях в течение жизни, другие касаются только последних 30 дней.

Коды для А/В: 0 — Нет
 1 — Да

2 — Да, но только в состоянии опьянения или абстиненции.

[Примечание: Если респондент подтверждает наличие признака/симптома, т.е., отвечает «Да», спросите: «Проявлялись ли эти симптомы/признаки, ТОЛЬКО когда он/она находились в состоянии опьянения или абстиненции?» и кодируйте соответствующей цифрой 1 или 2.]

(Н8 — Н17): А. В течение жизни

В. В течение последних 30 дней

С. Сколько дней назад вы в последний раз (из Н8 — Н17) _____ ?

Вам когда-нибудь приходилось: А. В. С.

В жизни 30 дней Дни назад

Н8. испытывать трудности с засыпанием, ночным сном или ранним просыпанием?

Н9. ощущать депрессию или упадок сил большую часть дня (почти каждый день хотя бы 2 недели подряд)?

-для последних 30 дней отмечайте любые дни

Н10. ощущать беспокойство, нервозность или тревогу большую часть дня (почти каждый день хотя бы 2 недели подряд)?

-для последних 30 дней отмечайте любые дни

Н11. иметь галлюцинации?

-слышали или видели то, что другие люди не видят и не слышат

0 → Н12 0 → Н12

Н12. испытывать такие трудности с концентрацией внимания/мыслей, восприятием или запоминанием, которые вызывали проблемы?

0 → Н13

Н13. (начиная с 18 лет) испытывать трудности с контролем вашего темперамента, желания ударить кого-то или причинить вред?

0 → Н14 0 → Н14

Н14. (начиная с 18 лет) швырять, бить вещи, бросать вещи в кого-то, использовать оружие против кого-то?

0 → Н15 0 → Н15

Н15. серьезно задумываться о самоубийстве?

0 → Н16 0 → Н16

Н16. пытаться покончить с собой?

0 → Н17 0 → Н17

Н17. испытывать другие эмоциональные и психологические проблемы помимо указанных выше?

-напр., проблемы, связанные с приемом пищи, мании и др.

Уточните: _____

[Примечание: Если все Н9 — Н17 = 0-Нет, т.е. психиатрических симптомов и проблем в последние 30 дней не было, переходите к Н21.]

(Н18 — Н20) В последние 30 дней:

-Исключая Н8 (проблемы со сном) для Н18 — Н21

Н18. Сколько дней вы испытывали подобные эмоциональные и психологические проблемы?

Дни

Н19. Сколько дней вы не могли вести нормальную повседневную жизнь из-за эмоциональных и психологических проблем?

Дни

Н20. Насколько вы были обеспокоены и угнетены этими эмоциональными/психологическими проблемами?

0 — совсем нет

1 — немного

2 — умеренно

3 — довольно сильно

4 — очень сильно

Н21. Насколько важно для вас сейчас лечение (текущее или дополнительное) психологических нарушений?

0 — совсем не важно

1 — немного важно

2 — умеренно важно

3 — довольно важно

4 — крайне важно

A15. Время окончания опроса:

Общая оценка интервьюером достоверности данных

Вы должны обратить внимание на то, действительно ли респондент может и хочет понять вопросы и дать осмысленный, точный и честный ответ. В целом, предоставленная респондентом информация:

1 — недостоверная; 2 — достаточно достоверная; 3 — достоверная

Недостоверная: на многие пункты ответы представляются крайне неточными, в ответах отказано, ответы противоречат друг другу или лишены смысла.

Достаточно достоверная: много явных неточностей, отказов и/или несоответствий, но в целом ответы представляются достаточно корректными, за исключением 1—2 проблемных областей.

Достоверная: есть некоторые неточности (мало), отказы и/или несоответствия, но в целом, как представляется, ответы достаточно правильно отражают ситуацию респондента.

Приложение 2. Перечень алкогольных напитков и наркотиков²⁸

Алкоголь — пиво, вино, слабоалкогольные напитки, крепленый ликер и др.

Каннабис — марихуана, гашиш и др.

Транквилизаторы и снотворные — бензодиазепины, барбитураты и т.д. [выделение отдельной категории для *бензодиазепинов* (транквилизаторы) подходит для тех стран, где преобладает их использование]

Кокаин — чистый кокаин и т. д. (выделение отдельной категории для «*крэк*» *кокаина* подходит для тех стран, где преобладает его использование)

Психостимуляторы амфетаминового ряда — амфетамин, метамфетамин, другие психостимуляторы амфетаминового ряда и т.д. [выделение отдельной категории для *МДМА («экстази»)* подходит для тех стран, где преобладает использование этого психостимулятора амфетаминового ряда]

Галлюциногены — ЛСД, фенциклидин (кетамин), псилоцибин, грибы и т.д.

Героин

Метадон

Бупренорфин

Другие опиаты/препараты опиоидного ряда — морфин, опиум, кодеин, препараты из маковой соломки местного производства и др.

Летучие соединения — клей, бутан, окись азота («веселящий газ»), амилнитрат, растворители, бензин, разбавители для красок и др.

Другие вещества — стероиды, неизвестные и т. д.

²⁸ Существует множество местных особенностей использования наркотиков всех типов, а также их местных/разговорных обозначений (слэнг). Необходимо установить основные виды местных наркотиков, их названия и т.д., для того чтобы составить список, отражающий местный контекст.

Некоторые наркотики используются также для лечения проблем, связанных с их употреблением (чаще всего метадон, бупренорфин и транквилизаторы, но и другие опиоды и неопиодные препараты); там, где они в основном используются для этой цели, их нужно рассматривать отдельно.

Прописанные наркотики (такие, как метадон) необходимо понятно обозначить (например, «*Метадон, который вам выдаст (продаст) врач, - это часть вашего лечения*»).

Некоторые наркотики употребляются в сочетании с другими. Эти сочетания (например, героин вместе с кокаином) также необходимо включить в список.

Приложение 3. Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ²⁹

Следующие вопросы касаются симптомов, связанных с употреблением вами героина или других опиоидов, по поводу чего вы сейчас проходите лечение. Вопросы относятся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу вашей текущей терапии. [В следующих пунктах замените, где подходит, слово «вещество» на название употребляемого вами опиоида.]

1. Испытывали ли вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению <i>вещества</i> ?	Да	Нет
2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление <i>вещества</i> ?	Да	Нет
3. Возникали ли у вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема <i>вещества</i> ?	Да	Нет
4. Приходилось ли вам употреблять <i>вещество</i> для облегчения или снятия симптомов отмены?	Да	Нет
5. Замечали ли вы, что вам требуется более высокая доза <i>вещества</i> для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)?	Да	Нет
6. Не появлялось ли у вас по прошествии времени стремления разнообразить характер употребления <i>вещества</i> ?	Да	Нет
7. Отказывались ли вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием <i>вещества</i> ?	Да	Нет
8. Ощущали ли вы, что употребление <i>вещества</i> наносит вам психический и физический вред?	Да	Нет
9. Вы продолжали употреблять <i>вещество</i> , несмотря на очевидные вредные последствия?	Да	Нет

10. Как давно Вы испытываете такого рода проблемы, связанные с употреблением наркотика?		
а. годы		
б. месяцы		

Наличие **3 или более** симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9 указывает на зависимость.

11. а. Укажите, имеется ли синдром опиоидной зависимости (F11.2)	Да	Нет
б. Если «Да», укажите конкретный опиоид: _____		

²⁹ Источник: WHO, 2004 (134)

Приложение 4. Признаки и симптомы, указывающие на возможную зависимость или ее осложнения³⁰

● Общие признаки:

Запах алкоголя изо рта
Запах марихуаны от одежды
Запах табака или дыма изо рта или от одежды
Недостаточность питания
Неопрятность

● Поведение

Поведение, свидетельствующее об опьянении
Невнятная речь
Нетвердая походка
Почесывание

● Кожа:

Признаки физической травмы
Синяки
Порезы
Царапины
Ожоги
Следы от уколов иглы
Абсцессы
Флегмона
Желтуха
Покраснение ладоней
Выпадение волос
Потливость
Сыпь
Отек кистей

● Голова, глаза, уши, нос, горло

Раздражение или инъекция конъюнктивы
Воспаление слизистой носа
Перфорированная носовая перегородка
Бледная носовая перегородка
Болезненность придаточных пазух
Заболевания десен, гингивит
Изъязвления десен
Ринит
Синусит
Бледность слизистых
Ожоги в ротовой полости

● Желудочно-кишечный тракт

Гепатомегалия
Болезненность печени
Положительная проба на скрытую кровь в кале

³⁰ Источник: Адаптировано из Center for Substance Abuse Treatment

● Иммунная система

Увеличение лимфоузлов

● Сердечно-сосудистая система

Повышение артериального давления

Тахикардия

Нарушения ритма сердца

Шумы в сердце, щелчки

Отеки

● Органы дыхания

Свистящее дыхание, хрипы

Кашель

Угнетенное дыхание

● Женская репродуктивная/эндокринная система

Болезненность органов малого таза

Вагинальные выделения

● Мужская репродуктивная/эндокринная система

Атрофия яичек

Выделения из полового члена

Гинекомастия

● Неврологические признаки

Нарушение чувствительности

Нарушение памяти

Нарушение двигательных функций

Офтальмоплегия

Миопатия

Нейропатия

Тремор

Когнитивный дефицит

Тремор

Расширение или сужение зрачков

Приложение 5. Опросник по оценке риска инфицирования вирусами, передающимися с кровью³¹

Введение

- Пожалуйста, тщательно изучите следующие вопросы и ответьте на каждый из них максимально точно и правдиво. Все вопросы относятся к вашему поведению в последний МЕСЯЦ /4 недели (т.е., **месяц до начала текущей терапии**).
- Пожалуйста, помните, что правильным будет только правдивый и точный ответ.
- Помните, что предоставленная вами информация останется полностью конфиденциальной.

Часть 1. ИНЪЕКЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Отметьте ваши ответы на каждый из следующих вопросов, обведя вариант, который вы считаете самым подходящим.

1.1 Сколько раз за последний месяц вы брали в руки использованные другими шприцы/иглы (напр., чтобы выбросить или сломать иглу), когда у вас на руках и пальцах были порезы, ранки или язвочки?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.2 Сколько раз за последний месяц вы обсасывали или слизывали остатки наркотика с ложки или другой емкости для смешивания, которыми уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.3 Сколько раз за последний месяц вы облизывали или обсасывали фильтр, которым уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.4 Сколько раз за последний месяц вы облизывали или обсасывали шприц, которым уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.5 Сколько раз за последний месяц вы вводили наркотик, отфильтрованный через фильтр, которым уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.6а Сколько раз за последний месяц вы вводили наркотик, приготовленный в ложке или другой емкости для смешивания которыми уже пользовался другой человек? Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.7)

1.6б. В указанных случаях, как часто вы мыли ложку или емкость для смешивания перед их использованием?

Ни разу Редко Иногда Часто Всегда

1.7 Сколько раз за последний месяц вы вводили наркотик, приготовленный на воде, которой уже пользовался другой человек??

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

³¹ **Источник:** Fry C. et al., 1998 (136)

1.8 Сколько раз за последний месяц вы вводили себе наркотик, контактировавший с иглой или шприцем, которыми уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.9а Сколько раз за последний месяц вы вводили себе наркотик, приготовленный вами сразу после того, как вы «помогали» другому человеку сделать инъекцию (напр., делали инъекцию, держали руку, делали что-то с использованными шприцами и иглами, дотрагивались до места инъекции, чтобы нащупать вену, вытирали кровь или останавливали кровотечение)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.10а)

1.9б В указанных случаях, как часто вы мыли руки перед приготовлением своей дозы?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.10а Сколько раз за последний месяц вы вводили себе наркотик, приготовленный другим человеком, который уже сделал себе инъекцию или помогал сделать инъекцию другому?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.11а)

1.10б В указанных случаях, как часто человек, готовивший дозу, мыл руки перед ее приготовлением?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.11а Сколько раз за последний месяц вам вводил наркотик другой человек, который уже сделал себе инъекцию или помогал вводить наркотик другому?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.12а)

1.11б. В указанных случаях, как часто этот человек мыл руки перед введением вам наркотика?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.12а Сколько раз за последний месяц вы вводили себе наркотик шприцем или иглой, до которых дотрагивался другой человек, сделавшего себе инъекцию?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.13а)

1.12б В указанных случаях, как часто этот человек мыл руки перед тем, как взять иглу или шприц, которые вы потом использовали?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.13а Сколько раз за последний месяц вы вводили наркотик шприцем или иглой другого человека?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.14)

1.13б В указанных случаях, как часто вы промывали шприц и иглу сильным раствором дезинфицирующего средства и водой перед использованием (т.е. применяли метод «2×2×2»: 2 раза водой, 2 раза дезраствором, повторно 2 раза водой)?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.14 Сколько раз за последний месяц вы вводили наркотик шприцем/иглой после другого человека, который ввел себе часть содержимого?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.15а Сколько раз за последний месяц вы дотрагивались до своего места инъекции (напр., чтобы нащупать вену, вытереть кровь, остановить кровотечение) сразу после того, как помогали другому человеку сделать инъекцию (напр., делали инъекцию, держали руку, брали использованные шприцы и иглы, дотрагивались до места инъекции, чтобы нащупать вену, вытереть кровь, остановить кровотечение)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.16а)

1.15б В указанных случаях, как часто вы мыли руки перед тем, как дотронуться до вашего места инъекции?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.16а Сколько раз за последний месяц другой человек дотрагивался до вашего места инъекции (например, чтобы нащупать вену, вытереть кровь, остановить кровотечение)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

↓

(Переходите к вопросу 1.17)

1.16б В указанных случаях, как часто этот человек мыл руки перед тем, как дотронуться до вашего места инъекции?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

1.17 Сколько раз за последний месяц вы вытирали место инъекции предметом (напр., тампоном, тканью, носовым платком, полотенцем и т.д.), которым уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.18 Сколько раз за последний месяц вы использовали жгут (напр., медицинский жгут, ремень, веревку, галстук, шнур и т.п.), которым уже пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.19 Сколько раз за последний месяц вы случайно укололись иглой, которой пользовался другой человек?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

1.20а Сколько раз за последний месяц вы повторно использовали иглу/шприц, извлеченные из общего контейнера для отходов/острых предметов?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз



(Переходите к ЧАСТИ 2)

1.206 В указанных случаях, как часто вы промывали шприц и иглу сильным раствором дезинфицирующего средства перед повторным использованием?

Никогда Редко Иногда Часто Всегда

Часть 2. СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Отметьте ваши ответы на каждый из следующих вопросов, обведя вариант, который вы считаете самым подходящим. Пожалуйста, имейте в виду, что «последний месяц» означает месяц перед началом текущей терапии.

2.1 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный вагинальный половой контакт с другим человеком (т.е., проникновение полового члена во влагалище)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.2 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный вагинальный половой контакт с другим человеком (т.е., проникновение полового члена во влагалище) во время менструации?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.3 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный вагинальный половой контакт с другим человеком (т.е., проникновение полового члена во влагалище) без применения увлажняющих средств (лубрикантов)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.4 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный анальный половой контакт с другим человеком (т.е., проникновение полового члена в задний проход)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.5 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный оральный половой контакт с другим человеком (т.е., контакт губ и языка с влагалищем, половым членом и/или задним проходом)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.6 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный мануальный половой контакт с другим человеком (т.е., контакт пальцев и рук с влагалищем, половым членом и/или задним проходом) во время менструации?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.7 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный мануальный половой контакт с другим человеком (т.е., контакт пальцев и рук с влагалищем, половым членом и/или задним проходом) после инъекции наркотика?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

2.8 Сколько раз за последний месяц у вас был незащищенный мануальный половой контакт с другим человеком (т.е., контакт пальцев и рук с влагалищем, половым членом и/или задним проходом) без применения увлажняющих средств (лубрикантов)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

Часть 3. ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ДРУГИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

Отметьте ваши ответы на каждый из следующих вопросов, обведя вариант, который вы считаете самым подходящим. Пожалуйста, имейте в виду, что «последний месяц» означает месяц перед началом текущей терапии.

3.1 Сколько раз за последний месяц вы контактировали с кровью другого человека (напр., в драке, при ранении, членовредительстве, случайно, в боевых видах спорта, на работе, выдавливая прыщи, при носовом кровотечении и т.п.)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

3.2 Сколько раз за последний месяц вам делал татуировку человек, не имеющий соответствующей квалификации?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

3.3 Сколько раз за последний месяц вам делал пирсинг (напр., ушей или других частей тела) человек, не имеющий соответствующей квалификации?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

3.4 Сколько раз за последний месяц вы пользовались чужими лезвиями (напр., одноразовыми лезвиями, лезвиями для безопасной бритвы)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

3.5 Сколько раз за последний месяц вы пользовались чужой зубной щеткой?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

3.6 Сколько раз за последний месяц вы пользовались чужими предметами личной гигиены (напр., маникюрным набором, маникюрными ножницами и щипцами, пинцетом, расческой, щеткой)?

Ни разу 1 раз 2 раза 3-5 раз 6-10 раз Больше 10 раз

Пожалуйста, проверьте, на все ли вопросы вы ответили правильно.

Библиография

1. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Antiretroviral therapy and injecting drug users. Geneva, WHO, 2005 (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).
2. Aceijas C et al. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the “Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy” (3 by 5). *Addiction*, 2006 in press.
3. *Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to IDUs*. New York, International Harm Reduction Development Program (IHRD), Open Society Institute, 2004.
4. *Comprehensive care and treatment of HIV—positive injecting drug users*. Geneva, WHO, in press (Evidence for Action Technical Paper).
5. Kohli R et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41:864—872.
6. Celentano DD et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*, 2001, 15:1707—1715.
7. Van Asten LC et al. Limited effect of highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users on the population level. *European Journal of Public Health*, 2003, 13:347—349.
8. Wood E et al. Extending access to HIV antiretroviral therapy to marginalised populations in the developed world. *AIDS*, 2003, 17:2419—2427.
9. Wood E et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169(7):656—661.
10. Wood E et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2005, 19:1189—1195.
11. Clarke S et al. Directly observed antiretroviral therapy for injection users with HIV infection. *AIDS Reader*, 2003, 12(7):312—316.
12. Mesquita F. Brazil: Giving IDUs access to HAART as a response to the HIV/AIDS epidemic. In: *Breaking Down Barriers. Lessons on Providing HIV treatment to IDUs*. New York, International Harm Reduction Development (IHRD), Open Society Institute, 2004.
13. Sambamoorthi U et al. Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 60:77—89.
14. WHO. *WHO expert committee on drug dependence*. Geneva, WHO, 1974 (WHO Technical Report Series No. 551).
15. WHO. *Global health-sector strategy for HIV/AIDS*. Geneva, WHO, 2003 (http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/GHSS_E.pdf, accessed 10 July 2006).
16. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).
17. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Government of Ireland, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 13 July 2006).
18. *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 17 April 2006).
19. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper; <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 17 April 2006).
20. WHO, UNODC, UNAIDS. *Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.03; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>, accessed 17 April 2006).
21. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.04; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, accessed 17 April 2006).
22. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.05; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf>, accessed 17 April 2006).
23. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.02; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/throughoutreachen.pdf>, accessed 17 April 2006).
24. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2004, 18:2295—2303.
25. *Report of the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2002.
26. Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Geneva, UNAIDS, 2005 (http://www.data.unaids.org/UNA-docs/CCO_IDUPolicy_en.pdf, accessed 17 April 2006).
27. Rhodes T et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, 1999, 94:1323—1336.
28. Rhodes T, Simic M. Transition and risk environment. *BMJ*, 2005, 331:220—223.
29. Donoghoe MC. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, Copenhagen, World Health Organization, 2006.

30. Kelly JA, Amirkhanian YA. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in central and eastern Europe. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:361—371.
31. De la Fuente L et al. Lessons from the history of the HIV/AIDS epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 37 Suppl. 5:S410—S415.
32. Grassly NC et al. Modelling emerging HIV epidemics: the role of injecting drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China and India. *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14:25—43.
33. Shakarishvili A et al. Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 2005, 366:57—60.
34. Donoghoe MC, Lazarus JV, Matic S. HIV/AIDS in the transitional countries of eastern Europe and central Asia. *Clinical Medicine*, 2005, 5 (5):487—490.
35. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention (*position paper*). Geneva, WHO, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/un aids/2004/9241591153.pdf>, accessed 17 April 2006).
36. Rimland D et al. Prospective study of etiologic agent of community-acquired pneumonia in patients with HIV infection. *AIDS*, 2002, 16:85—95.
37. Regier D et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 264(19):2511—2518.
38. Bouhnik AD et al. Non-adherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 31(Suppl. 3):S149—153.
39. Bouhnik AD et al. Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy. *Antiviral Therapy*, 2005, 10(1):53—61.
40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
41. EMCDDA. *Reviewing current practice in drug—substitution treatment in the European Union*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000 (Insights No. 3).
42. Auriacombe M et al. French field experience with buprenorphine. *Journal of Addiction*, 2004, 13(Suppl. 1):S17—S28.
43. Inungu J, Beach EM, Skeel R. Challenges facing health professionals caring for HIV-infected drug users. *AIDS Patient Care and STDs*, 2003, 17(7):333—343.
44. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16(Suppl.):S58—S66.
45. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16(Suppl.):S67—S75.
46. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy* 2005, 16(Suppl.):S31—S44.
47. Ball JC, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programmes, services and outcome*. New York, Springer Verlag, 1991.
48. Lucas GM et al. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a non-randomized comparative study. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 38(Suppl. 5):S409—S413.
49. Mattick RP et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Library*, 2002, 4.
50. Moscatello G, Campello P, Benetucci JA. Blood borne and sexually transmitted infections in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 37 (Suppl. 5):S343—S347.
51. Oppenheimer E. *Physician's basic training manual of ARV treatment for patients attending methadone clinics who are HIV+*. Geneva, WHO, не опубликовано (2004).
52. Farrell M et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ*, 1994, 309:997—1001.
53. Mattick R, Hall W. Are detoxification programmes effective? *The Lancet*, 1996, 347:97—100.
54. Ward J, Mattick R, Hall W. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1998.
55. Kerr T et al. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antiviral Therapy*, 2004, 16(4):407—414.
56. Lines R et al. *Prison needle exchange: a review of international evidence and experience*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.
57. Stoeber H, Hennebel LC, Casselman J. *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. London, Cranstoun Drug Services Publishing, 2004.
58. Palepu A et al. Factors associated with the response to antiretroviral therapy among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2001, 15:423—424.
59. *HIV in prisons: a reader with particular relevance to the newly independent states*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
60. Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
61. Yun L et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 38(4):432—438.
62. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatric Reports*, 1962, 10:799—812 (<http://www.priory.com/psych/bprs.htm>, accessed on 17 April 2006).
63. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134:382—389.
64. Rehm J et al. Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*, 2001, 358:1417—1420.
65. Celentano DD et al. Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 1998, 280:544—546.

66. Johnson RE et al. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *The New England Journal of Medicine*, 2000, 343:1290—1297.
67. Proposal for the inclusion of methadone in the World Health Organization model list of essential medicines. Geneva, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.
68. Carrieri MP et al. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 72:13—21.
69. Proposal for the inclusion of buprenorphine in the World Health Organization model list of essential medicines. Geneva, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.
70. Jenkinson RA et al. Buprenorphine diversion and injection in Melbourne, Australia: an emerging issue? *Addiction*, 2005, 100:197—205.
71. O'Connor J et al. Buprenorphine abuse among opiate addicts. *British Journal of Addiction*, 1988, 83:1085—1087.
72. Gerra G et al. Rapid opiate detoxification in outpatient treatment: relationship with naltrexone compliance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, 18(2):185—191.
73. Baker A et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 2005, 100(3):367—378.
74. Higgins ST et al. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68(1):64—72.
75. Rawson RA et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioural approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 2006, 101(2):267—274.
76. Rawson RA et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 2004, 99(6):708—717.
77. Blanken P et al. Matching of treatment-resistant heroin-dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results from two randomised controlled trials. *Addiction*, 2005, 100:89—95.
78. Shearer J et al. Substitution therapy for amphetamine users. *Drug and Alcohol Review*, 2002, 21:179—185.
79. Kampman KM et al. Effectiveness of propranolol for cocaine dependence may depend on cocaine withdrawal symptom severity. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63(1):69—78.
80. Ghodse H. *Drugs and Addictive Behaviour*, Third Edition. Oxford, Blackwell Science, 2002.
81. Gawin FH. Chronic neuropharmacology of cocaine: progress in pharmacotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998, 49(Suppl.):11—16.
82. Kampman KM et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75(3):233—240.
83. McCance-Katz EF, Kosten TR, Jatlow P. Disulfiram effects on acute cocaine administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 52(1):27—39.
84. Bialer M et al. Pharmacokinetic interactions of topiramate. *Clinical Pharmacokinetics*, 2004, 43(12):763—780.
85. Chick J. Safety issues concerning the use of disulfiram in treating alcohol dependence. *Drug Safety*, 1999, 20(5):427—435.
86. Cvetkovic RS, Goa KL. Lopinavir/ritonavir: a review of its use in the management of HIV infection. *Drugs*, 2003, 63(8):769—802.
87. Sulkowski MS et al. Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with the human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *JAMA*, 2000, 283(1):74—80.
88. Torriani FJ et al. Peginterferon Alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:438—450.
89. Carrat F et al. Pegylated interferon alfa-2b vs. standard interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-infected patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2004, 292:2839—2848.
90. Chung R et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected patients. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:451—459.
91. Renault PF et al. Psychiatric complications of long-term interferon-alpha therapy. *Archives of Internal Medicine*, 1987, 147:1577—1580.
92. Hung CC et al. Improved outcome of HIV-1 infected adults with tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2003, 17:2615—2622.
93. Narita M et al. Use of rifabutin with protease inhibitors for HIV-infected patients with tuberculosis. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, 30:779—783.
94. Wood E et al. Adherence to antiretroviral therapy and CD4 T-cell count responses among HIV-infected injection drug users. *Antiviral Therapy*, 2004, 9(2):229—235.
95. Deeks SG. Determinants of virological response to antiretroviral therapy: implications for long-term strategies. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, 30(Suppl. 2):S177—S184.
96. Palepu A et al. Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 32(5):522—526.
97. Bartlett JA. Addressing the challenges of adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29:S2—S10.
98. Bangsberg DR et al. High levels of adherence do not prevent the development of HIV antiretroviral drug resistance. *AIDS*, 2003, 17(13):1925—1932.
99. Bangsberg DR et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*, 2000, 14(4):357—366.
100. Singh N et al. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 1999, 29:824—830.
101. Moatti JP et al. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 14:151—155.
102. Nemes, MIB. *Aderencia ao tratamento por anti-retrovirais em servicos publicos no estado de Sao Paulo* [Adherence to antiretroviral treatment in the public services of the state of San Paulo]. Brasilia, Brazil Ministry of Health, 2000.

103. Clarke S et al. Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users. *HIV Medicine*, 2003, 4:33—37.
104. Leavitt SB et al. Methadone—drug interactions: 3rd edition. *Addiction Treatment Forum*, November 2005.
105. Ickovics JR et al. Mortality, CD4 cell count decline and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA*, 2001, 285(11):1466—1474.
106. Cruess DG et al. Association of depression, CD8+ T lymphocytes and natural killer cell activity: implications for morbidity and mortality in human immunodeficiency virus disease. *Current Psychiatry Reports*, 2003, 5(6):445—450.
107. Cruess DG et al. Depression and HIV infection: impact on immune function and disease progression. *CNS Spectrums*, 2003, 8(1):52—58.
108. Ammassari A et al. Self-reported symptoms and side-effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28:445—449.
109. Spire B et al. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV—infected patients: from a predictive to a dynamic approach *Social Science and Medicine*, 1992, 54(10):1481—1496.
110. Ware NC, Wyatt MA, Tugenberg T. Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:565—576.
111. McCance-Katz E et al. Drug interactions between opioids and antiretroviral medications: interaction between methadone, laam, and nelfinavir. *American Journal on Addictions*, 2004, 13:163—180.
112. Fellay J et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV cohort study. *The Lancet*, 2001, 358:1322—1327.
113. Dielemann JP et al. Determinants of recurrent toxicity-driven switches of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2002, 16:737—745.
114. Bartlett JG. *Pocket guide to adult HIV/AIDS treatment*. Baltimore, Johns Hopkins University AIDS Services, 2006.
115. McCance-Katz EF et al. Methadone effects on zidovudine (AZT) disposition (ACTG 262). *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998, 18:435—443.
116. Altice F, Friedland G, Cooney E. Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV receiving methadone. *AIDS*, 1999, 13:957—962.
117. Clarke S, Mulcahy F. What's new for injection drug users with HIV infection? *Sexually Transmitted Infections*, 2003, 79:80—83.
118. McCance-Katz EF et al. The protease inhibitor lopinavir/ritonavir may produce opiate withdrawal in methadone-maintained patients. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 37:476—482.
119. McCance-Katz EF et al. Efavirenz decreases buprenorphine exposure, but is not associated with opiate withdrawal in opioid dependent individuals. *Program and abstracts, 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Boston, 22—25 February 2005 (Abstract 653).
120. McCance-Katz EF et al. Effect of opioid dependence pharmacotherapies on zidovudine disposition. *American Journal of Addictions*, 2001, 10(4):296—307.
121. Antoniou T, Tseng L. Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Annual of Pharmacotherapy*, 2002, 36:1598—1613.
122. Wynn GH et al. Med-psych drug-drug interactions update. Antiretrovirals, part III: antiretrovirals and drugs of abuse. *Psychosomatics*, 2005, 46(1):79—87.
123. Henry J, Hill I. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *The Lancet*, 1998, 352:1751—1752.
124. Kosel BW et al. The effects of cannabinoids on pharmacokinetics of indinavir and nelfinavir. *AIDS*, 2002, 16:534—550.
125. Harrington RD et al. Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:2221—2224.
126. Carrieri MP et al. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study. *Antiviral Therapy*, 2003(a), 8:585—594.
127. Safren SA et al. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39(10):1481—1496.
128. Simoni JM et al. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies *Topics in HIV Medicine*, 2003, 11(6):185—198.
129. Golin CE et al. Adherence counselling practices of generalist and specialist physicians caring for people living with HIV/AIDS in North Carolina. *Journal of General Internal Medicine*, 2004, 19(1):16—27.
130. Weber RL et al. Effect of individual cognitive behaviour intervention on adherence to antiretroviral therapy: prospective randomized trial. *Antiviral Therapy*, 2004, 9(1):85—95.
131. *Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, 2004.
132. *National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of heroin dependence; national drug strategy*. Woden, ACT, Australia Department of Health and Ageing, 2001.
133. Alterman AI et al. *EuropASI6*. Philadelphia, University of Pennsylvania Treatment Research Institute.
134. *ICD-10 symptom checklist for mental disorders: psychoactive substance use syndromes module*. Geneva, WHO, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_icd10.pdf, accessed 11 July 2006).
135. Center for Substance Abuse Treatment, *Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services (DHHS) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SMA), 2004 (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40, DHHS Publication No. (SMA) 04-3939)
136. Fry C, Rumbold G, Lintzeris N. *The Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBVTRAQ): administration and procedures manual*. Melbourne, Turning Point Alcohol and Drug Centre, 1998 (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/bloodbornevirusriskassessment, accessed 14 September 2006).