

Принципы доказательной медицины и использование программ снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп

Доклад Экспертной рабочей группы для проведения комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда, сформированной в соответствии с решением совместного заседания Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (9 апреля 2009 года)

Под редакцией **М.И. Гришанкова**, первого заместителя председателя Комитета Государственной Думы по безопасности, члена Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Составители:

А.В. Бобрик, к.м.н., исполнительный директор Открытого Института Здоровья, член Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Д.А. Голяев, директор проекта Глобального фонда, Фонд «Российское здравоохранение»

Л.А. Дементьева, заместитель начальника Отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД и вирусными гепатитами В и С Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Н.А. Должанская, к.м.н., заведующая Отделением профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний Национального научного центра наркологии

Е.М. Крупицкий, д.м.н., профессор, главный нарколог Ленинградской области, руководитель Отдела наркологии Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, руководитель Лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний НИИ фармакологии им. В.А. Вальдмана в СПбГМУ им. Павлова

Н.Н. Ладная, старший научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом

Л.В. Семенова, руководитель Программы поддержки стратегических инициатив Фонда поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения

И.В. Стороженко, помощник депутата Государственной Думы М.И. Гришанкова по работе в Государственной Думе, ответственный секретарь Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями

М.Н. Торбан, к.м.н., научный сотрудник Отдела наркологии Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

В работе над докладом также принимали участие следующие эксперты:

П.Г. Аксенов, исполнительный директор Некоммерческого партнерства по поддержке социально-профилактических программ в сфере общественного здоровья «ЭСВЕРО»

Э.Р. Демьяненко, заместитель главного врача Алтайского краевого Центра СПИД, председатель Совета национального Форума НКО

М.Л. Зобин, к.м.н., главный врач «Медицинский Центр Доктора Зобина»

С.В. Олейник, президент Общественный фонд «АнтиСПИД»

Е.И. Петунин, программный директор Некоммерческого партнерства по поддержке социально-профилактических программ в сфере общественного здоровья «ЭСВЕРО»

Экспертная рабочая группа для проведения комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда была сформирована в соответствии с решением, принятым 9 апреля 2009 года на совместном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора), посвященном анализу мер, принимаемых в РФ для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

Одной из причин создания экспертной группы стало появление в 2008–2009 годах в средствах массовой информации, а также в выступлениях отдельных представителей исполнительной и законодательной власти высказываний и цифр по проблематике «снижения вреда», которые противоречат общепринятым в мировом медицинском сообществе оценкам роли и места программ снижения вреда в противодействии распространению ВИЧ-инфекции, официальной позиции по данному вопросу специализированных учреждений ООН и Всемирной организации здравоохранения, а также данным российской статистики и пилотных прикладных исследований.

Организационное заседание экспертной рабочей группы состоялось 14 июля 2009 года под председательством заместителя Председателя Государственной Думы Н.В. Герасимовой при участии членов Межфракционной депутатской рабочей группы В.А. Черешнева, М.И. Гришанкова, В.С. Романова, а также представителей профильных министерств и ведомств, некоммерческих организаций и региональных центров по борьбе со СПИДом.

В состав экспертной рабочей группы вошли представители Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства образования и науки, Министерства внутренних дел, Министерства регионального развития, Роспотребнадзора, Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Федеральной службы исполнения наказаний, Национального научного центра наркологии, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Открытого Института Здоровья, Фонда «Российское здравоохранение», НП «ЭСВЕРО», Фонда поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения, Фонда «Центр социального развития и информации», специалисты из ряда российских регионов. Полный список членов экспертной группы опубликован на сайте Межфракционной депутатской рабочей группы duma.hivpolicy.ru¹.

В соответствии с решением, принятым на организационном совещании, экспертная группа в период с июля 2009 года по июль 2010 года провела анализ существующей нормативно-правовой базы, а также международного и российского опыта реализации программ снижения вреда. При этом на основе принципов доказательной медицины были исследованы факторы, характеризующие эффективность подходов снижения вреда для уменьшения распространения ВИЧ-инфекции, а также изучены возможные негативные последствия этих программ. Результаты работы группы изложены в предлагаемом аналитическом докладе.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	7
2. О НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В РОССИИ	12
3. РАЗВИТИЕ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	14
4. ВКЛАД ГРУППЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ	16
5. ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ	19
6. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	28

Введение

Общепризнанно, что профилактика является наиболее эффективным способом борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции.

В условиях широкого распространения наркопотребления и развитой индустрии сексуальных услуг, Минздравсоцразвития России проводит большую работу по совершенствованию стратегии профилактики ВИЧ-инфекции, рассчитанной в первую очередь на молодежь и население в целом. Приоритетными направлениями определены пропаганда здорового образа жизни и формирование ответственного отношения к своему здоровью.

При всей привлекательности такого подхода представляется совершенно очевидным, что он не может обеспечить доступ к наиболее уязвимым группам населения: потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) и лицам, оказывающим сексуальные услуги за плату. То есть к тем, кто уже столкнулся с негативными последствиями употребления наркотиков, такими как ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты, ИППП, потеря работы и семьи. Учитывая низкую эффективность существующих методов лечения наркозависимости и реабилитационных программ, маловероятно, что большинство потребителей наркотиков вернутся в короткое время к здоровому образу жизни.

Данные социальные группы продолжают оставаться «генератором» спроса на наркотики и по разным причинам не склонны самостоятельно обращаться в соответствующие службы помощи. В этих группах происходит неконтролируемый рост распространенности ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

В этой связи в отношении потребителей инъекционных наркотиков и представителей других групп населения, наиболее уязвимых к инфицированию ВИЧ, необходимо использовать дополнительные меры, нацеленные на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний. Тем самым обеспечиваются как защита общества от эпидемии, так и соблюдение основных прав человека. Такими реалистичными подходами, не требующими для начала профилактической работы немедленного и безусловного отказа от употребления психоактивных веществ, являются программы снижения вреда. В отдельных источниках эти программы называют комплексным подходом к профилактике ВИЧ-инфекции, который, помимо прямого предотвращения распространения социально обусловленных инфекционных заболеваний среди уязвимых групп, решает важную задачу по предотвращению передачи инфекций в общее население.

Должным образом организованные программы снижения вреда предоставляют уникальную возможность доступа к закрытой популяции потребителей инъекционных наркотиков, способствуют привлечению их к обследованию и лечению. Создаются реальные условия, облегчающие доступ к наркологической помощи и другим лечебным программам, например в сфере инфекций, передающихся половым путем, туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Программы снижения вреда представляют собой важный компонент профилактики ВИЧ, являясь простым и экономически эффективным способом выявления активных потребителей инъекционных наркотиков для сокращения наиболее рискованных в эпидемиологическом отношении практик употребления наркотических веществ и вовлечения ПИН в программы наркологического и иного лечения.

Следует особо подчеркнуть, что важной задачей этих программ, которые носят комплексный характер и призваны решать самые разные медико-социальные задачи, является установление и поддержание контакта со скрытыми труднодоступными социальными группами с целью оказания им помощи. *Безопасное с точки зрения состояния здоровья и социального благополучия поведение, достигаемое в том числе и за счет отказа от употребления наркотиков, является конечной целью программ снижения вреда.*

Инъекционное употребление наркотиков продолжает оставаться ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (78% всех лиц с известными причинами заражения на конец 2009 года являются потребители инъекционных наркотиков)². Передача ВИЧ-инфекции происходит при совместном использовании инъекционного инструментария, поэтому одним из компонентов программ снижения вреда является обмен игл и шприцев в целях прерывания цепи распространения вируса. *С учетом того, что стерильный инъекционный инструментарий в настоящее время можно приобрести без рецепта врача, программы снижения вреда – вопреки имеющимся заблуждениям – не ограничиваются обменом и предоставлением наркопотребителям инъекционного инструментария для предотвращения передачи ВИЧ, а включают в себя в качестве обязательных компонентов информационно-консультативную работу по снижению рисков передачи ВИЧ и передозировок, обеспечению доступа к обследованию на ВИЧ, вирусные гепатиты и туберкулез. Программы снижения вреда направлены на своевременное назначение терапии, на реабилитацию и социальную помощь потребителям инъекционных наркотиков, включая помощь в трудоустройстве. Проводится также работа по формированию приверженности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции и лечению туберкулеза, удержанию пациентов на терапии, а в случае срывов – возврат к лечению.*

Таким образом, программы снижения вреда нацелены на уменьшение медицинских и социальных последствий немедицинского употребления наркотиков. Лица, страдающие наркоманией, рассматриваются в рамках таких программ в первую очередь как пациенты с хроническим заболеванием.

Предупреждение рискованного сексуального поведения для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции из наиболее уязвимых групп в общее население является еще одной задачей программ снижения вреда. Клиенты программ получают консультации по вопросам ответственного отношения к своему здоровью, обеспечиваются средствами защиты, получают помощь в развитии способности противостоять давлению и умению отстаивать право на защищенный секс.

В связи с тем, что программы специальной профилактической работы с группами риска сталкиваются с основанным на предубеждениях и идеологических установках противодействием на разных уровнях, различными способами распространяется недостоверная информация, противоречащая научным данным об эффективности этих широко используемых в мировой практике подходов, экспертная рабочая группа исходит из того, что вопросы профилактики и лечения сотен тысяч людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, должны решаться на основе максимально достоверных, научно подтвержденных и неполитизированных оценок.

Лица, уполномоченные принимать решения, должны обладать всей полнотой объективных данных, характеризующих различные стороны программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Для достижения положительных результатов в профилактике ВИЧ необходимо использовать все принятые международным научным сообществом подходы, доказавшие свою эффективность. Непринятие всех доступных и исчерпывающих мер по сдерживанию эпидемии ВИЧ не имеет оправданий. Предотвращение одного заражения ВИЧ способно предупредить 10–20 случаев последующих инфицирований.

1. Обоснование необходимости программ снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции на основе принципов доказательной медицины

Снижение вреда – это важная мера профилактики ВИЧ-инфекции, получившая одобрение Генеральной Ассамблеи ООН в Декларации о приверженности делу борьбы со СПИДом (2001) и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2006)³.

Так, в Декларации о приверженности делу борьбы со СПИДом главы государств и правительств обязались к 2005 году обеспечить разработку и внедрение во всех странах широкого спектра профилактических программ, направленных в том числе на расширение доступа к основным товарам, включая мужские и женские презервативы и стерильные шприцы.

В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу, принятой Организацией Объединенных Наций в 2006 году, правительства заявили о своей приверженности обеспечению всеобщего доступа к комплексным мерам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году. Главы государств и правительств признали, что для ведения всеобъемлющей борьбы необходимо «преодолеть любые правовые, нормативные, торговые и иные барьеры, которые блокируют доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке; выделить адекватные ресурсы; поощрять и защищать все права человека и основные свободы для всех; [...] поддерживать более широкое участие людей, живущих с ВИЧ; расширять масштабы использования известных эффективных и комплексных профилактических мероприятий». Они также выразили убеждение в том, что «без новой политической воли, твердого руководства и неуклонной приверженности и согласованных усилий всех заинтересованных сторон на всех уровнях, включая людей, живущих с ВИЧ, гражданское общество и уязвимые группы населения, и без более значительного объема ресурсов миру не удастся положить конец этой пандемии».

Главы государств и правительств также подтвердили, что **профилактика ВИЧ** должна составлять основу национальной, региональной и международной деятельности, направленной на борьбу с пандемией, и обязались активизировать усилия, чтобы обеспечить наличие во всех странах широкого круга программ профилактики, **включая расширение доступа к презервативам и стерильным инъекционным средствам, а также снижение ущерба, связанного с употреблением наркотиков.**

В соответствии с «Техническим руководством для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков», опубликованном в 2009 году Всемирной организацией здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу, для снижения скорости распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков и предотвращения перехода инфекции в общее население чрезвычайно важно осуществлять комплексную программу профилактики, лечения и ухода, состоящую из девяти групп мероприятий. Этот комплексный пакет, часто называемый «подходом снижения вреда», включает в себя программы, по которым собран большой объем научных данных, подтверждающих их эффективность в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции, такие как:

1. Программы обмена игл и шприцев
2. Опиоидная заместительная терапия (не рассматривается в данной публикации)⁴ и другие виды лечения наркозависимости
3. Тестирование на ВИЧ и консультирование
4. Антиретровирусная терапия
5. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем
6. Программы по обеспечению презервативами лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров
7. Целевые программы в области информирования, образования и коммуникаций, ориентированные на лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров
8. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.

В руководстве подчеркивается, что ни одно мероприятие по отдельности не сможет предотвратить или остановить эпидемию ВИЧ. Наибольшее влияние в сфере профилактики и лечения ВИЧ будет достигнуто, если мероприятия будут осуществляться совместно. С другой стороны, 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.

Таким образом, программы снижения вреда соответствуют международным правовым нормам и поддерживаются Организацией Объединенных Наций, членом которой является Российская Федерация.

Однако, как и во многих других областях общественного здравоохранения, при выборе лечебно-профилактических мероприятий необходим некий «компас», который в условиях неуклонно возрастающего количества публикаций поможет отбору наиболее значимой и достоверной информации.

Таким компасом является доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных (Evidence Based Medicine Working Group, 1993)⁵.

Ниже приведен краткий перечень исследований, проведенных во многих странах мира в соответствии с принципами доказательной медицины и продемонстрировавших необходимость и эффективность программ снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции.

Предпосылки появления программ обмена игл и шприцев. Взаимосвязь использования потребителями инъекционных наркотиков общих игл и шприцев и распространения заболеваний, передающихся через кровь, исследовали, например, Howard и Borges (1971)⁶.

1. Эпидемиологические исследования, проведенные в 80-х годах XX века среди ВИЧ-позитивных ПИН, подтвердили наличие этой связи (Chaisson et al., 1987; Van den Hoek 1988⁷).
2. Такой фактор риска, как совместное использование других инъекционных приспособлений (емкостей для приготовления наркотика, фильтров и др.), был доказан Koester, Booth and Wiebel в 1990 году⁸.
3. Исследования инъекционных практик, при которых происходит совместное использование одного шприца с разными иглами, доказали роль таких практик в передаче вирусов гепатита и ВИЧ (Grund et al., 1991; Jose et al., 1993; Hagan et al., 2001⁹).

Исследования эффективности программ обмена игл и шприцев с позиций доказательной медицины. Начиная с 80-х годов XX века было проведено множество исследований, направленных на выявление степени воздействия программ обмена шприцев (ПОШ) на рискованное поведение и инфекционный статус людей, участвующих в них.

1. **Проспективные исследования**, сравнивающие заболеваемость ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированное рискованное поведение среди лиц, принимающих и не принимающих участие в программах обмена, в течение длительного периода времени (Oliver et al 1994; Des Jarlais et al 1996; Schoenbaum et al 1996; van Haastrecht 1996; Bruneau et al 1997; Hagan et al 1999; Schechter et al 1999¹⁰). Например:
Des Jarlais et al 1996: использованы данные о частоте заболеваемости ВИЧ среди 280 клиентов программы обмена шприцев и 1029 потребителей наркотиков, не участвовавших в программе. Среди участников программы заболеваемость ВИЧ составляла 1,58 на 100 человек в год, а среди лиц, не участвовавших в программе – 6,23 на 100 человек в год.
2. **Лонгитудинальные исследования** клиентов программ обмена шприцев, отмечающие снижение рискованного поведения без группы сравнения (Donoghoe et al 1989; Oliver et al 1994; Hagan et al 1995; Vlahov et al 1997¹¹). Например:
В ходе исследования Hagan et al 1995 в Такоме, США, доля клиентов ПОШ, которые практиковали совместное использование шприцев, упала с 58% в начале исследования до 33% в его конце.
3. **Кросс-секционные исследования**, исследующие корреляции между использованием программ обмена и ВИЧ-ассоциированным рискованным поведением (Des Jarlais et al 1994; Singer et al 1997; Bluethenthal et al 1998; Broadhead et al 1999¹²). Например:
Broadhead et al 1999: исследование изучало влияние закрытия программы обмена шприцев в городе Виндаме, США. Число случаев повторного использования шприцев возросло с уровня 3,5 раз в месяц во время работы программы до 7,7 раз в месяц после закрытия программы. Процент людей, заявивших, что они делятся своими шприцами и иглами с другими, возрос с 16% до 34%.
4. **Исследования типа «случай-контроль»**, сравнивающие инфицировавшихся лиц со сравнимыми лицами из той же популяции, избежавшими заражения (van Ameijden 1992; Hagan et al 1994; Hagan et al 1995; Bruneau et al 1997; Patrick et al 1997¹³). Например:
Hagan et al 1994: сравнение случаев заражения и контрольных случаев, схожих по демографическим характеристикам и частоте инъекций, показало, что использование пунктов обмена игл и шприцев ассоциировано с шестикратно более низким риском заражения гепатитом В и семикратно более низким риском заражения гепатитом С.

5. **Обсервационные исследования**, сравнивающие лиц, принимающих и не принимающих участие в программах обмена шприцев (Hartgers et al 1989; Klee et al 1991; Donoghoe et al 1992; Frischer and Elliott 1993; Hartgers et al 1992; Keene et al 1993; van Ameijden et al 1994; Watters et al 1994; Klee and Morris 1995; Bruneau et al 1997; Strathdee et al 1997; Bluethenthal et al 1998; van Ameijden and Coutinho 1997¹⁴). Например:

Исследование Keene et al 1993, проведенное в Уэльсе, показало, что пункты обмена шприцев обладают сильным эффектом в отношении предотвращения совместного использования шприцев: лишь 9% клиентов ПОШ отметили использование чужих шприцев в течение последних 2-х лет, по сравнению с 41% в группе ПИН, не пользовавшихся услугами ПОШ.

6. **Обсервационные исследования**, сравнивающие клиентов программ обмена в зависимости от срока пользования этими программами или числа шприцев, получаемых ими от программы обмена (Raone et al 1994; Guydish et al 1995; Guydish et al 1998¹⁵). Например:

Raone et al 1994 в Нью-Йорке провели интервью потребителями инъекционных наркотиков относительно их инъекционного поведения в течение последнего месяца и месяца, предшествовавшего началу использования услуг ПОШ. Доля тех, кто отметил использование чужих шприцев, упала с 29% до 12%.

7. **Экологические исследования**, сравнивающие города с высокой и низкой распространенностью ВИЧ или исследующие характеристики городов, в которых отмечено снижение показателей заболеваемости и распространенности ВИЧ (Ljungberg et al 1991; Des Jarlais et al 1995; Stimson 1995; Groseclose et al 1995; Hurley et al 1997; Lamden et al 1998¹⁶). Например:

Des Jarlais et al 1995 описал обстоятельства предотвращения эпидемии ВИЧ в пяти городах в различных странах. Между этими пятью городами выявлены следующие сходные характеристики: использование превенции (совокупности мероприятий, направленных на устранение причин распространения ВИЧ-инфекции) на ранних этапах, когда уровень распространенности ВИЧ еще оставался низким; распространение стерильного инъекционного инструментария; проведение аутрич-работы¹⁷.

8. **Моделирующие исследования**, изучающие время циркуляции шприцев и долю шприцев, зараженных ВИЧ, среди шприцев, возвращенных в программу обмена (Heimer et al 1993; Kaplan and O'Keefe 1993; Kaplan and Heimer 1994; Kaplan et al 1994; Kaplan and Heimer 1995¹⁸). Например:

Основой модели Kaplan and O'Keefe 1993 был постулат о том, что с повышением интенсивности обмена шприцев будет снижаться время циркуляции одного шприца и процент шприцев, инфицированных ВИЧ, будет снижаться. Проверка модели доказала ее справедливость: в первые 3 месяца с момента начала обмена шприцев время циркуляции одного шприца упало с 1 недели до 2–3 дней и процент шприцев, инфицированных ВИЧ, снизился с 67% до 44%.

Все перечисленные выше исследования были выполнены на основании концепций и подходов доказательной медицины и относятся к двум высшим категориям доказательности (А и Б) по шкале Оксфордского центра доказательной медицины¹⁹.

Результаты исследований из групп 1–8 были проанализированы Gibson et al. 2001²⁰ для ответа на вопрос: «Эффективны ли программы обмена игл и шприцев в снижении рискованного поведения и уменьшении числа случаев ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков?» Эта комплексная оценка продемонстрировала, что из 42 исследований (в некоторых из них был использован более чем один дизайн) 28 показали достоверный положительный эффект, 14 либо не выявили связи, либо имели как положительные, так и отрицательные результаты.

На основании целостной оценки результатов всех представленных исследований Gibson et al. заключили, что «*имеется существенное доказательство эффективности программ обмена шприцев в профилактике рискованного поведения, связанного с передачей ВИЧ, и распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН*».

Несколько исследований, проведенных во второй половине 1990-х годов в Монреале, Ванкувере и Сиэтле, заслуживают особого упоминания, так как выявили среди клиентов программ снижения вреда более высокую распространенность ВИЧ-инфекции, чем среди наркопотребителей, не участвовавших в программах²¹. Данные этих исследований первоначально вызвали активную дискуссию среди специалистов, лиц, принимающих решения, и широкой общественности в развитых индустриальных странах. Однако вскоре целый ряд ученых и последующих исследований убедительно продемонстрировали, что этот видимый парадокс объяснялся тем, что программы снижения вреда и исследования, проведенные среди клиентов этих программ, охватывали самых маргинализованных, социально неблагополучных и труднодоступных представителей группы потребителей наркотиков, среди которых пораженность ВИЧ-инфекцией изначально была наиболее высокой. Например, M.T. Schechter et al. (1999)²² сделали следующий вывод: «Мы не нашли дока-

зательств того, что программы обмена шприцев являются причиной распространения ВИЧ. Наблюдавшаяся связь не может служить доказательством того, что программы обмена шприцев могут способствовать распространению ВИЧ. За счет охвата потребителей из групп высокого риска программы обмена шприцев могут предоставлять благоприятную возможность для оказания дополнительных профилактических услуг и поддержки для представителей групп, к которым учреждения здравоохранения практически не имеют доступа». Таким образом, несмотря на то, что на сегодняшний день никто из серьезных зарубежных экспертов не подвергает сомнению позитивное влияние программ снижения вреда на защиту клиентов этих программ от ВИЧ-инфекции²³, некоторые российские специалисты продолжают игнорировать разъяснения авторов упомянутых исследований и научные данные, появившиеся с тех пор.

Исследования возможных негативных эффектов программ обмена игл и шприцев с позиций доказательной медицины. Начало работы программы снижения вреда абсолютно во всех странах воспринималось далеко не однозначно из-за опасений, что доступность шприцев будет потворствовать противозаконному поведению и повлечет за собой рост количества потребителей наркотиков. Однако в дальнейшем опасения, связанные с тем, что программы снижения вреда могут способствовать распространению наркотиков, были развеяны в результате проведенных исследований.

1. *Потенциальное увеличение частоты наркопотребления и увеличение наркопотребляющей популяции.* Данная проблема была исследована Watters et al., 1994; Normand et al., 1995; Paone et al., 1995²⁴. Результаты их исследований показывают, что работа ПОШ не приводит к росту наркопотребления и числа наркопотребителей.
2. *Потенциальное падение мотивации к лечению наркомании.* Исследования Wolk et al., 1990; Hagan et al., 1993; Heimer and Lopes 1994; Paone et al., 1999; Heimer et al., 1996; Brooner et al., 1998²⁵ показали, что мотивация на лечение у наркопотребителей, пользующихся услугами ПОШ, не снижается.
3. *Рост объемов «наркомусора» (использованных шприцев и других приспособлений для инъекций) на улицах.* Исследования Oliver et al., 1992; Lurie and Reingold 1993; Normand et al., 1995; Doherty et al., 1997; Macalino et al., 1998²⁶ доказали, что данная гипотеза неверна. Кроме того, исследование, проводившееся в городе, где программа обмена закрылась, показало, что объемы использованных шприцев, игл и прочего инъекционного мусора в общественных местах не сократились, а число повторного использования игл и инструментария выросло, что привело к более высокому риску инфицирования ВИЧ и гепатитами (Broadhead et al., 1999²⁷).

Аутрич-программы/программы социальной помощи ПИН. Обзор 36 статей (Coyle et al., 1999²⁸), представляющих результаты исследований по теме, дает следующие результаты:

прекращение употребления инъекционных наркотиков (подтверждается в 10 исследованиях из 11);

- сокращение частоты инъекций (подтверждается в 17 исследованиях из 18);
- прекращение/уменьшение количества случаев повторного использования игл и шприцев (подтверждается в 16 исследованиях из 20);
- прекращение/уменьшение количества случаев повторного использования другого инъекционного инструментария (подтверждается в 8 исследованиях из 12);
- дезинфекция игл (подтверждается в 10 исследованиях из 16);
- лечение наркотической зависимости (подтверждается в 6 исследованиях из 7);
- увеличение использования презервативов/уменьшение числа случаев незащищенного секса (подтверждается в 16 исследованиях из 17).

Результаты приведенных исследований подтверждают важность проведения аутрич-работы и программ социальной помощи наркозависимым как компонента всех принимаемых мер. В условиях продолжающегося роста эпидемии ВИЧ-инфекции на фоне сохранения высоких показателей потребления наркотиков недостаточно просто обладать набором эффективных и действенных профилактических мер. Не менее важно доводить эти меры до практической реализации среди целевой аудитории, строго по назначению, и обеспечивать их востребованность. Аутрич-работа на настоящий момент является практически безальтернативным методом, позволяющим решать данные задачи.

Приведенный список исследований ярко демонстрирует, что за последние 15 лет подходы снижения вреда были тщательно изучены во многих странах мира.

Абсолютное большинство исследований однозначно свидетельствуют о том, что снижение вреда эффективно в сдерживании распространения ВИЧ-инфекции и не приводит к негативным последствиям, которых чаще всего опасаются противники этих программ. В тех немногочисленных случаях, когда исследования не смогли документировать положительный эффект программ снижения вреда или продемонстрировали

отрицательное воздействие, как правило, при повторном анализе обнаруживались недостатки в дизайне исследования либо дефекты в проведении программ снижения вреда.

Накопленные к сегодняшнему дню данные о программах снижения вреда намного превышают тот объем данных, который считается достаточным для доказательства эффективности. Огромное количество лечебно-профилактических технологий, которые сегодня активно используются в медицине, не подкреплены доказательствами такого уровня, какой есть у программ снижения вреда. Отказ от программ снижения вреда не имеет под собой научных оснований и базируется на эмоциональной риторике и манипулировании результатами исследований, при котором выбираются только те факты, которые подтверждают точку зрения оппонентов снижения вреда.

Поскольку в настоящее время в Российской Федерации профилактика ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения осуществляется в основном силами негосударственных организаций, а государственные структуры часто игнорируют опыт тех стран, которые столкнулись с ВИЧ-инфекцией значительно раньше, чем Россия, и в которых научная дискуссия о целесообразности использования технологий снижения вреда практически завершена в связи с тем, что достигнут консенсус о реализации программ в общем комплексе медико-социальных мер, направленных на профилактику распространения ВИЧ, *постановка вопроса о снижении темпов распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и возможности влияния на эпидемическую ситуацию расширением программ снижения вреда представляется весьма актуальной*. Учитывая тот факт, что данные, подтверждающие эффективность программ снижения вреда в России, получены в основном в рамках небольших прикладных исследований, представляется целесообразным рекомендовать Минздравсоцразвития России организовать проведение специального масштабного исследования сравнительной эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции, нацеленных на наиболее уязвимые группы, с привлечением специалистов Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и Национального научного центра наркологии. До получения результатов такого исследования, основанного на принципах доказательной медицины, распространяемая информация о неэффективности программ снижения вреда в Российской Федерации не может считаться корректной²⁹.

2. О нормативно-правовом регулировании программ снижения вреда в России

Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), внесено как в перечень социально значимых заболеваний, так и в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих³⁰.

Правовое регулирование вопросов, связанных с обеспечением прав ВИЧ-инфицированных граждан, осуществляет Федеральный закон №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», подписанный Президентом России 30 марта 1995 года. В этом законе больший акцент, по сравнению с ранее действовавшими законодательными актами³¹, сделан на превентивной направленности государственной политики, что отражает понимание особенностей развития эпидемии ВИЧ-инфекции в стране и недостаточной эффективности репрессивных мер.

Закон содержит широкий круг гарантий, обеспечивающих права людей, живущих с ВИЧ, и направленных на профилактику распространения ВИЧ-инфекции. Государством гарантируются (ст. 4):

- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;
- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;
- предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;
- включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;
- социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;
- подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;
- развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;
- обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

И хотя данный закон был принят в 1995 году, до роста наркопотребления и распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, а также до начала реализации программ снижения вреда, некоторые положения закона имеют отношение к правовому режиму этих программ.

Так, преамбула закона – «Признавая, что хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжёлые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая *необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции*, Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон» – полностью отражает цели программ снижения вреда, которые направлены на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции как среди наркопотребителей и представителей других наиболее уязвимых групп, так и окружающих их лиц.

Поскольку федеральные законы устанавливают правила общего характера и определяют правовой статус участников тех или иных типов правоотношений как таковой, невозможно ожидать урегулирования именно в федеральном законе профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и других уязвимых групп населения. Положения закона были конкретизированы и детализированы, в основном, в ведомственных нормативных актах и решениях Минздравсоцразвития России и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, принятых в 1999–2005 годах. Так, например, в Решении Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ №1 от 28.01.2003 отмечено, что наиболее значимыми проектами явились «организация и успешное проведение в 43 субъектах Федерации программ снижения вреда. Наиболее эффективно такая работа в комплексе с программами профилактики ВИЧ-инфекции, наркомании проводится среди молодежи в Республике Татарстан и Калмыкия, Алтайского, Ставропольского краев, Астраханской, Вологодской, Липецкой, Пензенской областей, где, благодаря активной работе с подростками, молодежью и населением из групп высокого риска заражения, удается сдержать развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, что свидетельствует об их эффективности и целесообразности расширения».

Указом от 09.06.2010 №690 Президент РФ Д.А. Медведев утвердил Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, в которой «современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота и немедицинского потребления высококонцентрированных наркотиков, [...] а также их влиянием на распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, что представляет серьезную угрозу безопасности государства, экономике страны и здоровью ее населения».

В Стратегии указано, что на фоне недостаточно эффективно организованной профилактической деятельности, медицинской помощи и медико-социальной реабилитации больных наркоманией, а также недостаточного использования потенциала общественных объединений, необходимо принятие комплексных и сбалансированных мер. Согласно Стратегии, «при проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию индивидуальных и групповых методов работы, а также методам прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из групп риска немедицинского потребления наркотиков, освоения и раскрытия ресурсов психики и личности, поддержки молодого человека и помощи ему в самореализации собственного жизненного предназначения». Отметим, что технология снижения вреда не противоречит данному требованию и в контексте общей стратегии противодействия незаконному обороту наркотиков может рассматриваться как один из компонентов работы по снижению спроса на наркотики.

Поскольку к частично управляемым рискам Стратегия относит «усиление [...] пропаганды потребления наркотиков под предлогом программ замены шприцев», следует напомнить, что примечание к ст. 230 УК РФ «Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ» *обеспечивает легитимность программ снижения вреда*: «Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти деяния осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ».

Тем не менее, в настоящее время правовое регулирование в Российской Федерации применительно к стратегиям снижения вреда нельзя признать достаточным, несмотря на то, что парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции, реализующийся при инъекционном введении наркотиков нестерильным инструментарием, имеет наибольшее значение для развития эпидемического процесса. В тех субъектах Российской Федерации, где программы снижения вреда получили поддержку администрации, санитарно-эпидемиологической службы и органов по контролю за оборотом наркотиков, реализация программ снижения вреда регламентируется актами регионального уровня. Например, приказом³² Министерства здравоохранения Республики Татарстан (№1877 от 19.12.2003) были утверждены «Рекомендации по организации системы мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Татарстан «Снижение вреда»».

3. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России на современном этапе

В отличие от многих других инфекционных заболеваний, ВИЧ-инфекция имеет длительный бессимптомный период, что затрудняет выявление источников инфекции и способствует их накоплению. Продолжающееся распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и других уязвимых групп приводит к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции половым путем и вовлечению в эпидемический процесс широких слоев населения.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в 2009 году мужчины преимущественно инфицировались ВИЧ при инъекционном введении наркотиков (76,1%), а женщины при гетеросексуальных контактах (61,8% новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин). Среди лиц с известными причинами заражения, впервые выявленных в 2009 году, были инфицированы ВИЧ при гетеросексуальных контактах 35,8% (в 2006 г. – 32,5%), что свидетельствует об активизации передачи ВИЧ-инфекции от уязвимых групп в основное население половым путем.

Социально-экономический ущерб, наносимый обществу и государству ВИЧ-инфекцией, обусловлен преимущественным вовлечением в эпидемический процесс экономически активного населения (лиц трудоспособного возраста, молодежи). По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, более чем у 70% россиян ВИЧ-инфекция была диагностирована в возрасте до 30 лет. Кроме того, часть инфицированных ВИЧ, которым диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен после 30 лет, с большой долей вероятности были инфицированы в более молодом возрасте, но не были обследованы на ВИЧ. Фактически эпидемию ВИЧ-инфекции в стране можно оценивать как проблему, угрожающую именно молодежи.

ВИЧ-инфекция и сопутствующие заболевания приводят к ухудшению работоспособности и снижению социальной активности людей, живущих с ВИЧ. Современные методы лечения ВИЧ-инфекции позволяют увеличить срок жизни ВИЧ-положительных пациентов. Однако высокая стоимость лечения и социальной реабилитации – в условиях постоянного роста числа людей, живущих с ВИЧ, – формирует значительную нагрузку на бюджеты здравоохранения. Так, на финансирование из федерального бюджета мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции, в 2010 году запланировано израсходовать 14,5 млрд. рублей; более 90% из них запланировано направить на закупку «диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С»³³.

Более того, если больным ВИЧ-инфекцией своевременно не предоставлять антиретровирусную терапию, это приведет к увеличению государственных медицинских расходов по программе государственных гарантий, так как больные на поздних стадиях ВИЧ-инфекции неизбежно будут поступать в стационары лечебно-профилактических учреждений с вторичными заболеваниями.

По данным Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД, средняя стоимость лечения вторичных заболеваний в стационаре на больного ВИЧ-инфекцией, не получающего антиретровирусную терапию, и выплаты по инвалидности в 2009 году составляли 413 тыс. 390 руб. в год. Средняя годовая стоимость антиретровирусной терапии на одного больного была значительно ниже – 180 тыс. руб., и даже самая дорогая схема антиретровирусной терапии стоила 360 тыс. руб. в год, то есть меньше, чем лечение вторичных заболеваний.

Социальные службы также вынуждены принимать на себя бремя расходов, обусловленных продолжающимся увеличением числа пациентов на поздних стадиях развития ВИЧ-инфекции и ростом числа смертей среди них³⁴.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России в 2009 году оставалась сложной. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее число зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди россиян за 23 года наблюдения к 31 декабря 2009 года составило 529 828 человек. Вероятное число незарегистрированных (не прошедших обследование) зараженных ВИЧ россиян – еще 400 000–500 000 человек. Показатель зарегистрированного количества людей, живущих с ВИЧ, среди всего населения России (пораженность ВИЧ-инфекцией) к концу 2009 года составил 338,5 на 100 тыс. населения. Среди взрослого населения страны в возрасте 15–49 лет 0,5% жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. В 2008–2009 годах число новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции увеличивалось (до 58,5 тыс. новых случаев в 2009 году). При этом прирост количества ВИЧ-инфицированных граждан происходил на фоне снижения общей численности населения.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения административных территорий страны носит неоднородный характер; 36 субъектов Российской Федерации, в которых проживает 27% населения страны, характеризуются весьма низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции (ВИЧ-инфицированные составляют менее 0,1% всего населения этих регионов). На 24 территориях России, в которых проживает 46,2% населения страны, люди, живущие с ВИЧ, составляют более 0,3% населения. Наиболее неблагополучными по пораженности населения ВИЧ-инфекцией остаются регионы Урала, Северо-Запада РФ, Сибири и Поволжья. К наиболее пораженным регионам относятся Самарская, Иркутская, Ленинградская, Оренбургская, Свердловская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская, Кемеровская и Калининградская области, город Санкт-Петербург и Ханты-Мансийский автономный округ. В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов, и к концу 2009 года от 0,5% до 1,2% всего населения были официально зарегистрированы как инфицированные ВИЧ. *Пример наиболее пораженных регионов может иллюстрировать, по какому тяжелому сценарию неизбежно в течение ближайших лет будет развиваться эпидемия ВИЧ-инфекции в менее затронутых регионах при отсутствии профилактических программ.*

Рост числа новых случаев и распространенности ВИЧ-инфекции среди населения свидетельствует о недостаточной эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий. В значительной степени это связано с несопоставимо низким финансированием профилактических программ по ВИЧ-инфекции по сравнению с другими компонентами национального приоритетного проекта³⁵.

4. Вклад группы потребителей инъекционных наркотиков в эпидемическую ситуацию

подавляющее большинство инфицированных ВИЧ в стране на конец 2009 года заразились при использовании нестерильного инструментария для инъекционного введения наркотиков.

Ежегодно в Российской Федерации на ВИЧ-инфекцию обследуются 15–20% населения страны. Так, в 2009 году на антитела к ВИЧ было обследовано 25 528 778 россиян, из них 277 143 составляли потребители наркотиков (только 1,1% от общего числа обследованных)³⁶. Среди обследованных потребителей наркотиков было выявлено 8 213 ВИЧ-инфицированных (14% от новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 2009 году). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди потребителей наркотиков составила 2 963,5 случая на 100 тыс. обследованных и оказалась в 13 раз выше, чем среди остального населения страны (229,3). Инъекционное введение наркотиков явилось причиной заражения 61,1% впервые выявленных в 2009 году инфицированных ВИЧ с установленными факторами риска заражения³⁷.

По данным Национального научного центра наркологии, в 2008 году специализированными наркологическими учреждениями страны было зарегистрировано 550 тыс. лиц, употребляющих наркотики. Показатель учтенного числа потребителей инъекционных наркотиков на 100 тыс. населения составил 274,1, что примерно соответствовало уровню 2007 года (274,8). Из них 389 тыс. человек употребляли наркотики инъекционным способом, что составляет 70,8% от общего числа зарегистрированных потребителей наркотиков.

По данным мониторинга, проведенного Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, число наркопотребителей в стране составляет 2–2,5 миллиона человек³⁸.

Сведения о потребителях инъекционных наркотиков³⁹

Категории	годы				Темп прироста 2008/2005 (в %)
	2005	2006	2007	2008	
Зарегистрировано потребителей наркотиков – всего, из них:	500 508	517 839	537 774	549 577	9,8
употребляют наркотики инъекционным способом (ПИН)	369 649	367 306	39 0561	389302	5,3
на 100 тыс. населения	260,4	257,8	274,8	274,1	5,3
удельный вес ПИН среди зарегистрированных потребителей наркотиков	73,9	70,9	72,6	70,8	-4,1
Число ВИЧ-позитивных среди ПИН	34 369	43 330	46 578	46 976	36,7
удельный вес ВИЧ-позитивных лиц среди ПИН	9,3	11,8	11,9	12,1	29,8

Приведенные в таблице показатели варьировались в широких пределах в зависимости от региона. Самый высокий уровень учтенных потребителей инъекционных наркотиков отмечался в Самарской области – 925,8 на 100 тыс. населения. Очень высокие показатели (выше 0,5% общей численности населения) отмечались в Новосибирской, Кемеровской, Тюменской, Томской, Иркутской областях.

Уровень инфицирования ВИЧ, превышающий 5% от числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков, отмечался в 46 регионах страны, что составляет более половины субъектов РФ. В 13 субъектах РФ инфицированы вирусом иммунодефицита человека более 20% ПИН: Чеченская Республика, Республика Бурятия, Калининградская, Ленинградская, Тверская, Рязанская, Орловская, Челябинская, Свердловская, Иркутская, Ульяновская, Читинская области, а также г. Санкт-Петербург.

В таблице приведена распространенность ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в различных регионах России, которая также варьировала в широких пределах в зависимости от региона и составляла в 2008–2009 годах от 2,6% в Воронеже до 61,1% в Санкт-Петербурге⁴⁰. Очень высокая распространенность вирусного гепатита С (ВГС) среди потребителей инъекционных наркотиков (70–85%)⁴¹ в 2008–2009 годах также безусловно может свидетельствовать об использовании рискованных практик инъекционного употребления наркотиков в стране:

Год	Регион РФ	Количество ПИН, протестированных на ВИЧ	Распространенность ВИЧ-инфекции (в %)	Распространенность ВГС (в %)	Источник данных
2008	Воронеж	309	2,6	71,8	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, РОО Стеллит ⁴²
2008	Иркутск	279	57,2	85,2	ВОЗ, ФНМЦ СПИД, РОО Стеллит ⁴³
2009	Москва	450	15,6	55	НП «ЭСБЕРО» ⁴⁴
2009	Санкт-Петербург	411	61,1	89,7	УПН, Правительство Финляндии Стеллит ⁴⁵
2009	Омск	350	8,6	62,8	НП «ЭСБЕРО» Стеллит ⁴⁶

Причиной заражения ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков является использование нестерильных игл и шприцев и другого инструментария. Одним из достижений профилактических программ, действующих в регионах России, является то, что доля ПИН, указавших на использование стерильных игл и шприцев во время последнего употребления наркотиков, существенно возросла в 2008–2009 годах и составила 81–92%. Однако программы снижения вреда пока не оказали достаточного влияния на использование другого общего инъекционного инструментария. В 2008–2009 годах в России наиболее выраженными факторами риска в поведении ПИН были наполнение шприца раствором наркотика из общей емкости, совместное использование флаконов, контейнеров, ваты, фильтров, емкостей с водой; 22–58% ПИН приобретали шприцы, наполненные раствором наркотика. Только 8% ПИН в Набережных Челнах и Воронеже, 38% – в Челябинске и 52% – в Иркутске использовали стерильный инъекционный инструментарий всех видов⁴⁷. *На основании данных исследований можно утверждать, что общим инструментарием ПИН пользуются гораздо чаще, чем общими иглами и шприцами, и, соответственно, необходимо дальнейшее совершенствование профилактических программ среди ПИН, в том числе усиление информационно-консультативного компонента.*

Еще одним фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией среди ПИН и их окружения является рискованное сексуальное поведение – наличие нескольких партнеров, непостоянное использование презервативов⁴⁸. Индикатором опасных сексуальных практик и свидетельством высокого риска реализации полового пути передачи ВИЧ-инфекции как среди потребителей инъекционных наркотиков, так и из группы ПИН в другие группы населения может служить высокая распространенность серопозитивности к возбудителю сифилиса⁴⁹.

По данным исследования, в столице дополнительным фактором риска, имеющим социальные предпосылки, является миграционная активность потребителей инъекционных наркотиков. Около 44% ПИН прибыли в Москву из другой страны или другого региона России.

Среди ПИН достаточно велика доля тех, кто не имеет основных документов, необходимых для получения бесплатных медицинских услуг: паспорта гражданина Российской Федерации (16% в Москве, 12% в Иркутске, 6% в Воронеже), полиса обязательного медицинского страхования (29,5% в Москве, 22% в Воронеже, 24% в Иркутске).

По данным исследований⁵⁰, второй по значимости группой высокого риска передачи ВИЧ (после потребителей инъекционных наркотиков) являются женщины, оказывающие сексуальные услуги за плату (коммерческие секс-работницы, КСР). Указали на употребление инъекционных наркотиков около 30% КСР (из 1 486 опрошенных в 2009 году в рамках приоритетного национального проекта в 15 городах России). Употребляли какие-либо наркотики при последнем сексуальном контакте с коммерческим сексуальным партнером 44% КСР в Иркутске и 6,5% в Челябинске. При этом около 18% КСР в Иркутске и 2% в Челябинске имели ВИЧ-позитивных партнеров по инъекционному употреблению наркотиков, а 28% и 4,5% соответственно имели ВИЧ-позитивных половых партнеров. При этом на использование презерватива во время последнего сексуального контакта с клиентом указали от 46% до 96% КСР в различных регионах страны. На употребление алкоголя при последнем контакте с коммерческим сексуальным партнером указывали подавляющее большинство КСР (73% в Иркутске и 70% в Челябинске). Результаты проведенных исследований подтвердили высокий риск инфицирования ВИЧ как для самих КСР, так и для их сексуальных

партнеров (сексуальные контакты под воздействием алкоголя или наркотиков, сексуальные контакты без презерватива). Следует отметить, что доступность организованного секс-бизнеса, особенно в крупных городах, наблюдается на фоне недостаточного доступа к профилактическим программам среди представительниц как уличных, так и организованных КСР. Данная ситуация приводит к переходу вируса в общую популяцию населения.

Приведенные данные подчеркивают ключевую роль, которую играют потребители инъекционных наркотиков и лица, оказывающие секс-услуги за плату, в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в России, и указывают на необходимость целенаправленных профилактических мероприятий по ограничению распространения вируса иммунодефицита человека среди данных групп и как следствие – среди основного населения.

5. Опыт реализации программ снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции в России

Охват целевой аудитории и обеспечение доступа к медико-социальным услугам для потребителей инъекционных наркотиков⁵¹

В Российской Федерации программы снижения вреда проводятся с 1998 года государственными и негосударственными организациями, в основном в рамках пилотных проектов и за счет средств международных доноров. За период с 1999 по 2008 годы число региональных проектов выросло в 4 раза (с 24 проектов в 1999 году до 98 проектов в 2008 году). Работа с уязвимыми группами населения велась и в столицах субъектов РФ, и в районных центрах, однако охват представителей групп риска профилактической работой в тех территориях, где проводились программы снижения вреда, составлял всего 24% для ПИН и 39% для КСР в 2006–2007 годах⁵² и стал еще ниже в 2008–2009 годах⁵³: 14% и 22%, соответственно.

В соответствии с рекомендациями Организации Объединенных Наций, в регионах, где более 5% потребителей наркотиков являются ВИЧ-положительными, для предотвращения роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции показатели охвата услугами по профилактике должны составлять не менее 60% целевой популяции. Как было показано ранее, уровень инфицирования ВИЧ, превышающий 5% от числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков, отмечается в 46 регионах страны, а охват потребителей инъекционных наркотиков программами профилактики в Российской Федерации составляет 13,6%, что не позволяет достигнуть максимальных показателей эффективности.

В 2006 году десять проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в которых осуществлялся обмен инъекционного оборудования, получили финансирование в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Однако из-за отсутствия поддержки силовых структур⁵⁴ количество таких проектов сократилось до двух в 2008 году.

В 2009 году компоненты снижения вреда, а в 2010 году и другие направления профилактики в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» профинансированы не были. Это сопровождалось высказываниями некоторых российских специалистов о том, что финансирование профилактических программ, к числу которых относятся и программы снижения вреда, не привело к уменьшению числа новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

В 2008–2009 годах, по причинам политического и экономического характера, отмечалось также сокращение объемов финансовой и технической помощи в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, предоставляемой России различными международными организациями. Кроме того, в 2009 году, в связи с окончанием проекта ГЛОБУС (третьего раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией), уменьшилось и число проектов снижения вреда, профинансированных за счет средств Глобального фонда. В результате к концу 2009 года в России работали не более 50 программ снижения вреда⁵⁵. И хотя в конце 2009 года Правление Глобального фонда, признав, что «прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации»⁵⁶, приняло решение о продлении договора с проектом ГЛОБУС до 31 декабря 2011 года и выделении дополнительного финансирования для продолжения программ профилактики ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения, в 2010 году оканчивается срок действия программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к ВИЧ/СПИД» четвертого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а в 2011 году – и программы пятого раунда «Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ путем развития услуг в сфере ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации». Таким образом, можно прогнозировать дальнейшее сокращение количества профилактических программ для представителей уязвимых групп.

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ №1740-р от 15.12.2006 «О компенсации в 2007–2010 годах за счет средств федерального бюджета расходов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, связанных с финансированием его проектов на территории Российской Федерации, в размере до 217 млн. долларов США» перечисленные выше проекты Глобального фонда фактически были профинансированы из бюджета Российской Федерации. Однако Правительство РФ, в первую очередь в лице Минздравсоцразвития России и Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, не обеспечивает этим проектам методической и организационной поддержки. Такое положение дел, в свою очередь, не может не оказывать влияния не только на эффективность, но и на саму возможность реализации программ профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп и, в частности, программ снижения вреда.

Так, помимо ограниченного финансирования, уменьшение числа организаций в субъектах РФ, готовых проводить программы снижения вреда, объясняется также стремлением избежать возможных проблем, – до настоящего времени в ряде регионов отсутствует возможность проведения таких мероприятий, как обмен шприцев и предоставление презервативов, в связи с противодействием региональных властей.

Процент ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ⁵⁷

2008	2009	Территория	Выборка	Значение (в %)	Организация
v		Орел	300	4	Стеллит, ВССВ
v		Екатеринбург	300	20	Стеллит, ВССВ
v		Воронеж	309	9,4	ФНМЦ СПИД, ВОЗ, УПН, Стеллит
v		Иркутск	279	7,9	ФНМЦ СПИД, ВОЗ, УПН, Стеллит
v		Челябинск	306	27,8	ФНМЦ СПИД, ВОЗ, УПН, Стеллит
	v	г. Санкт-Петербург	411	13,6	Стеллит, УПН ООН, Правительство Финляндии
	v	Омск	350	12,6	Стеллит, ВССВ

В рамках программ снижения вреда пятого раунда Глобального фонда, реализуемых НП «ЭСВЕРО» с октября 2006 года, за 3,5 года работы профилактическими программами снижения вреда было охвачено 102 829 потребителей инъекционных наркотиков. Из них 7 740 ВИЧ-положительных ПИН были направлены в противотуберкулезные учреждения (обратились в службу 2 419 ПИН – 31%)⁵⁸; 47 884 потребителя инъекционных наркотиков были направлены в центры СПИД для обследования на ВИЧ-инфекцию и консультирования (прошли обследование 15 254 ПИН – 31,9%).

В целях достижения высшего приоритета программ снижения вреда – отказа от употребления наркотиков – в 2009 году была улучшена работа по взаимодействию с государственной наркологической службой. В результате за 2009 год 678 потребителей инъекционных наркотиков получили социальное сопровождение и были переданы в отделения детоксикации, лечения и реабилитации; 1 019 потребителей инъекционных наркотиков обратились по направлению проекта в негосударственные реабилитационные центры.

Практика реализации программ снижения вреда предполагает активное участие профильных специалистов, таких как нарколог, дерматовенеролог, гинеколог, инфекционист, фтизиатр, психолог, юрист, социолог, эпидемиолог, специалист по социальной работе, терапевт, медсестра, хирург, гепатолог; 30% всего персонала, который работает по программам пятого раунда Глобального фонда, составляют аутрич-работники, то есть представители целевой группы, потребители, которые находятся в ремиссии. Таким образом, программы снижения вреда создают рабочие места для представителей уязвимых групп⁵⁹.

Несмотря на то, что в настоящее время мероприятия, направленные на снижение вреда от употребления наркотиков и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний в среде ПИН, реализуются более чем в 70 странах мира (включая США и Китай), Российская Федерация входит в число стран, где программы снижения вреда на государственном уровне не поддерживаются и реализуются в основном некоммерческими организациями в рамках проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Примеры изменения поведения представителей уязвимых групп и связанного с ним риска инфицирования

Эпидемиологические исследования, проводимые в обязательном порядке в рамках проектов снижения вреда, свидетельствуют о том, что у большинства участников отмечается снижение рискованной практики совместного использования инфицированного инструментария; многие из них, получив направления, обращаются в инфекционные стационары, кожно-венерологические диспансеры, программы лечения и реабилитации наркозависимости⁶⁰.

В рамках когортного исследования эффективности программ снижения вреда в трех российских городах с различной степенью активности этих программ⁶¹ проводилось сравнение показателей распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди участников и не участников программ. Были выбраны города Псков (программа снижения вреда основана в 1998 году; уровень охвата ПИН в городе составлял ~80%), Томск (программа снижения вреда реализовывалась в течение двух лет; охват ПИН ~10%) и Великий Новгород (программа снижения вреда отсутствовала). Интервью и обследования на ВИЧ-инфекцию проводились среди группы 959 активных потребителей инъекционных наркотиков. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН составил 14,7% в Великом Новгороде, 2,1% в Томске и 0,3% в Пскове, где удалось охватить 80% потребителей инъекционных наркотиков и сформировать у них навыки менее рискованного поведения (среди участников программы 6% указали на то, что они пользовались нестерильными шприцами в течение месяца, в то время как из числа не участвующих в программе об использовании нестерильного оборудования сообщили 19% респондентов; использовали презерватив во время последнего полового контакта 43% участников программы и только 28% из не участвующих). К концу годового периода наблюдения за когортой (сентябрь 2003 г. – август 2004 г.) новые случаи ВИЧ-инфекции в г. Пскове выявлены не были, составляли 2,5% в г. Томске и 13,2% в г. Великом Новгороде. Все новые случаи инфицирования ВИЧ были отмечены среди тех, кто не участвовал в программах снижения вреда.

В другом, более позднем исследовании⁶² проведено сравнение клиентов программы снижения вреда с группой лиц, которая не участвовала ни в каких программах снижения вреда. (Участие в программе определялось не просто как однократный визит, а как использование услуг этой программы на протяжении минимум полугода.) Частота новых случаев ВИЧ-инфекции у клиентов программы была ниже, чем у тех, кто в данную программу не вовлечен. Суммарная оценка за два года продемонстрировала почти двукратное снижение риска инфицирования ВИЧ среди участников программы снижения вреда. Вместе с тем, авторы данного исследования отмечают, что даже в случае эффективности программы снижения вреда риск инфицирования у потребителя остается достаточно высоким, составляя около 2%.

За 10 лет работы программ снижения вреда в Алтайском крае⁶³:

- было укреплено взаимодействие между государственными структурами (центром СПИД, наркологическими диспансерами, кожно-венерологическими диспансерами и др.), НКО, органами наркоконтроля;
- появилась возможность оценить эффективность различных методов работы с целевыми группами, подходы по реализации программ на территориях с различной инфраструктурой, социально-демографической ситуацией, наркосценой, показателями распространенности ВИЧ, опытом работы по программам снижения вреда;
- программы снижения вреда показали свою эффективность в плане снижения темпов прироста новых случаев инфицирования ВИЧ среди ПИН и, как следствие, среди населения в целом;
- программы снижения вреда позволяют охватить профилактической работой потребителей наркотиков, 75% из которых не обращались в учреждения наркологического профиля; программы снижения вреда предоставляют им возможность пройти тестирование на ВИЧ, гепатиты, получить консультации психиатра-нарколога, обратиться к доверенному врачу в наркологическом диспансере, пройти реабилитацию на льготных условиях, кризисное консультирование и получить другие медицинские и социальные услуги.

В настоящее время основной задачей программ снижения вреда в Алтайском крае является обеспечение устойчивости программ на тех территориях, где они работают, а также развитие сети пунктов доверия в городах и районах края, не охваченных данными программами.

По информации правительства Иркутской области⁶⁴, в 2001 году в городе Иркутске среди потребителей инъекционных наркотиков были проведены дозорные эпидемиологические и поведенческие исследования. В результате данных исследований было установлено, что поражение ВИЧ-инфекцией группы уличных наркопотребителей составило 72%, а вирусным гепатитом С – более 80%. Исследования показали необходимость внедрения профилактических программ для групп высокого риска. Программы снижения вреда в Иркутской области работают с 2002 года, в 2009 году они действовали в шести муниципальных образованиях.

Реализация данных проектов на территории области позволила получить доступ к закрытой труднодоступной группе населения, что в свою очередь обеспечило возможность получения доступа к медицинской, консультативной, психологической и социальной помощи для потребителей инъекционных наркотиков. Программы снижения вреда также позволили приблизить данный контингент к получению бесплатной наркологической помощи с последующей реабилитацией.

По мнению правительства Иркутской области, данные программы должны реализовываться на всех территориях, где регистрируется высокая заболеваемость наркоманией и ВИЧ-инфекцией.

Сдерживание/снижение распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией

В настоящее время потенциал программ снижения вреда в России не может быть полностью реализован, так как правовой режим программ снижения вреда в России не способствует их масштабному распространению и приводит к тому, что правоохранительные органы и большинство учреждений здравоохранения и образования не участвуют в таких проектах. Тем не менее, результаты реализации программ снижения вреда в стране вносят свой вклад в сдерживание заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков и, как следствие, среди всего населения, проживающего в регионах реализации этих программ.

Так, прирост случаев ВИЧ-инфекции в регионах реализации проекта ГЛОБУС в 2004–2008 годах был на 2,8% меньше, чем в регионах России, не вошедших в проект⁶⁵. С одной стороны, данный показатель незначительно отличается от суммарного прироста в субъектах РФ, где проект не действовал. С другой стороны, он характеризует эффективность всего комплекса профилактических и противозидемических мероприятий, проводившихся в стране, и может свидетельствовать о положительном влиянии профилактических мероприятий, выполнявшихся в рамках проекта ГЛОБУС, на эпидемиологические показатели по ВИЧ-инфекции (особенно с учетом того, что в ряде регионов России, не вошедших в проект ГЛОБУС, с сентября 2005 года началась реализация проектов четвертого, а затем и пятого раундов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией).

Зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции⁶⁶

Наименование территории	Всего зарегистрировано ВИЧ+		Прирост (в %)
	на 31.12.2003	на 31.12.2008	
Тверская область	3 943	6 729	70,7
Вологодская область	636	1 260	98,1
Псковская область	191	423	121,5
г. Санкт-Петербург	21 818	39 806	82,4
Республика Татарстан	5 754	9 636	67,5
Нижегородская область	2 904	5 550	91,1
Оренбургская область	11 266	18 506	64,3
Республика Бурятия	1 847	3 319	79,7
Красноярский край	4 937	8 968	81,6
Томская область	667	1 050	57,4
Все регионы проекта ГЛОБУС (3-й раунд ГФ)	53 963	95 247	76,5
Все регионы РФ, не вошедшие в проект ГЛОБУС	209 897	376 431	79,3
Российская Федерация	263 860	471 678	78,8

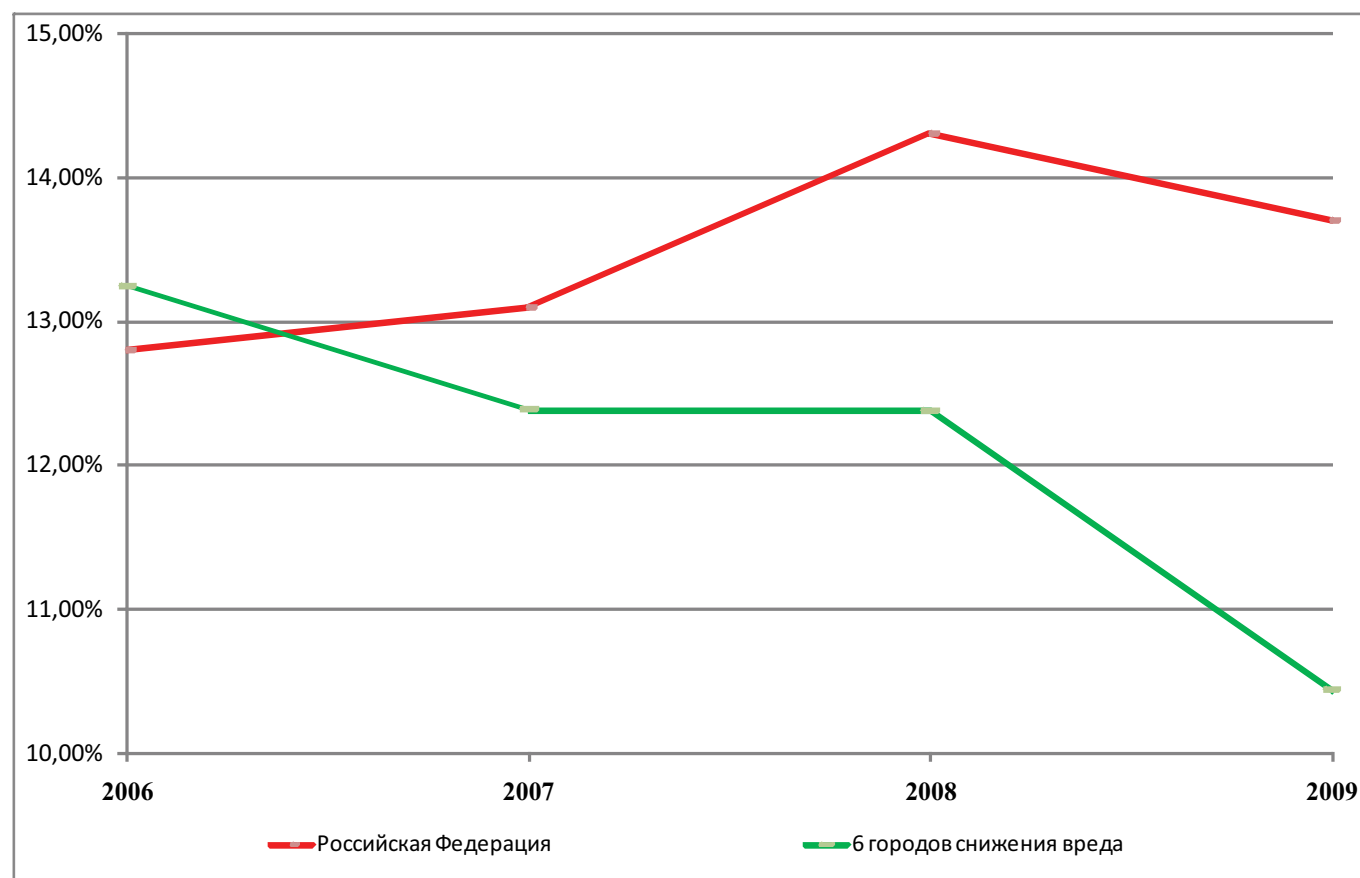
Результаты проекта ГЛОБУС получили в 2009 году отрицательный отзыв руководства Минздравсоцразвития России: «Последний российский опыт внедрения программ обмена шприцев и игл в 10 субъектах Российской Федерации (Республики Бурятия и Татарстан, Красноярский край, Вологодская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Тверская и Томская области, г. Санкт-Петербург) оказался негативным. Уровень заболеваемости ВИЧ/СПИД среди данного контингента возрос в 3 и более раз, по сравнению с теми регионами, в которых программы не проводились»⁶⁷.

Однако статистические данные этого роста не подтверждают. Кроме того, по данным самого проекта ГЛОБУС, в 2006 и 2008 годах в этих 10 регионах с участием специалистов Центрального института организации и информатизации здравоохранения проводилась оценка новых случаев ВИЧ-инфекции среди наркозависимых. У тех, кто не принимал участия в программах снижения вреда – не менял шприцы, не получал информацию, не посещал специалистов, – количество новых случаев ВИЧ составляло в среднем 5,2%, а среди тех, кто участвовал в программах, – 2,9%. То есть уровень заболеваемости ВИЧ стал в два раза ниже, а не вырос в три и более раз⁶⁸.

Аналогичная ситуация наблюдается и в городах реализации проектов снижения вреда пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (НП «ЭСВЕРО»). По данным, предоставленным в июне 2010 года региональными центрами СПИД, в 11 городах⁶⁹ реализации проектов снижения вреда суммарное количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков уменьшилось на 15,2% в 2009 году (с 2 135 в 2008 году до 1 810 в 2009 году). Удельный вес заражения при внутривенном введении наркотиков в этих городах снизился с 42,4% в 2008 году до 35,6% в 2009 году. При этом количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения этих городов практически не изменилось (5 030 в 2008 году и 5 082 в 2009 году), что, возможно, свидетельствует о снижении доли инфицированных при внутривенном введении наркотиков.

Для шести городов (Балаково, Бийск, Волгоград, Екатеринбург, Липецк, Орел), в которых реализовывались проекты снижения вреда пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (НП «ЭСВЕРО») и был значительным охват потребителей инъекционных наркотиков профилактическими мероприятиями, рассчитан показатель темпов передачи ВИЧ-инфекции⁷⁰, который отражает количество новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 пациентов, живущих с ВИЧ, зарегистрированных на начало того же года. Например, к началу 2008 в РФ было зарегистрировано 380 253 россиян, живущих с ВИЧ, а в течение того же года – 54 542 новых случаев. Таким образом, в 2008 году от каждых 100 ВИЧ-инфицированных россиян произошло 14,34 заражений ($54\,542 / 380\,253 \times 100$)⁷¹.

Темпы передачи ВИЧ-инфекции в шести городах-участниках проекта по снижению вреда пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и в Российской Федерации в целом, 2006–2009 годы



Графики демонстрируют, что на момент запуска НП «ЭСВЕРО» проекта пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией эпидемическая ситуация в шести городах-участниках была сравнима со средней по стране. Однако уже к 2007 году эффект проекта стал ощутим, и тренды развития эпидемии разошлись: в то время как в России темпы передачи ВИЧ-инфекции стали возрастать (с 12,8 в 2006 году до 14,3 в 2009 году), в шести городах проекта они снизились (с 13,3 в 2006 году до 10,4 в 2009 году).

Экстраполяция темпов передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на 6 городов проекта пятого раунда ГФ позволяет предположить, что если бы в этих городах передача ВИЧ-инфекции осуществлялась столь же интенсивно, как в среднем в РФ, то в 2006–2009 годах было бы зарегистрировано на 1 153 новых случаев ВИЧ-инфекции больше, а следовательно, эти случаи заражения удалось предотвратить. С другой стороны, если бы на всей территории страны наблюдались такие же годовые темпы передачи ВИЧ-инфекции, как

в этих 6 городах, то за три года было бы зарегистрировано на 22 374 меньше новых случаев ВИЧ-инфекции.

**Показатели охвата потребителей наркотиков программами снижения вреда
в 6 городах-участниках проекта по снижению вреда пятого раунда
Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией**

№	Города–участники проекта пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией	Оценочное число ПИН в городе в 2009 г.	Число ПИН, охваченных проектом снижения вреда	Охват программой в 2009 г., %	Постоянные клиенты (обратившиеся в проект 6 раз за 6 мес. в период 01.10.09г – 31.03.10г.),%
1	Волгоград	14 795	8 330	56	5
2	Орел	4 845	1 824	38	3
3	Липецк	7 540	3 291	44	66
4	Балаково	2 986	1 995	67	76
5	Бийск	4 970	3 529	71	18
6	Екатеринбург	19 726	3 836	19	0

Темпы передачи ВИЧ-инфекции в 6 городах-участниках проекта по снижению вреда пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и в Российской Федерации в целом, 2006–2009 годы

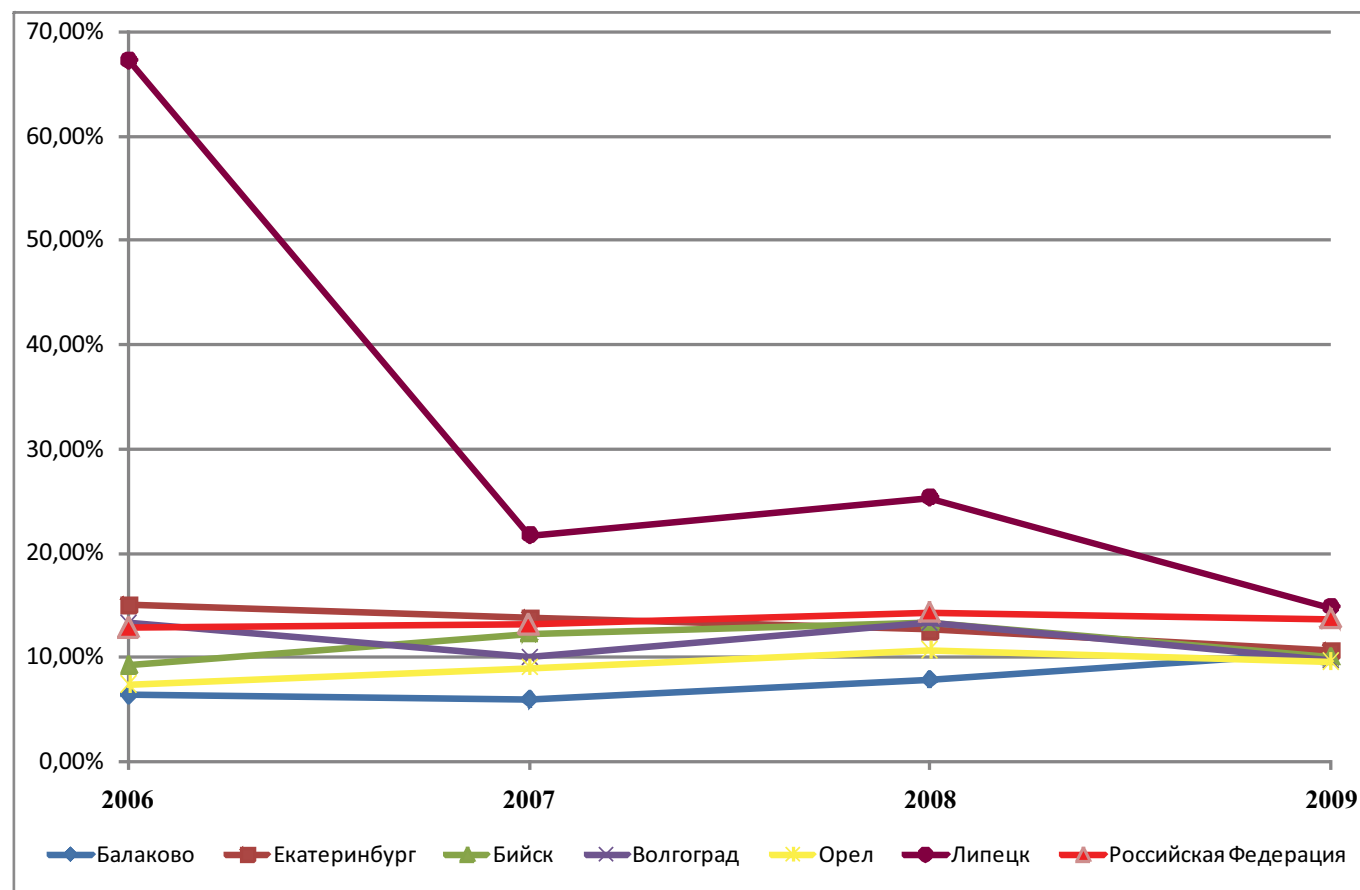
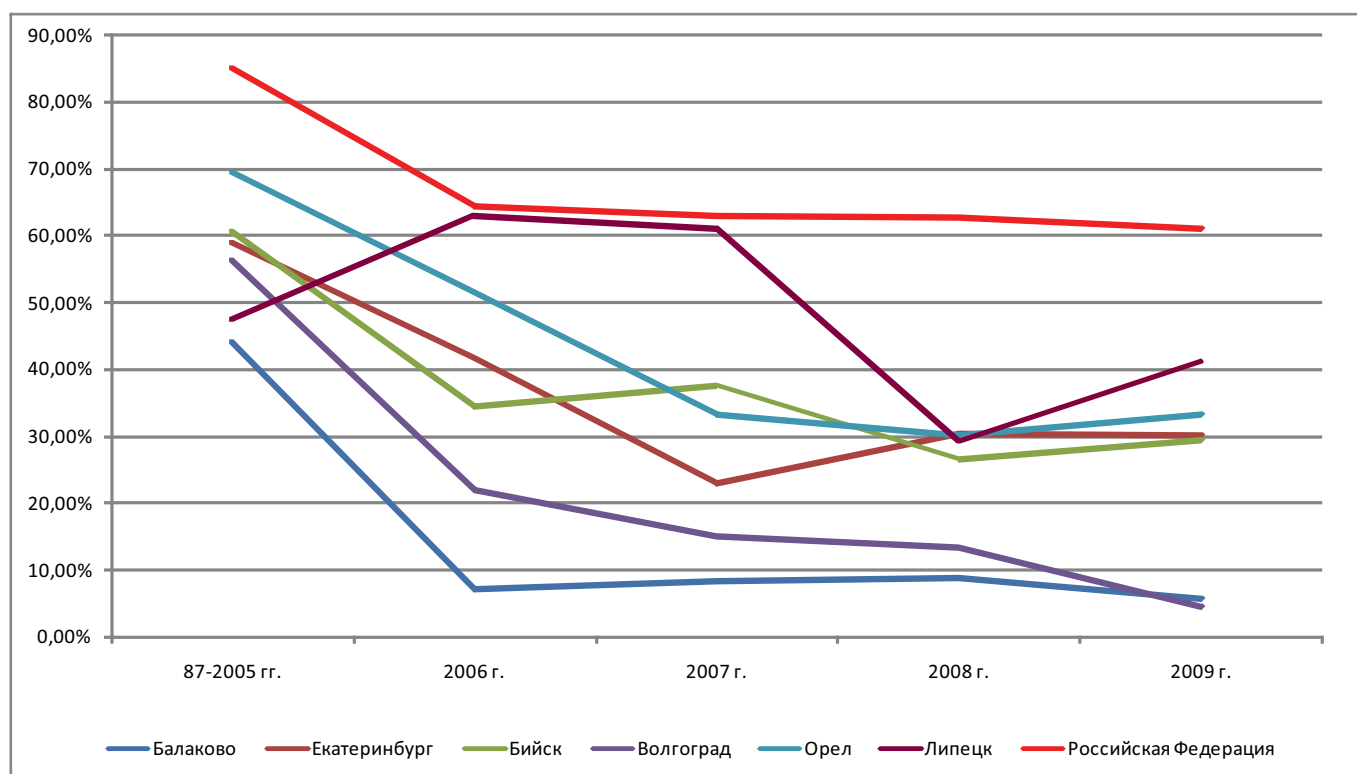


Рисунок демонстрирует, что наиболее серьезное влияние на снижение темпов передачи ВИЧ-инфекции оказали проекты с наибольшей долей постоянных клиентов: в городах Липецке (66% клиентов, обратившихся в проект 6 раз за 6 месяцев в 2009–2010 годах) и Балаково (76% постоянных клиентов). При этом в Липецке в 2006 году регистрировались 67,3 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 пациентов, живущих с ВИЧ, а в 2009 году этот показатель снизился в 4,5 раза – до 14,8. В Балаково же аналогичные показатели сохранялись на весьма низком уровне (6–10), при этом количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН (в среднем 14 случаев в год) было почти в 10 раз меньше, чем среди жителей города в целом (в среднем 133 случая в год). В г. Екатеринбурге, где снижение темпов передачи ВИЧ-инфекции наблюдалось при сравнительно низком охвате ПИН проектом снижения вреда и при чрезвычайно высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН (более 50% ВИЧ-положительных среди потребителей инъекционных наркотиков в 2006–2007 годах), затруднительно на основе имеющихся данных оценить истинную степень

воздействия профилактических вмешательств, поскольку на темпы распространения ВИЧ-инфекции мог влиять и эффект «насыщения» в группе ПИН. В пользу проекта снижения вреда свидетельствует тот факт, что в Екатеринбурге доля инфицированных при внутривенном введении наркотиков снизилась с 37% в 2006 году до 30% в 2009 году.

Уменьшение числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков при увеличении доли зараженных при половых контактах является еще одним аргументом, свидетельствующим в пользу эффективности профилактических программ среди ПИН в 6 вышеназванных городах в годы осуществления проекта. В то время как в Российской Федерации доля зараженных при инъекционном употреблении наркотиков оставалась в 2009 году достаточно высокой – 61,1%, хотя и снизилась с 84,9% в 1987–2005 годах, в 6 избранных городах снижения вреда доля зараженных при употреблении наркотиков в 2009 году составила в среднем 25,6%, снизившись с 57,5% в 1987–2005 годах.

Снижение доли зараженных ВИЧ при внутривенном введении наркотиков в Российской Федерации в целом и в 6 городах среди новых случаев ВИЧ-инфекции с известными факторами риска заражения



По данным исследования⁷², в проектах пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией процент постоянных клиентов от числа клиентов, воспользовавшихся услугами проекта, ежеквартально в разных городах колеблется от 0,1% до 28%. Основными причинами недостаточной эффективности программ снижения вреда, по данным того же исследования, являются позднее начало работы программ снижения вреда (на стадии высокой распространенности ВИЧ-инфекции), недостаточное привлечение равных консультантов, недостаточно эффективный мониторинг и оценка и недостаточная поддержка программ на всех уровнях власти.

6. Экономический эффект программ профилактики

Условная оценка экономического эффекта от проведения профилактических программ может быть определена как соотношение затрат на препараты для антиретровирусной терапии к расходам на предотвращение случаев ВИЧ-инфекции среди целевых групп. Однако спектр социально-экономических последствий от распространения ВИЧ-инфекции гораздо шире и включает:

- Уменьшение общей численности населения;
- Уменьшение работоспособной части населения;
- Снижение качества рабочей силы и производительности труда;
- Увеличение неработающей части населения;
- Увеличение расходов на поддержку нуждающихся в социальной помощи;
- Снижение производства;
- Деградация отдельных видов производства;
- Дисбаланс бюджета;
- Снижение объема инвестиций и основного капитала;
- Снижение уровня сбережений населения;
- Снижение темпов экономического роста.

По мнению Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), ВИЧ стал причиной «наиболее масштабного регресса в развитии человека» в современной истории⁷³.

Анализ показателя темпов передачи ВИЧ-инфекции позволяет провести следующую оценку стоимости одного предотвращенного случая. Если бы в 6 городах-участниках проекта пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в 2006–2009 годах наблюдались такие же темпы передачи ВИЧ-инфекции, как в остальных регионах страны, то в этих городах было бы зарегистрировано на 1153 новых случая ВИЧ-инфекции больше фактических показателей, следовательно, можно предположить, что эти случаи были предотвращены. При этом было сделано допущение, что в регионах страны, не вошедших в проект пятого раунда Глобального фонда, не было предотвращено ни одного случая ВИЧ-инфекции, хотя, безусловно, и в этих регионах вмешательства разного рода позволяли предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией. Таким образом, 1153 предотвращенных благодаря профилактическим программам случая ВИЧ-инфекции следует воспринимать как минимальный показатель. С учетом того, что на реализацию проектов снижения вреда в данных шести городах было затрачено 24,6 млн. рублей в 2006–2010 годах, стоимость одного предотвращенного случая составляет 21 313 рублей (т.е. в среднем по городам около 6 000 рублей в год)⁷⁴.

Поскольку средневзвешенная стоимость антиретровирусных препаратов, по различным оценкам, составляет 90–190 тыс. рублей на 1 пациента в год, то стоимость одного предотвращенного случая ВИЧ-инфекции в 15–30 раз меньше стоимости только препаратов (без учета дополнительных расходов по оплате тестирования, зарплаты персонала, расходов на инфраструктуру и пр.).

Предотвращение заражения 1 153 человек ВИЧ-инфекцией позволяет не тратить в будущем на лечение этих больных 104–219 млн. рублей в год или как минимум 2,6 млрд. руб. при лечении в течение 25 лет. Экономический эффект от профилактики заражения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 6 городах-участниках проекта пятого раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в 2006–2009 годах можно оценить в размере сэкономленных 2,6 млрд. руб. в течение последующих 25 лет.

По оценкам Фонда «Российское здравоохранение», среднегодовая стоимость препаратов для антиретровирусной терапии на одного наивного пациента⁷⁵ (т.е. с использованием препаратов 1 ряда⁷⁶) в настоящее время составляет 66 000–75 000 рублей. Тот же показатель с использованием препаратов 1-го и 2-го ряда составляет 105 000–135 000 рублей, а с переводом пациента на препараты резерва стоимость лечения может достигать 1 млн. 161 тыс. рублей. Средневзвешенная стоимость антиретровирусных препаратов, рассчитанная с учетом доли пациентов по схемам стандарта терапии Минздравсоцразвития России, составляет 180 000 рублей на одного пациента в год.

В то же время расходы на проведение профилактических программ среди основных групп риска (потребителей инъекционных наркотиков и лиц, предоставляющих секс-услуги за плату) составляют в год на одного человека около 1 200 рублей для ПИН и 1500 рублей для КСР.

С учетом того, что в среднем 50% представителей групп риска, охваченных профилактическими программами, начинают применять меры безопасности в отношении инфицирования ВИЧ, расходы на проведение профилактических программ могут достигать 3 000 рублей на человека в год.

Таким образом, экономический эффект от проведения полноценных профилактических программ на основе научно обоснованных и доказавших свою эффективность методик может составить примерно 177 тыс. рублей из расчета на одного пациента в год. Иными словами, только стоимость препаратов для лечения одного пациента в год в 60 раз превышает аналогичные затраты на профилактику.

С учетом динамики распространения ВИЧ-инфекции в РФ (58,5 тысяч новых случаев в 2009 году) экономический эффект от предотвращения этих случаев мог бы составить 10 350 млн. рублей без учета расходов, связанных с предоставлением терапии (тестирование, медперсонал, инфраструктура и пр.). Однако для того, чтобы теоретическая эффективность программ снижения вреда и других медико-профилактических вмешательств превратилась в реальную эффективность, необходимо соблюдение ряда условий, таких как начало профилактических программ на ранних стадиях развития эпидемии и обеспечение охвата достаточного количества участников.

Заключение

Высокие темпы прироста числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации свидетельствуют о том, что система здравоохранения не может пока добиться перелома в преодолении негативных тенденций.

Основным путем распространения ВИЧ-инфекции остается заражение при потреблении инъекционных наркотиков, при этом отмечается рост инфицирования среди партнеров наркопотребителей и смежных социальных групп, а также общего населения через гетеросексуальные половые контакты. Среди ВИЧ-инфицированных подавляющее большинство составляет молодежь.

Результаты проведенных исследований указывают на то, что риск заражения при использовании общего нестерильного инструментария достигает 70%. Оперативно отследить ситуацию, принять меры по обучению, сформировать навыки ответственного поведения применительно к риску заражения инфекциями, передающимися через кровь, позволяют программы снижения вреда.

В регионах страны в настоящее время удельный вес ВИЧ-позитивных лиц среди потребителей инъекционных наркотиков составляет ~12%, то есть распространение ВИЧ-инфекции неизбежно будет продолжаться среди неинфицированных потребителей наркотиков, и в отсутствие профилактических программ в ближайшие годы может быть инфицировано еще до 1 миллиона человек дополнительно к имеющимся в 2009 году. Безусловно, увеличится и число зараженных половых партнеров ПИН. Это может привести к серии чрезвычайно неблагоприятных для страны экономических и демографических последствий, таких как лавинообразный рост расходов на лечение ВИЧ-инфекции, увеличение смертности за счет ВИЧ-инфекции, в том числе и младенческой смертности, снижение продолжительности жизни и снижение рождаемости.

Очевидно, что основные используемые сегодня в России меры в сфере профилактики ВИЧ-инфекции не позволяют не только снизить темпы роста количества ВИЧ-инфицированных, но даже стабилизировать ситуацию. Во многом это связано с тем, что государственными профилактическими программами не охвачены лица, подвергающиеся наибольшему риску инфицирования ВИЧ: потребители инъекционных наркотиков и работницы коммерческого секса.

Накопленный во многих зарубежных государствах опыт профилактики ВИЧ-инфекции свидетельствует о том, что эффективный доступ к представителям указанных групп может быть обеспечен путем использования специфических методов работы, основанных на применении подходов «равный равному». Принимая во внимание, что с проблемой ВИЧ/СПИДа большинство развитых стран столкнулись на 10 лет раньше, чем Россия, эти страны располагают более значительным опытом, как в области лечения данного заболевания, так и его профилактики.

Проведенные за рубежом многочисленные исследования, основанные на принципах доказательной медицины, свидетельствуют об эффективности программ снижения вреда. Прикладные малоформатные исследования, проведенные в Российской Федерации в рамках пилотных проектов, также подтверждают эффективность программ снижения вреда. Однако для подтверждения результатов этих исследований целесообразно провести серьезные масштабные исследования с привлечением специалистов Минздравсоцразвития России, Национального научного центра наркологии и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

С учетом того, что работа по созданию вакцины до сих пор не дала ожидаемых результатов, государственные органы подавляющего большинства стран пришли к выводу о необходимости реализации всего комплекса профилактических мер, обеспечивающих эффективную борьбу с распространением ВИЧ-инфекции.

Использование программ снижения вреда является вынужденным, но осознанным прагматическим выбором, сделанным политиками, учеными, медицинским сообществом и правоохранительными органами развитых стран. Также очевидно, что в случае разработки более эффективных методов борьбы с распространением ВИЧ-инфекции применяемые сегодня программы снижения вреда уступят место новым, более современным подходам. До этого времени использование программ снижения вреда, нацеленных на специфические группы, наряду с профилактическими программами, основанными на других подходах, должно быть ориентировано на достижение общей цели – максимальное снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции.

В Российской Федерации программы снижения вреда реализовывались в основном в качестве пилотных проектов и финансировались главным образом Глобальным фондом и другими международными донорами. Результативность этих программ во многом зависела от отношения к ним со стороны органов исполнительной власти конкретных территорий. В ситуации, когда на федеральном уровне программы снижения

вреда не рассматриваются в качестве одного из элементов технологий поддержания общественного здоровья, отсутствует должная координация между различными профильными ведомствами и службами, показатели эффективности реализуемых проектов не всегда соответствовали международным стандартам. Тем не менее, даже в этих условиях проведенные в регионах пилотные программы позволили достичь позитивных результатов: обеспечения доступа к представителям уязвимых групп, налаживание контактов с которыми по традиционным каналам чрезвычайно затруднено; снижения частоты рискованного поведения и, как следствие, уменьшения опасности инфицирования.

Существующее положение дел отражает и мнение академика В.В. Покровского, отметившего в качестве причины недостаточной эффективности программ снижения вреда низкий охват ими нуждающихся категорий лиц⁷⁷, а также отсутствие соответствующей поддержки со стороны государственных органов на федеральном и региональном уровнях.

Попытки политизации вопросов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп при сохранении высоких темпов развития эпидемии неизбежно ведут к распылению сил и средств, ухудшению эпидемиологической ситуации и вследствие этого – к дополнительной нагрузке на бюджет здравоохранения и социальных служб, усугублению демографических проблем и снижению потенциала социально-экономического развития государства.

В ситуации стремительного распространения ВИЧ/СПИДа и необходимости перевода на дорогостоящее лечение десятков тысяч новых пациентов ежегодно представляется необходимым принятие исчерпывающих мер по объединению усилий политиков, медицинского сообщества, органов исполнительной власти и неправительственных организаций, направленных на:

- обеспечение государственного контроля за реализацией профилактических программ, вне зависимости от источников их финансирования;
- расширение партнерских отношений между государственными и негосударственными организациями при реализации профилактических программ. При этом работа среди уязвимых групп населения должна быть частью общего комплекса мероприятий, направленных на профилактику социально значимых болезней, и не должна противопоставляться другим подходам в сфере профилактики;
- создание полноценной нормативной базы, регламентирующей проведение программ снижения вреда;
- осуществление анализа эффективности всех составляющих комплекса мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ/СПИДа, в первую очередь, касающихся первичной профилактики социальных болезней и лечебно-реабилитационной помощи наркозависимым;
- определение индикаторов эффективности работы программ снижения вреда и организацию мониторинга их выполнения;
- постановку реальных и достижимых целей программ снижения вреда, с учетом выделяемого финансирования;
- организацию качественного обучения сотрудников и обеспечение технической поддержки проектов снижения вреда на основе технологий, прошедших международную апробацию и доказавших свою эффективность.

¹ <http://duma.hivpolicy.ru/events/14.07.09/48>

² По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

³ **Идеология снижения вреда.** Подход снижения вреда можно применить ко всему, например, алкоголизму или зависимости от курения. Формой снижения вреда в более широком смысле является использование ремней безопасности в автомобиле, запрет на использование мобильных телефонов при управлении автомобилем и т.п.

В узком определении снижение вреда – это любая политика или программа, направленная на уменьшение связанного с наркотиками вреда, не требующая при этом обязательного немедленного прекращения употребления наркотиков.

В отношении инъекционного употребления наркотиков или коммерческого секса, компоненты снижения вреда как часть комплексного противодействия ВИЧ-инфекции, в основном направлены на предотвращение передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся при совместном использовании нестерильного инъекционного инструментария или при половом контакте.

Программы снижения вреда реализуются исключительно с представителями наиболее уязвимых групп, которые в силу избранного образа поведения «закрыты» для таких форм профилактики ВИЧ, как формирование здорового образа жизни, воспитание моральных и религиозных ценностей. Для представителей групп риска малоэффективными оказываются и общедоступные средства санитарного просвещения, а также информационные кампании. Строгая целевая направленность программ снижения вреда на клиентов из групп риска, у же сформировавших свои поведенческие правила и жизненные установки, делают несостоятельными утверждения противников снижения вреда о «пропаганде наркомании и растлении молодежи». Относительно наркозависимых необходимо добавить, что их зависимость, являющаяся хронической и с трудом поддающейся лечению болезнью, а не вредной привычкой, в определенном смысле – следствие дефектов обучения и воспитания. Последствия этих дефектов необходимо минимизировать, исходя из интересов общественного здоровья.

В рамках концепции снижения вреда существует иерархия снижения вреда, основные принципы которой в сокращенном виде можно представить следующим образом:

- Не начинай употреблять наркотики; если начал – прекрати.
- Если не можешь отказаться употреблять наркотики, то откажись от их инъекционного употребления.
- Если все же вводишь наркотики инъекционным способом, всегда используй стерильный шприц.

Задача программ снижения вреда состоит в том, чтобы помочь наркозависимому подняться с низшей ступени иерархии (употребление наркотиков с использованием опасных для распространения ВИЧ технологий) на более высокую, вплоть до полного отказа от наркотиков и обретения трезвости.

Именно такая концепция позволяет говорить о профилактическом характере программ снижения вреда и целевой направленности на сдерживание эпидемии ВИЧ/СПИДа среди населения РФ. Базовыми услугами таких программ являются предоставление их клиентам профилактических материалов (шприцы, иглы, презервативы) и проведение информационной работы, когда через установление доверительного контакта с представителями групп риска им предоставляются сведения о риске заражения и доступных способах его минимизации, а также о необходимости формирования более безопасного образа жизни и стиля поведения.

Основная часть случаев ВИЧ-инфекции и гепатитов среди потребителей инъекционных наркотиков обусловлена совместным использованием игл, шприцев или зараженных приспособлений для приготовления наркотика. Задача персонала программ снижения вреда – убедить ПИН не использовать совместно иглы и шприцы, а при инъекциях и приготовлении наркотика применять только стерильные или дезинфицированные инструменты и приспособления. Этот совет часто оказывается неэффективным, если он не подкрепляется доступностью инъекционных инструментов и дезинфицирующих материалов.

Предоставление стерильного инъекционного инструментария наркозависимым, в отличие от большинства других профилактических подходов, имеет силу прямого воздействия на эпидемию. Поэтому, в известном смысле, оппоненты программ снижения вреда, выступающие против компонента обмена шприцев, реально способствуют распространению ВИЧ-инфекции среди населения.

⁴ Использование метадона и бупренорфина для лечения наркозависимости в России запрещено законом.

⁵ Термин “evidence based medicine” (доказательная медицина) был введен во второй половине XX века для обозначения медицинской практики, основанной на данных методологически корректных, научных в собственном смысле этого слова клинических исследований. Причиной для разработки концепции доказательной медицины стала информационная ситуация в медицине в начале 60-х годов XX века: количество публикаций, разнообразие и противоречивость их результатов возросли настолько, что могли поставить в тупик как практических врачей, так и государственные органы, определяющие стандарты и регламентирующие правила оказания медицинской помощи.

Как реакция на этот «информационный кризис» в разных странах стали появляться документы, регламентирующие проведение исследований новых методов лечения перед широким их внедрением в практику. Пионером в законодательстве стали США, где еще в 1962 году Управление по пищевым продуктам и лекарствам (Food and Drug Administration –

FDA) подготовило первый законодательный акт, регулирующий эту сферу – Drug Amendment Act. Этот документ явился, по сути, первым законодательным актом, в котором были декларированы принципы доказательной медицины. В 1964 году вышла Декларация Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association), в которой были сформулированы и закреплены в виде законов правила проведения качественных клинических испытаний. Наконец, в 1977 г. в США были разработаны Правила качественной клинической практики (Good Clinical Practice – GCP), регламентирующие проведение исследований новых методов лечения и испытаний новых лекарственных средств. Эти правила усовершенствовались и стали основой для Рекомендаций о принципах клинических испытаний (Draft Guidelines on Good Clinical Practice – WHO GCP), опубликованных Всемирной организацией здравоохранения в 1992 г. В настоящее время в США для регистрации любого нового препарата требуется не менее 2 GCP-исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины (как правило, предоставляются от 8 до 12 исследований). В США и Великобритании существуют национальные системы стратификации научных доказательств по степени качества.

В России опубликованы:

- отраслевой стандарт ОСТ 42–511–99 «Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации» (1998)
- национальный стандарт ГОСТР 52379–2005 «Надлежащая клиническая практика» (2005)

Идеология доказательной медицины заключается в использовании только измеряемых величин для определения эффективности использования препарата, метода или вмешательства. Доказательная медицина предполагает количественное выражение симптомов болезни и эффектов лечебных воздействий с помощью валидных оценочных шкал и тестов, регламентирует стандартные правила проведения клинических исследований, позволяющие находить статистически достоверные взаимосвязи измеряемых величин, и обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследования и научно обоснованных практических рекомендаций.

В доказательной медицине доказательства получают из различных источников, включая результаты клинических испытаний, описания случаев заболевания и клинический опыт. По мнению Шведского совета по технологии оценки в здравоохранении, качество доказательств из этих источников различается степенью контроля над факторами помех и убывает в следующем порядке:

- Рандомизированные клинические испытания
- Проспективные когортные исследования
- Исследование типа “случай-контроль”
- Исследования серий случаев
- Описания отдельных случаев

Убывающий порядок доказательности результатов исследований в приведенном перечне обусловлен вероятностью появления систематических ошибок в результатах исследования. Чем выше эта вероятность, тем более спорными являются выводы, сделанные на основании результатов исследования. В соответствии с этим принципом наиболее высокой силой доказательности обладают рандомизированные контролируемые клинические испытания (randomized controlled trials). Это наиболее методологически близкий к классическому научному эксперименту вид клинических исследований, который при правильном планировании позволяет свести к минимуму систематические ошибки.

⁶ Howard J, and Borges P (1970) Needle sharing in The Haight: Some social and psychological functions. *Journal of Psychedelic drugs*, 11, 220–230.

⁷ Chaisson RE, Moss AR, Onishi R, Osmond D and Carlson JR (1987) Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. *Am J Public Health*, 77, 169–172; Van den Hoek JAR, Coutinho RA, van Haastrecht HJA, van Zadelhoff AW, Goudsmit J. Prevalence and risk factors of HIV infections among drug users and drug using prostitutes in Amsterdam. *AIDS* 1988; 2: 55–60.

⁸ Koester S, Booth R and Wiebel W (1990) The risk of HIV transmission from sharing water, drug-mixing containers and cotton filters among intravenous drug users. *Int J Drug Policy*, 1 (6), 28–30.

⁹ Grund J-PC, Kaplan CD, Adriaans NFP, Blanken P (1991) Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of “frontloading” in the Dutch injecting drug user population. *J Psychoactive Drugs*; 23, 1–10; Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund J-P C, Goldstein MF, Des Jarlais DC (1993) Syringe-mediated drug sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS*, 7, 1653–1660; Hagan H, Thiede H, Weiss NS et al. (2001) Sharing of drug preparation equipment a risk factor for Hepatitis C. *American Journal of Public Health*. 91(1), 42–46.

¹⁰ Oliver K, Maynard H, Friedman SR. et al. Behavioral and community impact of the Portland syringe exchange program. *Proceedings: Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Edited by Normand J, Vlahov D, Moses LE. et al. Washington DC: National Academy Press 1994: 35-46; Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D. et al. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 1996, 348: 987–991; Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. *AIDS* 1996, 10: 1729–1734; van Haastrecht HJA, van Ameijden EJC, van den Hoek JAR et al. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users. *Am J Epidemiol* 1996, 143: 380–391; Bruneau J, Lamothe F, Franco E. et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997, 146: 994–1002; Hagan H, McGough JP, Thiede H. et al. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol* 1999, 149: 203–213; Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PGA. et al. Do needle exchange programs increased the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 1999, 13: F45–F51.

- ¹¹ Donoghoe MC, Stimson GV, Dolan K. et al. Changes in HIV risk behaviour in clients of syringe-exchanges schemes in England and Scotland. *AIDS* 1989, 3: 267–272; Oliver K, Maynard H, Friedman SR. et al. Behavioral and community impact of the Portland syringe exchange program. *Proceedings: Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Edited by Normand J, Vlahov D, Moses LE. et al. Washington DC: National Academy Press 1994: 35–46; Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR. et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA* 1995, 274: 1226–1231; Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R. et al. Reductions in high-risk drug use behaviors among participants in the Baltimore needle exchange program. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1997, 16: 400–406.
- ¹² Des Jarlais DC, Friedman SR, Sotheran JL. et al. Continuity and change within an epidemic: injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *JAMA* 1994, 271: 121–127; Singer M, Himmelgreen Weeks MR. et al. Changing the environment of AIDS risk: Findings on syringe exchange and pharmacy sales of syringes in Hartford, CT. *Med Anthropol* 1997, 18: 107–130; Bluthenthal RN, Kral AH, Erringer EA, Edlin BR. Use of an illegal syringe exchange and injection-related risk behaviors among street-recruited injection drug users in Oakland, California, 1992 to 1995. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998, 18: 505–511; Broadhead RS, van Hulse Y, Heckathorn DD. The impact of a needle exchange's closure. *Pub Health Rep* 1999, 114: 439–447.
- ¹³ van Ameijden EJC, van den Hoek JAR, van Haastrecht HJA. et al. The harm reduction approach and risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion in injecting drug users, Amsterdam. *Am J Epidemiol* 1992, 136: 236–243; Hagan H, Des Jarlais DC, Friedman SR. et al. Risk for human immunodeficiency virus and hepatitis B virus in users of the Tacoma syringe exchange program. In *Proceedings of a Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Edited by Normand J, Vlahov D, Moses LE. et al. Washington DC: National Academy Press; 1994: 24–34; Hagan H, Friedman SR. et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA* 1995, 274: 1226–1231; Bruneau J, Lamothe F, Franco E. et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997, 146: 994–1002; Patrick DM, Strathdee SA, Archibald CP. et al. Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver. *Int J STD AIDS* 1997, 8: 437–445.
- ¹⁴ Hartgers C, Buning EC, van Santen GW. et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behavior: *AIDS* 1989, 3: 571–576; Klee H, Faugier J, Hayes C. et al. The sharing of injection equipment among drug users attending prescribing clinics and those using needle exchange. *Br J Addict* 1991, 86: 217–223; Donoghoe MC, Dolan KA, Stimson GV. Life-style factors and social circumstances of syringe sharing in injecting drug users. *Br J Addict* 1992, 87: 993–1003; Frischer M, Elliot L. Discriminating needle exchange attenders from non-attenders. *Addiction* 1993, 88: 681–687; Hartgers C, van Ameijden EJC, van den Hoek JAR. et al. Needle sharing and participation in the Amsterdam syringe exchange program among HIV-seronegative injecting drug users. *Public Health Rep* 1992, 107: 675–681; Keene J, Stimson GV, Jones S. et al. Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban area of Wales. *Addiction* 1993, 88: 1063–1070; van Ameijden EJC, Anneke J, van den Hoek JAR. et al. Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam and its relationship to AIDS prevention programs. *Am J Public Health* 1994, 84: 275–281; Watters JK, Estilo MJ, Clark GL. et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 1994, 271: 115–120; Klee H, Morris J. The role of needle exchanges in modifying sharing behaviour: cross-study comparisons 1989–1993. *Addiction* 1995, 90: 1635–1645; Bruneau J. et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am. J. Epidemiol.* 1997, 146, 994–1002; Strathdee S. A. et al., Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997, 11, F59–F65; Bluthenthal RN, Kral AH, Erringer EA, Edlin BR. Use of an illegal syringe exchange and injection-related risk behaviors among street-recruited injection drug users in Oakland, California, 1992 to 1995. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998, 18: 505–511; Van Ameijden EJC, Coutinho RA. Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS* 1997, 12: 625–633.
- ¹⁵ Paone D, Des Jarlais DC, Caloir S. et al. New York syringe exchange: An overview. In *Proceedings of a Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Edited by Normand J, Vlahov D, Moses LE. et al. Washington DC: National Academy Press; 1994: 47–63; Guydish J, Clark G, Garcia D. et al. Evaluation of needle exchange using street-based survey methods. *J Drug Issues* 1995, 25: 33–41; Guydish J, Bucardo J, Clark G. et al. Evaluating needle exchange: A description of client characteristics, health status, program utilization, and HIV risk behavior. *Substance Use Misuse* 1998, 33: 1173–1196.
- ¹⁶ Ljungberg B, Christensson B, Tunving K. et al. HIV prevention among injecting drug users: Three years of experience from a syringe exchange program in Sweden. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991, 4: 890–895; Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR. et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA* 1995, 274: 1226–1231; Stimson GV. *AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: The policy response and the prevention of the epidemic.* *Soc Sci Med* 1995, 41: 699–716; Groseclose SL, Weinstein B, Jones TS. et al. Impact of increased access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officers-Connecticut, 1992–1993. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1995, 10: 82–89; Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997, 349: 1797–1800; Lamden KH, Kennedy N, Beeching NG. et al. Hepatitis B and hepatitis C virus infections: Risk factors among drug users in northwest England. *J Infect* 1998, 37: 260–269.
- ¹⁷ Оказание секс-услуг и употребление наркотиков – это стигматизированные и скрытые практики, т.е. целевые группы обычно не склонны доверять различным государственным службам и часто не могут быть охвачены через формальные структуры. Аутрич-работа проводится специальными сотрудниками в целевой группе в естественной среде (места сбора, проживания или работы членов целевой группы) с целью получения доступа к скрытым социальным группам, установления контактов и проведения информационно-профилактической работы в «полевых» условиях.

Аутрич-работа, также именуемая уличной профилактической работой – основа программ снижения вреда. Ее суть состоит в установлении контактов с труднодоступными популяциями ПИН и использовании этих контактов для дальнейшего снабжения этих популяций литературой о снижении рисков инфицирования ВИЧ и гепатитами,

презервативами и дезинфикантами (особенно в тех городах, где не существует программ обмена); обучении способам личной профилактики ВИЧ и гепатитов с целью дальнейшей передачи этих знаний другим членам сообщества; направлении ПИН в службы медицинской и социальной помощи; улучшении доступа к тестированию на ВИЧ; обеспечении консультированием и помощи в организации сообществ ПИН.

- ¹⁸ Heimer R, Kaplan EH, Khoshnood K. et al. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. *Am J Med* 1993, 95: 214–220; Kaplan EH, O’Keefe E. Let the needles do the talking! Evaluating the New Haven needle exchange. *Interfaces* 1993, 23: 7–26; Kaplan EH, Heimer R. HIV incidence among needle exchange participants: Estimates from syringe tracking and testing data. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, 7: 182–189; Kaplan EH, Khoshnood K, Heimer R. A decline in HIV-infected needles returned to New Haven’s needle exchange program: Client shift or needle exchange? *Am J Public Health* 1994, 84: 1991–1994; Kaplan EH, Heimer R. HIV incidence among New Haven Needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1995, 10: 175–176.
- ¹⁹ Оксфордский центр доказательной медицины разработал систему уровневой оценки в соответствии с дизайном исследования:
- Уровень А: рандомизированные контролируемые исследования, когортные исследования.
 - Уровень Б: ретроспективные когортные исследования, когортные исследования, экологические исследования, исследования типа «случай-контроль».
 - Уровень В: исследования серий случаев.
 - Уровень Г: мнения экспертов.
- ²⁰ Gibson DR, Flynn NM and Perales D (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15 (11), 1329–1341.
- ²¹ J. Bruneau et al., High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am. J. Epidemiol.* 146, 994–1002 (1997); S. A. Strathdee et al., Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 11, F59–F65 (1997); H. Hagan, J. P. McGough, H. Thiede, N. S. Weiss, S. Hopkins, E. R. Alexander, Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am. J. Epidemiol.* 149, 203–213 (1999).
- ²² M.T. Schechter et al., Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 13, F45–F51 (1999).
- ²³ Steffanie A. Strathdee, David Vlahov. The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy. *AIDScience* Vol. 1, No. 16, December 2001.
- ²⁴ Watters JK, Estilo MJ, Clark GL. et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 1994, 271: 115–120; Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach. Washington, DC: National Academy Press; 1995: 224–226, 248–250; Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, Friedman SR. Syringe Exchange: HIV prevention, key findings, and future directions. *International Journal of the Addictions*. 1995; 30: 1 647–1 683.
- ²⁵ Wolk J, Wodak A, Guinan J, Macaskill P, Simpson JM. The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. *British Journal of Addictions*. 1990, 85:1445–1450; Hagan H, Des Jarlais DC, Purchase D, Friedman SR, Reid T and Bell TA. An interview study of participants in the Tacoma, Washington, syringe exchange. *Addiction*. 1993, 88, 1694–1695; Heimer R, Lopes M. Needle exchange in New Haven reduces HIV risks, promotes entry into drug treatment, and does not create new drug injectors. *JAMA* 1994, 271, 1825–1826; Heimer R, Eicher A, Eno R, et al. (1996) Needle exchange programs as a conduit to drug treatment: the New Haven experience. Paper presented at the 11th International Conference on AIDS, Vancouver, Canada; Paone D, Clark J, Shi Q, Purchase D, Des Jarlais DC. Syringe exchange in the United States, 1996: A national profile. *American Journal of Public Health*. 1999, 89 (1):43–6; Brooner R, Kidorf M, King V, Beilenson P, Svikis D and Vlahov D. Drug Abuse Treatment Success Among Needle Exchange Participants. *Public Health Reports* 1998, 113 (Supp.1): 129–139.
- ²⁶ Oliver KJ, Friedman SR, Maynard H, Magnuson L, Des Jarlais DC. Impact of a needle exchange program on potentially infectious syringes in public places. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1992, 5: 380; Lurie P, Reingold A. The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad (prepared for the Centers for Disease Control and Prevention). Berkeley, CA: University of California, School of Public Health, and San Francisco, CA: University of California, Institute for Health Policy Studies 1993, 388; Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach. Washington, DC: National Academy Press 1995, 224–226, 248–250; Doherty MC, Garfein RS, Vlahov D, et al. Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program. *American Journal of Epidemiology* 1997, 145, 730–737; Macalino GE, et al. Community Based Programs for Safe Disposal of Used Needles and Syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998, 18 (Supp.1) S111–S119.
- ²⁷ Broadhead RS, van Hulst Y and Heckathorn DD. The impact of a needle exchange’s closure. *Public Health Reports* 1999, 114 (5), 439–447.
- ²⁸ Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health* 1999, 113 (Supplement 1) 19–30.

- ²⁹ При проведении оценки эффективности программ снижения вреда на основе анализа динамики показателей распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией следует:
- анализировать показатели городов, а не субъектов РФ, поскольку даже хорошо работающий в отдельно взятом городе проект снижения вреда не окажет существенного влияния на эпидемическую ситуацию во всем регионе;
 - определить «стартовые» позиции каждого из проектов снижения вреда, в первую очередь – пораженность ПИН и населения в целом ВИЧ-инфекцией (чем выше распространенность ВИЧ среди населения и ПИН, тем труднее ожидать быстрого влияния программ снижения вреда на снижение показателя заболеваемости);
 - учитывать, что на показатель заболеваемости может оказывать влияние качество диагностики ВИЧ-инфекции среди ПИН.
- ³⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», «Собрание законодательства Российской Федерации» №49, 06.12.2004.
- ³¹ Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД» от 25 августа 1987 г.; Закон СССР «О профилактике заболевания СПИД» от 23 апреля 1990 г.
- ³² Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан №1877 от 19 декабря 2003 г.
- ³³ Федеральный закон №308-ФЗ от 2 декабря 2009 года «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов».
- ³⁴ За 2008–2009 гг. умерло 26 749 ВИЧ-инфицированных российских граждан. Среди всех летальных исходов у инфицированных ВИЧ только 23,0% приходится на умерших вследствие ВИЧ-инфекции. Основная часть смертей инфицированных ВИЧ связана с другими обстоятельствами: передозировки наркотиков, суициды, другие заболевания (преимущественно заболевания органов пищеварения связанные с вирусным гепатитом В или С и туберкулез не связанный с ВИЧ-инфекцией). В связи с внедрением программы лечения инфицированных ВИЧ от ВИЧ-инфекции погибает существенно меньшее количество больных, чем должно было бы умереть по расчетным данным без АРТ. Летальность среди инфицированных ВИЧ удалось снизить вдвое по сравнению с расчетными данными, по которым при отсутствии программы лечения летальность должна была составить 5–6%. Количество смертей по годам растет в абсолютных цифрах, но летальность среди выявленных инфицированных ВИЧ удалось стабилизировать на уровне 2–3%, а в 2009 г. летальность среди инфицированных ВИЧ снизилась по сравнению с 2008 г.
- ³⁵ http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/HIV_AIDS_center.pdf
- ³⁶ Это связано с ограниченным доступом служб здравоохранения к потребителям инъекционных наркотиков и другим скрытым социальным группам, определяющим интенсивность эпидемического процесса и прогноз дальнейшего развития эпидемии.
- ³⁷ «ВИЧ-инфекция» информационный бюллетень №33, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Статистический сборник, Москва, 2009.
- ³⁸ Интервью директора ФСКН России В.П. Иванова газете «Парламентская газета» 18 декабря 2009 года на тему: «В борьбе с наркотиками должна работать система», <http://www.stratgap.ru/pages/strategy/3662/3886/4200/index.shtml>
- ³⁹ По данным Национального научного центра наркологии.
- ⁴⁰ По данным выборочных исследований в рамках эпидемиологического надзора второго поколения.
- ⁴¹ Результаты исследования распространенности ВИЧ-инфекции и поведенческих рисков в группе потребителей инъекционных наркотиков «Вега» в Воронеже, Набережных Челнах, Иркутске и Челябинске/ ВОЗ, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД, РОО социальных проектов «Стеллит», Москва, 2010.
- ⁴² Результаты исследования распространенности ВИЧ-инфекции и поведенческих рисков в группе потребителей инъекционных наркотиков «Вега» в Воронеже, Набережных Челнах, Иркутске и Челябинске/ ВОЗ, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД, РОО социальных проектов «Стеллит», Москва, 2010.
- ⁴³ Там же.
- ⁴⁴ Исследование «Изучение распространенности ВИЧ и поведения риска в группе ПИН, оценка численности ПИН в г. Москве», НП «ЭСВЕРО», Москва, 2009.
- ⁴⁵ Исследование среди «уличной» популяции потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге, УНП ООН, Правительство Финляндии, Северо-Западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, РОО социальных проектов «Стеллит», 2009.
- ⁴⁶ Исследование «Изучение распространенности ВИЧ и поведения риска в группе потребителей инъекционных наркотиков, оценка численности ПИН в г. Омск», НП «ЭСВЕРО», РОО социальных проектов «Стеллит», Сибирская Межрегиональная Ассоциация «АнтиСПИД Сибирь», Санкт-Петербург, 2009.

- ⁴⁷ По результатам исследований ВОЗ, ФНМЦ СПИД, РОО Стеллит, НП «ЭСВЕРО», PSI.
- ⁴⁸ В г. Москве 5% ПИН указали, что среди их половых партнеров были ВИЧ-инфицированные, в городах Орле и Иркутске – 10–11%, Екатеринбурге – 16%.
- ⁴⁹ Там же. Показатель распространенности антител к *Tr. pallidum* среди ПИН составил 6–15%.
- ⁵⁰ Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2008–2009 годы.
- ⁵¹ На сегодняшний день важным компонентом работы по снижению вреда становится обеспечение доступа ВИЧ-положительных ПИН к современной антиретровирусной терапии (АРВТ). Как известно, при отсутствии лечения ВИЧ-инфекция прогрессирует и со временем переходит в терминальную стадию заболевания. АРВТ позволяет замедлить прогрессирование заболевания, то есть увеличить продолжительность жизни инфицированных лиц. При этом люди, живущие с ВИЧ, сохраняют трудоспособность и ведут социально активный образ жизни в течение многих лет.
- Предоставление АРВ-терапии – сложный процесс как для системы здравоохранения, так и для пациентов. Основная трудность состоит в том, что для эффективного лечения необходимо строго соблюдать установленный режим приема препаратов на протяжении всей жизни. Соблюдение режима лечения является важным фактором, определяющим успех или неудачу антиретровирусной терапии, а нарушение предписаний врача – наиболее частой причиной развития резистентности (устойчивости) вируса к лекарственным препаратам.
- ⁵² По данным Национального доклада Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2006–2007 годы.
- ⁵³ По данным Национального доклада Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2008–2009 годы.
- ⁵⁴ См. <http://duma.hivpolicy.ru/events/09.04.2009/62>, выступление Г.Г. Онищенко.
- ⁵⁵ 11 ноября 2009 года Правление Глобального фонда приняло решение о продлении договора с проектом ГЛОБУС до 31 декабря 2011 года и выделении дополнительного финансирования в размере до 24 млн. долларов США для продолжения программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди наиболее уязвимых групп населения. Правление Фонда приняло решение продлить срок действия гранта с учетом особых обстоятельств, признав, что прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации.
- ⁵⁶ http://www.theglobalfund.org/ru/pressreleases/?pr=pr_091113_ru.
- ⁵⁷ М.С. Туманова «Ключевые показатели по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, отчетный период 2008–2009 гг.» Презентация на заседании рабочей экспертной группы по мониторингу и оценке эффективности деятельности по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации 18 февраля 2010 года.
- ⁵⁸ Примерно в половине проектов снижения вреда реализуется мероприятия по контролю туберкулеза и коинфекции ВИЧ/ТБ среди целевой группы, которые заключаются в распространении соответствующей информации, регулярном скрининге клиентов проекта на туберкулез и социальном сопровождении наркозависимых пациентов, которым требуются назначение лечения или химиопрофилактики туберкулеза.
- ⁵⁹ <http://www.ohrana-zdorovja.ru/krug-stol-2009-10-08.html>, выступление П.Г. Аксенова.
- ⁶⁰ Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2006–2007 годы.
- ⁶¹ Eroshina K., Vassilieva N., Bobrik A., Neumark Ye., Sivacheva I. Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs // Abstracts of the 16th International Conference on the reduction of drug related harm (Additional abstract section), Belfast, Northern Ireland 20–24 March 2005 / Ерошина К.М., Бобрик А.В., Васильева Н.В., Ньюмарк Е., Сивачева И.Л. Результаты когортного исследования по оценке эффективности российских программ обмена шприцев // Материалы 16-й международной конференции по снижению вреда, вызванного употреблением наркотиков. г. Белфаст, Северная Ирландия, 20–24 марта 2005 г.; <http://www.ohi.ru/files/cohortli.zip>; <http://www.ohi.ru/files/tezis5et.doc>; Исследование в рамках проекта «Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением на территориях Северо-Западного округа Российской Федерации». В рамках исследования в 11 административных территориях Северо-Западного федерального округа РФ собрано 2 516 интервью и 2 486 проб крови среди групп населения с рискованным поведением.
- ⁶² Плавинский С.Л., Барина А.Н., Ерошина К.М., Бобрик А.В., Новожилов А.В., Короткова А.В. Инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и эффективность программ снижения вреда в Российской Федерации. – М., 2009. – 48 с.
- ⁶³ «Снижение вреда среди потребителей инъекционных наркотиков. Принципы стратегии снижения вреда. Российские и международные нормативные документы в области здравоохранения, ВИЧ/СПИДа и наркотиков», 2009, http://www.antispid.alt.ru/mater/Sn_vreda.doc, Референс-центр по работе с ПИН и КСР: профилактика, лечение и социальное сопровождение в связи с ВИЧ/СПИД.

- ⁶⁴ Письмо от 28.07.2009 № 02-13-884/9 на № ГНВ-111-21/71 от 10.06.2009.
- ⁶⁵ По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
- ⁶⁶ По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
- ⁶⁷ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Информационные материалы к парламентским слушаниям Совета Федерации «Противодействие распространению наркотиков: новые вызовы и угрозы национальной безопасности России». 18.12.2009)
- ⁶⁸ Плавинский С.Л., Баринова А.Н., Ерошина К.М., Новожилов А.В., Короткова А.В. Инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и эффективность программ снижения вреда в Российской Федерации. –М., 2009. – 48 с.
- ⁶⁹ Абакан, Балаково, Бийск, Воронеж, Пенза, Рубцовск, Серов, Екатеринбург, Новороссийск, Барнаул, Иркутск.
- ⁷⁰ По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
- ⁷¹ Такие подходы широко используются за рубежом для определения эффективности программ профилактики, например, Американскими центрами по контролю заболеваемости (CDC).
- ⁷² К оценке эффективности программ снижения вреда в Российской Федерации, постерная презентация, Олейник С.В., Федосеева Н.С.
- ⁷³ Доклад ПРООН, 2005.
- ⁷⁴ Результаты раннего исследования экономической эффективности 16 программ снижения вреда показали, что при средних затратах на одну программу снижения вреда, равных 40 тысячам долларов США в год, средние затраты на профилактические мероприятия для потребителей инъекционных наркотиков составляют 23,4 доллара на одного клиента в год и 0,36 доллара на один обменный шприц. Показатель экономической эффективности, отражающий стоимость предотвращения 1 случая ВИЧ-инфекции, равный 564 долларам, был рассчитан на основе средних расходов на одну программу снижения вреда и оценочного количества предотвращенных случаев ВИЧ-инфицирования (72,1). Бобрик А. В. Стоимость и экономическая эффективность профилактики ВИЧ среди потребителей наркотиков в России. Российский семейный доктор, 2002 г., том 6; 4: с. 30–36.
- ⁷⁵ Ранее не получавшего АРВ терапию.
- ⁷⁶ Антиретровирусные препараты делят на две группы: а) препараты 1 ряда (основные); б) препараты 2 ряда (резервные). Препараты 2 ряда применяются, как правило, в случаях возникновения лекарственной устойчивости вируса к препаратам 1 ряда.
- ⁷⁷ Письмо от 16.02.2010 исх. № 33/10 на № МГ–86/1111 от 17.11.2009.