

Руководство, разработанное ECDC и EMCDDA

Профилактика и контроль за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков



Euroopa Narkootikumide ja
Narkoogia Seirekeskus



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Впервые опубликовано на английском языке как:

„*ECDC AND EMCDDA GUIDANCE Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* – by the European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Stockholm, 2011“.

ISBN 978-92-9193-313-6

doi 10.2900/58565

© Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, 2011

© Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, 2011

Авторские права на перевод на русский язык: Институт развития здоровья, 2012

Издано на средства Государственной стратегии по ВИЧ/СПИДу на 2006–2015 гг.

Воспроизведение перевода запрещено

Таллинн 2012

Содержание настоящего совместного Руководства было разработано Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) при поддержке технической консультационной группы, состоящей из политических деятелей, поставщиков услуг, представителей гражданского общества и специалистов по превентивной медицине со всей территории ЕС/ЕЭЗ (Европейской экономической зоны).

Данное Руководство было составлено Мико Салминеном, Анастасией Фарис и Андреасом Сандгреном из ECDC и Дагмар Хендрик и Лукасом Виссингом из EMCDDA. Текстовый блок «Доступ несовершеннолетних к программам по обмену игл и шприцев» был составлен Анной Тарьян и Робертом Ксак, блок «Увеличение масштаба охвата услугами» - Кристи Рюйтель и блок «Диагностика в месте наблюдения за пациентом» - Энрикке Брумен-Корвенконтю. Ханс Блистад внес существенный вклад в составление раздела по скринингу, тестированию и лечению туберкулеза. Туукка Тамми внес вклад в создание базы доказательных данных для раздела по основным принципам. Дополнительные комментарии были представлены Фродом Форландом, Эрикой Дуффель, Гиедрусом Ликатавичусом, Теймуром Ноори и Маритой ван де Лаар из ECDC и Алессандро Пирона, Марикиой Ферри, Теодорой Грошковой и Роландом Симоном из EMCDDA.

Концепция Руководства и обзора части доказательных данных, касающихся программы обмена игл и шприцев и других услуг была разработана по Контракту ECDC/10/2246 Эвой ван Вельцен и Шэрон Хатчинсон (Университет Стратклайда/Служба здравоохранения Шотландии), Норой Палматиир, Кирсти Рой, Алексом Санчес-Виваром, Дэвидом Гольдбергом (Служба здравоохранения Шотландии); Мэттом Хикманом (Бристольский университет); Аврил Тейлор (Университет Западной Шотландии); Дженнифер Келли и Джоном Кемпбелом (Наркологические услуги, Глазго) и Вивиан Хоуп (Лондонская школа гигиены и тропической медицины). Дополнительный обзор доказательных данных, касающихся лечения наркозависимости был выполнен по контракту EMCDDA № CC.10.RES.011 Джорджи МакАртуром и Мэттом Хикманом (Бристольский университет).

Настоящее Руководство опубликовано также в краткой версии и сопровождается двумя Техническими отчетами: «Доказательные данные по эффективности вмешательств, проводимых в целях профилактики инфекционных заболеваний среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Часть 1: Программы по обмену игл и шприцев и другие вмешательства в целях профилактики гепатита С, ВИЧ и рискованного инъекционного поведения» и «Часть 2: Лечение наркозависимости в целях профилактики гепатита С, ВИЧ и рискованного инъекционного поведения».

Мы хотели бы поблагодарить нижеследующих членов Технической консультационной группы ECDC/EMCDDA за их ценный вклад:

- Энрике Баррос, Национальный координационный совет по СПИДу; Министерство здравоохранения Португалии; Медицинский факультет Университета Порто, Португалия
- Ханс Блистад, Государственный институт здоровья населения Норвегии, Отделение эпидемиологии инфекционных болезней, Норвегия
- Гражина Холевинска, Инфекционная больница, Варшава, Польша
- Ханс Халтмайер, Социальный проект «Verein Wiener Sozialprojekte», Вена, Австрия
- Никлас Карлссон, Национальный Институт контроля за инфекционными заболеваниями, Швеция
- Астрид Ляйхт, Организация «Fixpunkt», Берлин, Германия
- Ксавьер Махо и Рока, Программа по профилактике психоактивных веществ, Департамент здравоохранения, Каталония, Испания
- Луис Мендао, Гражданский форум ЕС
- Виктор Мравчик, Национальный мониторинговый центр по наркотикам и зависимости, Чешская Республика
- Анне Оваска, Организация «A-Clinic Foundation», Финляндия
- Мария Принс, Муниципальная служба здравоохранения Амстердама, Нидерланды
- Кристи Рюйтель, Национальный институт развития здоровья, Отдел профилактики инфекционных заболеваний и наркомании, Эстония
- Иоана Томус, Румынская сеть снижения вреда, Румыния

Содержание

| | |
|--|----|
| Аббревиатуры и список терминов | 5 |
| Резюме..... | 6 |
| Семь рекомендуемых ключевых вмешательств..... | 6 |
| Добейтесь синергии: комбинируйте ключевые вмешательства | 6 |
| Целевая аудитория..... | 7 |
| Руководство по вопросам общественного здравоохранения, основанное на доказательных данных..... | 7 |
| Координация в национальном масштабе | 8 |
| Адаптирование программ к национальным ситуациям..... | 8 |
| Введение | 9 |
| Инфекционные заболевания среди потребителей инъекционных наркотиков..... | 9 |
| Почему это важно? | 12 |
| Цели, задачи и методология | 13 |
| Область применения | 14 |
| Целевая группа специалистов..... | 15 |
| Базовые принципы профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков | 16 |
| Принципы профилактики | 17 |
| Принципы предоставления услуг | 18 |
| Рекомендуемые вмешательства в целях профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков | 20 |
| Составные элементы ключевых вмешательств | 20 |
| Для достижения синергии комбинируйте ключевые вмешательства..... | 21 |
| Разработка и осуществление программ по профилактике и контролю за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков..... | 22 |
| Сотрудничество и координация | 22 |
| Семь рекомендуемых ключевых вмешательств..... | 23 |
| Инъекционное оборудование..... | 23 |
| Вакцинация | 26 |
| Лечение наркозависимости..... | 27 |
| Тестирование..... | 31 |
| Лечение инфекционных заболеваний..... | 34 |
| Целевое оказание услуг | 38 |
| Знание и понимание общегосударственной ситуации | 48 |
| Мониторинг и реакции на использование проблемных наркотиков | 48 |
| Осуществление контроля над инфекциями..... | 49 |
| Мониторинг и оценка программ..... | 50 |
| Постановка целей охвата вмешательствами | 50 |
| Приложение А. Эпидемиология использования инъекционных наркотиков и основные инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в ЕС/ЕЭЗ..... | 52 |
| Употребление инъекционных наркотиков | 52 |
| ВИЧ..... | 52 |
| Гепатит В и С..... | 53 |
| Туберкулез..... | 53 |
| Вирус гепатита А..... | 54 |
| Бактериальные кожные и системные инфекции..... | 54 |

| | |
|--|----|
| Инфекции, передаваемые половым путем | 55 |
| Т-лимфотропный вирус человека II (HTLV-II) | 55 |
| Приложение В. Ключевые вмешательства для предотвращения инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков..... | 56 |
| Приложение С. Дополнительные руководящие материалы и технические принципы | 62 |
| Библиография | 64 |

Аббревиатуры и список терминов

| | |
|---|---|
| ECDC | Европейский центр профилактики и контроля заболеваний |
| EMCDDA | Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании |
| IGRA (Interferon-gamma release assays) | Методы диагностики туберкулезной инфекции, основанные на высвобождении гамма-интерферона лимфоцитами, анализ крови на выявление туберкулеза |
| TB | туберкулез |
| TST | внутрикожная проба с туберкулином |
| UNAIDS | Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ |
| BГА | Вирус гепатита, тип А (HAV) |
| BГВ | Вирус гепатита, тип В (HBV) |
| BГС | Вирус гепатита, тип С (HCV) |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения (WHO) |
| Вторичный обмен шприцев | распределение стерильного инъекционного оборудования одному пользователю услуги, который затем перераспределяет его остальным в своем круге общения. В некоторых средах такое распределение называется «распределение от равных равным» |
| ЕАСТ | Европейская ассоциация свободной торговли (EFTA) |
| Европейское Соседство | Страны-члены ЕС и их географические соседи, страны-кандидаты и потенциальные кандидаты на вступление в ЕС, страны ЕАСТ и ЕЭЗ |
| ЕС | Европейский Союз |
| ЕЭЗ | Европейская экономическая зона (EEA) |
| ИППП | инфекции, передающиеся половым путем (STI) |
| Низкопороговые услуги | Социальные и медицинские услуги, оказываемые потребителям наркотиков; они обычно предлагают место пребывания, консультирование по вопросам здоровья, программы обмена игл и шприцев, направление на лечение наркозависимости, иногда ночлег. Цель низкопорогового подхода - достичь как можно больше и как можно раньше потребителей, практикующих проблемное употребление наркотических средств, и оставаться в контакте с ними для того, чтобы предотвратить ущерб их здоровью, при этом не требуя воздержания. |
| ОЗТ | опиоидная заместительная терапия (OST) |
| ПОШ | программа обмена игл и шприцев (NSP) |
| Проблемное использование наркотиков | использование инъекционных наркотиков, или длительное/регулярное использование опиоидов, кокаина и/или амфетаминов |
| Пропаганда здорового образа жизни | пропаганда здорового образа жизни является процессом предоставления людям возможности повышения контроля над своим здоровьем и улучшения самого здоровья. Пропаганда здорового образа жизни включает в себя не только предоставление информации и поддержки, но также и консультирование по снижению риска. |

Резюме

С момента возникновения эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в середине 1980-х годов многие европейские страны достигли значительного прогресса в реализации мероприятий, основанных на доказательствах, с целью профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями среди этой группы потребителей. В 1990-х годах, страны ЕС начали разрабатывать общую стратегию профилактики, как в области ВИЧ/СПИДа, так и наркотиков и наркотической зависимости, которая включала в себя создание в ЕС организаций в целях мониторинга ситуации с наркотиками (EMCDDA в 1993 г.) и профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями (ECDC в 2005 г.). За два последние десятилетия были расширены и выведены на рабочий уровень мероприятия, направленные на профилактику и лечение. В соответствии с отчетами за 2009 г. более половины оцененной численности потребителей опиоидов получили заместительное лечение, и многие страны ввели в действие программы по обеспечению/обмену игл и шприцев с увеличением охвата потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Данные, полученные от стран с хорошо развитой системой мониторинга, предполагают, что за последнее десятилетие количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, значительно снизилось в большинстве, однако не во всех, странах ЕС.

В Европейском соседстве использование инъекционных наркотиков остается основным фактором уязвимости для приобретения передающихся через кровь и других инфекционных болезней, включая ВИЧ, гепатит В и С, туберкулез, бактериальные инфекции кожи и мягких тканей, а также системных инфекций. Оценка числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, предполагает, что во всех европейских странах имеется значительная по величине группа риска заражения этими инфекциями. Если их игнорировать, такие инфекционные заболевания лягут тяжелым бременем на европейскую систему здравоохранения, приведут к тяжелым индивидуальным страданиям, равно как и к высокой стоимости лечения.

Было продемонстрировано, что прагматичный подход к профилактике общественного здоровья может оказать значительное воздействие на снижение распространения передающихся через кровь и иных инфекций среди потребителей наркотиков. При правильном внедрении профилактика является практически осуществимой и эффективной.

Семь рекомендуемых ключевых вмешательств

Настоящее, основанное на доказательствах, Руководство, разработанное совместно ECDC и EMCDDA, определяет надлежащие практические методы профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями среди ПИН.

На основании самых четких имеющихся доказательств, экспертного мнения и передовой практики, используемой в ЕС/ЕЭЗ, для достижения максимального профилактического эффекта посредством синергии, следует применять и при возможности комбинировать нижеследующие ключевые компоненты вмешательств:

Добейтесь синергии: комбинируйте ключевые вмешательства

Недавние исследования и опыт успешных программ профилактики документируют конкретную практическую пользу от предложения ряда эффективных мероприятий вмешательств в одних и тех же местах их проведения, а также от комбинации вмешательств в соответствии с нуждами потребителя в целях достижения максимального эффекта профилактики инфекционных заболеваний.

Компоненты ключевых вмешательств

1. **Инъекционное оборудование:** Предоставление свободного и законного доступа к чистому оборудованию для инъекций наркотиков, включая бесплатное обеспечение в достаточном объеме стерильными иглами и шприцами, в качестве составной части комбинированных многокомпонентных программ, направленных на снижение вреда, оказание консультационных услуг и лечения.
2. **Вакцинация:** Вакцины от гепатита А и В, столбняка, гриппа, и, в частности, для ВИЧ-позитивных лиц – вакцина для профилактики пневмококковых инфекций.
3. **Лечение наркотической зависимости:** Опиоидная заместительная терапия и другие эффективные формы лечения наркозависимости.
4. **Тестирование:** В плановом порядке с применением информированного согласия должно предлагаться добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ, гепатит С (гепатит В для невакцинированных лиц), а также на другие инфекции, включая туберкулез, с последующим направлением на лечение.
5. **Лечение инфекционных заболеваний:** Предоставление основанного на клинических показаниях антивирусного лечения носителям ВИЧ и вирусных гепатитов В и С. В случаях наличия активного туберкулеза – применять противотуберкулезное лечение. В случае наличия туберкулеза в латентной форме следует рассмотреть профилактическое противотуберкулезное лечение. В случае клинических показаний должно быть предложено лечение от других инфекционных заболеваний.
6. **Пропаганда здорового образа жизни:** Пропаганда здорового образа жизни, с упором на соблюдение большей безопасности в употреблении инъекционных наркотиков, на сексуальное здоровье, предусматривающее использование презервативов, а также на профилактику, тестирование и лечение заболеваний.
7. **Целевое предоставление услуг:** Услуги необходимо комбинировать, организовывать и предоставлять с учетом нужд потребителей, а также местных условий, включающих предоставление услуг через уличных (аутрич) работников и стационарные пункты, предложение лечения от наркотической зависимости, снижение вреда, консультационные услуги и тестирование, а также выдачу направлений на предоставление услуг общемедицинского характера и оказание специализированной медицинской помощи.

Целевая аудитория

Целью данного Руководства является оказание поддержки ответственным за принятие решений лицам в планировании адекватного, доказательного, прагматичного и рационального реагирования общественного здравоохранения для профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков. Оно предназначено для лиц, занимающихся планированием общественного здравоохранения и лиц, ответственных за принятие решений, работающих в области инфекционных заболеваний, общественного здравоохранения, оказания медицинской помощи при проблемах с зависимостью и психических проблемах, социальных услуг и контроля за наркотиками на национальном и региональном уровне.

Настоящее Руководство созвучно с существующими стратегиями ЕС в области контроля за наркотиками и инфекционными заболеваниями, а также преследует цель дать всесторонний обзор имеющихся на настоящий момент сведений в этой области, расширив предшествующую работу с целью включения в нее комбинаций ключевых вмешательств. Оно также опирается на базовые принципы, выведенные из принципов общественного здравоохранения и прав человека, которые должны служить определяющими принципами профилактики и предоставления услуг.

Руководство по вопросам общественного здравоохранения, основанное на доказательных данных

Обзор и оценка результатов исследований, относящихся к данному Руководству, были получены с применением принципов доказательной медицины (ДМ), адаптированных в рамках общественного здравоохранения. При разработке настоящего Руководства был выполнен всесторонний обзор обобщенных научных данных, и результаты были объединены со знаниями специалистов и рекомендациями в отношении пользы и вреда. В разработке ключевых вмешательств, предлагаемых в настоящем документе, были использованы передовые методики, равно как и предпочтения пользователей.

Координация в национальном масштабе

Предпосылкой к эффективному применению ключевых вмешательств является сотрудничество на национальном и местном уровне, а также координация между секторами. Построение согласованности в масштабах страны и взаимно признаваемые конечные цели являются существенно важными, когда речь идет об успешном использовании вмешательств. Задачи должны быть согласованы участниками во всех секторах, в особенности в тех, в которых задействованы потребители инъекционных наркотиков.

Адаптирование программ к национальным ситуациям

Для того, чтобы быть уверенным, что вмешательства лучше служат потребителям инъекционных наркотиков, равно как и предотвращают и контролируют инфекционные болезни, на общегосударственном и административно-территориальном уровне должен производиться достаточно хороший мониторинг проблемы потребления наркотиков и контроля за инфекционными заболеваниями. Предпринимаемые меры должны постоянно отслеживаться и оцениваться с точки зрения ответной реакции, воздействия, соответствия и масштаба охвата. Инвестиции в отвечающие требованиям системы мониторинга потребления наркотиков, так и в системы мониторинга инфекционных заболеваний, являются необходимыми и экономически эффективными.

Фактические данные предполагают, что более высокие уровни охвата программами по обеспечению иглами и шприцами и опиоидное заместительное лечение в пересчете на одного потребителя инъекционных наркотиков являются более эффективными, чем это происходит при более низких уровнях охвата. Цель должна заключаться в том, чтобы предлагаемые услуги соответствовали местным потребностям и спросу. Неудовлетворенная потребность в услугах по обмену игл и шприцев или длительность ожидания лечения наркозависимости указывают на неэффективность профилактики.

Введение

Инфекционные заболевания среди потребителей инъекционных наркотиков

С момента возникновения эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в середине 1980-х годов многие европейские страны достигли значительного прогресса в принятии к действию конструктивных мер с целью профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями среди этой группы. В 1990-х годах, страны ЕС начали разрабатывать общую стратегию профилактики в области ВИЧ/СПИДа, наркотиков и наркозависимости, включающие в себя создание в ЕС организаций, занимающихся мониторингом наркотиков (в 1993 г.) и инфекций (в 2005 г.) (3). В течение последующих десятилетий на рабочий уровень были выведены вмешательства: например, по отчетным данным в 2009 г. опиоидной заместительной терапией было охвачено около 700 000 человек, что составляло более половины оцененного числа потребителей опиоидов. (4). Доля потребителей инъекционных наркотиков среди новых ВИЧ-инфицированных, а также количество инфекций в этой группе существенно снизились во многих странах ЕС. Однако в Европейских странах, находящихся по соседству, употребление инъекционных наркотиков остается основным фактором уязвимости с точки зрения приобретения передаваемых через кровь и других инфекционных заболеваний. Оценка количества потребителей инъекционных наркотиков дает возможность предположить, что в странах Европы имеется значительный по величине контингент риска (5). Стереотипы использования инъекционных наркотиков меняются от региона к региону, при этом инъекции опиоидов преобладают во всех странах, а существенная доля инъекций стимуляторов (главным образом, амфетамина) приходится на северную и восточную часть Европы. Полинаркомания только усложняет такой стереотип использования (5).

Инфекции, которые могут создать для потребителей инъекционных наркотиков повышенный риск:

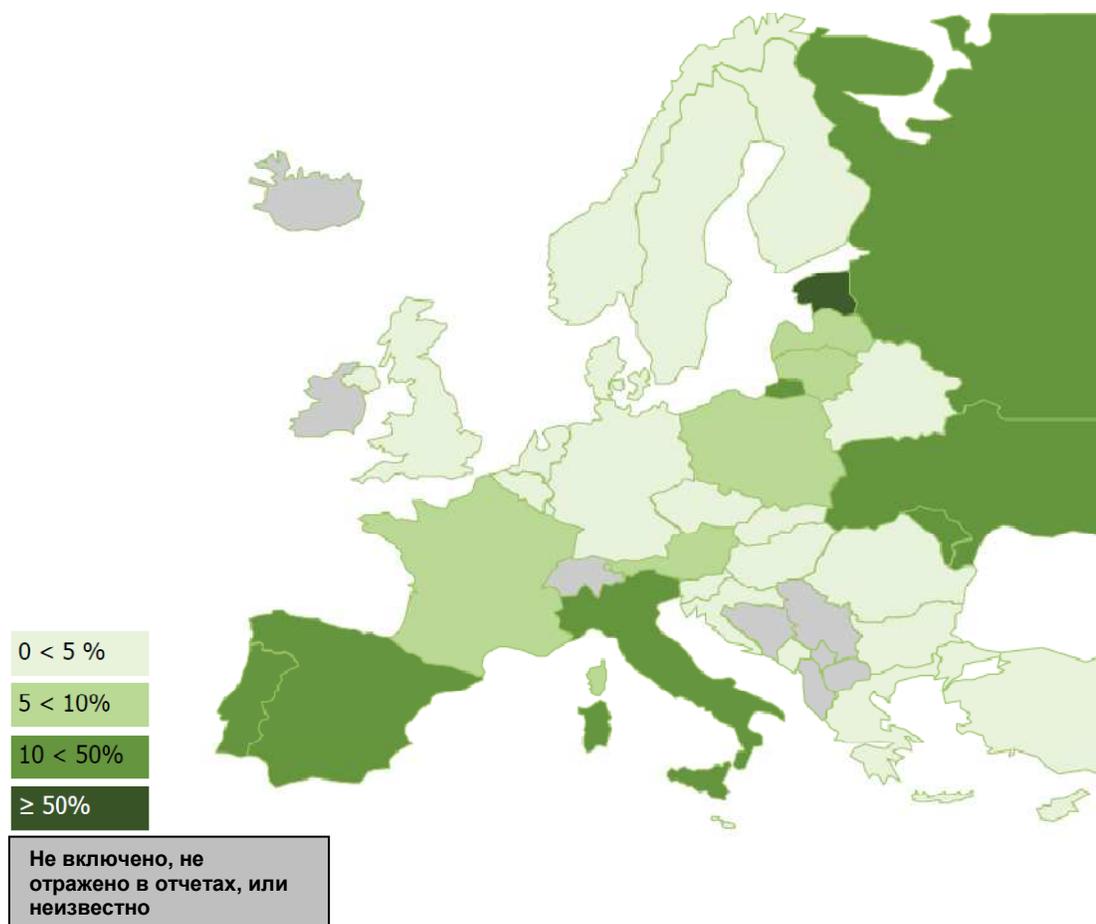
- ВИЧ-инфекция;
- гепатит А;
- гепатит В (ВГВ);
- гепатит С (ВГС);
- гепатит D;
- туберкулез (ТВ);
- инфекции кожи и мягких тканей, вызванные штаммами *Staphylococcus aureus* (включая метициллин-резистентный *Staphylococcus aureus*, MRSA) и стрептококковые инфекции (например, эндокардит, некротизирующий фасцит);
- тяжелый системный сепсис (например, инфекции, вызванные *Clostridium novyi*, *Bacillus anthracis*);
- ИППП – инфекции, передающиеся половым путем, иные, чем ВИЧ-инфекция или гепатит (например, хламидиоз, сифилис или гоноррея);
- респираторные инфекции – такие, как пневмония, дифтерия и грипп;
- раневой ботулизм;
- столбняк;
- инфекции, вызванные Т-лимфотропным вирусом человека (HTLV).

Обычные передаваемые через кровь инфекции в этой группе включают в себя вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус гепатита С (ВГС), и вирус гепатита В (ВГВ). Основной механизм передачи этих инфекций – это совместное использование наркозависимыми инъекционного оборудования, такого как шприцы, иглы, сосуды для смешивания наркотиков и прочие приспособления, используемые для приготовления наркотиков. Помимо распространения инфекций через совместно используемое инъекционное оборудование, имеет место также передача ВИЧ и ВГВ половым путем, как внутри контингента потребителей инъекционных наркотиков, так и от текущих или бывших потребителей инъекционных наркотиков их сексуальным партнерам или клиентам. Поскольку все вышеупомянутые вирусные инфекции легко передаются через совместно используемое инъекционное оборудование, риски передачи отличаются. По сравнению с инфекцией ВИЧ, инфекция гепатита С характеризуется относительно высокой концентрацией вируса в крови, не только в течение первичной фазы инфицирования, но также у тех, кто становится хронически инфицированным. Предполагается, что это приводит к более высокой скорости распространения ВГС в тех случаях, когда инфицированные и неинфицированные лица совместно используют иглы, шприцы и другое оборудование для приготовления наркотиков. В кругах наркозависимых распространенность гепатита С

обычно превышает распространенность ВИЧ, и среди ПИН эпидемии гепатита С часто предшествуют эпидемиям ВИЧ. Более высокий риск передачи инфекции может также объяснить, почему распространение ВГС труднее ограничить посредством применения одиночных вмешательств, и почему для снижения распространения ВГС среди населения может потребоваться более высокий охват вмешательством.

В то время как бóльшая часть последних имеющихся данных выполненного в Европе мониторинга предполагает, что за последнее десятилетие частота ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков существенно упала и продолжает снижаться, имеется четкое различие по регионам Европы (6). Многие государства - члены ЕС в 1980-х и 1990-х годах пережили крупные вспышки ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в то время как в большинстве стран восточной Европы, включая некоторые страны - члены ЕС, основные вспышки произошли в начале 2000 годов. Это привело к установлению высокой степени распространенности ВИЧ среди активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков в нескольких странах ЕС. Некоторые страны восточной Европы, граничащие с ЕС, были затронуты особенно сильно в связи с быстрым распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Некоторые страны ЕС, равно как и страны, находящиеся по соседству, сообщают о высокой степени распространенности коинфицированности ВИЧ и туберкулезом среди потребителей инъекционных наркотиков.

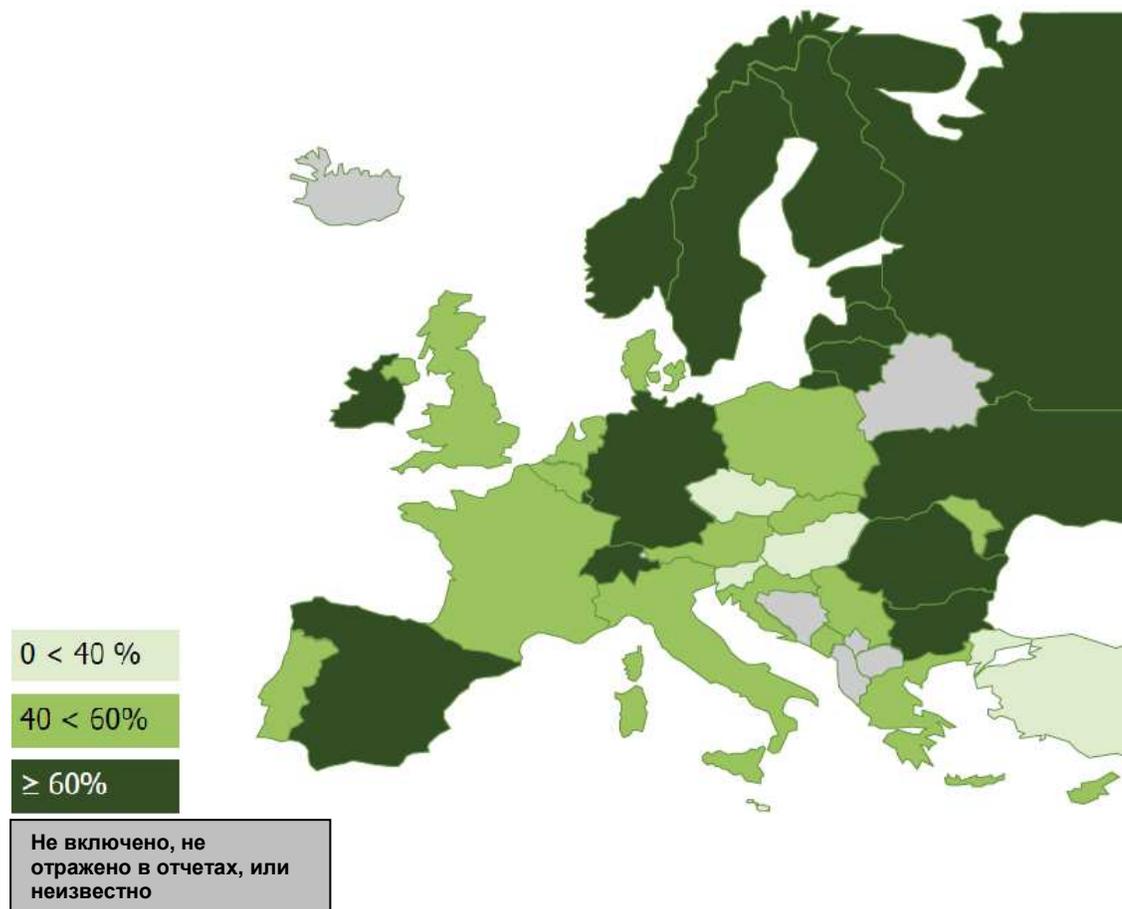
Рис 1: Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков; Европа, 2008–2009



Источник: EMCDDA и национальные центральные пункты европейской системы данных о наркотиках и наркомании Reitox (страны EMCDDA: ЕС, Хорватия, Турция и Норвегия); Матерс и др./Mathers et al., Lancet 2008 (другие страны). Цветом обозначена срединная точка национальных данных, или, при их отсутствии, местных данных. Данные по странам EMCDDA, главным образом, относятся к периоду 2008–2009. При отсутствии данных за период 2008–2009, были использованы более старые данные. Данные EMCDDA субнациональны для Хорватии, Нидерландов, Турции, Швеции, Соединенного королевства (Великобритании и Северной Ирландии), Бельгии, Болгарии, Литвы, Франции, Эстонии, Ирландии; для стран, не входящих в EMCDDA, такая информация отсутствует.

Вирусные инфекции гепатита В и гепатита С характерны для активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков, и наиболее часто встречающимся фактором риска в Европе, особенно в случае гепатита С, является использование инъекционных наркотиков в анамнезе. Временные рамки распространения гепатита С среди этого контингента менее изучены, но этот вирус, скорее всего, предшествовал ВИЧ несколькими десятилетиями ранее. Данные европейского мониторинга по распространению новых инфекций плохо стандартизированы, что затрудняет определение тенденций по региону (7). Однако, целевые исследования частоты заболеваний выявили высокий уровень распространенности и доказательства наличия частых вспышек почти во всех исследуемых регионах (5,8-9). Что более важно, имеется прямая связь между продолжительностью использования инъекционных наркотиков и инфицированием гепатитом С (10). Коинфекция более, чем одним типом гепатита, или коинфекция ВИЧ и гепатитом С во многих частях Европы становятся проблемами, развивающимися по нарастающей. (1).

Рис 2: Распространенность антител вируса гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков; Европа, 2008–2009



Источник: EMCDDA и национальные центры европейской системы данных о наркотиках и наркомании Reitox (страны EMCDDA: ЕС, Хорватия, Турция и Норвегия); Nelson et al./Нельсон и др., Lancet 2011; Региональный Европейский Офис INRA (Международной ассоциации снижения вреда), EHRN (Евразийская сеть снижения вреда) и региональный Европейский офис ВОЗ (остальные страны). Цветом обозначена срединная точка национальных данных, или, при их отсутствии, местных данных. Данные по странам EMCDDA, главным образом, относятся к периоду 2008–2009. При отсутствии данных за период 2008–2009, были использованы более старые данные. Данные EMCDDA субнациональны для Турции, Соединенного королевства (Великобритании и Северной Ирландии), Франции, Словакии, Нидерландов, Бельгии, Польши, Болгарии, Испании, Швеции, Ирландии, Латвии, Германии, Литвы, Румынии, Эстонии. Для стран, не входящих в EMCDDA, такая информация отсутствует.

В дополнение к распространению инфекций ВИЧ и гепатитов В и С, как было продемонстрировано, инфекции, вызванные Т-лимфотропным вирусом человека II типа (HTLV-II) распространяются среди ПИН уже с 1970-х годов (11). Имеются отчеты о вспышках гепатита А на территории ЕС в группах ПИН, хотя отделение инъекционного риска от других факторов риска – таких, как плохая инъекционная гигиена, является спорным. (12–15).

Люди, практикующие инъекции наркотиков, особенно те, кто находится в неблагоприятном социальном положении, не только уязвимы к инфекциям, вызываемым вирусами, передающимися через кровь, но также и к другим инфекциям. Перечень некоторых из этих инфекций приводится в текстовом блоке, расположенном на стр. 8 (16), а дополнительная информация по эпидемиологии этих заболеваний представлена в Приложении А. Сюда отнесены загрязненные бактериями раны, инфицированные участки инъекции, системные инфекции, инфекции, передаваемые половым путем, а также респираторные инфекции - такие, как туберкулез. Сообщалось о случаях столбняка среди потребителей инъекционных наркотиков. В некоторых случаях лица с инъекциями наркотиков в анамнезе составляют около половины зарегистрированных случаев столбняка (17). Вспышки столбняка были задокументированы среди контингента наркозависимых, в особенности среди лиц, которые сообщали о подкожных инъекциях героина и в анамнезе не имели или имели только частичную иммунизацию. (18–19).

Распространение инфекций, связанных с использованием инъекционных наркотиков, на протяжении последнего десятилетия в некоторых странах Европы находилось под контролем, и уровень распространенности инфекций продолжает снижаться (8). Это, скорее всего, было вызвано комбинацией изменения поведения контингента потребителей с ростом профилактических услуг, а также с лечением болезней и вакцинацией. Несмотря на эти позитивные сдвиги, для иллюзий нет места, поскольку инфекции, передаваемые через кровь, могут распространяться очень быстро среди потребителей инъекционных наркотиков, если только не осуществлять постоянный контроль возникающих при инъекциях рисков инфицирования. В некоторых исследованиях всплеск ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков было задокументировано распространение ВИЧ-инфекции на ранних стадиях почти в геометрической прогрессии, и быстрое достижение высоких уровней ее распространения (20–21). Аналогичная ситуация была продемонстрирована относительно гепатита С, где комбинация низкой инфицирующей дозы, повышенной длительности выживания вируса вне пределов организма и постоянной высокой концентрации вируса в крови при хронических инфекциях может в результате привести к очень быстрому развитию высокого уровня распространения инфекции среди ПИН.

Несмотря на успехи в снижении уровня распространения болезней в некоторых регионах ЕС, имеющиеся оценки четко показывают, что инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков пока еще не предотвращены с полной эффективностью во всех Европейских странах, находящихся по соседству. Хотя эти инфекции и поддаются профилактике, они продолжают составлять основное бремя болезней в Европе и причинять сильные страдания на персональном уровне.

Почему это важно?

Основной мотивацией для профилактики инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков является тот факт, что при правильном осуществлении профилактика возможна и эффективна. Зависимость от запрещенных наркотиков является медицинским показанием, которое на основании норм общественного здравоохранения и этики требует введения в действие эффективных мероприятий в целях профилактики заболевания и минимизации того вреда, который приносит наркотическая зависимость. Эффективные меры профилактики инфекций существуют, но они либо не предлагаются, либо являются недоступными для значительной части лиц, которые в них нуждаются.

С точки зрения общественного здравоохранения, субконтингенты с высоким уровнем инфекций как напрямую, так и косвенно обременяют общество, и профилактика инфекций может минимизировать эти расходы. Во-первых, прямая заболеваемость вследствие тяжелых форм хронических инфекций влечет за собой высокую стоимость лечения инфицированных лиц и ухода за ними. Во-вторых, потеря продуктивности у лиц, в значительной степени пораженных болезнью, повышает социальные затраты. В-третьих, высокая распространенность болезни среди наркопотребителей может повысить риск увеличения распространенности заболевания среди более широких слоев населения, особенно, если широкая распространенность заболевания продолжается длительное время.

И наконец, отсутствие противодействия каким-либо последствиям конкретной формы сильной наркотической зависимости, которых можно было избежать, может быть интерпретировано как безразличие к обещанию ЕС содействовать социальной справедливости и защите, обязательства в отношении которых были

провозглашены в международных конвенциях, в частности, в Хартии фундаментальных прав Евросоюза, а также в Лиссабонском договоре (22–23).

В то время как искоренение использования запрещенных наркотиков или инъекций наркотиков, в принципе, было бы хорошим вмешательством в целях профилактики инфекционных болезней, мировой опыт показывает, что это недостижимо лишь путем применения одних только мероприятий по охране здоровья. Строгие меры борьбы с наркотиками не достигли успеха в полном искоренении рисков и вреда, связанных с запрещенными наркотиками. Наоборот, в процессе выяснения того, что основным поводом для беспокойства, об общественном здоровье была оценка продолжающейся на протяжении целого века попыток UNODC (Управления ООН по наркотикам и преступности) международного контроля за наркотиками. Эта оценка позволила выяснить, что система борьбы с наркотиками и ее применение имеют несколько непредвиденных последствий, включая недостаток инвестиций в преодоление вреда, наносимого общественному здоровью. Использование наркотиков зависит, главным образом, от других социальных факторов (обзор которых находится за рамками данного Руководства), в то время как стереотипы использования наркотиков в существенной мере зависят от субкультур наркозависимых и экономических реалий, на которые трудно оказать какое-либо влияние. Однако опыт и фактические данные показали, что при использовании прагматичного подхода, который направлен на непосредственные риски, связанные с процедурой инъекций, а также на ограничение таких рисков и который вводит в действие мероприятия, помогающие остановить или снизить употребление инъекционных наркотиков, может сильно повлиять на снижение распространения инфекций, передаваемых через кровь, среди потребителей инъекционных наркотиков.

Цели, задачи и методология

Настоящее Руководство, основанное на данных доказательной медицины, предназначено для информирования о разработках, мониторинге и оценке национальных стратегий и программ в странах ЕС и в Европейском Соседстве с целью предотвращения и лечения инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков. Данное Руководство находится в соответствии с действующими в ЕС стратегиями в области наркотиков и инфекционных заболеваний (24–27).

Данное Руководство основано на формировании базовых принципов, описанных в отдельном разделе ниже.

Было установлено семь ключевых вмешательств в целях снижения и профилактики инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков в Европе. Они основаны на наиболее четких имеющихся научных данных, объединенных с мнением специалистов и с продолжительным и хорошо задокументированным опытом поставщиков услуг и предпочтениях пользователей услуг.

В двух Технических отчетах ECDC/EMCDDA приводится обзор базы доказательных данных, стоящих за рекомендованными в настоящем документе вмешательствами: «Доказательные данные по эффективности вмешательств, проводимых в целях профилактики инфекционных заболеваний среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Часть 1: Программы по обмену игл и шприцев и другие вмешательства в целях профилактики гепатита С, ВИЧ и рискованного инъекционного поведения» и «Часть 2: Лечение наркозависимости в целях профилактики гепатита С, ВИЧ и рискованного инъекционного поведения».

База доказательных данных

В процессе составления настоящего Руководства с применением высоко стандартизированного метода «обзора обзоров»¹ была выполнена последовательная оценка обзоров доказательных данных, охватывающих большое количество первичных исследований по рассматриваемым ключевым вмешательствам.¹ Результаты исследований были сопоставлены при помощи наиболее авторитетных научно-обоснованных данных, и выводы в отношении их эффективности были сделаны на основе синтеза результатов в контексте моделирования исследования, количества случаев заболевания, включенных в исследования, и количества исследований, в которых были получены одинаковые результаты – тех факторов, которые определяли силу доказательных данных. Полученные в результате такого «обзора обзоров» доказательные данные высшего уровня были скомбинированы с самыми последними результатами первичных исследований, еще не отраженных в обзорных документах. Первичные исследования были использованы также тогда, когда не

¹ Методология «обзор обзоров» (Келли (Kelly) и др., 2002) в большей степени сводит вместе доказательные данные из опубликованных обзоров, чем идет по пути систематического поиска первичной литературы. Методология «обзор обзоров» включает в себя систематический поиск литературы – опубликованных обзоров; идентификацию относящихся к данному вопросу систематических, мета-аналитических и представленных в виде описаний обзоров; и синтез выявленных фактов.

имелось выполненных на базе стандартизованного анализа обзоров эффективности вмешательств. Детальное описание методологии, использованной для идентификации и отбора обзоров и первичных исследований, а также результатов приведено в двух технических отчетах, сопровождающих данное Руководство.

Однако в области общественного здравоохранения иногда невозможно получить тот тип уровней веских доказательных данных, который может быть получен на основании таких экспериментальных исследований, как рандомизированные клинические исследования (RCTs). Некоторые вмешательства со стороны общественного здравоохранения - по этическим причинам – не могут тестироваться экспериментальным путем (путем использования их в одной группе и утаивания их от другой группы). Кроме того, контроль факторов, искажающих результаты, в условиях реальной жизни оказался бы очень сложным и потребовал бы чрезмерно дорогих планов клинического исследования. Еще одним препятствием к идентификации статистически важных позитивных или негативных результатов вмешательств в данной области является низкая частота возникновения соответствующего результата, поэтому, прежде, чем можно будет сделать какой-либо вывод, исследование должно охватить очень длительный период, чтобы накопить значительное количество относящихся к исследуемому вопросу событий. (28).

Не обязательно, чтобы взаимосвязь между доказательными данными и рекомендациями была прямолинейной: высококачественные доказательные данные не всегда приводят к эффективным рекомендациям, а эффективные рекомендации могут возникать из доказательных данных низкого качества. В тех случаях, когда доказательные данные обзорного уровня по вмешательствам не позволяли сделать окончательный вывод или когда наблюдался заметный недостаток доказательных данных по вмешательствам, в настоящем Руководстве вывод делался на основании рекомендации экспертов в отношении потенциальной пользы и вреда некоторых вмешательств, взглядов на наилучшие практики профилактических услуг в ЕС, а также исследований по вопросам оценки предпочтений пользователей. Хотя экспертное мнение считается более слабым уровнем доказательных данных, существуют условия, при которых экспертная группа может придать большую силу рекомендациям в отсутствие доказательных данных успешного исследования. Примерами являются восполнение потери жидкости у госпитализированных больных или использование одеял с целью избежать потери тепла у травматологических больных - вмешательства, которые не основаны на сильной базе доказательных данных, полученных на основании научно-исследовательских работ, но которые все-таки настоятельно рекомендуются. Дополнительная информация по обоснованиям, стоящим за каждым рекомендованным вмешательством, приведена в Приложении В.

Область применения

Настоящее Руководство основано на предшествующих попытках, предпринятых в области профилактики инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, в частности, на работах, выполненных ВОЗ, UNAIDS, и UNODC (Управлением ООН по борьбе с наркоманией и преступностью); помимо этого, во внимание были приняты многочисленные национальные руководящие материалы и рекомендации (см. Приложение С). Настоящее Руководство делает попытку дать всесторонний обзор наилучших знаний в данной области, имеющихся на данный момент, путем расширения предшествующих работ с целью включения в них комбинаций ключевых вмешательств. Его цель – обеспечить тщательный синтез, который присущ не только ЕС, но также и Европейским странам, находящимся по соседству. В настоящем Руководстве приводятся ссылки на литературные и интернет-источники, в которых дается дополнительная углубленная информация и описание технических аспектов реализации (Приложение С).

Настоящее Руководство фокусируется, главным образом, на вмешательствах и профилактических мероприятиях, которые направлены на непосредственное снижение рисков. Основные рассмотренные инфекции – это ВИЧ, гепатит В, гепатит С и туберкулез (ТВ). Некоторые другие инфекции, которые для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, могут представлять более существенный риск – такие, как инфекции кожи и мягких тканей, гепатит А, ИППП, обсуждаются, но менее детально. Руководство рассматривает такие вопросы, как знание и понимание, риски, сопряженные с приготовлением наркотиков и инъекциями, совместное использование инъекционного оборудования, вакцинация, заместительная терапия и иные формы лечения наркозависимости с целью снижения частоты инъекций и повышения приверженности лечению. В нем также предложены эффективные способы организации соответствующих услуг.

Потребители инъекционных наркотиков, рассматриваемые в настоящем Руководстве, включают лиц, практикующих инъекции опиоидов и стимуляторов. В то время, как настоящее руководство сфокусировано на этом «традиционном» контингенте, употребляющем инъекционные наркотики, предлагаемые вмешательства могут также быть отнесены к новым или появляющимся группам потребителей инъекционных наркотиков,

практикующих, например, инъекции таких допинговых препаратов, как анаболические стероиды. Наблюдения, проведенные в некоторых странах, предполагают, что последняя группа потребителей инъекционных наркотиков может потребовать дальнейшего мониторинга. Многие вмешательства, обсуждаемые в настоящем документе, скорее всего пойдут на пользу потребителям проблемных наркотиков, не практикующим инъекции, хотя в настоящем Руководстве эта группа наркозависимых не является целевой группой.

В данном Руководстве не приводится исчерпывающего обсуждения использования антивирусной терапии в качестве профилактики на уровне населения, но четко разъясняется, что такая терапия должна равным образом иметься в наличии и быть доступной и потребителям инъекционных наркотиков. В недавно опубликованной работе высказано мнение, что положительные эффекты (снижение передачи инфекций) могут оказаться значительными, создавая дополнительную сильную мотивацию для лечения активных наркозависимых от инфекций ВИЧ и гепатита. Имеются данные, демонстрирующие полезные эффекты профилактического лечения ТВ у лиц, инфицированных латентным ТВ, в снижении распространенности и заболеваемости ТВ на уровне населения. Как следствие, лечение инфекций включено в данное Руководство в качестве одного из ключевых вмешательств.

Назначение настоящего Руководства – обратиться к нуждам взрослых потребителей инъекционных наркотиков. Несовершеннолетние и молодежь находятся за рамками данного документа. Тем не менее, признается, что в некоторых группах несовершеннолетние и молодежь составляют существенную долю потребителей инъекционных наркотиков. Обращение к нуждам несовершеннолетних и молодежи потребовало бы услуг, разработанных с учетом конкретных особенностей и подходящих для возраста (см. текстовый блок, стр. 39).

С точки зрения профилактики, очень важно защитить от хронических заболеваний, передаваемых через кровь, и ТВ самые молодые субпопуляции потребителей инъекционных наркотиков. Поэтому, установление возрастных ограничений к доступу к услугам не считается полезным и может стать даже контр-продуктивным, поскольку такие ограничения имеют тенденцию повышать риски для лиц моложе официального совершеннолетнего возраста.

Настоящее Руководство по профилактике инфекций, главным образом, нацелено на поставщиков услуг в условиях населенного пункта. Однако Руководство также применимо и для условий тюремного заключения.

В соответствии с принципом «равенства в обеспечении услуг» заключенные имеют право без дискриминации на доступ к услугам здравоохранения, имеющимся в стране. Предполагается, что тюремные службы здравоохранения должны обеспечивать лечение лиц, связанных с употреблением наркотиков, в условиях, сопоставимых с условиями, предлагаемыми за пределами тюрьмы (29–30).

Заключенные с анамнезом использования инъекционных наркотиков часто имеют многочисленные и сложные потребности в медицинской помощи, требующие специализированной медицинской помощи и мультидисциплинарного подхода. Лица, недавно вышедшие из мест заключения, представляют важную целевую группу с точки зрения профилактики инфекционных заболеваний, и должны приниматься в расчет при планировании государственных стратегий профилактики (31). Аналогичным образом следует учитывать нужды лиц, поступающих в тюрьму (32).

Целевая группа специалистов

Целью данного Руководства является оказание поддержки лицам, ответственным за принятие решений, работающим в области инфекционных болезней, общественного здравоохранения, наркотической зависимости, психического здоровья, социальных услуг и борьбы с наркотиками. Его задача – помочь государствам-членам ЕС и государствам-кандидатам (и потенциальным кандидатам) в планировании адекватных, основанных на доказательных данных и рационально спланированных реакций общественного здравоохранения на использование инъекционных наркотиков.

В данном Руководстве приводится передовой опыт ЕС в области профилактики и контроля за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков. Надеемся, что страны-партнеры ЕС смогут найти данное Руководство полезным и своевременным.

Данное Руководство не представлено на уровне деталей, предписывающих технические аспекты реализации программ, и адаптивное изменение вариантов предлагаемых вмешательств и профилактики к местным и государственным условиям должно производиться по усмотрению служб, реализующих проект. Несмотря на это, Руководство может представлять интерес для руководителей местных служб, поскольку его цель – дать всеобъемлющий перечень и объяснение всех компонентов, которые должны быть частью системного подхода к профилактике основных инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков.

Базовые принципы профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков

Приведенные в данном разделе базовые принципы основаны на фундаментальных принципах общественного здравоохранения, оказания услуг, этики индивидуального и общественного здравоохранения, в совокупности со значительным опытом, накопленным в области реализации данных услуг.

Они были разработаны ECDC и EMCDDA при поддержке и одобрении Технической консультационной группы ECDC/EMCDDA. Настоящие базовые принципы были разработаны с учетом принципов общественного здравоохранения и прав человека и берут свое начало от разработок, зародившихся в 1980-х годах в Великобритании и Нидерландах («Модель Мёрси снижения вреда», популяционная модель оказания услуг)(33–34). Основной акцент в них сделан на потребителях инъекционных наркотиков, и их цель заключается в снижении негативных последствий использования наркотиков (35–36). Эти базовые принципы следует рассматривать как основу эффективных ключевых вмешательств, как то представлено в настоящем Руководстве. При разработке услуг планируемые вмешательства должны соответствовать базовым принципам.

В настоящем руководстве базовые принципы представлены двумя разделами: «принципами профилактики» и «принципами предоставления услуг».

Рис 3: Базовые принципы профилактики инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков



Принципы профилактики

Настоящее Руководство основано на четырех простых принципах: на прагматичном подходе к пропаганде здорового образа жизни, на учете прав пациентов, базирующихся на основных принципах этики, на намерении достичь целей, поставленных перед общественным здравоохранением, а также на комбинации научных данных и опыта, накопленного специалистами. Руководство не исходит из предположения, что воздержание или полный отказ от наркотиков являются конечной целью любых связанных с наркотиками стратегий общественного здравоохранения (33, 35, 37–38). С другой стороны, никоим образом нельзя сказать, что настоящее Руководство является несовместимым с системой полного воздержания или однозначно исключает такую систему. В нем не обсуждается стратегия борьбы с наркотиками, но оно ограничивается обращением к непосредственному вреду для индивидуума и общества, наносимому инфекциями в среде потребителей инъекционных наркотиков. Предлагаемые в настоящем Руководстве ключевые вмешательства было бы трудно применить эффективно, если бы они не были построены на нижеследующих принципах профилактики:

«Прагматичный подход к пропаганде здорового образа жизни» в контексте данного Руководства означает, что вместо того, чтобы исходить из иерархии целей в рамках полного комплекса относящихся к наркотикам стратегий, данное Руководство – и мероприятия в нем обсуждаемые, в первую очередь, направлены на проблему распространения инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, а также на то, каким образом можно было бы сдержать высокий риск инфекций в такой группе. Поэтому такой подход не дает априорных допущений по условиям, относящимся к реализации превентивных мер, но говорит в пользу их независимой ценности для здоровья индивидуума и общественного здоровья. Неупотребление наркотиков не должно являться условием для получения помощи с целью профилактики инфекций. Вместо жесткого подхода, в котором цель предотвращения использования наркотиков отодвигает на задний план другие цели, прагматичный подход признает, что любая польза для здоровья имеет свою собственную ценность и стоит того, чтобы стремиться к ее получению, даже в том случае, если в данный момент нельзя незамедлительно заняться основной проблемой употребления наркотиков (37). Может случиться так, что не все наркозависимые смогут освободиться от зависимости, однако можно предотвратить рискованные инъекционные практики и распространение болезней.

«Перспектива прав пациента» в контексте данного Руководства означает, что для мер, предпринимаемых в целях профилактики и вмешательства, должен строго соблюдаться принцип использования прав пациента. Меры профилактики должны разрабатываться, во-первых, на основании индивидуальных потребностей пациента, и к нуждам поставщика услуг или к социальным нуждам следует обращаться только после того, как были удовлетворены нужды пациента. Кроме того, все мероприятия предоставляются пациенту на добровольной основе и при этом не могут быть использованы никакие элементы принуждения или обязательности. Далее, доступ к профилактике рассматривается как право личности, а не льгота. И, наконец, профилактические меры должны всегда приносить пользу пациенту, а не только обществу (35, 39).

«Цели общественного здравоохранения» в контексте данного Руководства означают, что, хотя польза, принесенная применением методов вмешательства, должна, в первую очередь, учитывать потребности индивидуума, комплексный подход должен всегда быть нацелен на достижение пользы как для общества, так и для индивидуума. Методы вмешательства должны включать в себя профилактику дальнейшего распространения инфекционных заболеваний, снижение общих расходов на здравоохранение и социальных расходов, повышение продуктивности и снижение смертности и заболеваемости в целевых группах, включая в себя профилактику употребления наркотиков, всякий раз, когда это совместимо с первоочередными задачами. (40).

«Руководство основано на научных доказательных данных и опыте специалистов» означает, что данное руководство базируется на научных доказательствах, когда дело касается существования целевых исследований по обсуждаемым вопросам. Для некоторых рекомендованных мер эти исследования, демонстрирующие их эффективность, не выполнялись либо по причине сложности требований к их разработке, либо вследствие этических проблем, сопряженных с проведением таких исследований (41–42). В некоторых случаях наилучшие имеющиеся доказательные данные взяты из опубликованных экологических или описательных исследований, или были использованы, исходя из накопленного опыта и рекомендаций технических экспертов, участвующих в составлении данного Руководства. Некоторые мероприятия в Руководстве рекомендованы потому, что их применение является логичным и считается, что они принесут индивидууму пользу, не причиняя неоправданного риска, т.е. применение этих мер имеет смысл с точки зрения прагматизма.

Принципы предоставления услуг

В дополнение к принципам профилактики, обсуждаемым выше, при реализации превентивных мер, описанных в настоящем руководстве, необходимо придерживаться следующих базовых принципов, выведенных из необходимости при оказании услуг учитывать интересы пациента (43). Без применения этих базовых принципов будет трудно эффективно применять описанные в этом Руководстве ключевые вмешательства:

- Обеспечить конфиденциальность.
- Добиться доступности услуги.
- Создать дружелюбную для потребителя атмосферу.
- Вступить в диалог с потребителями и способствовать привлечению к работе наркозависимых по принципу «равный - равному».
- Принять практический подход к предоставлению услуг.
- Воздерживаться от идеологических и моральных суждений.
- Сохранять реалистичную иерархию целей.

Для профилактики инфекционных заболеваний очень важно добиться доверия со стороны получателя услуг. Поскольку использование наркотиков, равно, как и хранение запрещенных наркотиков, во многих странах возведено в разряд противозаконных действий, потребители неохотно называют свое имя даже профессионалам в области здравоохранения из-за страха, что оно станет известным органам правопорядка или иным ведомствам (44–45). Этот страх необходимо преодолеть так, чтобы получателей данных услуг можно было заинтересовать услугами здравоохранения. Требование предъявить удостоверяющий личность документ, что часто является стандартной практикой при предоставлении медицинских услуг, оттолкнет многих наркозависимых от получения услуг.

Обеспечить конфиденциальность. Первый базовый принцип означает, что необходимо предоставить возможность доступа к профилактической услуге анонимно, или таким образом, который обеспечивал бы полную конфиденциальность, как это выглядит с точки зрения пациента. Невыполнение такого подхода предотвратит или ограничит использование потребителем предлагаемых услуг, и, посредством этого, возможность прийти к компромиссу в отношении каких-либо эффектов «коллективного иммунитета», который стимулирует профилактику на уровне населения (46–47). В целях обеспечения конфиденциальности необходимо, чтобы весь персонал прошел тренинг по предоставлению конфиденциальных услуг. Для обеспечения некоторых услуг – таких, как тестирование, вакцинация и иногда лечение наркозависимости, может потребоваться строго конфиденциальная схема идентификации, которая обычно бывает приемлема для пользователей данных услуг. Были разработаны принципы, позволяющие осуществить мониторинг оказания услуг с приемлемыми уровнями точности, не поступаясь анонимностью и конфиденциальностью. (48)².

Добиться доступности услуги. Второй базовый принцип обеспечивает легкодоступность услуг для потребителей инъекционных наркотиков, а также достижение низкого порога для доступа к этим услугам. Это означает, что услуги должны предлагаться в месте нахождения пользователей, или в таком месте, куда им легко добраться. Необходимо, чтобы услуги были доступны в различное время суток. (46, 49–52). Услуги должны удовлетворять требования и иметь возможность определять масштаб - так, чтобы все, в чем имеется необходимость, могло быть предложено посредством соответствующих услуг, отвечающих потребностям и достаточности (20, 53).

Создать дружелюбную для потребителя атмосферу. Третьим базовым принципом в предоставлении услуг является необходимость поддерживать дружелюбную по отношению к потребителю атмосферу. Интуитивно, этот принцип может показаться само собой разумеющимся, но его реализация является ключевым элементом, определяющим, примет ли пациент услугу или нет. Дружелюбная по отношению к получателю услуг атмосфера означает, что к нему обращаются с достоинством и истинным желанием помочь, вне зависимости от его внешнего вида или социального статуса. Это также означает проявление уважения к пожеланиям пользователя услуг, и отсутствие принудительного навязывания услуг (50, 52). Это не означает, что получатели услуг могут вести себя, как им заблагорассудится, в особенности, если их поведение создает беспокойство или опасность для других людей. Напротив, поставщики услуг должны разработать и разъяснить четкие правила поведения в пунктах предоставления услуг. Для большинства услуг не допустимо осуществлять в пунктах торговлю запрещенными наркотиками, производить финансовые сделки или делать инъекции наркотиков, и нарушение этих правил может привести к временному лишению получения услуг (43). Многие потребители страдают не только от наркотической зависимости, но и от психических расстройств (54).

² В среде оказания услуг, было разработано множество подходов к решению этого вопроса, включая использование прозвищ, анонимных идентификационных карт, или кодов, позволяющих отследить использование услуги при максимальном повышении конфиденциальности.

Такие потребители часто находятся в наиболее неблагоприятном социальном положении и под особенно высоким риском инфекционных заболеваний. К таким получателям услуг нельзя приклеивать ярлык «слишком трудные» или «слишком проблемные», и службам надо совершенствовать пути работы с ними с использованием гуманного и уважительного отношения.

Вступите в диалог с потребителями и способствуйте привлечению к работе наркозависимых по принципу «равный - равному». Ведение диалога и активное привлечение к работе получателей услуг должно стать неотъемлемой частью предлагаемых услуг. Активное выслушивание клиентов и отклик на изменяющиеся потребности при сотрудничестве с потребителями помогают поддерживать актуальность услуг (55). Ритуалы выполнения инъекций и привычки часто передаются от более опытных наркозависимых к новичкам (56). Вторичный обмен шприцев, когда шприцы распределяются от одного потребителя к другому по сети потребителей, является общепринятой практикой (48, 57–58). Профессионалы в области профилактики должны быть в курсе современных стереотипов употребления наркотиков, и потребителям наркотиков необходимо понять те риски, которые употребление наркотиков представляет для их здоровья. Поставщики услуг могут также организовать тренинг по снижению риска и пропаганде здорового образа жизни для активных получателей услуг и посоветовать участникам распространить полученную информацию. Это не только улучшит полезность услуг, но и поддержит самооценку ПИН (59–60). Опыт показывает, что вовлечение активных потребителей в профилактическую работу создает позитивное влияние на членов своего круга, поскольку клиенты перенимают друг от друга более безопасные способы употребления наркотиков (61–63). Основная задача, стоящая перед поставщиками услуг - признать и стать сторонником сотрудничества с потребителями.

Принять практический подход к предоставлению услуг. Пятый базовый принцип также учитывает точку зрения получателя услуг: услуги строятся с нулевого уровня по нарастающей на основании текущих потребностей и в целях заполнения тех пробелов в профилактических услугах, которые создают риски получения инфекций, а также удовлетворения потребностей потребителей в медицинской помощи (64). Он также означает признание того факта, что, даже если нельзя немедленно разрешить все вопросы, связанные с вредом наркотиков, каждое вмешательство имеет ценность пока оно отвечает какой-нибудь истинной потребности (43). Такой подход отличается от идеологического подхода или подхода «сверху-вниз», когда поставленные цели могут находиться настолько высоко, что они остаются недостижимыми для индивидуального потребителя, поставщика услуг и лиц, разрабатывающих стратегию.

Воздержаться от идеологического или морального суждения. Шестой базовый принцип признает, что услуги оказываются активным потребителям наркотиков, и что судить или критиковать само использование наркотиков с моральной или идеологической точки зрения не является целесообразным (65–66). Вместо этого, к тому выбору, который делают потребители, надо относиться с уважением, даже в случае несогласия с ним, и оказывающий услуги персонал необходимо активно обучать выражению такого уважения (67). Это не означает, что не следует предлагать направление на лечение от наркотической зависимости. Наоборот, порог в таком случае должен быть низким, и информация о всех способах доступа должна быть доступной во всех пунктах, часто посещаемых наркозависимыми получателями услуг (43, 53, 68).

Сохранить реалистичную иерархию целей. Заключительный базовый принцип настаивает на том, чтобы краткосрочные цели ставились так, чтобы их можно было реально достичь. Такой подход поможет разработать задачи для предоставления услуг (43). Установка целей профилактики на слишком высокий уровень часто не отражает реальности и может привести к ненужному разочарованию и неправильным заключениям в отношении результата вмешательств (69). Базовая иерархия целей услуг может варьироваться в соответствии с местными потребностями и ситуациями, но она должна включать такие цели, как достижение большинства групп потребителей, установление доверия с получателями услуг, ответную реакцию на практические нужды потребителей, снижение непосредственного риска инфекционных заболеваний и увеличение объема услуг с течением времени.

Доминирующие цели профилактики болезней – такие, как защита от вспышек и снижение частоты заболеваний и распространенности болезней должны устанавливаться на уровне программ; они также должны корректироваться в зависимости от текущей ситуации и реалистичности поставленных в них задач. (53). Обычно такие цели не являются целесообразными в качестве показателей воздействия, и их следует использовать только при установлении контрольных показателей на общегосударственном уровне в том случае, если имеется хороший охват целевого контингента и всеобъемлющий пакет услуг. Важно признать что, в особенности, если распространенность хронических инфекций достигла высокого уровня, необходимо принять долгосрочную концепцию профилактики, поскольку улучшение индикаторов заболеваемости с течением времени будет медленным. Услуги необходимо будет сводить к определенному масштабу - в сторону увеличения, и потребуются достаточно долгое время, прежде, чем результаты станут измеримыми (См. раздел «Постановка целей для охвата вмешательствами», стр. 50).

Рекомендуемые вмешательства в целях профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков

Составные элементы, перечисленные в данной главе, рекомендуется включить в общегосударственные комплексные программы, целью которых является эффективное предотвращение и снижение инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков.

Составные элементы ключевых вмешательств

На основании самых четких доказательных данных, экспертного мнения и передовых методов, используемых на территории ЕС/ЕЭЗ, для достижения максимального профилактического эффекта путем синергии необходимо применять нижеследующие составные элементы ключевых вмешательств.

- **Инъекционное оборудование:** Предоставление свободного и законного доступа к чистому оборудованию для инъекций наркотиков³, включая бесплатное обеспечение в достаточном объеме стерильными иглами и шприцами, в качестве составной части комбинированных многокомпонентных программ, направленных на снижение вреда, оказание консультационных услуг и лечения.
- **Вакцинация:** Вакцины от гепатита А и В, столбняка, гриппа, и, в частности для ВИЧ-позитивных лиц – вакцина для профилактики пневмококковых инфекций.
- **Лечение наркотической зависимости:** Опиоидная заместительная терапия и другие эффективные формы лечения наркотической зависимости.
- **Тестирование:** В плановом порядке с применением информированного согласия лица должно предлагаться добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ, гепатит С (гепатит В для невакцинированных лиц), а также на другие инфекции, включая туберкулез, связанное с направлением на лечение.
- **Лечение инфекционных заболеваний:** Предоставление носителям ВИЧ-, гепатита В или С антивирусного лечения, основанного на клинических показаниях. В случаях наличия активного туберкулеза – применять противотуберкулезное лечение, при наличии туберкулеза в латентной форме следует рассмотреть профилактическое противотуберкулезное лечение. При наличии клинических показаний должно быть предложено лечение от других инфекционных заболеваний.
- **Пропаганда здорового образа жизни:** Пропаганда здорового образа жизни, с упором на соблюдение большей безопасности при употреблении инъекционных наркотиков, на сексуальное поведение, предусматривающее использование презервативов, а также на профилактику, тестирование и лечение заболеваний.
- **Целевое предоставление услуг:** Услуги необходимо организовывать и предоставлять с учетом нужд получателей этих услуг, а также местных условий, включающих предоставление услуг через аутрич-работников и стационарные пункты, предложение лечения от наркотической зависимости, снижение вреда, консультационные услуги и тестирование, а также выдача направлений на предоставление услуг общемедицинского характера и оказание специализированной медицинской помощи.

³ Помимо игл и шприцев оборудование для инъекций наркотиков включает ложечки/контейнеры для подогревания или смешивания наркотиков, фильтры, подкисляющие вещества, стерильная вода, сухие или пропитанные спиртом тампоны/салфетки. Для более детальной информации см. текстовый блок на стр. 24.

Для достижения синергии комбинируйте ключевые вмешательства

Совокупный эффект от многосторонних вмешательств показывает значительно более низкую частоту инфицирования ВГС и ВИЧ; существенно ниже было также количество случаев рискованного инъекционного поведения, зафиксированное респондентами в опроснике (70–72).

Комбинированные вмешательства

Для достижения синергии необходимо комбинировать вмешательства там, где это только возможно. Имеющиеся доказательные данные позволяют высказать предположение о том, что максимальное снижение уровня ВИЧ, гепатита В и гепатита С, а также рискованного поведения, сопряженного с инъекциями наркотиков, может быть достигнуто как за счет реализации программ по обмену игл и шприцев с высоким уровнем охвата, так и за счет опиоидной заместительной терапии. Предложение дополнительных услуг – таких, как лечение заболеваний и вакцинация в комбинации с программами по обмену игл и шприцев и лечением наркотической зависимости, по всей вероятности, позволит еще в большей степени предотвратить распространение болезней среди потребителей инъекционных наркотиков.

В то время, как имеется значительное количество доказательств положительного эффекта, получаемому при комбинировании опиоидной заместительной терапии и обеспечению наркозависимых иглами и шприцами, не вызывает сомнений то, что другие вмешательства, которые, как показал опыт, приносят пользу, также дадут синергидный профилактический эффект, будучи реализованными в комбинации с другими вмешательствами. Приверженность к лечению таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ-инфекция, как известно, повышается, при комбинировании с лечением от наркотической зависимости (1-2). Некоторые из эффектов предоставления комбинированных услуг могут быть прямыми, в то время как другие эффекты могут быть косвенными, проявляясь через привлечение и подключение пользователей к услугам, что улучшает досягаемость услуг и повышает охват.

Усиленное сотрудничество между секторами является ключевым моментом в качестве предпосылки к предоставлению услуг и для обеспечения реализации всех этих семи ключевых вмешательств. Этот аспект будет обсуждаться более подробно в приведенных ниже разделах.

Разработка и осуществление программ по профилактике и контролю за инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков

Эффективное осуществление ключевых вмешательств может быть реализовано только посредством сотрудничества на общегосударственном и местном уровне и координации между секторами.

Сотрудничество и координация

Для эффективного предотвращения распространения болезни необходимо достижение общегосударственного консенсуса и взаимно признаваемых задач, согласованных по всем секторам лицами, работающими с потребителями инъекционных наркотиков. Лица, занятые в секторах, связанных с контролем за инфекционными заболеваниями, наркологией, психиатрией, социальными услугами, правоохранительной деятельностью, органами юстиции, а также службами борьбы с наркотиками, равно как и тюремными службами, имеют государственное значение и должны быть вовлечены в этот процесс и активно в нем участвовать. Кроме того, уместно включить в координацию местные органы власти, группы граждан, ассоциации наркозависимых, а также многие другие неправительственные или гражданские организации.

Употребление наркотиков остается преступлением или правонарушением в большинстве стран Европы. Поэтому при разработке программ следует учитывать не только вопросы здравоохранения, но необходимо принимать в расчет и вопросы правопорядка.

Аналогичным образом, на лицах, употребляющих инъекционные наркотики, часто отражаются социальные проблемы и психические заболевания, что усиливает проблему координации ответной реакции на воздействие. Поскольку некоторые услуги придется оказывать посредством выдачи направлений, необходимо будет установить и поддерживать связи со службами здравоохранения и социальными службами.

Для достижения действенных результатов профилактики необходима поддержка от каждого из лиц, участвующих в программе. Например, необходимо установить сотрудничество со службами правопорядка для того, чтобы разъяснить, что обеспечение оборудования для инъекций наркотиков является мероприятием, имеющим отношение к общественному здравоохранению, а также для того, чтобы обеспечить невмешательство органов правопорядка в операции, проходящие в рамках программ по обеспечению/обмену шприцев, или в работу аутрич-сотрудников. Рейды органов правопорядка, проводимые вблизи пунктов услуг, по сути дела, подрывают любой шанс достижения задач профилактических услуг, отпугивая потенциальных получателей таких услуг. Стратегия охраны правопорядка, как правило, определяется централизованно, и строгий иерархический стиль подчинения, общепринятый во многих странах, препятствует какому-либо отклонению от местных установок. Это необходимо учесть, и соглашения о сотрудничестве, заключенные на высшем уровне, в большинстве ситуаций могут способствовать сотрудничеству на местном уровне.

Поэтому необходимо заручиться поддержкой в осуществлении профилактической деятельности не только от местных участников программы и административных органов здравоохранения, но и от всех соответствующих ведомств исполнительной власти, включая органы правопорядка. Это часто требует заключения соглашений на высшем уровне, или, по меньшей мере, уважения тех целей, которые преследуют данные услуги, о чем также четко сообщается ниже - на уровень участников программы или поставщиков услуг.

Важно также сотрудничество с местными органами власти. Местные жители, боясь негативного воздействия на местную окружающую среду и руководствуясь принципом «хорошо, но только не у нас», часто выступают против организации объектов обслуживания в своих районах. Поэтому местным участникам программы необходимо сильное лидерство и контакт с местной общественностью в комбинации с четким обоснованием задокументированных преимуществ для местного сообщества – таких, как уменьшение количества выброшенного инъекционного оборудования. (73).

Семь рекомендуемых ключевых вмешательств

Инъекционное оборудование

Рекомендуемое вмешательство

Предоставление свободного и законного доступа к чистому оборудованию для инъекций наркотиков, включая бесплатное обеспечение в достаточном объеме стерильными иглами и шприцами, в качестве элемента комбинированного многокомпонентного подхода, осуществляемого посредством снижения вреда, оказания консультационных услуг и лечения.

Основным фактором риска при заражении инфекциями, передаваемыми через кровь, является совместное пользование иглами, шприцами и иным оборудованием для приготовления и инъекций наркотиков. Даже среди тех наркозависимых, которые сообщали о себе, что они никогда не пользуются общими иглами и шприцами, общепринята практика совместного использования такого оборудования для приготовления наркотиков, как контейнеры для перемешивания, вода для растворения наркотиков или фильтры, что может привести к передаче вирусного гепатита С или бактериальных инфекций (74–75) (см. текстовый блок о распространении инфекции через оборудование для приготовления наркотиков, стр. 16). Имеются также доказательства того, что потребители инъекционных наркотиков страдают осложненными инфекциями кожи, вен и крови вследствие практикуемых ими нестерильных инъекций. (17). Имеются отчеты об увеличении количества инъекций рецептурных лекарственных средств, когда в ходе приготовления таблетка размельчается до порошкообразного состояния, что увеличивает риск пульмонарной эмболии или эндокардита (76–78). Некоторые подкисляющие вещества домашнего приготовления, используемые для того, чтобы добиться растворимости некоторых наркотических средств, переносят грибок, который при инъекциях может вызвать инфекционный эндокардит сердца или глазную инфекцию, называемую грибковый эндофтальмит (candidal endophthalmitis), которая может привести к слепоте (79).

Взвешенное решение: На основании существующих данных, экспертного мнения и безопасной практики инъекций (80), лучший способ минимизировать распространение ВИЧ и гепатита С среди лиц, продолжающих использовать инъекционные наркотики, - это обеспечить их стерильными иглами и шприцами, а также другим чистым инъекционным оборудованием (ложками/посудой для смешивания и нагревания наркотиков, фильтрами, водой для инъекций, подкисляющими веществами, а также сухими и пропитанными спиртом тампонами/салфетками) для каждой инъекции и в достаточном количестве. Идеально, если такое обеспечение будет бесплатным и будет организовано с использованием такого способа распределения, который будет приемлем и легко доступен для потребителей.

Практические аспекты: В то время, как в некоторых организациях требуют возврата использованных игл и шприцев в обмен на новые, такая стратегия может быть контрпродуктивной и действовать как препятствие к получению и использованию стерильного инъекционного оборудования. Для того, чтобы достичь цели профилактики инфекционных заболеваний, следует способствовать легкому доступу к иглам и шприцам, а возврат игл и шприцев следует приветствовать, но не требовать в абсолютном порядке для того, чтобы получить новые. Необходимо тщательно рассмотреть возможность риска получения ран при неосторожном обращении с иглами по их пути на свалку, а также для персонала ПОШ. Для обеспечения безопасной транспортировки и размещения инъекционного оборудования на свалке, рекомендуется обеспечить наличие проколостойких контейнеров для сбора и возврата инъекционного оборудования. В некоторых организациях также успешно используют другие стратегии – такие, как расположенные по месту нахождения сообществ пункты безопасной утилизации или сбор инъекционного оборудования по домам. Для гарантии того, что наличие при себе инъекционного оборудования не будет использовано для ареста потребителей наркотиков вблизи пунктов ПОШ, крайне важно обеспечить координацию между службами обмена шприцев и игл и полицией.

Получатели услуг обычно выражают свои предпочтения относительно типа шприцев и размера игл; эти варианты меняются в зависимости от среды и подгруппы потребителей. Такие предпочтения следует внимательно рассматривать с тем, чтобы максимально увеличить спрос на услугу. В некоторых случаях, например, предоставляются шприцы с выдвижной иглой, в которых после использования игла убирается в цилиндр шприца, что предотвращает повторное использование. Однако в ряде случаев получатели услуги нашли такие шприцы неприемлемыми, что привело к ограничению спроса на услугу. Основным критерием для решений в отношении типа и разнообразия предлагаемых шприцев и игл должно быть дружелюбие по

отношению к потребителю, приемлемость и содействие в повышении спроса на услугу. Следует также принимать во внимание мнения и предпочтения получателей услуг относительно оборудования, используемого для приготовления наркотиков, а также относительно типа и размера проколостойких контейнеров для хранения использованных игл и шприцев, поскольку такие предпочтения будут также меняться в зависимости от подгруппы потребителей.

Из систематических обзоров имеются доказательные данные о том, что по сообщению самих наркозависимых обеспечение иглами и шприцами приводит к значительному снижению рискованного инъекционного поведения. (81). Имеются также доказательные данные о том, что программы обмена игл и шприцев могут снизить уровень распространения ВИЧ (81–82). В связи с ограничениями, связанными с методологией, более трудным оказалось достоверно изучить связь между обеспечением оборудования для приготовления наркотиков – такого, как посуда для смешивания наркотиков, стерильная вода и ватные фильтры, и снижением числа случаев ВГС или ВИЧ инфекций (83). Однако вирус гепатита С можно было выделить из 67% салфеток/тампонов, 40% фильтров, 33% проб воды, и 25% ложек, которые использовались носителями гепатита С для приготовления наркотиков для инъекций (84).

Имеются эпидемиологические данные первичных исследований о том, что совместное использование оборудования для приготовления наркотиков, в частности, посуды для приготовления наркотиков («кукерсов»), связано с передачей ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, не использующих общие иглы или шприцы (75, 85).

Распространение инфекционных заболеваний через оборудование для приготовления наркотиков

Вода: Вода используется для растворения наркотиков перед их инъекцией, а также для ополаскивания и промывки иглы и шприца после инъекции. Для этих целей потребители могут использовать общий источник воды, что потенциально ставит их под риск заражения вирусами, передаваемым через кровь, которыми может быть загрязнена вода.

Ложки: Ложки или так называемые «кукерсы» (например, Stéricups®) используются для растворения и нагревания таких наркотиков, как героин, до того, как сделать инъекцию или смешать измельченные таблетки с водой. Потребители могут использовать общие ложки для приготовления наркотиков и контактировать с повторно использованной или загрязненной водой, вирусы или бактерии, передаваемые через кровь, могут также распространяться через фильтры.

Подкисляющие вещества: Подкисляющие вещества используются для того, чтобы сделать нерастворимые наркотики – такие, как коричневый героин, или крек, растворимыми. Некоторые подкисляющие вещества могут приводить к бактериальной или вирусной инфекции. Инфекций можно избежать, если лицам, использующим инъекционные нерастворимые наркотики, предоставляются одноразовые пакеты-саше с подкисляющими веществами – такими, как аскорбиновая кислота.

Фильтры: Во избежание попадания в кровотоки крупных частиц, растворенные наркотики втягиваются в шприц через фильтр. Использование фильтра при инъекциях в вену важно, поскольку он может предотвратить образование сгустков крови или эмболию. Однако совместное использование фильтров может привести к распространению вирусов, передаваемых через кровь. Имеется тенденция использовать фильтры повторно, потому что считается, что они содержат остатки наркотиков, однако разработаны новые, растворяющиеся после использования фильтры промышленного производства, которые позволяют свести к минимуму впитывание наркотика.

Пропитанные спиртом и сухие салфетки, тампоны: Для очистки места инъекции используются пропитанные спиртом салфетки. Чистые сухие тампоны, салфетки могут использоваться после инъекции с целью остановки кровотечения, поскольку салфетки, пропитанные спиртом, увеличивают время кровотечения.

Для снижения совместного или повторного использования и минимизации потенциального риска распространения вирусов и бактерий, передаваемых через кровь, рекомендуется обеспечить потребителей водой, ложками, подкисляющими веществами и фильтрами, а также пропитанными спиртом салфетками и сухими тампонами.

Полученных в ходе исследований убедительных доказательств не хватает для того, чтобы установить, насколько эффективным является предоставление оборудования для приготовления наркотиков – такого, как

стерилизованная вода, ложки/кукеры, фильтры или пропитанные спиртом салфетки для снижения инфицированности ВИЧ и ВГС. В одном из первичных исследований сделано предположение о существовании взаимосвязи между совместным использованием оборудования для приготовления и инъекций наркотиков и наличием ВИЧ-положительного статуса, о котором сообщили сами наркозависимые (86). Имеется также риск бактериальных инфекций кожи вследствие повторного использования оборудования для приготовления наркотиков или практикуемого несоблюдения инъекционной гигиены (17). Однако имеются доказательные данные о том, что предоставление такого оборудования снижает рискованное инъекционное поведение (87–88) и действует в качестве стимула для привлечения и удержания получателей такой услуги (89). Обеспечение потребителей инъекционных наркотиков саше с лимонной кислотой в одной из организаций Великобритании, как оказалось, было хорошо принято получателями услуг и помогло привлечь клиентов к услугам по замене игл и шприцев (90).

Стерильные иглы и шприцы, равно, как и чистое инъекционное оборудование, следует предоставлять наряду с информационными сообщениями по пропаганде здорового образа жизни, соответствующих услуг по лечению наркозависимости, а также информацией о признаках осложнений инфекций мягких тканей или кожи (дополнительную информацию по информации о пропаганде здорового образа жизни для потребителей инъекционных наркотиков см. текстовый блок по пропаганде здорового образа жизни на стр. 36). Следует уделять внимание предоставлению информации о безопасных способах инъекций, в которой подчеркивается, что каждая игла и шприц, равно, как и каждый элемент оборудования, используемого для приготовления или инъекций наркотиков (кукеры, посуда для смешивания, ватные фильтры, вода) должны быть одноразовыми и никогда не использоваться совместно с другими потребителями инъекционных наркотиков. Целесообразным может оказаться рассмотрение возможности обеспечения привлекательного неинъекционного оборудования - такого, как фольга для потребителей героина или желатиновых капсул для потребителей амфетамина, что сделало бы более привлекательными неинъекционные способы применения наркотиков (91–92).

Информация по пропаганде здорового образа жизни должна акцентировать необходимость мытья рук чистой водой и мылом, а также необходимость очистки участка инъекции пропитанной спиртом салфеткой (или чистой водой и мылом) перед инъекцией. Следует рекомендовать, чтобы сразу после инъекции участок инъекции прикрывался сухим ватным тампоном, а не тампоном, пропитанным спиртом. Необходимо давать информацию о ранних симптомах кожных инфекций или абсцессов и флебитов, и необходимо содействовать тому, чтобы потребители, у которых появились такие симптомы, обращались за медицинской помощью как можно раньше.

Несмотря на настоятельную рекомендацию о том, что иглы и шприцы, равно как и оборудование для приготовления наркотиков нельзя использовать совместно или повторно, существуют данные, что в некоторых группах такое повторное использование действительно имеет место, причем часто непреднамеренно. Первой ответной реакцией на повторное использование должно стать увеличение наличия и доступности игл, шприцев и оборудования для приготовления наркотиков, таким образом, чтобы для каждой инъекции можно было использовать новый комплект. Если это невозможно, имеются два способа помощи потребителям инъекционных наркотиков, позволяющие минимизировать вред, наносимый повторным использованием игл и шприцев. Во-первых, шприцы, поступающие с номерными или цветовыми кодами, стикерами-наклейками или любой другой системой идентификации, могут помочь в создании системы маркировки, позволяющей минимизировать случайное совместное использование шприцев. Во-вторых, хотя использование для дезинфекции инъекционного оборудования хлорсодержащего отбеливателя вызывает противоречивые мнения, его применение можно было бы рассмотреть в тех случаях, когда известно, что имеет место повторное использование. Хотя в лабораторных условиях была продемонстрирована эффективность хлорсодержащего отбеливателя для инактивации ВИЧ (93), нет достаточных доказательных данных по его эффективности для инъекционной практики, поскольку для достижения эффективности необходимо строгое выполнение установленных процедур дезинфекции. Предоставление отбеливателя может стать альтернативой «второй линии» к обеспечению стерильного инъекционного оборудования, но предоставление стерильного инъекционного оборудования является гораздо более предпочтительным вариантом.

Вакцинация

Рекомендуемое вмешательство

Иммунизация вакцинами от гепатита А и В, столбняка, гриппа, и, в частности, для ВИЧ-инфицированных лиц - пневмококковой вакциной.

Взвешенное решение: На основании существующих доказательных данных, вакцинация находится среди самых эффективных имеющихся профилактических вмешательств. В большинстве ситуаций для людей, практикующих инъекции наркотиков, существует повышенный риск приобретения гепатита В, гепатита А и бактериальной инфекции - столбняка. Для лиц, инфицированных гепатитом С (против которого на данный момент не существует никакой вакцины), и которые также имеют коинфекцию гепатита А или В, характерно ускоренное течение гепатита С и гораздо более высокая заболеваемость/частота осложнений. В зависимости от образа жизни, возраста или наличия ВИЧ-инфекции, некоторые потребители инъекционных наркотиков имеют более высокий риск заболевания гриппом или развития пневмонии. Однако эффективные вакцины могут предотвратить каждую из этих инфекций (94).

Практические аспекты: Вакцинация от гепатита В теперь включена в плановые программы детских прививок в большинстве стран-членов ЕС, однако, поскольку эта стратегия была начата в 1990-х годах, некоторые взрослые, практикующие инъекции наркотиков, не были вакцинированы в детстве. Хотя в 18 из 29 стран ЕС/ЕЭЗ имеются программы вакцинации против гепатита В для взрослых потребителей инъекционных наркотиков, такая вакцинация не всегда предоставляется бесплатно (8, 95).

В связи с тем, что некоторые контингенты потребителей инъекционных наркотиков являются «труднодосягаемыми» для вакцинации путем применения традиционных методов, имеется уникальная возможность предоставить плановые или одноразовые услуги по вакцинации через фиксированные пункты или мобильные службы, обслуживающие потребителей инъекционных наркотиков. Существуют доказательные данные, что принятие наркозависимыми услуги вакцинации улучшается, когда вакцинация интегрирована с другими услугами (96). Вакцинация потребителей инъекционных наркотиков, как было выяснено, является экономически целесообразной, когда она осуществляется совместно с программами обмена игл и шприцев; были получены обнадеживающие результаты исследования по ситуационному управлению, которое, как было выявлено, позволило удвоить процент охвата вакцинацией против гепатита В (97–98). Кроме того, аутрич-программы могут эффективно повлиять на получение повторных доз вакцин, в то время, как программы вакцинации, предлагаемые в тюремных условиях или в стационарных реабилитационных центрах для наркозависимых могут помочь охватить тех, кто находится в тюрьме или проходит лечение от наркозависимости, включая потребителей инъекционных наркотиков.

Вакцинация от гепатита В, как правило, проводится тремя отдельными инъекциями, которые вводятся курсом в течение 6-ти месячного периода, однако возможен и ускоренный график прививки. Хотя, вероятно, будет трудно обеспечить возвращение клиента для получения второй и третьей дозы вакцины, в случае, если клиент обратился за первой дозой, вакцинацию проводить все-таки стоит, поскольку даже одна доза вакцины от гепатита В может обеспечить частичный иммунитет (99). Следует заметить, что информация о статусе вакцинации, предоставленная самими потребителями инъекционных наркотиков, часто оказывается неточной по сравнению с их фактическим серологическим статусом (100). Тестирование сыворотки на маркеры гепатита В при первичном обращении за услугой поможет выявить тех лиц, которые дали неверную информацию в отношении вакцинации от гепатита В. Кроме того, доля лиц с низкой иммунологической реактивностью или с отсутствием иммунологической реактивности среди потребителей инъекционных наркотиков выше, чем среди обычного населения (101).

В связи с возможностью высокого риска вспышек гепатита А среди потребителей инъекционных наркотиков предполагается, что проведение комбинированной вакцинации против гепатита А и В позволит наилучшим способом предотвратить обе инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (102–103). Это особенно важно для лиц, инфицированных гепатитом С.

Во всех странах Европы вакцинация от столбняка проводится как часть детских программ иммунизации, но как правило, во взрослом возрасте каждые пять-десять лет вводится повторная доза. Статус вакцинации от столбняка следует проверять у потребителей инъекционных наркотиков, и если статус вакцинации неизвестен, следует предлагать ревакцинацию, особенно тем, у кого участок инъекций инфицирован. Часто производится комбинированная вакцинация от столбняка - дифтерии, и такой подход рекомендуется, поскольку дифтерия, хотя и редка в Европе, имеет высокий процент летальности.

И наконец, рекомендуется обеспечить сезонную вакцинацию от гриппа и пневмококковой инфекции (в особенности, если пациент ВИЧ-инфицирован и/или его возраст превышает 50 лет) с целью минимизации риска гриппа или пневмококковой инфекции (более детальную информацию см. (16)).

Важно заметить, что вакцинация против ТВ с использованием вакцинации бациллой Кальметта-Герена, БЦЖ (BCG) обычно рекомендуется только для детей младшего возраста, живущих в регионах с высокой эндемичностью ТВ и для детей младшего возраста и школьников, находящихся под особым риском подверженности ТВ, проживающие на территориях, на которых заболеваемость ТВ низка. Имеются ограниченные данные об использовании БЦЖ для взрослых пациентов, и она противопоказана лицам с ослабленным иммунитетом, например, в случае симптоматической ВИЧ-инфекции (104).

Лечение наркозависимости

Рекомендуемое вмешательство

Опиоидная заместительная терапия и другие формы эффективного лечения наркозависимости.

Лечение наркозависимости представляет собой важный элемент комплексной ответной реакции с целью предотвращения вреда, сопряженного с наркозависимостью (27, 105–106). Во многих странах Европы лечение наркозависимости занимает основное место среди серии вмешательств, направленных на предотвращение распространения инфекционных заболеваний, связанных с наркоманией (54). Она также играет роль в повышении приверженности к лечению инфекционных заболеваний у лиц, употребляющих наркотики (1–2, 107–108). Лечение наркозависимости включает в себя серию медицинских (включая фармакологические), психологических, социальных и поведенческих стратегий, направленных на прекращение или снижение использования наркотиков и инъекций, и может осуществляться в условиях поликлиник или стационаров. Психосоциальные терапевтические методы могут варьироваться, начиная от индивидуальных консультаций и мотивационного интервьюирования и заканчивая более структурированными вмешательствами, предусматривающими психологическое лечение с учетом потребностей и ситуации конкретного пациента. Важными методами, применяемыми в настоящее время, являются методы когнитивной и поведенческой терапии, проводимой с целью повлиять на когнитивную способность и вызвать потерю навыков внуженного поведения, связанного с употреблением наркотиков, а также различные комбинации этих методов. Психосоциальные вмешательства могут использоваться по отдельности или совместно с медикаментозным лечением.

Медикаментозное поддерживающее лечение опиоидной зависимости включает в себя продолжительное использование рецептурных опиоидных препаратов, которые предотвращают симптомы абстиненции и уменьшают ломку, таким образом позволяя потребителю вести более стабильную жизнь; снижают использование запрещенного героина, рискованное поведение и преступную деятельность, а также улучшают состояние здоровья, самочувствие и качество жизни (68). Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) часто предоставляется в комбинации с психосоциальным лечением и дальнейшими услугами, предусматривающими оказание поддержки (109–112).

Для детоксикационного лечения также могут быть использованы антагонисты опиоидов. Однако во избежание высокой частоты рецидивов, детоксикацию в условиях стационаров в большей мере следует интегрировать с другими вариантами лечения, чем применять как отдельную услугу (111).

Эффективность опиоидной заместительной терапии

Данные исследования результатов лечения и контролируемые клинические исследования продемонстрировали эффективность заместительного лечения метадоном и другими препаратами при лечении зависимости от героина и других опиоидов. В отношении воздействия ОЗТ на уровень инфекционной заболеваемости, равно, как и на рискованное инъекционное поведение, имеется обширная база доказательных данных, полученных из обзоров (81, 108–111, 113–118).

Что касается рискованного поведения, в трех основных обзорах было приведено множество исследовательских работ с четкими планами исследований, в которых представлены доказательства, свидетельствующие об эффективности ОЗТ в изменении рискованного поведения на более безопасное (108, 115, 118). Во всех трех обзорах было сделано заключение о том, что ОЗТ была связана, по мнению самих наркозависимых, со снижением частоты заболеваний и количества инъекций, а также с уменьшением совместного использования инъекционного оборудования и снижением количества баллов по шкале оценки рискованного поведения.

В ходе оценки доказательств эффективности ОЗТ в снижении передачи ВИЧ, те же обзоры с закономерностью выявили достаточное количество доказательных фактов, позволяющих сделать заключение о том, что применение ОЗТ в привычной социальной среде является эффективной мерой снижения серологической конверсии к ВИЧ, в особенности среди наркозависимых, находящихся на длительном лечении и при применении соответствующей дозировки.

Найти доказательства влияния ОЗТ на снижение распространенности ВГС было труднее. В значительной степени это объясняется тем фактом, что ВГС намного легче передается при инъекциях, и, вероятно, при ⁴совместном использовании инъекционного оборудования⁴, а также гораздо более высоким исходным уровнем распространенности этого заболевания среди потребителей инъекционных наркотиков в Европе, формируя резервуар инфекции, представляющий риск. Однако последние данные, полученные в ходе проводимых по территориальному принципу когортных исследований заболеваемости гепатитом С получателей ОЗТ совместно с мета-анализом исследований, проводившихся в Великобритании, (70–71,119–121) предполагают сильное положительное влияние ОЗТ на предотвращение инфекций ВГС. Эти исследования указывают на большую результативность лечения у тех, кто получал длительную ОЗТ, по сравнению с теми, у кого была прерванная ОЗТ; на защитный эффект метадоновой терапии в отношении первичных⁵ и вторичных⁶ инфекций ВИЧ и ВГС; и на дозозависимые эффекты ОЗТ, при этом те, кто проходил терапию, имели более низкий коэффициент заболеваемости ВГС.

Ряд рандомизированных контролируемых клинических испытаний, проведенных в течение последних 15 лет, обеспечил доказательные данные об эффективности заместительной терапии у устойчивых к лечению зависимых от героина лиц (НАТ) с длительным стажем наркозависимости, не отвечающих на стандартное лечение. Результаты показывают, что при сравнении с классической или оптимизированной ОЗТ, устойчивые к лечению пациенты при применении НАТ показывают сходный или более высокий уровень удержания на лечении, по большей части, отход от преступной деятельности (такой как совершение корыстных преступлений с целью финансирования продолжающегося использования уличного героина и других уличных наркотиков), а также достигают значительного снижения в степени употребления уличного героина, что сохранялось в течение продолжительного времени (122).

Взвешенное решение: на основании веских доказательств, полученных из множества успешных исследований и обзоров, равно как и на основании экспертного мнения, лечение от наркозависимости должно иметься в наличии и быть доступным, в частности, ОЗТ для потребителей опиоидов. Психосоциальная терапия повышает эффективность ОЗТ, когда она используется в комбинации, является основным вариантом лечения для потребителей стимуляторов, и рекомендуется на основании экспертного мнения.

Комбинированные подходы повышают эффект воздействия ОЗТ на инфекционные заболевания

Исследование соблюдения режима терапии, завершения лечения, исхода лечения абстиненции при последующем врачебном наблюдении подтверждают, что эффективность ОЗТ может быть повышена в случае одновременного применения психосоциальных методов (123). В рандомизированном контролируемом клиническом исследовании влияния вмешательств, направленных на коррекцию поведения, на заболеваемость ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков в Великобритании (124), проводилось сравнение комбинации профилактического консультирования и ОЗТ с применением одной лишь ОЗТ. Результаты продемонстрировали более низкий уровень сероконверсии ВГС в группе наркозависимых, к которым применялись оба типа вмешательств.

Недавние исследования указывают на важность комбинирования опиоидной заместительной терапии с дальнейшими мерами по снижению вреда для снижения частоты инфекционных заболеваний, включая передачу ВГС. Амстердамское когортное исследование (71) выявило, что полное участие как в поддерживающей метадоновой терапии, так и в программе по обмену игл и шприцев на протяжении периода

⁴ Инфекция гепатита С характеризуется сравнительно высокими концентрациями вируса в кровотоке не только во время первичной фазы инфекции, но также у тех лиц, у которых развилась хроническая инфекция (по сравнению с инфекцией ВИЧ). Это может привести к более высокой скорости распространения заболевания, поскольку минимальная инфекционная доза, скорее всего, часто превышает в ситуации совместного использования инъекционного оборудования инфицированными и неинфицированными потребителями. В пользу этой гипотезы говорит тот факт, что среди контингента потребителей заболеваемость гепатитом С превышает заболеваемость ВИЧ, и эпидемии гепатита С обычно предшествуют эпидемиям ВИЧ. Это может также объяснить почему риск ВГС труднее сдержать одними единичными вмешательствами, и почему для достижения эффекта на уровне населения может потребоваться более высокий уровень охвата.

⁵ Инфекции у неинфицированных лиц.

⁶ Инфекции ВИЧ и ВГС у моноинфицированных лиц.

свыше шести месяцев, было сопряжено с меньшим риском инфекции ВГС, хотя такой эффект не мог быть показан ни для метадоновой поддержки, ни для программы по обмену игл и шприцев по отдельности. В проводимом в Великобритании когортном исследовании (119) также было отмечено, что ОЗТ в комбинации с обеспечением шприцами дает более выраженный эффект на снижение заболеваемости ВГС. Совсем недавно метаанализ шести проводившихся в Великобритании исследований, в ходе которых собирались данные индивидуального уровня по охвату вмешательствами, равно как и по вновь приобретенной инфекции ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков в привычной социальной среде, документально подтвердил, что использование ОЗТ и программ по обмену игл и шприцев независимо друг от друга снижали коэффициент частоты заболеваний ВГС в этой группе пациентов (70). Кроме того, два этих вмешательства действовали совместно, снижая вероятность новых инфекций ВГС почти на 80%, когда пациентам, которые во время прохождения опиоидной заместительной терапии продолжали практиковать инъекции, обеспечивался широкий охват программой по обмену игл и шприцев.

Эффективность влияния комбинированного подхода на передачу ВИЧ-инфекции далее была оценена в выполненном в Нью-Йорке исследовании (125), в ходе которого производилось сравнение «программы комбинированной профилактики» (метадоновая терапия, просвещение и аутрич, снижение риска, тестирование на ВИЧ и программа обмена игл и шприцев) с «программой начальной профилактики», не включающей в себя обмен игл (метадоновая терапия, просвещение и аутрич, снижение риска, тестирование на ВИЧ). С течением времени наблюдаемая заболеваемость ВИЧ возрастала до более высокой степени среди тех, кто находился на «ограниченной программе», по сравнению с теми, кто находился на комбинированной программе, что позволяет высказать предположение о том, что комбинирование ОЗТ с обменом шприцев могло сыграть роль в ограничении передачи ВИЧ.

Эффективность других подходов к лечению наркозависимости

Имеется ряд других вариантов лечения наркозависимости, включающих психосоциальную помощь, когнитивно-поведенческие вмешательства, ситуационное управление, а также группы поддержки со стороны равных.

В то время как вмешательство, предусматривающее одну только психосоциальную помощь, не показало никакой явно выраженной эффективности в лечении опиоидной зависимости (108), данные, выявленные в ходе наблюдательных (неэкспериментальных) исследований, (больших когортных исследований, таких как DATOS в США и NTORS в Великобритании) продемонстрировали, что все программы стационарной, общинной и метадоновой терапии влекли за собой как снижение употребления инъекционных наркотиков, так и уменьшение совместного использования игл. Во время прохождения лечения инъекционное и рискованное поведение снижается, и, соответственно, уменьшается риск инфицирования. (109). Психосоциальная помощь может играть основную роль при оказании поддержки в случае сопутствующих психологических расстройств у потребителей наркотиков – таких, как беспокойство, депрессия или низкая самооценка, а также в улучшении навыков преодоления проблем, связанных с употреблением наркотиков.

Лечение зависимых потребителей инъекционных наркотиков, отличных от опиоидов

Хотя было выявлено, что применение некоторых фармакологических препаратов для лечения лиц, использующих стимуляторы, является многообещающим, при испытаниях новых средств все же не было обнаружено фармакологических препаратов, устойчиво снижающих использование наркотиков или повышающих степень удержания на лечении контингента этой группы (108). В процессе выполнения находятся несколько рандомизированных экспериментов с целью тестирования новых препаратов, предназначенных для лечения кокаиновой зависимости; в настоящий момент - дисульфирам (Disulfiram) - вещество, которое препятствует метаболизму спирта, и вигабатрин (Vigabatrin) - противоэпилептический препарат - эти два препарата внушают некоторую надежду. Продолжаются попытки создать вакцину от кокаиновой зависимости(54).

В отсутствие фармакологического лечения, особую важность для потребителей стимуляторов представляет психосоциальная помощь. Однако единственный систематический обзор доказательных данных, касающихся психосоциальной помощи в случае злоупотребления стимуляторами или зависимости от них, по причине неоднородности исследований не дает возможности сделать твердый вывод в отношении эффективности какого-либо одного подхода к лечению зависимости от психостимуляторов (126).

Один из основных обзоров выявил, что ситуационному управлению (СУ), включающему в себя предоставление денежных стимулов за то, что пациент продолжает неупотребление наркотиков или продолжает лечение, сопутствовала более высокая степень воздержания и удержания на лечении при их применении к потребителям стимуляторов (108). В случае комбинирования с метадоновой терапией, СУ

показало положительный исход для пациентов, зависимых как от опиоидов, так и от стимуляторов. Однако для объединения этих результатов в единое целое все-таки нет достаточного количества доказательных данных.

Тот же обзор выявил умеренную эффективность других поведенческих методов, включая когнитивно-поведенческую терапию, усиление сообщества путем использования СУ, а также индивидуальное консультирование по вопросам злоупотребления стимуляторами. Имеются более слабые доказательства в отношении влияния мотивационного интервьюирования, а также эффективности терапевтических сообществ при лечении потребителей стимуляторов.

Предоставление опиоидной заместительной терапии

Метадоновая поддерживающая терапия была разработана в США в 1960-х, но ее введение в клиническую практику в Европе стало увеличиваться только с середины 1980-х. На сегодняшний день в странах Европы используются метадон и бупренорфин, дигидрокодеин, медленно высвобождающийся морфин и диацетилморфин (героин)⁷ (112). Вслед за принятием европейскими странами комплексной стратегии действий в области наркотиков, с середины 1990-х предоставление опиоидной заместительной терапии стало наращивать темпы и на настоящий момент составляет более половины численности оцененного целевого контингента (54, 127–128).

Доля использования бупренорфина в опиоидной заместительной терапии в Европе меньше, чем доля использования метадоны, но она повышается, частично в связи с его более высокими показателями безопасности. Бупренорфин является частичным агонистом, имеет более слабый опиоидный эффект, вызывает меньший уровень физической зависимости и с меньшей вероятностью приводит к передозировке. Он часто используется в долговременной заместительной терапии, предоставляемой врачами частной практики. Тот факт, что в настоящее время для лечения потребителей опиоидных препаратов имеется широкий выбор препаратов, включая героин, позволяет врачам-клиницистам охватить оптимизированной фармакологической терапией большее количество наркозависимых. Детальное руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, сопровождаемое психосоциальной поддержкой, было опубликовано Всемирной организацией здравоохранения в 2009 году (111).

Качество и наблюдение: для достижения наилучшего результата, услуги по лечению должны быть хорошо организованы и быть высокого качества, включая уровень подготовки персонала. В частности, необходимо следовать имеющемуся международному руководству по схемам лечения, дозировке и наблюдению (111, 129). Данные показывают, что следует приветствовать гибкие схемы дозировки, включая низкую начальную дозу и высокую поддерживающую дозу, без ограничений по дозировке и длительности лечения (110, 130). Для оптимизации эффективности опиоидной заместительной терапии, данные дают возможность далее предположить, что длительное лечение является более эффективным по сравнению с кратковременной ОЗТ. (108). Некоторые формы ОЗТ - такие, как метадоновая терапия, будут менее эффективными (т.е. уровни в сыворотке будут более низкими) при одновременном проведении лечения туберкулеза или ВИЧ; это следует контролировать, и доза должна корректироваться таким образом, чтобы лечение было эффективным (131).

Доступность: предоставление ОЗТ через низкопороговые службы стоит дополнительного рассмотрения. Низкопороговые программы ориентированы в большей степени на снижение вреда, чем на достижение абстиненции, и являются более гибкими с точки зрения критерия предоставления услуг по сравнению с высокопороговыми программами. В таких ситуациях приветствуется комбинированное использование других услуг, направленных на снижение вреда, которые могут усилить эффект лечения. В ходе лечения наркозависимости, лицам, имеющим в анамнезе потребление инъекционных наркотиков в настоящем или в прошлом, следует предлагать множество услуг, имеющих отношение к инфекционным заболеваниям, например: проведение по инициативе поставщика услуг или клиента тестирования и консультаций, вакцинация, лечение инфекционных заболеваний или предоставление профилактического оборудования. Психиатрическая помощь (а также дополнительная общемедицинская помощь, оказываемая врачами общего профиля, и, при возможности, врачами-терапевтами) должна комбинироваться с лечением наркозависимости. Доступность такой помощи особенно важна для потребителей инъекционных наркотиков, находящихся в контакте с низкопороговыми заведениями.

Распространение: Опиоидные замещающие препараты должны распространяться в клиниках, в специализированных центрах в общинах, или в аптеках. В таких ситуациях непосредственное наблюдение за пациентом, принимающим медицинские препараты, может предотвратить утечку препаратов на незаконный

⁷ Фармакологическое лечение налтрексоном, являющимся антагонистом опиоидов и блокирующим действие героина и других опиоидов, играет в Европе незначительную роль, поскольку такое лечение сопряжено с высокой степенью выбывания участников из исследования.

рынок . Однако дозы, которые разрешают взять с собой домой, позволяют пациентам выполнять семейные или рабочие обязанности и вести более «нормальную» жизнь. Для всех лиц, проходящих такое лечение, существенно важным требованием является прохождение регулярных медицинских осмотров (16, 111).

Гибкий подход к началу лечения: Результаты первичных исследований демонстрируют положительные эффекты от применения кратковременной/промежуточной метадоновой терапии на рискованное поведение (132). Легкодоступное лечение в виде кратковременного снабжения метадоном позволяет потребителям инъекционных наркотиков получать благоприятный результат от того защитного эффекта, который опиоидная заместительная терапия оказывает на рискованное поведение.

Охват трудно достигаемых целевых групп: Как было продемонстрировано, потребители героина с долгосрочной зависимостью, которые не реагируют на стандартное лечение, получают положительный эффект от программ, которые предусматривали осуществляемую под контролем заместительную терапию инъекционным героином (НАТ) (122). Для соблюдения строгих условий безопасности и предотвращения какой-либо утечки препарата на незаконный рынок, осуществление НАТ требует структурно адаптированных услуг. Клиники должны быть открыты для осуществления нескольких сеансов в день ежедневно на протяжении года для того, чтобы предоставить своим пациентам возможность сделать под контролем инъекции предусмотренные курсом лечения, как то указано в руководстве (122). Хотя затраты на такое лечение, относящееся к методам «второй линии», выше, чем на лечение метадоном, принимаемым оральным способом, это компенсируется существенной экономией для общества – в частности, за счет снижения затрат на уголовное судопроизводство вследствие уголовного поведения, сопряженного с употреблением наркотиков (133).

Тюремные условия: Обзоры исследований, посвященных ОЗТ в тюремных условиях, проводившихся экспериментальными и методами наблюдения, показывают, что положительные результаты поддерживающей терапии по месту тюремного заключения были аналогичны результатам, полученным в условиях сообществ (32, 134–136). Предоставления такого лечения в тюрьмах дает возможность снизить использование запрещенных опиоидов и рискованное поведение в тюремных условиях. Для обеспечения непрерывности лечения (при лишении свободы /после освобождения), важно установить хорошую связь между программами, проводящимися в тюремных условиях и в условиях сообществ, таким образом, чтобы могли быть достигнуты долгосрочные положительные эффекты и в течение периода, немедленно следующего за освобождением, был предотвращен высокий риск вредных эффектов, включая смертельный исход.

Тестирование

Рекомендованное вмешательство

В плановом порядке с применением информированного согласия должно предлагаться добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ, ВГС (ВГВ для невакцинированных лиц), а также другие инфекции, включая туберкулез и связанное с направлением на лечение.

Взвешенное решение: мнение специалистов свидетельствует в пользу добровольного и конфиденциального тестирования на инфекционные заболевания в целях потенциального снижения их риска , а также в связи с тем, что диагноз, основанный на результатах тестирования, является предпосылкой для предоставления лечения. Вследствие высокого риска инфекционных заболеваний, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, тестирование ПИН на ВИЧ, гепатит В, гепатит С с большой вероятностью окажется экономически целесообразным для всех европейских стран. Тестирование на туберкулез, по всей вероятности, является экономически целесообразным в большинстве стран. Тестирование на остальные инфекционные заболевания (такие, как гепатит А, D, сифилис, а также печеночные пробы и общеклинический анализ крови) должны учитываться в стандартном предложении на прохождение медицинского обследования. Частоту медицинского осмотра и тестирования, равно как и решение в отношении того, какие тесты выполнять, следует адаптировать к индивидуальным клиническим признакам и симптомам, а также местной эпидемиологической ситуации. В случае потребителей инъекционных наркотиков, такой риск зачастую очень высок, и тестирование в таком случае следует предлагать один или два раза в год (16).

К рутинно предлагаемым услугам тестирования рекомендуется применять добровольный и конфиденциальный подход. «Добровольность» означает, что, хотя тестирование и является стандартной медицинской услугой, человек информируется о тестах и их потенциальных последствиях и дает прямое согласие на проведение тестирования. «Рутинно предлагаемые» означает, что поставщикам услуг в качестве

стандартного компонента медицинской помощи, оказываемой потребителям инъекционных наркотиков, следует рекомендовать тестирование на инфекционные заболевания.

Однако оценочные показатели, предоставляемые странами в ЕС/ЕЭЗ, подтверждают, что только от 10% до 60% потребителей инъекционных наркотиков были тестированы на ВИЧ в течение предшествующих 12 месяцев (137), и, скорее всего, этот показатель будет гораздо ниже для других инфекций. Своевременное выявление передаваемых через кровь вирусов и других болезней позволяет клиентам обращаться за медицинской помощью с целью лечения инфекций, предотвращения осложнений и снижения риска дальнейшей передачи болезни (138). Тестирование обеспечивает важную возможность для консультирования и просвещения потребителей инъекционных наркотиков по вопросам профилактики инфекции (если результаты тестирования отрицательные) и ее дальнейшей передачи (если результаты положительные). Консультирование по вопросам снижения риска, проводимое в связи с тестированием, может привести к снижению рискованного поведения (139).

Инфекционные заболевания, передаваемые через кровь

Практические рекомендации для медицинских работников инициировать тестирование тех их пациентов, которые потребляют инъекционные наркотики, на ВИЧ, вирусный гепатит и другие инфекции, включая бактериальные кожные инфекции, на ИППП, а также респираторные инфекции, были выпущены EMCDDA в 2010, и они могут оказаться полезными при руководстве программами в процессе введения тестирования для потребителей инъекционных наркотиков (16). Общие рекомендации по тестированию ВИЧ были выпущены ECDC (138). В целом, потребителям инъекционных наркотиков следует предлагать тестирование, соответствующее стандартам качества, изложенным в руководствах, действующих в самой стране.

Однако может потребоваться приложить больше усилий для того, чтобы установить контакт и обеспечить консультирование этой более уязвимой и труднодоступной группе, чтобы обеспечить хороший доступ к тестированию, добиться понимания причин необходимости тестирования и абсолютно добровольного согласия на тестирование. Обеспечение тестирования в условиях аутрич может увеличить масштабы проведения тестов на ВИЧ, ВГВ и ВГС (см. Приведенный ниже текстовый блок о финском опыте тестирования по месту наблюдения). Даже, если подтверждающее тестирование позитивных тестов, выполненных по месту наблюдения, занимает столько же времени, сколько требуется при тестировании в обычном порядке, то негативные результаты получают сразу же, а предварительные положительные результаты в комбинации с консультированием, направленным на снижение риска, могут снизить рискованное поведение. Тестирование должно быть связано с лечением инфицированных лиц, с выдачей направлений, как то предусмотрено местной процедурой, на лечение к врачам-специалистам для оценки и сопровождения лиц с подтвержденным тестом на ВИЧ, хронические ВГС и ВГВ, или других инфекций, требующих лечения.

Туберкулез

Скрининг с целью выявления ТВ представляет дополнительные и важные задачи, существенные с точки зрения обращения к ПИН. Контроль ТВ в значительной мере зависит от выявления носителей инфекции и их лечения в течение, как минимум, шести месяцев комбинацией антибиотиков в соответствии с международными рекомендациями (140–141).

Задержка пациента с обращением за медицинской помощью характерна для потребителей инъекционных наркотиков, что создает риск передачи ТВ и увеличивает тяжесть течения болезни (142-143). Интенсивное выявление заболеваний важно для снижения передачи болезни и улучшения исхода лечения и прогноза для пациента. Скрининг ТВ может производиться с целью выявления активной и латентной инфекции. С точки зрения общественного здравоохранения, идентификация активного ТВ имеет ключевое значение, поскольку она снижает немедленную передачу инфекции. Однако, поскольку потребители инъекционных наркотиков, в особенности ВИЧ-серопозитивные, имеют повышенный риск развития активной фазы болезни, диагностика латентного ТВ, за которым следует профилактическая терапия, также является важной. В идеале, все потребители инъекционных наркотиков должны проходить обследование с целью выявления активного туберкулеза или латентной ТВ инфекции.

Использование тестирования, выполняемого в низкопороговых центрах медицинской помощи в Финляндии

С 1999 года, в Финляндии в низкопороговых центрах медицинской помощи, обслуживающих потребителей инъекционных наркотиков, была внедрена программа экспресс-тестирования на ВИЧ. В 2011 году, 10 из 34 низкопороговых центров предлагали тестирование на ВИЧ методом экспресс-анализа, оцененное и рекомендованное Национальным институтом здоровья и социального благосостояния (THL).

THL поддерживает программу экспресс-тестирования, предлагая лабораторные тренинги, обучение оказанию консультационных услуг, программу оценки качества и мониторинга, а также дает рекомендации по практическим вопросам, связанным с организацией тестирования. Перед введением тестирования с применением экспресс-методов анализа в новом низкопороговом центре, весь персонал, который должен работать с экспресс-тестами, должен пройти обучение в THL. Три раза в год Институт, совместно со службами внешней оценки качества, организует 3 цикла оценки качества выявления антител к ВИЧ и выполняет подтверждающее тестирование в случае наличия положительных результатов. THL также осуществляет консультирование по текущим вопросам и проводит мониторинг программ тестирования, собирая данные по охвату и результатам тестирования с целью осуществления надзора за программами и оценки их воздействия.

Клиентам предлагаются бесплатные, анонимные и быстрые тесты на ВИЧ во всех низкопороговых центрах, без необходимости какого-либо направления. Тестирование производится в специальном месте, предназначенном для этой цели, что обеспечивает конфиденциальность. Предтестовое консультирование включает обсуждение рискованного поведения, рекомендации по безопасному сексуальному поведению, а также период «серонегативного окна» до развития антител к ВИЧ. Тест выполняется по пробе крови, взятой из пальца, и результат выдается через 15 минут. Отрицательные результаты теста выдаются сразу же после тестирования, положительные результаты проходят дальнейшее подтверждение по отдельно взятой пробе венозной крови. Подтверждающий результат получают через неделю. Лица с положительным результатом тестирования направляются на лечение.

В период между 1999 и 2010, в низкопороговых центрах было проведено более 8000 анализов среди ПИН, из которых в 47 случаях был получен подтвержденный ВИЧ положительный результат. Общее отношение к формату экспресс-тестирования среди медицинского персонала и клиентов низкопороговых центров было положительным. Большинство клиентов предпочитают экспресс-тестирование обычному методу.

Обследование на выявление ТВ является комплексным процессом предоставления медицинских услуг, требующим доступа к микробиологическим службам, лечебным учреждениям, лекарственным препаратам и поддержке для всех пациентов с диагностированным заболеванием. ТВ скрининг/диагностика включают в себя анамнез, рентген грудной клетки, туберкулиновую кожную пробу (TST), и, при возможности, анализ крови (методами диагностики туберкулезной инфекции, основанными на высвобождении гамма-интерферона лимфоцитами, IGRA). Использованный метод зависит от действующих в стране руководств, а при их отсутствии – от международных руководств по ТВ скринингу (16, 131, 144).

Кроме того, наличие признаков и симптомов ТВ у потребителей инъекционных наркотиков должно быть установлено путем клинического осмотра и, в идеале, перед тестированием клиенты должны заполнить опросный лист относительно возможного наличия симптомов. После любого ТВ скрининга, особенно для потребителей с симптомами или признаками ТВ, необходимо проводить при всех подозрениях на ТВ по меньшей мере микроскопию мазка мокроты, в лаборатории, объединяющей соответствующие лабораторные возможности, технический опыт и профессионализм. При подозрении на активный ТВ, достоверный диагноз ТВ должен базироваться на подтверждении микробиологического посева, включая тестирование лекарственной чувствительности.

Было продемонстрировано, что потребители инъекционных наркотиков могут являться одной из самых малочисленных групп, подлежащих скринингу и профилактическому лечению для предупреждения этого заболевания (145).

Прочие инфекционные заболевания, поражающие потребителей инъекционных наркотиков

Тестирование и лечение инфекций, передаваемых половым путем – таких, как хламидиоз, гоноррея и сифилис, следует поддерживать, и это должно стать частью регулярного обследования, в особенности для

лиц, практикующих крайне рискованное сексуальное поведение с большим количеством сексуальных партнеров – таких, как работники сферы сексуальных услуг. Направления, презервативы и лубриканты должны предоставляться во всех случаях, даже в таких, в которых нельзя предоставить услуги по тестированию и лечению, как, например, при аутич-услугах.

Кроме того, потребители инъекционных наркотиков часто связаны с риском развития острых бактериальных кожных инфекций (включая метициллин-резистентный золотистый стафилококк, МРЗС), инфекций мягких тканей, абсцессов и разрушающихся вен, с осложнениями, представляющими потенциальную опасность для жизни. Причинами инфекции являются сама инфекция (открывающая доступ в организм для находящихся на коже бактерий), несоблюдение гигиены, неправильная техника инъекций, а также загрязненные наркотики (например, вспышка сибирской язвы в Шотландии в 2010 г.). Важно, чтобы незначительные повреждения кожного покрова и бактериальные инфекции распознавались (диагностировались) и лечились. В случае абсцессов или других повреждений кожи следует брать бактериологическую пробу гноя, ткани или иного материала и отправлять ее на лабораторный анализ (15).

Лечение инфекционных заболеваний

Рекомендованное вмешательство

Предоставление антивирусного лечения, основанного на клинических показаниях, носителям инфекций ВИЧ, ВГВ или ВГС. В случаях наличия активного туберкулеза – применять противотуберкулезное лечение. В случае наличия туберкулеза в латентной форме следует рассмотреть профилактическое противотуберкулезное лечение. В случае клинических показаний должно быть предложено лечение от других инфекционных заболеваний.

Взвешенное решение: Недавние исследования продемонстрировали четкое преимущество противовирусного лечения ВИЧ, ВГВ или ВГС у потребителей наркотиков. Недавно принятые международные руководящие указания не ограничивают антивирусного лечения людей, не употребляющих наркотики, при условии, что у них нет иных клинических противопоказаний. Имеются убедительные данные по эффективности противотуберкулезного лечения как на уровне индивидуума, так и на уровне населения в целом.

Практические аспекты: Тестирование должно быть тесно связано с лечением, с четкими стереотипами выдачи направлений с целью обеспечения непрерывной медицинской помощи (в случае положительных результатов тестирования) и медицинского наблюдения за течением болезни (в случае, если для лечения пока еще не было показаний). Необходимо принять во внимание высокий процент коинфекций среди потребителей инъекционных наркотиков. Выдача направлений на лечение и обеспечение непрерывности ухода при лечении болезни особенно важны при планировании освобождения из мест тюремного заключения. Следует внимательно учесть взаимодействие лекарственных препаратов, в особенности у пациентов с коинфекциями.

Инфекции, передаваемые через кровь

Предоставление антиретровирусной терапии (АРТ) является существенно важной частью заботы о потребителях инъекционных наркотиков, результаты тестирования на ВИЧ которых оказались положительными. Для лиц с положительными результатами на инфекцию ВГВ или ВГС, предоставление антивирусной терапии зачастую обусловлено клинически и должно быть предоставлено в соответствии с нормами и правилами страны. (1, 53, 146–148).

Необходимо, чтобы все лица с ВИЧ или хроническим гепатитом В или С подвергались регулярному медицинскому обследованию, даже, если они не получают антивирусной терапии.

Имеются доказательные данные о том, что активные потребители инъекционных наркотиков могут успешно проходить лечение от ВИЧ с пользой для их здоровья. Имеются также убедительные доказательства того, что лекарственная резистентность у потребителей наркотиков не выше, чем у остальных ВИЧ-положительных лиц, получающих антиретровирусную терапию (149). Исследования также продемонстрировали, что у потребителей инъекционных наркотиков можно достичь результатов лечения гепатита С, сопоставимых с результатами лечения общего населения, не практикующего инъекций, при условии, что терапия сопровождалась соответствующей поддержкой (150). Имеются веские доказательства того, что лечение гепатита С может осуществляться в рамках программ опиоидной заместительной терапии, а также о том, что такая модель комплексного предоставления услуги «за один заход» поддерживается как клиентами, так и медицинским персоналом (151–153).

Многочисленные исследования подтвердили, что те ВИЧ-положительные лица или лица с коинфекцией ВИЧ и ВГС, которые получают ОЗТ, с большей степенью вероятности придерживаются программы лечения их инфекционного/-ых заболевания/-ий, однако, нет доказательств того, каким образом это влияет на концентрацию вируса в крови. (Дальнейшую детальную информацию о влиянии ОЗТ на приверженность АРТ можно найти в Клиническом протоколе для европейского региона ВОЗ (1)).

Имеются также полученные в ходе моделирования доказательные данные, что анти(ретро)вирусная терапия ВИЧ и гепатита С может повлиять на предотвращение передачи инфекционных заболеваний: при приверженности лечению вирусная нагрузка может быть снижена, уменьшая таким образом риск дальнейшей передачи в дополнение к предупреждению осложнений инфекции для ВИЧ- или гепатит С- положительных потребителей инъекционных наркотиков (154).

Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и гепатита В может рассматриваться в соответствии с международными и внутригосударственными рекомендациями.

Туберкулез

Всем пациентам с диагностированным активным ТВ необходимо предоставить соответствующее лечение. Лечение должно производиться в соответствии с внутригосударственными руководящими указаниями или, при их отсутствии, с международными руководящими указаниями (140-141), в которых также даются соответствующие руководящие принципы, действующие в отношении специфических клинических ситуаций – таких, как наличие сопутствующих заболеваний, как, например, ВИЧ-инфекции. Реакцию на лечение необходимо контролировать клинически и бактериологически. Когда у пациента выявлен положительный результат тестирования на активный ТВ, необходимо обеспечить прослеживание контактов источников заболевания ТВ.

Для всех лиц, о которых известно, что они инфицированы ВИЧ, проживающих в среде с явным риском повторного воздействия ТВ и у кого активный туберкулез исключен, после индивидуальной оценки риска, должно быть рассмотрено профилактическое лечение. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных лиц, у которых проводится антиретровирусная терапия, достижение и поддержание соответствующего числа CD4-клеток удержит этих лиц на более низком уровне риска развития ТВ после того, как они подверглись его воздействию. Этот факт следует принять во внимание при оценке индивидуального риска.

Использование профилактического лечения ВИЧ-инфицированных должно следовать „Временной стратегии ВОЗ по совместной деятельности в борьбе с ТВ/ВИЧ» (155) и «Руководству по совместным услугам по ТВ и ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков и других потребителей наркотиков. Интегрированный подход» (156).

В соответствии с международными стандартами по ведению ТВ, стратегия развития приверженности пациента к терапии должна включать меры, направленные на оценку и содействие приверженности, и должны быть предусмотрены мероприятия по принятию мер в случае слабой приверженности. Поэтому для обеспечения мультидисциплинарного подхода в целях поддержки пациентов и повышения приверженности к лечению рекомендуется использовать терапию под непосредственным наблюдением (DOT). Программы повышения мотивации могут оказаться полезными для того, чтобы способствовать приверженности к DOT (157).

Другие инфекции, отрицательно сказывающиеся на потребителях наркотиков

После их выявления, инфекции, передаваемые половым путем, необходимо незамедлительно лечить в соответствии с принятыми в государстве нормативными документами. Длительно практикуемые инъекции часто приводят к появлению у потребителей наркотиков хронических, незаживающих ран. Процедуры по обработке ран могут оказаться очень эффективными, если между клиентом и персоналом установились стабильные, основанные на доверии и приверженности к лечению, отношения. При возможности, процедуры по обработке ран следует предлагать наряду с услугами по обмену игл и шприцев, равно как и с услугами по лечению наркозависимости.

Пропаганда здорового образа жизни

Рекомендованное вмешательство

Популяризация здорового образа жизни, с упором на соблюдение большей безопасности в употреблении инъекционных наркотиков, на сексуальное здоровье и поведение, предусматривающее использование презервативов, а также на профилактику, тестирование и лечение заболеваний.

Взвешенное решение: Пропаганда здорового образа жизни по мнению специалистов является основным вспомогательным компонентом для реализации всех шести вмешательств. Она обеспечивает поддержку и социальный маркетинг остальных прямых вмешательств. Его содержание всегда определяется потребностями потребителя.

Популяризация здорового образа жизни является «процессом создания возможностей для населения повысить контроль над своим здоровьем и его решающими факторами, и, таким образом, улучшить свое здоровье» (ВОЗ, 1986). Популяризация укрепления здоровья включает в себя не только предоставление информации и поддержки, но также и консультирование по вопросам снижения риска. Одна пропаганда здорового образа жизни не является эффективной в отношении снижения инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, однако, в комбинации с другими мерами профилактики – такими, как предоставление игл и шприцев и лечение наркотической зависимости, пропаганда здорового образа жизни может оказаться эффективной. (53,158). Послания, используемые в ходе популяризации здорового образа жизни, должны учитывать гендерный и культурный факторы, предоставляться на нескольких языках, и в них должна использоваться знакомая и легко понятная для потребителей терминология.

Рекомендации по более безопасным способам инъекционного поведения

- Используйте новую стерильную иглу и чистое оборудование для каждой инъекции: «одна игла – один шприц-на один раз». Никогда не делитесь иглами, шприцами и другим оборудованием и не берите их взаймы.
- Знайте о существовании ситуаций, при которых предотвращение инфицирования может оказаться затруднительным, и будьте готовы к таким ситуациям. Например, если имеется социальное давление, толкающее на совместное использование принадлежностей для инъекции, или если приготовление наркотика происходит в несколько хаотичной ситуации. Задействуйте стратегии поведения, направленные на снижение вероятности непреднамеренного использования инъекционного оборудования (такие как использование шприцев с цветovým кодированием или наклейками-стикерами).
- Советуйте сверстникам, не практикующим употребление инъекционных наркотиков, не начинать потреблять их. Тем сверстникам, которые все-таки потребляют инъекционные наркотики, советуйте практиковать безопасное инъекционное поведение.
- Мойте руки до и после инъекций; перед тем, как выполнить инъекцию, очистите кожу спиртом или другим дезинфицирующим средством; используйте фильтр; избегайте делать инъекции в опасные для инъекций участки – такие, как шея или паховая область; избегайте делать инъекцию непосредственно под кожу или прямо в мышцу; кроме того, после инъекции обрабатывайте все материалы, включая поверхность стола, дезинфицирующим средством.
- Предпочтите инъекциям безинъекционные способы употребления наркотиков - такие, как курение или пероральный прием. Для этой цели можно использовать фольгу или желатиновые капсулы.
- Предотвращайте передозировку, используя меньшее количество наркотика (особенно после периодов абстиненции или менее интенсивного употребления); не употребляйте наркотики в одиночестве, и, распознав признаки передозировки у партнера по употреблению инъекционных наркотиков, немедленно зовите на помощь. При потреблении наркотиков, полученных от нового или неизвестного источника, соблюдайте осторожность, избегайте также смешивания таких наркотических средств, как алкоголь, бензодиазепины и опиоиды. Для соблюдения гигиеничности инъекций, используйте находящиеся под медицинским контролем центры для инъекций, если такие услуги имеются в наличии.

Помимо материалов, предоставляемых в письменном виде, должны быть задействованы визуальные и интерактивные средства просвещения. Лица, занимающиеся популяризацией здорового образа жизни, должны пройти специальное обучение методам и способам воспитания сознательного отношения к здоровью. Важно помнить, что может потребоваться, чтобы пропаганда здорового образа жизни была связана с конкретными индивидуальными условиями - такими, как психическая болезнь. Это может повлиять на успех усилий по популяризации здорового образа жизни.

Цель передачи информации, рекламирующей здоровый образ жизни и направленной на ПИН, заключается в повышении степени их просвещенности в отношении инфекционных болезней, передачи инфекций, с целью снижения риска заболевания инфекционной болезнью и ее распространения посредством инъекций наркотиков, осуществляемом путем рекламирования безопасного инъекционного поведения, перехода к неинъекционным наркотикам, или прекращения употребления наркотиков. Послания, популяризирующие необходимость укрепления здоровья, должны быть связаны с нуждами потребителя наркотиков и озвучиваться при каждой возможности: будь то на улице при предоставлении аутрич-услуг или в центре лечения наркозависимых, или при осуществлении программы по обмену игл и шприцев. Каждый контакт с лицом, которое в данное время употребляет инъекционные наркотики, является шансом для поставщика услуг оценить потребности пропаганды здорового образа жизни и предоставить консультационные услуги и информацию о возможностях укрепления здоровья. Зачастую, лучше всего оценить свои собственные нужды в информации, касающейся укрепления здоровья, могут сами клиенты, и, если с поставщиком услуг устанавливаются доверительные отношения, некоторые клиенты будут сами искать информацию на тему здоровья на основании той потребности в информации, которую они определили для себя сами.

Более безопасное инъекционное поведение

Ключевые послания, рекламирующие здоровый образ жизни и направленные на пропаганду более безопасного инъекционного поведения, перечислены в рамке выше. Их необходимо адаптировать к местным условиям и нуждам конкретных потребителей и к индивидуальному стилю жизни. В то время, как основной акцент данного Руководства сделан на предотвращении распространения инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков, основной причиной смертности среди контингента потребителей опиоидов во многих случаях является передозировка наркотиков (159). Пропаганда укрепления здоровья, направленная на предотвращение передозировки, является ключевой деятельностью которой должны заняться лица, работающие или контактирующие с потребителями инъекционных наркотиков. Особенно важно установить контакт с теми лицами, кто в данный момент официально находится на лечении от наркозависимости, проходит курс детоксикации, а также с потребителями инъекционных наркотиков, освобождающимися из мест заключения, и донести до них, что, если употребление наркотиков возобновиться или увеличиться, то для них возникнет высокий риск передозировки вследствие снизившейся устойчивости к наркотикам. Ключевые послания в отношении предотвращения передозировки, направленные на потребителей инъекционных наркотиков, могут способствовать использованию меньших доз наркотиков и убедить получателей этой информации не употреблять наркотики, находясь в одиночестве (31). Для потребителей наркотиков можно провести тренинг для того, чтобы научить их распознавать признаки передозировки у их партнеров по употреблению инъекционных наркотиков, а также тому, что следует предпринять в экстренном случае, например, переложить пострадавшего в восстановительное положение и вызвать скорую помощь. В некоторых странах используется доставляемый сверстниками налоксон, и здесь, как сообщалось, были достигнуты положительные результаты (160). Дополнительные возможности снижения вероятности вреда, связанного с передозировкой наркотика, должны способствовать тому, чтобы потребители инъекционных наркотиков использовали находящиеся под наблюдением центры для инъекций наркотиков, если таковые услуги имеются. В связи с постоянным надзором, осуществляемым персоналом таких центров, в случае передозировки имеется немедленная помощь. Недавнее исследование задокументировало связь между существованием таких центров и снижением смертности от передозировки на популяционном уровне (161). И, наконец, основное большинство тех, кто начинает употреблять инъекционные наркотики, делают это в компании равных, используя определенный наркотик. Ключевые послания, направленные на пропаганду укрепления здоровья, например, как избежать вовлечения в использование инъекционных наркотиков, или как использовать безопасные способы инъекций, наиболее эффективно доводятся до сведения равными.

Инфекции, передаваемые половым путем, и использование презервативов

Данные стран ЕС/ЕЭЗ по использованию презервативов среди потребителей инъекционных наркотиков находятся в интервале от менее 5% до почти 60%, что гораздо ниже, чем требуется для предотвращения распространения инфекций, передающихся половым путем, включая вирусный гепатит и ВИЧ (137). Таким образом, особенно важно, чтобы мишенью для деятельности по популяризации здорового образа жизни стала передача инфекций половым путем среди потребителей инъекционных наркотиков. Презервативы и лубриканты должны предоставляться наряду с информацией по их систематическому использованию. Необходимо предоставлять дополнительную информацию по вопросам обследования с целью выявления инфекций, передаваемых половым путем и их лечения, поскольку имеются доказательные данные по возможности передачи половым путем инфекций, включающих ВИЧ и гепатит В, от потребителей инъекционных наркотиков их сексуальным партнерам и наоборот (162-163). Употребление наркотиков может быть также связано с обменом сексуальных услуг на деньги или наркотики, что создает для потребителей гораздо более высокий риск приобретения или передачи инфекций, передаваемых половым путем, если презервативы не используются систематически и правильно.

Профилактика, тестирование и лечение заболеваний

Пропаганда здорового образа жизни должна включать информацию, которая дает разъяснения относительно путей передачи заболеваний, характерных для потребителей инъекционных наркотиков. Должна предоставляться информация по таким инфекциям, как ВИЧ, ВГС и ВГВ - так, чтобы люди понимали, что они могут передавать вирус, даже, если у них нет никаких симптомов. В случае с ТВ, часто происходит путаница в отношении инфекции и болезни, а также того, какие стадии являются инфекционными (142, 143, 164). Исследования дают возможность предположить, что информация по профилактике ВИЧ может быть перепутана с информацией по предупреждению ТВ, как, например, существующее неверное понятие о том, что ТВ можно предотвратить использованием презервативов или обработкой игл отбеливателем, что может объяснить существующий в некоторых средах более длительный период запаздывания пациентов с обращением за медицинской консультацией после появления симптомов (142).

Существенно важными являются исчерпывающие, легко доступные информационные материалы, равно как и активный диалог в отношении ТВ и вирусов, передаваемых через кровь. Важными также являются попытки исправить заблуждения, имеющиеся в отношении болезни с одновременным противодействием осуждению болезни. Ключевые послания, направленные на пропаганду здорового образа жизни, должны также фокусироваться на поддержке приверженности к лечению – так, чтобы пациента можно было излечить (ТВ, ВГВ и, если удастся, ВГС), снижая таким образом риск развития резистентности в отношении лекарств и риск передачи инфекции другим людям.

Заключительным важным аспектом для многих потребителей инъекционных наркотиков являются социальная поддержка и социальная помощь. Например, имеются доказательные данные о том, что проживание под наблюдением связано с уменьшенным риском инфекций у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией. (165). Скорее всего, многие структурные факторы, связанные с обеспеченностью жильем и экономическим благополучием, имеют основное влияние на качество жизни и риск получения инфекций для многих потребителей инъекционных наркотиков. Предоставление услуг поддержки, направленных на расширенные нужды потребителей инъекционных наркотиков – таких, как обеспеченность жильем, пищей, и низкопороговые возможности обеспечения работой, по всей видимости, должны оказать положительное влияние на здоровье.

Целевое оказание услуг

Рекомендованное мероприятие

Услуги необходимо комбинировать, организовывать и предоставлять с учетом нужд потребителя этих услуг, а также местных условий, включающих предоставление услуг через аутрич-работников и стационарные пункты, предлагающие лечение от наркотической зависимости, снижение вреда, консультационные услуги и тестирование, а также выдачу направлений на предоставление услуг общемедицинского характера и оказание специализированной медицинской помощи.

Взвешенное решение: Данные и экспертное мнение поддерживают целенаправленное и комбинированное предоставление услуг в соответствии с нуждами потребителя и местными условиями.

Способы предоставления услуги: факторы, которые необходимо учитывать для привлечения к услуге ее потребителей

Как определено базовыми принципами предоставления услуг, для того, чтобы добиться максимальной приемлемости услуги для клиентов, доступа к ней и ее потребления, необходимо тщательно продумать, каким образом организовать и предоставлять услуги, предназначенные для потребителей наркотиков. Эффективность программ, направленных на предоставление услуг, зависит от их способности привлечь, мотивировать и удержать клиентов. Поэтому при планировании этих услуг должна преследоваться цель создания как можно более низкого порога для потребителей инъекционных наркотиков - так, чтобы можно было легко прийти и воспользоваться предлагаемыми услугами.

Услуги должны предоставляться в таких местах, узнаваемых и доступных для потенциальных потребителей, при попадании в которые они могут чувствовать себя комфортно. Кроме того, услуги должны предоставляться в скрытой от глаз широкой публики обстановке и тактично, где может быть обеспечена конфиденциальность, и там, где клиенты не чувствуют угрозы осуждения со стороны персонала, притеснения или страха ареста органами правопорядка. Иногда предложение самых основных социальных услуг – таких, как пища, душ и одежда, являются способом привлечения тех потребителей инъекционных наркотиков, которые являются наиболее социально изолированными и относятся к группе риска.

Доступ к услуге должен быть тщательно спланирован с учетом местных реалий. Особенно важен свободный и своевременный доступ к услугам по предоставлению игл, шприцев и инъекционного оборудования. Снижение распространения ВИЧ, гепатита В и гепатита С невозможно без постоянного обеспечения чистого инъекционного оборудования.

Типы услуг для потребителей инъекционных наркотиков меняются в зависимости от страны, региона, наличия ресурсов, а также субконтингента. Это, главным образом, связано с тем, что тип потребителей инъекционных наркотиков меняется как от страны к стране, так и внутри страны, в зависимости от вида употребляемых наркотиков, а также возраста, пола, национальной принадлежности и доходов потребителей. Поэтому для оптимальной реакции на местные нужды и обстоятельства при разработке и выборе способов предоставления услуг в рамках программ очень важно включать целевой контингент. Если программы предусматривают реагирование на нужды клиентов и их предпочтения в отношении услуг, то существует вероятность увеличения использования услуги.

Доступ несовершеннолетних к программам по обмену игл и шприцев в Венгрии

Когда в Венгрии в 2010 г.* были разработаны первые комплексные руководства по ПОШ, возникла потребность в достижении внутригосударственного консенсуса в отношении доступа несовершеннолетних к таким услугам (совершеннолетний возраст в Венгрии составляет 18 лет). Предусматриваемые проектом принципы анонимности, конфиденциальности и простого и неограниченного доступа к услугам, которые считались одними из основных преимуществ низкопороговых центров для потребителей наркотиков, сделали невозможным ограничение доступа к услуге ПОШ. Одновременно, постановления местных органов оговорили в качестве особого условия необходимость извещения органов защиты прав ребенка о детях из группы риска.

Противоречащие друг другу правовые рамки послужили отправной точкой для инициирования в стране процесса обсуждения, который свел вместе на общегосударственной встрече специалистов по охране детства, представителей всех венгерских ПОШ и другие заинтересованные стороны. После презентации как международного, так и местного практического опыта, а также обсуждения таких вопросов, как потребность несовершеннолетних в комплексных услугах – таких, как углубленное предварительное консультирование и оценка индивидуальных случаев, был проложен путь к консенсусу. Было достигнуто соглашение о том, что помимо выходящих в ближайшее время постановлений, каждая ПОШ должна пересмотреть свои внутренние нормы и правила, в то время как службы защиты прав ребенка должны установить партнерские отношения с соответствующими службами помощи наркозависимым - таким образом, чтобы они могли направлять несовершеннолетних на консультацию, и в службы, занимающиеся лечением наркозависимости. В отношении противоречия между законодательством по охране детства и низкопороговыми услугами омбудсмена попросили вынести решение, и это решение отражено в нормативных актах.

Окончательные руководства по ПОШ, опубликованные в июле 2011. года Национальным институтом семьи и социальной политики, констатируют, что несовершеннолетние не должны быть исключены из ПОШ, поскольку в таких программах анонимность имеет высокий приоритет. Но в руководящих материалах также четко заявляется, что необходимо способствовать тому, чтобы несовершеннолетние информировали своих родителей. Там, где это возможно, рекомендуется обращение в местную службу охраны здоровья детей как к основному местному партнеру ПОШ. На основании оценки каждого индивидуального случая считается, что сотрудничество и обмен информацией между двумя этими организациями пойдет на пользу несовершеннолетним клиентам ПОШ.

* Данные руководства были составлены в рамках приоритетного проекта, финансируемого ЕС: «Модернизация социальных служб, усиление центральных и местных систем стратегического планирования, поддержка решений» Рабочей программы модернизации социальной сферы, принятых в отношении социальной политики.

Способы предоставления услуг

Существуют разнообразные способы предоставления услуг, каждая из которых может функционировать в комбинации с другими услугами или независимо. Многие страны пришли к выводу, что интегрирование услуг в комплексную модель с низким порогом является наиболее целесообразным с экономической точки зрения и эффективным способом предоставления услуг, и такое объединение услуг ценится клиентами (120, 166–167). Примером высокоинтегрированных стационарных пунктов услуг может служить пункт, предоставляющий иглы, шприцы и инъекционное оборудование, тестирование, и, возможно, медицинскую помощь (например, лечение ВИЧ, гепатита В и С), информацию общемедицинского характера о гигиене и предотвращении передозировки,

направление на лечение от наркозависимости, а также услуги лечебно-профилактического характера. (См. Текстовый блок с примерами интеграции услуг на стр. 44)

Если нет возможности объединить услуги по причине организации системы здравоохранения, финансирования или предпочтений клиентов, то тем не менее, ценное значение имеет предоставление индивидуальных услуг, направленных на удовлетворение нужд клиентов. Многие программы начинаются с одного типа предоставляемых услуг, к которым, с течением времени, добавляются дополнительные услуги. Способы предоставления услуг должны быть адаптированы таким образом, чтобы можно было добиться максимальной эффективности удовлетворения местных потребностей. Эти способы предоставления услуг имеют множество наименований, в зависимости от среды, но по общим характеристикам они обычно подразделяются на следующие категории.

Стационарные пункты помощи: Услуги могут быть осуществлены и часто предоставляются через пункты на фиксированном месте, которые ориентированы сугубо на потребителей наркотиков и нацелены на поддержание низкого порога для их посещения (т.е. очень незначительного ограничения по их использованию и по возможностям клиента на получение таких услуг), чтобы сделать доступ к таким услугам как можно более простым для потребителей. Услуги стационарных пунктов могут включать в себя пункты обмена игл и шприцев, или пункты опиоидной заместительной терапии или заместительной терапии другими препаратами, которые могут также предоставлять потребителям инъекционных наркотиков дополнительные услуги - такие, как тестирование на ВИЧ, гепатит или ТВ, санитарное просвещение, или направление на лечение. Стационарные пункты помощи могут служить центрами, куда всегда можно зайти, или же местом более длительного пребывания для потребителей наркотиков. Пункт помощи, который предоставляет медико-профилактические услуги, может также служить местом, где можно отдохнуть, поесть, почитать газеты, воспользоваться интернетом и поговорить с персоналом и с равными в непринужденной и надежной обстановке. Стационарные пункты помощи обеспечивают важное место для обмена информацией среди равных и часто служат базой, откуда профессионалы и работники-равные ведут аутич-деятельность. Пункты, работающие в рамках программы по обмену игл и шприцев часто служат местом для привлечения клиентов. В самом начале, многие клиенты посещают пункты помощи в целях социального общения, получения шприцев или инвентаря для приготовления наркотиков, предоставляемого здесь, но затем знакомятся с рядом других услуг и информацией.

В более, чем 50 городах Европы⁸, места, где наркотики можно употреблять под прямым надзором работников здравоохранения, были объединены в специализированные стационарные пункты. Такие находящиеся под надзором центры для инъекций представляют собой управляемые профессионалами лечебно-профилактические заведения, в которых популяризируется гигиеничное и более безопасное потребление инъекционных наркотиков с целью снижения заболеваемости и смертности, вызванных их употреблением (5). Такие заведения предоставляют возможность для санитарного просвещения и предупреждения болезней, а также для немедленного вмешательства профессионалов в случае передозировки. Основная цель – это установить и сохранить контакты с лицами, которые не могут или не хотят прекратить употребление инъекционных наркотиков; снизить риск для здоровья и обеспечить доступ к другим услугам, в частности, к медицинской помощи и к лечению наркозависимости. Исследования показали, что находящиеся под наблюдением центры для инъекций устанавливают контакты со специфическими труднодоступными целевыми группами, и что получатели этой услуги сообщают о существенном снижении рискованного поведения, равно как и об улучшении состояния здоровья.

Независимо от типа, стационарные услуги должны быть расположены на территориях, на которых проживают или проводят свое время значительные группы потребителей наркотиков, или, альтернативно, там, где большое количество потенциальных клиентов может легко получить доступ к пункту обслуживания. Работа на стационарных пунктах обслуживания, как правило, осуществляется специализированным персоналом; работники должны быть хорошо обучены предоставлению услуг, их внимание должно быть сконцентрировано на клиенте, и они не должны осуждать клиента. Преимущество стационарных пунктов заключается в том, что многочисленные услуги могут быть предоставлены в одном месте, и эти предоставляемые услуги могут быть связаны с нуждами местной целевой группы. Например, клиенты могут выбирать типы игл, шприцев и инъекционного оборудования в соответствии с их предпочтениями, таким образом минимизируя количество отходов, получаемых вследствие того, что некоторые вещи, которые содержатся в готовых комплектах инъекционного оборудования, клиентам не нравятся или не нужны.

Недостатком стационарных пунктов является то, что, как может оказаться, их дорого содержать, что может внести ограничения в их часы работы, и, в свою очередь, в доступ к услугам. Стационарные пункты могут также представлять затруднения для доступа пользователей из-за пределов географической территории,

⁸ Такие пункты имеются в Германии, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Испании и Швейцарии.

обслуживаемой пунктом. Поэтому необходимо уделять внимание картографированию потребностей в услуге и привязке этих потребностей к пунктам, которые являются легко доступными и предлагают удобные часы работы как можно большему числу ПИН. Потребителям инъекционных наркотиков, живущим в труднодоступных районах, могут потребоваться мобильные аутрич-услуги (см. ниже).

Иногда стационарные пункты встречают негативную реакцию со стороны окружающих, поскольку считается, что они привлекают проблемный контингент; таким образом, для преодоления этих сомнений необходимо интенсивное информационное взаимодействие. Клиенты могут также рассматривать стационарные центры как принадлежащие нежелательным поставщикам услуг, например, правительственным программам, что в некоторых средах может ограничить потребление услуг. Учреждения, предоставляющие стационарное лечение наркотической зависимости, как правило, комбинируют дальнейшие предложения медицинских и социальных услуг, имеющих отношение к целевой группе потребителей инъекционных наркотиков, включая такие меры профилактики инфекционных болезней, как консультация и тестирование, вакцинация и направление к врачам-специалистам.

Аптечные пункты: В большинстве стран ЕС/ЕЭЗ шприцы продаются легально. В некоторых странах аптеки являются основными поставщиками игл и шприцев. Аптеки могут действовать как пункты продажи или распространения игл, шприцев и инъекционного оборудования, а также могут служить точками сбора использованных игл и шприцев. Аптеки также могут предоставлять потребителям инъекционных наркотиков услуги по тестированию и вакцинации. В одном из таких примеров, из Шотландии, используется электронная система, чтобы определять индивидуальных клиентов при помощи электронной карточки.

При помощи такой карточки клиенты могут получить в аптеках бесплатные стерильные иглы и шприцы. Система может также определить тех, кому необходимо направление на тестирование или вакцинацию, и предоставляет информацию о количестве игл или шприцев, выданных клиенту, для планирования услуг по охране здоровья. Далее, находящаяся в населенном пункте аптека может стать активным партнером в опиат-заместительной терапии, распространяя медицинские препараты зарегистрированным клиентам, поддерживая регулярный контакт, напоминая клиентам о приемах врача, или организуя дополнительное лекарственное лечение. Через эту систему может также осуществляться направление на вакцинацию и ее отслеживание. Основным преимуществом аптечных услуг является то, что они могут быть более доступны для большинства потребителей инъекционных наркотиков, как в больших, так и в маленьких городах, благодаря уже существующей инфраструктуре, что также ведет к снижению затрат. Однако большинство аптек концентрирует свою деятельность на обслуживании широких масс и многие из аптек являются частными, что иногда снижает возможность предоставления услуг потребителям инъекционных наркотиков, которых могут рассматривать как нежелательных и не платящих денег клиентов. Конфиденциальность клиента и возможность более глубокой популяризации здорового образа жизни может стать проблемой, если в аптеке нет отдельного уединенного места для консультации или нехватает персонала. И, наконец, иглы и шприцы, предлагаемые через аптеки, часто выдаются укомплектованными упаковками, что значительно ограничивает индивидуальный выбор. В то время, как предложение услуг потребителям инъекционных наркотиков через аптеки является очень эффективным методом, аптеки не могут удовлетворить все потребности потребителей.

Аутрич-услуги: Поскольку многие подгруппы потребителей инъекционных наркотиков являются трудно достигаемыми через лечебно-профилактические службы, аутрич-услуги часто представляют собой эффективный способ предоставления таких услуг, как, например, обеспечение иглами, шприцами и инъекционным оборудованием. Через аутрич-услуги часто поставляют презервативы, опиоидную заместительную терапию, и информацию по популяризации здорового образа жизни (158).

«Аутрич» это общее название, используемое для обозначения нескольких типов предоставления услуг, и оно может включать в себя мобильные команды или микроавтобусы, уличных аутрич-работников из служб здравоохранения, и регулярные сателлитные службы, базирующиеся в других заведениях. Часто аутрич-услуги могут устанавливать контакты с людьми, не имеющими контакта с другими службами здравоохранения, и, таким образом, они играют важную роль в установлении потребностей таких людей для направления их в стационарные пункты помощи или для получения услуг общемедицинского характера – таких, как тестирование или лечение ВИЧ, гепатита или ТВ или лечение от наркозависимости (Для более детальной информации по аутрич-услугам см. 158, 168) Аутрич может включать посещение на дому, и аутрич-работники могут сопровождать клиентов к месту получения других услуг. Одним из преимуществ аутрич-услуг является то, что вследствие своей мобильности они часто имеют высокий уровень доступности для разных категорий потребителей инъекционных наркотиков, поскольку они могут легко перемещаться на новые участки с высокой концентрацией потребителей инъекционных наркотиков. Мобильные команды могут предоставлять услуги, включающие предоставление опиат-замещающих медикаментозных средств, на территории с меньшей концентрацией потребителей инъекционных наркотиков или туда, где создание стационарных пунктов помощи невозможно ввиду сопротивления со стороны сообщества или правопорядка. Иногда затратная составляющая

ограничивает ту степень, в которой возможно оказание аутрич-услуг, и время их работы может быть сокращено. В одном обзоре было выявлено, что пользователи инъекционных наркотиков считают, что аутрич-службы не предоставляют полного набора услуг (169).

Услуги, осуществляемые через равных представляют собой один из видов аутрич-услуг (хотя эти услуги могут также осуществляться из стационарных пунктов), предоставляемых активными или бывшими потребителями инъекционных наркотиков. Если не требуется никаких формальных услуг, службы равных распространяют иглы, шприцы и оборудование (иногда это называется «вторичным распространением игл») посредством услуг, осуществляемых равными, можно получить более легкий доступ к большинству групп риска, включая новичков или молодых потребителей инъекционных наркотиков. Равные занимаются распространением оборудования, направлением на лечение от наркозависимости (или иное лечение или тестирование), и передают послания, направленные на укрепление здоровья, на языке местного окружения потребителей наркотиков. Послания, переданные равными, могут, таким образом, иметь большее воздействие (и приводить к лучшему охвату вмешательствами), чем те, которые передаются работниками здравоохранения – что является большим преимуществом, особенно, если учесть, что лица, получающие иглы и шприцы через службы вторичного распространения, часто отличаются чрезвычайно рискованным поведением. При использовании услуг, предоставляемых равными, чрезвычайно важность представляют обучение, надзор и поддержка, равно как и тщательное рассмотрение этических аспектов задействования бывших или настоящих потребителей инъекционных наркотиков для осуществления аутрич-услуг другим потребителям инъекционных наркотиков. Для получения большей информации по этому вопросу, см. 158, 168, 170).

Торговые автоматы: Торговые автоматы используются в некоторых случаях в качестве дополнительного метода распределения игл, шприцев и оборудования, особенно в виде предварительно заполненных пакетов. Это монетные автоматы, которые вместе с выдаваемыми продуктами выдают также письменное направление на лечение от наркозависимости, информацию о более безопасных способах инъекций, и другую информацию/послания, направленные на укрепление здоровья. Этот тип предоставления услуг всегда доступен потенциальным потребителям и отличается высокой степенью анонимности, что часто привлекает новичков и более молодых потребителей инъекционных наркотиков. Однако этот тип услуг требует наличия денег или жетонов для использования автомата, и должен иметься план, обеспечивающий пополнение запасов, а также техническое обслуживание таких автоматов. Нередко присутствует выраженное беспокойство со стороны сообщества относительно размещения таких торговых автоматов, поскольку имеются опасения, что они могут быть доступными для несовершеннолетних. Очевидным является также то, что автоматы, торгующие шприцами, не могут обеспечить прямую связь с тем поставщиком услуг, который выписывает направления на тестирование и лечение; кроме того, невозможен личный контакт для популяризации здорового образа жизни. Однако они могут послужить первым шагом, предлагающим возможность контакта, вызывая узнаваемость названия, равно как и определенный уровень доверия к организации, которой принадлежит автомат по продаже шприцев (171).

Общественные медицинские услуги: Больница или пункты первичной помощи являются для потребителей инъекционных наркотиков еще одним важным источником предоставления услуг и выдачи направлений на получение специализированной помощи. Конфиденциальное тестирование, диагностика и лечение ВИЧ, вирусного гепатита, ТВ, бактериальных кожных инфекций и других болезней, часто встречающихся у потребителей инъекционных наркотиков, обычно производятся в учреждениях общепригодной сети, и очень важным является поддержание надежно действующей системы направлений к врачам между такого рода услугами и стационарными пунктами помощи наркозависимым или мобильными службами, оказывающими услуги потребителям инъекционных наркотиков. Учреждения общепригодной сети могут также предоставлять иглы, шприцы и другое инъекционное оборудование, наблюдать за гигиеничностью выполнения инъекций, помогать в процессе детоксикации от наркотиков, выдавать презервативы, и популяризировать здоровый образ жизни в целом. Клиники ТВ и ВИЧ часто организованы сетью общепригодных учреждений. Принимая во внимание тот факт, что значительную долю их пациентов составляют потребители инъекционных наркотиков, существенно важно, чтобы персонал учреждений общепригодного характера был правильно обучен озвучивать надлежащие послания, популяризирующие необходимость укрепления здоровья, и имел возможность направлять пациента либо на лечение от наркозависимости, либо в службу обмена игл или шприцев, или же знать, где такое направление может быть выдано. Идеальный вариант – это когда все потребители инъекционных наркотиков обращаются и получают высококачественное медицинское обслуживание. Однако, имеется доказательная информация о том, что потребители инъекционных наркотиков только изредка посещают учреждения общепригодной сети, и для установления с ними контакта необходимы альтернативные пути. В Нидерландах, наряду с услугами общепригодного характера, потребителям инъекционных наркотиков и представителям других групп риска предлагают специализированные услуги. Имеются также примеры объединения услуг для людей, потребляющих наркотики, с общепригодными услугами (комплексная модель) в одной программе, которая

повышает приверженность лечению и его завершенность (153, 172–174). В качестве примеров приводятся контролируемая терапия туберкулеза (DOT) и антивирусная терапия ВГС, в обоих случаях проводимые в комбинации с метадоновой заместительной терапией. Общественные учреждения являются легко доступными для клиентов, в особенности их отделения неотложной помощи, которые всегда открыты. Необходимо постараться, чтобы как медицинский, так и немедицинский персонал таких учреждений, имеющих более общий медицинский характер, научился быть более чутким к проблемам людей, употребляющих инъекционные наркотики, и при оказании помощи воздерживался от осуждений и сохранял конфиденциальность. В ряде стран некоторые общественные учреждения предоставляют услугу анонимного тестирования.

Услуги в тюремных условиях: наконец, важно упомянуть, что во многих странах услуги предоставляются ПИН, находящимся в условиях тюремного заключения, и что тюремная обстановка является ключом к достижению высокой степени и эффективности охвата услугами с целью профилактики инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков. Исправительные учреждения являются важной средой для профилактики и контроля инфекций, связанных с употреблением инъекционных наркотиков. Основными доводами являются: (а) высокая заболеваемость ВИЧ, ВГС и ТВ в тюрьмах; (б) тот факт, что многие потребители инъекционных наркотиков, в конечном итоге, получают тюремный срок; и (с) данные, свидетельствующие о том, что использование наркотиков, а также их инъекции продолжаются в тюрьмах – несмотря на строгий запрет наркотиков (5). В некоторых странах, тюремная система предлагает лечение от наркозависимости, тестирование и лечение болезней, и даже программу обмена игл и шприцев. В целях достижения «равенства в предоставлении услуг» в сообществе и в тюремных условиях, во многих странах существует движение за предоставление потребителям инъекционных наркотиков в тюремных условиях таких же услуг, которые предлагаются ПИН в обществе.

Описанные способы предоставления услуг могут оказаться эффективными при целевом обращении к потребителям инъекционных наркотиков. Появляющиеся новые методы доставки информации, популяризирующей здоровый образ жизни - такие, как рассылка сообщений через мобильные телефоны и Интернет, являются перспективными в аспекте повышения приверженности к лечению. Хотя временами будет задействован только один способ предоставления услуг, скорее всего, эффективные программы для удовлетворения разнообразных потребностей потребителей будут предусматривать предоставление нескольких услуг в одном месте, или же задействовать несколько способов предоставления услуг. Для того, чтобы лучше связать между собой предусматриваемые программой услуги, существенно важно, чтобы комплексные услуги оказывались в одном и том же месте так, чтобы обеспечить удобный доступ для потребителей (См. текстовый блок по интегрированию услуг ниже). Кроме того, работники аутизм, специалисты по ведению пациентов, или медицинские работники должны получать дальнейшее обучение лечению и/или ведению пациентов с сопутствующими заболеваниями; программа обучения должна включать лечение наркозависимости, лечение ТВ, вирусного гепатита и ВИЧ. Для оказания помощи таким пациентам также следует привлекать врачей-специалистов. Помимо сопутствующих заболеваний у таких пациентов часто имеются психиатрические диагнозы, что требует хорошего уровня ведения пациента. Повышенная осведомленность и обучение могут повлечь за собой повышение контроля за межлекарственным взаимодействием и неблагоприятными побочными эффектами, равно, как и максимально повысить исход лечения и улучшить качество жизни пациента.

Интегрирование услуг

Имеется много примеров взаимосвязанных услуг для потребителей инъекционных наркотиков, направленных на повышение доступа к услугам, гармонизацию лечения, оптимизацию распространения профилактической информации и повышение таким образом вероятности приверженности к лечению и успеха лечения. Совместное расположение пунктов оказания услуг по лечению ТВ, вирусного гепатита, ВИЧ и опиоидной заместительной терапии и/или программ обмена игл и шприцев является дополнительной возможностью, которая используется на практике или находится в состоянии разработки в некоторых странах. Преимуществом является не только физическая близость услуг, но от этого также выигрывают и связь друг с другом и совместное пользование профессиональной компетенцией по всем программам здравоохранения (Sylla et al., 2007; Elk et al., 1993; Batki et al., 2002; Perlman et al., 1995; Deiss et al., 2009; Reilly et al., 2002).

Пилотная программа, недавно реализованная в Эстонии, показала, что охват услугами по скринингу на ТВ может быть повышен за счет предложения ТВ-скрининга в заведениях, осуществляющих опиат-заместительную терапию, а также более активного направления на ТВ услуги (напоминания, стимулирование, транспортировка) (Rüütel et al., 2011). При планировании служебных помещений необходимо предусмотреть возможность совместного оказания услуг. Например, в связи с повышенным риском ТВ инфекции для ВИЧ-положительных людей, ВИЧ-серопозитивных пациентов, не инфицированных ТВ, следует содержать отдельно от пациентов с активным ТВ.

Услуги могут быть выстроены, исходя из существующих программ реабилитации наркозависимых, программ распространения шприцев, или поставщиков услуг терапии ТВ под непосредственным наблюдением (DOT), в зависимости от того, что будет сочтено наилучшим вариантом для конкретной среды. Мобильные аутрич-программы медицинской помощи могут оказаться полезными для того, чтобы привлечь некоторые группы потребителей инъекционных наркотиков, в частности, путем использования мобильных радиографических скрининг-аппаратов. Было продемонстрировано, что использование такого оборудования оказало положительный эффект на снижение ТВ среди потребителей инъекционных наркотиков в Роттердаме, Нидерланды (de Vries et al., 2007).

Табл 1: Способы осуществления услуг, направленные на потребителей инъекционных наркотиков; их сильные стороны и ограничения

| Тип модели | Типы услуг, которые могут быть предоставлены потребителям инъекционных наркотиков | Сильные стороны | Ограничения |
|---|---|--|--|
| <p>Специализированные низкопороговые услуги в стационарных пунктах</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • Консультационные услуги • Лечение наркозависимости, включая опиоидную заместительную терапию • Тестирование на ВИЧ, гепатит В, С и ТВ • Вакцинация • Место пребывания • Еда, душ, одежда • Взаимное просвещение «Равный обучает равного» • Популяризация здорового образа жизни • Просвещение в отношении безопасного использования, включая предупреждение передозировки и медицинское сопровождение в случае передозировки • Находящиеся под непосредственным наблюдением пункты для инъекций • Популяризация более безопасного сексуального поведения и распространение презервативов • Антивирусная терапия под прямым наблюдением (или терапия под непосредственным наблюдением в случае ТВ) | <p>+ Потенциал для создания чувства приобщенности для клиента</p> <p>+ Потенциал для обеспечения комплекса услуг в одном месте</p> <p>+ Возможность достичь благоприятного соотношения стоимости /охват клиентов</p> <p>+ Возможность предложения услуг в соответствии с потребностями клиентов</p> <p>+ Обычно осуществляют-ся штатом специалистов</p> <p>+ Отсутствует враждебное отношение со стороны других клиентов</p> <p>+ При хорошей организации имеется простой доступ</p> <p>+ Обеспечивается база для других услуг - таких, как аутрич</p> | <p>- Стационарный участок может ограничить доступ для тех, кто не живет поблизости</p> <p>- Их содержание может оказаться дорогостоящим</p> <p>- Могут иметь ограниченные часы работы</p> <p>- Имеется потенциал для преследования полицией или другими органами правопорядка, в особенности, если с ними не установлены/не поддерживаются контакты в отношении сотрудничества</p> <p>- Если работа не организована должным образом, может присутствовать риск для безопасности персонала</p> <p>- Меньший потенциал доступа к кратковременным или молодым потребителям наркотиков</p> <p>- Стационарные участки может оказаться труднее организовать вследствие сопротивления со стороны местного окружения</p> |
| <p>Услуги через аптеки</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • перевязка • Популяризация здорового образа жизни • Конфиденциальное тестирование • Информация и направления (тестирование и лечение инфекционных заболеваний, помощь наркозависимым вакцинациями) • Предоставление (экспресс) тестов на ВИЧ /гепатит С | <p>+ Доступные/хорошие в отношении географического расположения</p> <p>+ Длинный рабочий день</p> <p>+ Могут быть экономически эффективными</p> <p>+ Могут рассматриваться как более анонимные</p> <p>+ Доступ к медицинским рекомендациям/ персоналу с медицинским образованием</p> <p>+ Используют существующую инфраструктуру</p> | <p>- Может потребоваться оплата</p> <p>- В крупных аптеках - ограниченные возможности в отношении популяризации здорового образа жизни и выдачи направлений</p> <p>- Предоставление упаковок с комплектами инъекционного оборудования снижает возможность предпочтительного выбора для потребителей</p> <p>- Нежелание аптек продавать шприцы потребителям инъекционных наркотиков</p> <p>- Противостояние со стороны других клиентов аптек</p> |

Табл 1: Способы осуществления услуг, направленные на потребителей инъекционных наркотиков; их сильные стороны и ограничения

| Тип модели | Типы услуг, которые могут быть предоставлены потребителям инъекционных наркотиков | Сильные стороны | Ограничения |
|---|--|--|--|
| <p>Аутрич-услуги (включающие услуги, осуществляемые равными)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • Популяризация здорового образа жизни • Информация о соответствующих специалистах, клиниках и медицинских услугах • Направление на тестирование, лечение инфекционных заболеваний, вакцинацию и помощь наркозависимым • Посещение на дому, посещение тюрем • Направление с сопровождением на другие услуги • Предоставление экспресс-тестов на ВИЧ /гепатит С • Консультирование | <p>+ Быстро реагируют на изменения обстановки и легко адаптируются к нуждам потребителя</p> <p>+ Гибки в отношении переброски в те места, где можно войти в контакт с потребителями инъекционных наркотиков</p> <p>+ Обладают потенциалом «раннего предупреждения»: профессионалы узнают, что происходит в среде потребителей наркотиков</p> <p>+ Доступны, особенно для труднодоступных потребителей и потребителей, относящихся к высокой степени риска (молодые/новые потребители, потребители-мигранты)</p> <p>+ Эффективность услуги можно повысить за счет задействования услуг, осуществляемых сверстниками</p> | <p>- Могут быть предоставлены не все услуги</p> <p>- Расходы и содержание (мобильные команды)</p> <p>- Ограниченные часы работы</p> <p>- Более дорогостоящее время персонала (вследствие времени управления автомобилем и проч.)</p> <p>- Некоторые мобильные команды могут заставить потребителей почувствовать себя под слишком пристальным наблюдением/некомфортно</p> <p>- Услуги, осуществляемые равными, должны осуществляться под должным надзором и требуют специального обучения</p> |
| <p>Торговые автоматы</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • Направления на тестирование и лечение инфекционных заболеваний , вакцинацию, и помощь наркозависимым • Популяризация здорового образа жизни (в письменном виде) | <p>+ Всегда доступны (особенно для молодых /новых потребителей)</p> <p>+ экономически эффективны</p> <p>+ Анонимны</p> | <p>- Не все услуги могут быть предоставлены</p> <p>- Невозможность личного контакта</p> <p>- Потенциал для беспокойства со стороны сообщества в отношении местоположения автоматов</p> <p>- Требуется оплата или жетоны. Необходимо обеспечивать техническое обслуживание и пополнение запасов.</p> |

Табл 1: Способы осуществления услуг, направленные на потребителей инъекционных наркотиков; их сильные стороны и ограничения

| Тип модели | Типы услуг, которые могут быть предоставлены потребителям инъекционных наркотиков | Сильные стороны | Ограничения |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Общемедицинские услуги | <ul style="list-style-type: none"> • Конфиденциальное тестирование на ВИЧ, гепатит В, С и ТВ • Лечение ВИЧ-инфекции, гепатита В, С и ТВ <ul style="list-style-type: none"> • Обработка кожных инфекций/перевязка • Вакцинация • Популяризация здорового образа жизни • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • Помощь при детоксикации наркотиков • Опиоидная заместительная терапия | <ul style="list-style-type: none"> + Доступны + Доступ к обученному персоналу + Доступ к более передовым услугам тестирования и лечения + Доступ к базовым медицинским услугам (услугам, используемым остальными членами сообщества) | <ul style="list-style-type: none"> - Могут не быть связанными с потребностями потребителя - Часть медицинского персонала может отказаться обеспечивать помощь потребителям наркотиков - Возражения со стороны остальных клиентов - Клиенты могут отказаться использовать медицинское заведение, если, например, воспримут его как слишком тесно связанное с государственными службами - Клиенты могут не доверять сохранению конфиденциальности - Может оказаться трудным обеспечить конфиденциальность для всех услуг - Для лиц без медицинской страховки существует ограниченный доступ/нет доступа - Стигматизация |
| Услуги в тюремных условиях | <ul style="list-style-type: none"> • Все услуги, предоставляемые наркозависимым в сообществе Примеры включают в себя: <ul style="list-style-type: none"> • Конфиденциальное тестирование на ВИЧ, гепатит В, С и ТВ • Лечение ВИЧ, гепатита В, С и ТВ • Вакцинация • Популяризация здорового образа жизни • Предоставление/ утилизация инъекционного оборудования • Помощь при детоксикации наркотиков • Консультирование • Лечение наркозависимости, включая ОЗТ | <ul style="list-style-type: none"> + Возможно установление контакта с группами высокого риска + Вмешательства являются экономически эффективными + Можно снизить риск смертности/заболеваемости и после выхода из мест заключения + Услуги могут предоставлять учреждения местной общины + Более легкие возможности обеспечить лечение заболевания + Наличие времени на популяризацию здорового образа жизни | <ul style="list-style-type: none"> - Бюджет тюрьмы на обеспечение мероприятий по охране здоровья может быть ограниченным - Необходимы инвестиции в обучение тюремного медицинского персонала и тюремных служащих - Могут возникнуть затруднения с оказанием конфиденциальных услуг |

Знание и понимание общегосударственной ситуации

Эпидемиология как при использовании наркотиков, так и инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков, подвержена быстрым изменениям, связанным с запрещенными законом наркотиками, с изменениями в культуре употребления наркотиков и перемещениями контингента потребителей. Динамика этих изменений сложная, многофакторная и зависит от социально-экономической ситуации и других социальных факторов (175).

Для того, чтобы государственные и административно-территориальные стратегии приносили как можно больше пользы контингенту потребителей инъекционных наркотиков, равно, как и предотвращали и контролировали инфекционные заболевания, необходимо, чтобы существовал надлежащий контроль за потреблением наркотиков и инфекционными заболеваниями среди потребителей инъекционных наркотиков. Аналогичным образом, принятые меры должны непрерывно контролироваться и оцениваться с точки зрения их ответной реакции, влияния, актуальности и масштабы охвата. Такой мониторинг необходим не только для обеспечения актуальности профилактики, но также для сохранения эффективности как с точки зрения воздействия на здоровье, так и стоимости.

Для обеспечения рационального расходования денежных средств, выделенных на профилактику, усилия, прилагаемые к предотвращению инфекционных заболеваний, должны быть направлены на потребителей инъекционных наркотиков, а также туда, где существует наивысший риск передачи инфекции. Инвестирование в надлежащего качества системы надзора как за потреблением наркотиков, так и за инфекционными заболеваниями, необходимо, и оно, по-видимому, должно быть экономически эффективным. Отказ от введения таких систем может завуалировать эту проблему, что не только приведет к высоким расходам на здравоохранение и социальные нужды, но и повлечет за собой неэффективное использование средств и ресурсов.

Мониторинг и реакции на использование проблемных наркотиков

Контроль над использованием проблемных наркотиков является необходимой составляющей попытки любого государства предотвратить вред, вызванный наркотиками. Обзор подобной деятельности выходит за рамки настоящего Руководства, но EMCDDA были изданы протоколы базовых показателей и пакеты инструментов для мониторинга потребления наркотиков и проблемных наркотиков (включая инъекционные), а также их последствий (4).

Ключевым компонентом контроля является оценка численности контингента потребителей инъекционных наркотиков; такая оценка не только определяет количественно величину риска инфекционного заболевания, но также позволяет определить потенциальные потребности в услуге и помогает оценить тот охват, который даст предоставление услуги. Совместно со своей сетью национальных партнеров (национальные координаторы сети Reitox) (176) и экспертными группами, EMCDDA обеспечивает и реализует стандартизованную методологию для оценки контингента потребителей проблемных наркотиков (включая потребителей инъекционных наркотиков) (4), в которой приведены различные методологические подходы к выполнению оценок в общегосударственном и местном масштабе.

При помощи комплекта стандартизованных инструментов мониторинга (таблицы данных и структурированные опросники), EMCDDA также собирает гармонизированную информацию о реакции здравоохранения и социума на использование обычных и инъекционных наркотиков в государствах-членах ЕС, странах-кандидатах на вступление в ЕС и в Норвегии (112). Данные, собранные по стандартной методике, включают в себя информацию по стратегиям предупреждения злоупотребления наркотиками и снижения вреда; по осуществлению ключевых вмешательств, направленных на улучшение здоровья и социально-бытовые аспекты, включая лечение наркозависимости (например, количество клиентов, получающих опиоидное заместительное лечение); а также по типам, количеству и географическому распределению программ по обмену игл и шприцев, равно, как и по количеству предоставленных шприцев.

Осуществление контроля над инфекциями

Эпидемиологическая картина инфекционных заболеваний в среде потребителей наркотиков может быстро меняться, в особенности, при слабой профилактике. Хорошая система контроля над инфекционными заболеваниями, построенная по принципу «контроля за действием», т.е. с активной связью между структурами профилактики и контроля, является необходимостью, если требуется установить контроль над риском инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков.

ECDC на уровне Европы координирует надзор, основанный на индивидуальных данных, по всем новым зарегистрированным случаям инфекций, передаваемых через кровь, включая те инфекции, которые могут передаваться через совместное использование инъекционного оборудования. Обзор, основанный на индивидуальных данных, полезен для мониторинга тенденций развития заболевания и может также оказаться полезным для раннего выявления вспышек заболевания, в особенности, при хорошем внутрисударственном охвате, обеспечиваемом системой, и при минимальной задержке в регистрации случаев заболевания. Успех вмешательств типа «вспышка-ответная реакция» в значительной степени зависит от способности идентифицировать новые вспышки и наличия средств на соответствующую ответную реакцию. Если национальная регистрация была выполнена с некоторой задержкой, то это может быть компенсировано гораздо более быстрой регистрацией на местном или региональном уровне. Общеевропейские критерии определения случая заболевания существуют для инфекций ВИЧ, гепатита В, гепатита С и гепатита А, но информация по категории контагиозности (т.е. фактору риска) систематически собирается только для инфекции ВИЧ (критерии определения случая заболевания гепатитом В и С в настоящее время находятся в стадии рассмотрения, и предполагается, что они будут содержать информацию по категории контагиозности). Многие национальные системы, однако, собирают более детальную информацию, которая важна для осуществления местных профилактических мер. Показатели регистрируемой заболеваемости могут отражать распространенность заболевания, но обычно этот показатель недооценивается. Кроме того, для надзора такого типа могут быть применены данные с общей численностью в знаменателе. Отчетность, основанная на индивидуальных данных, также требует поддержки базовой инфраструктуры и времени на обработку данных за значительные периоды времени, и для предоставления соответствующей информации по факторам риска также требуется существенная поддержка со стороны медицинских учреждений.

EMCDDA контролирует заболеваемость инфекционными болезнями среди потребителей инъекционных наркотиков путем разработки стандартов сбора данных и руководящих материалов по био-поведенческим обзорам и другим методам сбора данных о потребителях инъекционных наркотиков (2). Эта работа выполняется в тесном сотрудничестве с ECDC, координирующей общий надзор за инфекционными заболеваниями в Европе, а также с национальными и международными партнерами (177-178). Сбор данных сфокусирован вокруг инфекций ВИЧ и гепатита В и С среди потребителей инъекционных наркотиков. В работоспособном состоянии поддерживаются система раннего оповещения и сеть специалистов на случай вспышек инфекционных заболеваний (которые могут включать и другие болезни - такие, как сибирская язва и ботулизм) среди потребителей инъекционных наркотиков.

Другие типы систем надзора – такие, как различные обзоры/обследования и био-поведенческие исследования, имеют свои собственные явно выраженные преимущества с точки зрения предоставления стратегически важной информации. Обзоры могут предоставлять оценку заболеваемости среди целевого контингента, который обычно недостижим при надзоре, основанном на индивидуальных данных. Био-поведенческие исследования, проводимые среди потребителей инъекционных наркотиков - такие, как были выполнены при поддержке EMCDDA и ECDC, могут предоставлять информацию как по образцам использованных наркотиков, так и по инфекционным заболеваниям. Однако для того, чтобы следить за тенденциями развития, такие исследования необходимо повторять, что может оказаться дорогостоящим. Дополнительным ограничением является отсутствие консенсуса в отношении наилучшего способа получения представительной выборки за период времени, хотя на настоящий момент при работе этих двух организаций достижение такого консенсуса происходит.

Странам необходимо вынести решение в отношении параметров своих собственных систем сбора данных для осуществления своего собственного контроля на основании их собственных потребностей, но такая система должна генерировать то количество информации, которое будет достаточным для обеспечения развития стратегии профилактики, основанной на оценке потребности в охране здоровья в связи с имеющейся местной проблемой, и одновременно быть эффективной с точки зрения ресурсов и затрат.

Мониторинг и оценка программ

Системы мониторинга должны обслуживать потребности страны или региона в целях непрерывного процесса оценки и адаптируемости к изменениям в привычках и профилях потребителя; такая оценка помогает руководителям программы и директивным органам в понимании того, какие компоненты профилактической программы являются успешными, а какие требуют усовершенствования. Мониторинг может также служить указателем для разработчиков программы и директивных органов, будут ли эффективными комбинация способов оказания услуг, комбинация предоставляемых услуг и охват вмешательствами в снижении или предотвращении роста частоты заболеваний в целевой группе потребителей инъекционных наркотиков. Если никакого мониторинга не производится, то будет невозможно оценить влияние программы или отнести изменения в поведении или частоте заболеваний на счет вмешательств. Как индикаторы процесса, так и индикаторы конечного результата могут использоваться и быть полезными, но для последней категории стоит рассмотреть возможность постановки реалистичных целей. Для того, чтобы многие индикаторы «жестко сформулированных» конечных результатов, таких как распространенность инфекционного заболевания или изменения в рискованном поведении, существенно изменились, могут потребоваться годы или даже десятилетия.

Индикаторы

Данное Руководство не охватывает в деталях индикаторы мониторинга программ, поскольку в этой области уже была произведена существенная работа (см. (4,53,137)). Следует подчеркнуть, что все индикаторы, мониторинг которых происходит во внутригосударственном масштабе, должны использоваться в целях планирования и оценки на внутригосударственном уровне. Мониторинг должен в большей степени идти на пользу, чем сдерживать достижение целей, поставленных государственными или региональными программами. Данные мониторинга и оценки должны вводиться в процесс непрерывной оценки и адаптации программ обслуживания с тем, чтобы добиться соответствия изменяющимся эпидемиологическим показателям и особенностями потребителя. Очевидно, что не все внутригосударственные индикаторы полезны для международной отчетности, и не вся международная отчетность является в обязательном порядке полезной для внутригосударственного мониторинга. Частое ошибочное представление - это предположение, что необходимо неукоснительно следовать всем международным индикаторам, даже в том случае, если во внутригосударственном масштабе они не имеют значения.

Постановка целей охвата вмешательствами

На уровне населения охват обычно определяется как та доля населения, требующего вмешательства, которая в действительности получает такое вмешательство (179). Для оптимизации профилактики существенно важно знать с какой долей целевого контингента потребителей инъекционных наркотиков установлен контакт посредством конкретного профилактического вмешательства. В области вакцинации, уровень охвата определяет воздействия, достигнутые каким-либо вмешательством: на некотором уровне охвата эффект коллективного иммунитета создает защиту даже для населения, не прошедшего вакцинацию. Такие выявленные данные были также подтверждены путем моделирования исследований.

Обычными количественными показателями в области профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков являются количество шприцев, предоставленных в пересчете на каждого ПИН в год, или процент проблемных потребителей опиоидных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию. Доля потребителей инъекционных наркотиков, получающих лечение от ВИЧ-инфекции, гепатита В и/или гепатита С, является еще одним важным показателем охвата услугой лечения инфекционных заболеваний (180). Ориентировочные плановые показатели для профилактических услуг установлены, но совершенно необходимо рассмотреть такие показатели в контексте конкретной национальной (или местной) ситуации на основании качественно выполненной оценки потребностей (53, 179). Имеются все увеличивающееся количество доказательных данных о том, что более высокие уровни охвата программами обмена игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии являются более эффективными, чем более низкие уровни охвата в пересчете на потребителя инъекционных наркотиков (71, 181) и что показатели охвата между странами могут сильно отличаться между собой (180, 182). Согласно данным EMCDDA, текущее среднее по ЕС количество шприцев, распределенных в 2009 г. специалистом пункта ПОШ, составляет 90 штук на потребителя инъекционных наркотиков. На внутригосударственном уровне, самое большое зафиксированное количество шприцев составило 300 шприцев на ПИН (183). Кроме того, продажи через аптеки составляют для большинства стран еще один основной источник чистого инъекционного оборудования. В том же году, в среднем, каждый второй проблемный потребитель опиоидных наркотиков получал опиоидную заместительную терапию, при этом самый высокий процент на национальном уровне,

составлял 68% на Мальте (средняя оценка между 65% и 71% (128). В идеале, для бесперебойного осуществления услуг должно всегда иметься достаточное количество игл и шприцев. Неудовлетворенная потребность в услугах обмена игл и шприцев или время ожидания лечения от наркозависимости указывают на неудовлетворенную потребность в услугах и признаком того, что охват услугами должен быть увеличен.

Масштабное увеличение программ обмена игл и шприцев: опыт Эстонии

Эстония является одной из стран ЕС, на которую легло тяжелое бремя проблемы злоупотребления инъекционными наркотиками, с высоким процентом использования инъекционных наркотиков среди общего населения, равно, как и с высокой распространенностью ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Использование инъекционных наркотиков сконцентрировано, главным образом, в столице, г. Таллинн, а также в северо-восточной Эстонии. По оценке, в Таллинне имеется около 10 000 потребителей инъекционных наркотиков, которые используют, в основном, аналоги фентанила и амфетамины. Услуги по обмену игл и шприцев были инициированы в Таллинне в 1997, за этим последовало начало использования опиоидной заместительной терапии метадонном в 2001 г., хотя масштаб услуг был ограниченным. В 2005 г., распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составила 54% и поступило сообщение о высокой доле (21%) новых ПИН (тех, кто практиковал инъекции в течение ≤ 3 лет). Для того, чтобы преодолеть эти проблемы, на государственном уровне было принято решение о необходимости быстрого масштабного расширения профилактических программ, и это было внесено в Государственную стратегию по профилактике ВИЧ/СПИДа. В период между 2003 и 2009 годами, количество стационарных пунктов и точек действия аутрич-услуг в Таллинне увеличилось от 1 до 10, количество визитов с целью получения услуг выросло в 27 раз, количество распространенных шприцев увеличилось в 43 раза (от 1.8 до 77 шприцев/ПИН/год), и количество мест для метадоновой заместительной терапии возросло более, чем в 4 раза. Приблизительно 80% ПИН сообщали о том, что когда-либо контактировали со службами обмена шприцев, которые являлись основным источником чистых игл и шприцев для приблизительно 60% потребителей. Процент лиц, использующих инъекционные наркотики и сообщавших о совместном использовании шприцев в течение последних четырех недель, уменьшилось с 32% (2005) до 22% (2009). В течение этого периода частота заболеваний ВИЧ среди новых ПИН снизилась с 21% в 2005 до 9% в 2009, при этом процент новых потребителей инъекционных наркотиков среди всех ПИН снизился с 21% до 12%. Есть основания полагать, что снижение числа заболеваний ВИЧ, наблюдаемое в течение периода исследования, может быть частично отнесено на счет масштабного увеличения объема услуг по обмену игл и шприцев, поскольку в течение данного периода доступ к лечению наркозависимости и к антиретровирусной терапии предоставлялся на достаточно низком уровне. По всей вероятности, продолжение обеспечения иглами и шприцами в еще больших объемах в комбинации с масштабным увеличением уровня лечения наркозависимости и ВИЧ для тех, кому это необходимо, с течением времени приведет к дальнейшему снижению распространенности ВИЧ в Эстонии.

Источник: Ускула нач., 2011

Приложение А. Эпидемиология использования инъекционных наркотиков и основные инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в ЕС/ЕЭЗ

Употребление инъекционных наркотиков

Лица, использующие инъекционные наркотики, являются одной из групп самого высокого уровня риска приобретения отрицательных для здоровья последствий как результат использования ими наркотиков - из-за риска заражения инфекциями передающимися через кровь – таких, как ВИЧ и гепатит В или С. Они также восприимчивы к передозировке и инфекциям - таким, как туберкулез, вирусный гепатит А, к бактериальным инфекциям кожи, системным инфекциям и инфекциям, передаваемым половым путем.

Во многих странах Европы использование инъекционных наркотиков - синоним использования опиоидов, но в некоторых странах преобладающим инъекционным наркотиком является амфетамин (5). EMCDDA собирает оценочные данные по распространенности использования инъекционных наркотиков в государствах-членах ЕС, и в 2010 году 12 стран предоставили свежие оценочные данные, которые предполагают большие различия в распространенности использования инъекционных наркотиков в разных странах. Для тех стран, которые предоставили свои оценочные данные, средневзвешенная оценка числа потребителей инъекционных наркотиков составляет 2.5 на 1000 взрослого населения в возрасте от 15 до 64 лет. Если бы эта средняя оценка была экстраполирована на численность населения Европы, она бы предположительно составила от 750 000 до 1 миллиона активных потребителей инъекционных наркотиков в ЕС/ЕЭЗ. Кроме того, по всей вероятности, имеется значительный контингент бывших потребителей наркотиков (5). В то время, как контингент потребителей инъекционных наркотиков, в целом, в большей части западной Европы стареет, в остальных частях Европы в значительной степени преобладают более молодые лица.

ВИЧ

Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, по сообщениям стран ЕС, варьируется от менее, чем 1% до более, чем 60% (на основании целевых исследований дозорного эпидемиологического надзора) (137). Из всех вновь диагностированных случаев ВИЧ, зарегистрированных в 28 странах ЕС/ЕЭЗ в 2009 г. (25 917 случаев), 1 298 были идентифицированы как лица с текущей или прошлой историей использования инъекционных наркотиков (показатель 5.7 на 100 000 населения). Несмотря на средние по Европе в 2009 году 5% зарегистрированных случаев ВИЧ были связаны с употреблением инъекционных наркотиков, эти показатели для разных стран существенно отличаются, и доля пользователей инъекционных наркотиков среди вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции варьируется от 65% в Литве и 43% в Болгарии до менее, чем 1% в Нидерландах и Румынии. С 2004 г., количество новых диагнозов ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных через совместную систему отчетности по ВИЧ, снизилось на 40% в 26 странах ЕС/ЕЭЗ (6). Национальные тенденции были сходными, при этом большинство стран сообщало о снижении случаев заболевания ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков за последние шесть лет, за исключением Болгарии, Эстонии, Латвии и Литвы, причем эти три страны Балтии были больше остальных затронуты быстрым ростом частоты диагнозов ВИЧ в 2001–02 гг. С того времени, эти страны сообщали о снижении этого показателя, хотя о возвращении ВИЧ было сообщено Латвией в 2007 г. и Литвой в 2009. В странах Западной Европы эпидемия ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков имела место гораздо раньше, достигнув пика в середине 1980-х (6).

Несмотря на тенденцию снижения количества случаев ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в ЕС/ЕЭЗ, все-таки еще есть страны с контингентом потребителей инъекционных наркотиков, в которых имеет место высокий уровень инфицирования ВИЧ (184). Есть основания предполагать, что передача ВИЧ половым путем происходит между потребителями инъекционных наркотиков и их сексуальными партнерами. Несмотря на относительно низкое число случаев, диагностированных среди потребителей инъекционных наркотиков, уровень их поражения эпидемией ВИЧ несоразмерен с уровнем ВИЧ среди лиц, не употребляющих инъекционные наркотики.

Гепатит В и С

Вирусные инфекции гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) представляют важную проблему для здравоохранения Европейского Союза, поскольку обе инфекции отличаются значительным уровнем заболеваемости и смертности. Обе инфекции могут повлечь за собой хроническую болезнь, которая может привести к циррозу печени, и возможно, к раку печени и смертельному исходу. ВГВ и ВГС могут легко передаваться путем использования инъекционных наркотиков вследствие применения небезопасных практик инъекций, которые включают в себя совместное пользование иглами, шприцами и другими инъекционными материалами.

В Европе использование инъекционных наркотиков представляет собой основной путь передачи ВГС, и на долю пользователей инъекционных наркотиков приходится большинство вновь зарегистрированных случаев инфекции ВГС. Предварительные оценки предполагают, что в Европе имеется около одного миллиона текущих или бывших потребителей инъекционных наркотиков, которые могут страдать хронической инфекцией ВГС (5). Уровень распространения ВГС-инфекции варьируется от 12% до 85% (54), и от 50 и 90% лиц, инфицированных вирусом гепатита С, неспособны самопроизвольно избавиться от инфекции. По наблюдениям, распространенность ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков снижается в девяти странах Европы, но растет в трех других, в то время как данные из четырех других стран не показывают никаких явно выраженных тенденций (8). В шести странах, в которых известны факторы риска, тенденции зарегистрированных случаев ВГС свидетельствует о снижении доли потребителей инъекционных наркотиков, но увеличение наблюдалось в трех других странах (54). Эти данные трудно интерпретировать, поскольку качество данных обычно низкое, но имеются признаки того, что общие уровни инфекции ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков могут начать снижаться. Известно, что риск заражения ВГС-инфекцией возрастает с увеличением длительности срока практики инъекций наркотиков (10), но недавние исследования также показали, что многие ПИН приобретают вирус в самом начале их инъекционной карьеры (54). Высокие уровни инфекции ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков ухудшаются за счет того факта, что многие из тех, кто получил инфекцию ВГС вследствие употребления инъекционных наркотиков, не осведомлены о своем инфекционном статусе. Эти факты указывают на то, что важно раннее начало использования мер профилактики.

В дополнение к высоким уровням инфекции гепатита С, лица, использующие инъекционные наркотики, часто инфицированы другими вирусами, включая ВГВ или ВИЧ. Наличие сочетанных инфекций гепатита значительно повышает риск смертельного исхода в связи с неожиданным отказом печени. Потребители инъекционных наркотиков очень часто имеют высокие уровни антител к ВГВ, но распространенность гепатита В существенной степени различается от страны к стране. Отчасти, причиной этого может быть различие в уровне вакцинации среди потребителей инъекционных наркотиков (54). Данные, недавно представленные девятью странами Европы, показали, что уровни преобладания анти-НВс (антител к ядерному антигену вируса гепатита В) у потребителей инъекционных наркотиков превышали 40%. Среди зарегистрированных острых случаев гепатита В с задокументированными путями передачи, в одном из пяти случаев инфицирование происходило вследствие использования инъекционных наркотиков. Данные о тенденциях изменения показателей заболеваемости демонстрируют, что в период между 2003 и 2008 годами доля потребителей инъекционных наркотиков среди зарегистрированных случаев ВГВ-инфекции снизилась в восьми из 17 стран (54).

Туберкулез

Использование инъекционных наркотиков связано с множеством факторов экологического риска и рискованного поведения. Комбинация факторов социального риска – таких, как плохие жилищные условия, бездомность, лишение свободы, бедность, курение и злоупотребление алкоголем, вместе с психологическими эффектами, вызванными употреблением наркотиков, могут создать для потребителей инъекционных наркотиков более высокий риск развития ТБ, инфицирования от носителей ТБ, и повышенный риск смертности (142,185). Далее, вызванная ВИЧ иммунодепрессия является, как было упомянуто выше, одним из самых значительных факторов риска развития ТБ и основной причиной высокой распространенности ТБ среди потребителей инъекционных наркотиков. Недавнее системное исследование коинфекции ВИЧ/ТБ в странах ЕС/ЕЭЗ выявило, что частота ВИЧ коинфекции у пациентов с ТБ варьировала от 0 до 15%, и что употребление инъекционных наркотиков являлся одним из факторов риска для коинфекции (186).

ЕС имеет самый низкий уровень показателя регистрируемой заболеваемости ТВ в мире, однако между странами ЕС этот показатель очень неоднороден. В 2009 г. уровни показателя регистрируемой заболеваемости варьировали от 2,8 до 108,2 случаев на 100 000 населения (187). Самыми уязвимыми и исключенными группами были те, кто нес самое существенное бремя болезни и имел самый плохой доступ к услугам.

В масштабе ЕС не производится сбора данных по регистрации факторов социального риска для зарегистрированных ТВ случаев, поэтому прогнозы по уровню заболеваемости ТВ среди потребителей инъекционных наркотиков полагаются на региональные или, в некоторых случаях, на специфические для данной страны исследования. Имеются, однако, вполне достаточные доказательства того, что употребление наркотиков связано с высоким уровнем распространенности латентной инфекции ТВ, и потребители инъекционных наркотиков находятся под повышенным риском развития активного ТВ. В зависимости от среды и страны результат тестирования внутрикожной пробой с туберкулином (TST) у примерно от 10% до 60% потребителей инъекционных наркотиков является положительным (142). Исследования показали, что для потребителей наркотиков, независимо от того, используют ли они инъекционные наркотики или нет, существует подобный риск положительной TST (142).

Подавляющее большинство лиц, инфицированных *M. tuberculosis* (МТВ), никогда не заболевают, но бактерии продолжают существовать с минимальным размножением. Латентная ТВ инфекция (LTBI) поэтому определяется как состояние инфицированности пациента, без клинических проявлений болезни, МТВ бациллы при которой не могут быть идентифицированы посевом. Активное течение ТВ определяется историей болезни, симптомами, радиографией и микробиологической или молекулярной идентификацией МТВ. На риск развития активного ТВ влияет индивидуальный иммунологический статус. Для лиц, не имеющих коинфекции ВИЧ, риск прогрессирования до возникновения заболевания ТВ в течение жизни составляет от 5 до 10%, в то время, как для лиц с ВИЧ, риск прогрессирования до заболевания ТВ ежегодно составляет от 5 до 10% (185).

Вирус гепатита А

Гепатит А является вирусным заболеванием с острым началом, которое обычно передается при фекально-оральном контакте; со вспышками, причина которых, как часто отслеживается, связана с поставками зараженной еды или воды, или со специфичными группами риска, включающими мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами или потребителями инъекционных наркотиков. Поскольку рутинный мониторинг инфекции не проводится по принадлежности к группе риска, величина истинного распространения гепатита А среди потребителей инъекционных наркотиков неизвестна. Однако, имелись отчеты о вспышках гепатита А в пределах Европейского Союза в группах потребителей инъекционных наркотиков - такие, как была в Латвии в 2008г., где показатель регистрируемой заболеваемости среди населения возрос с 0.66 до 123 на 100 000 человек в связи со вспышкой в сообществе (13). Дополнительные вспышки были связаны с группами потребителей инъекционных наркотиков в Чешской Республике (12), Финляндии (15) и Норвегии (14). Осталось неясным, были ли эти вспышки связаны с практикой подготовки инъекций или с другими особенностями поведения, связанными с плохой гигиеной.

Бактериальные кожные и системные инфекции

Трудно оценить истинный масштаб бактериальных и системных инфекций, вызванных употреблением инъекционных наркотиков, поскольку большинство из них не отслеживается на европейском уровне. На основании исследования, проведенного в 2010 г. в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии, 40% из тех, кто на тот текущий момент практиковал инъекции наркотиков, сообщали о наличии язв на коже, абсцессе или открытой ране, общих симптомах инфекции на участке инъекции в течение предшествующего года (17). Эти инфекции, как правило, являются результатом использования нестерильного инъекционного оборудования, или загрязненного оборудования, использованного для приготовления наркотиков. Наиболее часто встречающимся патогеном, вызывающим инфекции кожи и мягких тканей среди потребителей инъекционных наркотиков, является *Staphylococcus aureus*, и высокую долю этой инфекции составляет устойчивый к метициллину *Staphylococcus aureus* (MRSA) (188). В то время, как большинство инфекций являются незначительными, они также могут стать серьезными и системными, приводя к остеомиелиту, бактериемии, септическому тромбозу глубоких вен, и эндокардиту (189–190). Другие бактериальные инфекции кожи, мягких тканей, а также системные инфекции вызваны стрептококком группы А (GAS), в то время как третьи вызываются клостридиальными инфекциями, приводящими к ботулизму или столбняку (191–192). Вспышки

раневого ботулизма (193), столбняка (18), и других клостридиальных инфекций (194) были выявлены среди потребителей инъекционных наркотиков по всей Европе. Хотя эти системные инфекции, по-видимому, возникают достаточно редко, они могут привести к серьезным заболеваниям и смертельному исходу. Сибирская язва является одним из таких острых заболеваний, вызванных бактерией *Bacillus anthracis*. Оно редко встречается в Европе, но в конце 2009 и 2010 гг., было зарегистрировано 42 случая среди потребителей инъекционных наркотиков в Шотландии, 13 из которых привели к смертельному исходу. Дальнейшие смертельные исходы, которые были связаны со случаями в Шотландии через тот же штамм сибирской язвы, как сообщалось, имели место в Англии и Германии, и, как предполагалось, источником послужила зараженная партия героина (54).

Инфекции, передаваемые половым путем

Использование наркотиков, включая инъекционные, связано с крайне рискованными практиками сексуального поведения и высокой распространенностью ИППП, хотя эпидемиология ИППП среди потребителей инъекционных наркотиков в Европе не отражена должным образом. Считается, что среди них существует высокий риск ИППП, поскольку имеется высокая вероятность обмена сексуальных услуг на деньги или наркотики, или отмечается риск вследствие помутнения сознания в связи с воздействием наркотиков (162). Также предполагалось, что употребление наркотиков может вызвать у некоторых потребителей затруднения с посещением служб здравоохранения, и что стандартные клинические услуги по ИППП не доходят до потребителей инъекционных наркотиков. Кроме того, имеются некоторые данные о том, что передача половым путем, например, гепатита В или ВИЧ, действительно имеет место между потребителями инъекционных наркотиков и их сексуальными партнерами, и поэтому очень важно работать с этим контингентом с целью проведения обследований и предотвращением распространения вирусов, передаваемых половым путем или через кровь.

T-лимфотропный вирус человека II (HTLV-II)

HTLV-II передается через совместно используемое инъекционное оборудование, половым путем, так же, как и через инфицированные препараты крови. С момента его открытия в 1982 г., T-лимфотрофный вирус человека II типа (HTLV-II) играл противоречивую роль в качестве патогена, и литература в отношении исхода болезни ограничена. Накапливаются данные, свидетельствующие о неврологическом заболевании и возросшей частоте пневмонии, бронхита и возможном аутоиммунном заболевании среди пациентов, инфицированных HTLV-II (11). HTLV-II был выявлен среди потребителей инъекционных наркотиков в США и Европе, с расчетной распространенностью от 1.6% и 8% в Италии (195-196) и от 0.4% до 11.5% в Испании (197). Согласно этим и другим исследованиям, широко распространен HTLV-II, коинфицированный ВИЧ. В Северной Европе, HTLV-II выявлен с относительно более низкой частотой среди потребителей инъекционных наркотиков, но был отражен в данных Швеции (198) и Франции (199). Одно исследование, выполненное в Ирландии, выявило высокое доминирование (15%) серотипа HTLV-II среди потребителей инъекционных наркотиков (200).

Приложение В. Ключевые вмешательства для предотвращения инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков

Как было описано в разделе «Цели, задачи и методология», при разработке составных элементов ключевых вмешательств, приведенных в данном Руководстве, в расчет принимались несколько факторов. Для каждого ключевого вмешательства принимались в расчет доказательные данные, основанные на исследовании опубликованных рецензированных медицинских публикаций путем выполнения систематического обзора обзоров, опубликованных с 2000 г. (практика «обзор обзоров») (201). Обзоры считаются доказательными данными высокого уровня, поскольку они резюмируют и сопоставляют данные, выявленные из первичной литературы, используя критерий систематизации для выбора исследований и оценки их результатов. Проведение обзора обзоров является эффективным методом сведения вместе доказательных данных высокого уровня, однако имеет специфические ограничения (см. Технические обзоры по базе общих доказательных данных). Для компенсации этих ограничений в данном Руководстве приняты во внимание недавно выполненные первичные исследования, равно, как и мнения специалистов, в целях дополнения основанных на «обзоре обзоров» заявлений, сделанных на базе доказательных данных, Результаты первичного исследования учитывались для тех вмешательств, для которых еще не было систематических обзоров. Консультации по всем элементам вмешательств были предоставлены Консультационной технической группой ECDC/EMCDDA.

Дополнительно мы подтверждали, считается ли какое-либо вмешательство наилучшей практикой в ЕС и отмечено ли оно как таковое в национальной и международной руководящей документации и в документах по стратегии. И, наконец, мы также изучили исследования предпочтений потребителя и поставщика услуги в отношении того, как они описывали свои критерии относительно более эффективного осуществления профилактических услуг. Для каждого из рекомендованных ключевых вмешательств предоставляется взвешенное решение относительно того, как мы проводили оценку доказательств для включения такого вмешательства в Руководство.

Табл. В1: Резюме по эффективности вмешательств, направленных на снижение рискованного поведения, связанного с инъекциями наркотиков, и распространения инфекций ВИЧ и ВГС, как основы для рекомендаций и взвешенных решений по семи ключевым вмешательствам

| Ключевое вмешательство/ подкомпоненты | Экспертное мнение/ практические аспекты реализации | Доказательные данные опубликованных обзоров (обозначение символов см. Табл. В2 ниже) | Данные, выявленные в ходе первичных исследований |
|--|--|---|--|
| Инъекционное оборудование | Рекомендации и взвешенное решение: Обеспечение и законный доступ к чистому инъекционному оборудованию, включая достаточную поставку стерильных игл и шприцев, бесплатно, как часть комбинированного многокомпонентного подхода, осуществляемого путем снижения вреда, рекомендуются программы консультирования и лечения, основанные на веских доказательствах на уровне обзоров, первичных исследований и экспертном мнении. | | |
| Обеспечение иглами и шприцами | Экспертное мнение высказано в пользу. | Рискованное инъекционное поведение: ++ Передача ВИЧ: + Передача ВГС: ? | <ul style="list-style-type: none"> Исследование экологии ПОШ показало стабилизацию или снижение скорости распространения ВГС. Данные недавно опубликованного метаанализа указывают на то, что для снижения распространения ВГС эффективна комбинация ОЗТ и ПОШ. |
| Прочие инъекционные принадлежности | Экспертное мнение высказано в пользу. | Рискованное инъекционное поведение: + Передача ВИЧ: ? Передача ВГС: +/- | Исследования in vitro (в лабораторных условиях) продемонстрировали наличие сильного потенциала для передачи ВГС. |
| Фольга для стимулирования изменения путей передачи | Экспертное мнение высказано в пользу. | Рискованное инъекционное поведение: ? Передача ВИЧ: ? Передача ВГС: ? | Имеется недостаточно исследований. |
| Вакцинация | Рекомендации и взвешенное решение: Вакцинация потребителей инъекционных наркотиков вакцинами от гепатита В и А, столбняка и гриппа, и - в частности, для ВИЧ инфицированных лиц – пневмококковая вакцина. Рекомендуется на основании экспертного мнения, практики реализации и первичных исследований . | | |
| Вакцины от ВГВ, ВГА, столбняка, гриппа (пневмококковая вакцина для ВИЧ-инфицированных лиц) | <ul style="list-style-type: none"> Экспертное мнение высказано в пользу, в качестве целевой услуги для потребителей инъекционных наркотиков. эффективность вакцины общепризнанна. Широко распространенная практика общественного здравоохранения. | (Не включено в обзор) | Убедительные доказательства снижения инфекций ВГВ, ВГА и столбняка на индивидуальном уровне и уровне населения после вакцинации, даже если выполнена только часть полного курса вакцинации. |
| Лечение наркозависимости | Рекомендации и взвешенное решение: На основании экспертного мнения должны быть в наличии и легко доступны опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие формы эффективного лечения наркозависимости и – в случае ОЗТ – убедительные доказательства многочисленных авторитетных исследований и обзоров. Хотя данных по эффективности психосоциальной терапии недостаточно, она рекомендована на основании экспертного мнения,. | | |
| Фармакологическая терапия на базе агониста (опиоида) (ОЗТ) | Экспертное мнение высказано в пользу. | Рискованное инъекционное поведение: ++ Передача ВИЧ :++ Передача ВГС: + | <ul style="list-style-type: none"> Комбинация ОЗТ с ПОШ далее повышает эффективность предупреждения распространения ВГС. Повышает приверженность к АРТ (антиретровирусной терапии), а также повышает вирусологическую эффективность АРТ у ВИЧ-положительных пациентов, находящихся на ОЗТ. Применение ОЗТ в |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | комбинации с психосоциальной терапией благоприятно для соблюдения требований лечения, его завершения и абстиненции при наблюдении после окончания лечения. |
| Фармакологическая терапия на базе антагониста | <ul style="list-style-type: none"> Альтернатива для тех, кто не приступил к фармакологической терапии агонистом. Необходимы дальнейшие исследования. | Рискованное инъекционное поведение: +/- Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: +/- | Потенциальная польза, если комбинируется с психосоциальной терапией в целях снижения употребления наркотиков. |
| Психосоциальная терапия | <p>Основной вариант для потребителей стимуляторов в отсутствие фармакологического лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> В комбинации с ОЗТ повышает ее эффективность Вариант для потребителей опиоидов, не заинтересованных в фармакологическом лечении | Рискованное инъекционное поведение: +/- Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: +/- | <ul style="list-style-type: none"> Потенциальная польза вследствие снижения употребления наркотиков Ситуационное управление может пойти на пользу потребителям стимуляторов Комбинация с ОЗТ благоприятна для соблюдения требований лечения, его завершения и абстиненции при наблюдении после окончания лечения |
| Тестирование | <p>Рекомендации и взвешенное решение:</p> <p>На плановой основе должно предлагаться добровольное и конфиденциальное тестирование с информированным согласием на ВИЧ, ВГС (ВГВ для невакцинированных лиц) и другие инфекции, включая ТВ с последующим направлением на лечение.</p> | | |
| Тестирование инфекционных заболеваний | <ul style="list-style-type: none"> Экспертное мнение высказано в пользу. Включено во внутригосударственные и международные Руководства Широко распространенная практика общественного здравоохранения. Необходимый базис для решений по предупреждению и лечению инфекционных заболеваний. | Рискованное инъекционное поведение: +/- Передача ВИЧ: ? Передача ВГС: ? | Исследования и моделирование предполагают, что эффективная связь с доступом к лечению снижает дальнейшее распространение заболеваний. |
| Лечение инфекционных заболеваний | <p>Рекомендации и взвешенное решение:</p> <p>На основании доказательных данных и экспертного мнения, антивирусное лечение должно предоставляться на базе клинических показаний всем ВИЧ, ВГВ и ВГС инфицированным. А для случаев активного ТВ следует предоставить противотуберкулезное лечение. Для случаев латентного ТВ следует предоставить профилактическую терапию ТВ. По клиническим показаниям следует предлагать лечение других инфекционных болезней. Ко всем видам лечения рекомендован универсальный доступ, включая доступ для активных потребителей инъекционных наркотиков⁹.</p> | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Экспертное мнение высказано в пользу. Включено в международные и внутригосударственные Руководства, которые во все возрастающей степени утверждают, что активное употребление наркотиков не должно считаться критерием недопущения к получению антивирусного лечения. Непредоставление | (Не включено в обзор) | <ul style="list-style-type: none"> Убедительные доказательные данные для лечения случаев активного и латентного ТВ. Моделирование доказательных данных предполагает, что на уровне населения можно достичь профилактических эффектов от лечения ВГС Доказательные данные по успеху лечения ВИЧ и ВГС в когортах активных потребителей наркотиков |

⁹ Необходимо рассмотреть возможность лекарственного взаимодействия и стабильного контакта с учреждением, предоставляющим медицинские услуги.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | лечения может привести к нанесению вреда в форме осложнений и потенциального смертельного исхода. | | |
| Популяризация здорового образа жизни (Информация, просвещение, консультирование и аутрич) | Рекомендации и взвешенное решение: Популяризация здорового образа жизни фокусируется на более безопасном инъекционном поведении, поддержании сексуального здоровья, включая использование презервативов, и профилактике заболеваний; тестирование и лечение рекомендуются на основании доказательных данных обзоров, первичных исследований и экспертного мнения. | | |
| Информация, просвещение и консультирование | <ul style="list-style-type: none"> • Экспертное мнение высказано в пользу. Рассматривается в качестве фундаментального сопутствующего компонента для предоставления остальных шести вмешательств | Рискованное инъекционное поведение: + Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: ? | <ul style="list-style-type: none"> • Многокомпонентный пакет мер, основанный на специфических потребностях контингента клиентов • Поддерживает задачи, стоящие перед профилактикой |
| Целевое предоставление услуг | Рекомендации и взвешенное решение: Услуги должны быть скомбинированы, организованы и предоставлены в соответствии с потребностями потребителя и местными условиями; это включает предоставление услуг через аутрич и стационарные пункты, предлагающие лечение наркозависимости, снижение вреда, консультирование и тестирование, а также выдачу направлений на первичные общемедицинские услуги и к врачам-специалистам. | | |
| Стационарные низкого порога пункты, предлагающие ПИШ и другие профилактические мероприятия | Экспертное мнение высказано в пользу, позволяет предоставить ассортимент услуг, ориентированный на потребности клиента и установить контакт с потребителями. | Для программ ПОШ был выполнен обзор научной литературы Рискованное инъекционное поведение: ++ Передача ВИЧ: + Передача ВГС: +/- | <ul style="list-style-type: none"> • В отдельных исследованиях было выявлено, что низкие цены, географическая близость, поддержка со стороны персонала и альтернатива получения дополнительных услуг через программу обмена игл и шприцев служили факторами, которые способствовали посещению потребителями инъекционных наркотиков пунктов помощи наркозависимым. • Как было выявлено, географическое расстояние, страх быть пойманным полицией во время посещения ПИШ, часы работы пункта, и несоблюдение секретности служили барьерами для посещения. |
| Выдача направлений на первичные общемедицинские услуги и к врачам-специалистам, профилактика наркомании и другие формы снижения вреда, консультации, услуги по лечению | Экспертное мнение высказано в пользу; услуга включена как необходимый и базовый компонент обслуживания потребителя в соответствии с принятыми стандартами услуг в сфере здравоохранения и социальной помощи. | Был выполнен тщательный анализ научной литературы в отношении влияния выдачи направлений на предоставление услуг. | Был выполнен тщательный анализ научной литературы в отношении влияния на услуги выдачи направлений. |
| Доступ к шприцам через аптеки | Экспертное мнение высказано в пользу, расширяет доступность стерильных шприцев. | Рискованное инъекционное поведение: + Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: ? | Экологические и межгрупповые исследования документируют снижение степени совместного использования шприцев после введения услуги продажи шприцев в аптеках . |
| Вторичное распространение шприцев | Экспертное мнение высказано в пользу, позволяет расширить охват программами обмена шприцев. | Рискованное инъекционное поведение: +/- Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: ? | Имеется недостаточно исследований. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Предоставление шприцев через аутрич | Экспертное мнение высказано в пользу, позволяет установить контакт с труднодоступным, маргинализированным контингентом. | Рискованное инъекционное поведение: ? Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: ? | Имеется недостаточно исследований. |
| Распространение шприцев через торговые автоматы | Экспертное мнение высказано в пользу, обеспечивает доступ к шприцам вне зависимости от рабочих часов, установленных для услуги. | Рискованное инъекционное поведение: +/- Передача ВИЧ: +/- Передача ВГС: ? | Имеется недостаточно исследований. |
| Многовариантная услуга доставки инъекционного оборудования | Экспертное мнение высказано в пользу, рекомендуется использование многочисленных каналов распределения. | Был выполнен тщательный анализ научной литературы в отношении влияния многовариантного режима осуществления услуги. | Доказательные данные первичных исследований о том, что наиболее эффективным является комбинирование каналов предоставления услуги |
| Находящиеся под надзором пункты для инъекций | Экспертное мнение высказано в пользу, осуществить индивидуальное «под конкретного клиента» просвещение в отношении более безопасных методов использования. | Рискованное инъекционное поведение: + Передача ВИЧ: ? Передача ВГС: ? | Имеется недостаточно исследований. Реакция в сообществе на смертельный исход от передозировки. |

Табл. В2: Типы заключений по доказательным данным и уровень доказательных данных, потребовавшийся для поддержки каждого заключения (модифицированный по источнику Эллис и др. (Ellis et al 2003))

| Заключение по доказательным данным | Уровень доказательных данных |
|--|---|
| <p>'++' или '--'</p> <p>Достаточное количество доказательных данных на уровне обзора для того, чтобы либо поддержать, либо не принимать в расчет эффективность какого-либо вмешательства</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Четкое и убедительное заключение на основании одного или более ключевых обзоров, основанных на многочисленных основательных исследованиях, <i>или</i> • убедительные доказательные данные вразрез с многочисленными основательными исследованиями в пределах одного или более ключевых обзоров в отсутствие четкого и убедительного заключения в обзоре (ах) |
| <p>'+' или '-'</p> <p>Приблизительные на уровне обзора данные для того, чтобы либо поддержать, либо не принимать в расчет эффективность какого-либо вмешательства</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Приблизительное заключение по одному или более ключевым обзорам, основанным на убедительных доказательных данных небольшого количества основательных исследований или многочисленных исследований более слабого уровня, <i>или</i> • убедительные доказательные данные небольшого количества основательных исследований <i>или</i> многочисленных исследований более слабого уровня в пределах одного или более ключевых обзоров в отсутствие четкого и убедительного заключения в обзоре (ах), <i>или</i> • противоречивые доказательные данные одного или более ключевых обзоров, с более сильными доказательствами перевешивающими в одну сторону (либо поддерживающие, либо не принимающие в расчет эффективность) и вполне вероятная причина для конфликта данных, <i>или</i> • убедительные доказательные данные многочисленных основательных исследований в пределах одного или более второстепенного обзора в отсутствие ключевого обзора. |
| <p>'+/'</p> <p>Недостаточные на уровне обзора данные для того, чтобы либо поддержать, либо не принимать в расчет эффективность какого-либо вмешательства</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Заключение о недостаточности доказательных данных ключевого обзора, <i>или</i> • Недостаточные данные для того, чтобы либо поддержать, либо не принимать в расчет эффективность какого-либо вмешательства (либо из-за того, что данных слишком мало, либо эти данные слишком слабые), в отсутствие четкого и убедительного заключения по данным ключевого(-ых) обзоров, <i>или</i> • что-либо меньшее, чем убедительные данные многочисленных основательных исследований с одним или более второстепенным обзором. |
| <p>'?'</p> <p>Обзоры отсутствуют</p> | <p>Не было идентифицировано ни одного ключевого или второстепенного обзора по идентифицированному вопросу, возможно, по причине отсутствия первичных исследований.</p> |

Приложение С. Дополнительные руководящие материалы и технические принципы

| Наименование | Организация (год) | Ссылка |
|---|---|---|
| Best practice portal: evidence base, standards and guidelines, and evaluated practice Key epidemiological indicators | EMCDDA | http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators |
| Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis | ECDC (2011) | http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf |
| Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care | CDC (2011) | http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf |
| EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection | EASL (2011) | http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9ccbf_file.pdf |
| HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union | ECDC (2010) | http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf |
| Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users | EMCDDA (2010) | http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines |
| Treatment of tuberculosis: guidelines, fourth edition. | WHO (2010) | http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf |
| Guidelines for services providing injecting equipment: best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland | Scottish Government (2010) | http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0 |
| Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs | Open Society Institute (2010) | http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf |
| Good practice guide: HIV and drug use – community responses to injecting drug use and HIV | International HIV/AIDS Alliance (2010) | http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454 |
| Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment | National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009) | http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf |
| International standards for tuberculosis care, second edition | Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2009) | http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf |
| Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users | WHO, UNODC, UNAIDS (2009) | http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf |
| Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs | WHO, UNAIDS (2009) | http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf |
| Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users | WHO (2008) | http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html |

| Наименование | Организация (год) | Ссылка |
|---|----------------------------|---|
| EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B | EASL (2009) | http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf |
| Safety, risks and outcomes from the use of injecting paraphernalia | Scott (2008) | http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf |
| Guide to starting and managing needle and syringe programmes | WHO, UNAIDS, UNODC (2007) | http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf |
| HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region | WHO (2007) | http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf |
| Correlation – Guidelines on providing integrated outreach services | Correlation Network (2007) | http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf |
| Ontario needle exchange programs: best practice recommendations | Strike (2006) | http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf |
| Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users | WHO (2005) | http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogramminnguide.pdf |
| Advocacy guide: HIV/ AIDS prevention among injecting drug users | WHO, UNAIDS, UNODC (2004) | http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf |
| Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among people who inject drugs | WHO (2004) | http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf |
| Interim policy on collaborative TB/HIV activities. 1st ed. | WHO (2004) | http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf |
| BCG vaccine: WHO position paper | WHO (2004) | http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf |
| Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems | WHO (2001) | http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf |

Библиография

1. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010 Aug;14(4):731-47.
3. MacGregor S, Whiting M. The development of European drug policy and the place of harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts, and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Key indicators.* Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Trends in injecting drug use in Europe.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009.* Stockholm: ECDC; 2010.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010.* Stockholm: ECDC; 2010.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. *Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe.* Stockholm: ECDC; 2010.
9. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011 Jul 27.
10. Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts, and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
11. Roucoux DF, Murphy EL. The epidemiology and disease outcomes of human T-lymphotropic virus type II. *AIDS Rev.* 2004 Jul-Sep;6(3):144-54.
12. Castkova J, Benes C. Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
13. Perevoscikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
14. Blystad H, Hoel T, Høiby E, Nilsen O. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. *Euro Surveill.* 2001;5(1).
15. Kuusi M, Nuorti P, Rostila T, Jokinen C. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland, 2002. *Euro Surveill.* 2003 30 January 2003;7(5).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling.* EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA; 2010.
17. Health Protection Agency Cfl, Health Protection Scotland, National Public Health Service for Wales, Communicable Disease Surveillance Centre Northern Ireland, Centre for Research on Drugs and Health Behavior LSoHaTM. *Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2007. An update: October 2008.* 2008.
18. Hahne SJ, White JM, Crowcroft NS, Brett MM, George RC, Beeching NJ, et al. Tetanus in injecting drug users, United Kingdom. *Emerg Infect Dis.* 2006 Apr;12(4):709-10.
19. Beeching NJ, Crowcroft NS. Tetanus in injecting drug users. *BMJ.* 2005 Jan 29;330(7485):208-9.
20. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempova D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. *Euro Surveill.* 2008;13(50).
21. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K, Priimgi L. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. *Euro Surveill.* 2006;11(1):E060126 3.
22. Commission of the European Communities. *Charter of fundamental rights of the European Union.* 2000/C 364/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2000.
23. Commission of the European Communities. *Treaty of Lisbon.* 2007/C 306/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2007.
24. Commission of the European Communities. *Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013.* Brussels: Commission of the European Communities; 2009.
25. *Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia.* Dublin; 2004.
26. *EU Drugs Action Plan for 2009–2012.* Official Journal of the European Union. 2008 Dec 20:C 326/7-25.
27. Council of the European Union. *EU Drugs Strategy (2005–2012).* Brussels; 2004.
28. European Centre for Disease Prevention and Control. *Evidence-based methodologies for public health.* Stockholm: ECDC; 2011.
29. *European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment.* 2002.
30. UN General Assembly. *Basic principles for the treatment of prisoners.* UN General Assembly Resolution. Geneva; 1990.
31. WHO. *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period.* Copenhagen: WHO European Regional Office; 2010.

32. WHO. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
33. O'Hare P. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2007 Mar;18(2):141-4.
34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*. 1986 Jun 21;1(8495):1435.
35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int J Drug Policy*. 2004;15:231-7.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*. 2010 Aug 7;376(9739):475-85.
40. WHO. Ottawa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa, Canada: World Health Organization.
41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy*. 2010 May;21(3):255-8. Epub 2009 Sep 18.
45. Trubnikov MN, Khodakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):453-55.
46. Voytek C, Sherman SG, Junge B. A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):465-67.
47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2009 Dec;17(4):191-7.
48. Irwin K, Karchevsky E, Heimer R, Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):979-99.
49. Williams CT, Metzger DS. Race and distance effects on regular syringe exchange program use and injection risks: a geobehavioral analysis. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1068-74.
50. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19 Suppl 1:S25-36.
51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Can J Public Health*. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. *Journal of Urban Health*. 2004;81(1):14-9.
57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):449-51.
59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. *Am J Public Health*. 2008 May;98(5):853-61.
60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.

61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev.* 2002;21(1):33-7.
62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *Int J Drug Policy.* 2006 Sep;17(5):379-92.
63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *Aids.* 2007 Sep;21(14):1923-32.
64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.
65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. *Int J Drug Policy.* 2003;14(3):227-32.
67. National Treatment Agency for Substance Misuse. *Engaging and retaining clients in drug treatment.* London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.
68. WHO, UNODC, UNAIDS. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.* Geneva: WHO; 2004.
69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. *Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations.* Toronto; 2006.
70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction.* 2011 May 25.
71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction.* 2007 Sep;102(9):1454-62.
72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis.* 2011 Jul;204(1):74-83.
73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal.* 2006;175(11):1399-404.
74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction.* 1997;92(8):999-1005.
75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health.* 2001 Jan;91(1):42-6.
76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax.* 1990 Nov;45(11):891-8.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *Br J Dermatol.* 2004 Jan;150(1):1-10.
78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug Alcohol Rev.* 2011 May;30(3):287-90.
79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. *Med J Aust.* 1985 Apr 1;142(7):386-8.
80. US Center for Disease Control and Prevention. *Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care.* CDC: Atlanta; 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: Evidence, impacts, challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction.* 2010 May;105(5):844-59.
83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *J Viral Hepat.* 2008 Apr;15(4):279-92.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ.* 2000 Oct 7;321(7265):899.
85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol.* 2002 Apr 1;155(7):645-53.
86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy.* 2007 May;18(3):204-12.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev.* 2001 Feb;13(1):78-90.

89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Jun;30(2):133-8.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire; 2003.
91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs; 2010.
92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy*. 2011 Mar;22(2):172-3.
93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Substance Use & Misuse*. 2004;39(4):581-600.
94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyrer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2007 Oct;7(10):667-74.
95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? *Vaccine*. 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.
96. Stancliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Apr;18(3):263-5.
97. Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, et al. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *Am J Prev Med*. 2008 Jul;35(1):25-32.
98. Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Feb 1;107(1):76-9.
99. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1981;8(2):123-9.
100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 Nov;28(6):669-75.
101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction*. 2002 Aug;97(8):985-92.
102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1994 Dec;44(4):452-6.
103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? *Commun Dis Public Health*. 2003 Jun;6(2):97-100.
104. BCG vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004 Jan 23;79(4):27-38.
105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union*. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.
106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels; 2007.
107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*. 2008 Aug;103(8):1242-57.
108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine; 2007.
109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy*. 2005;16(Suppl. 1):S67-S75.
110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):CD002207.
111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva; 2009.
112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Statistical Bulletin*. EMCDDA: Lisbon; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.
113. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010 Jul 24;376(9737):285-301.
114. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De AD, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*. 2010;341:c3172.
115. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Apr 1;59(1):17-31.
116. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005;28(4):321-9.
117. Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J*. 2006;3.
118. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(8):CD004145.

119. Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, Walker AM, Russell D, et al. Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiol Infect.* 2009;137(9):1255-65.
120. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 2007 Jul;26(4):437-43.
121. Miller CL, Wood E, Spittal PM, Li K, Frankish JC, Braitstein P, et al. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;36(2):743-9.
122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA; 2011 (in press).
123. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4):CD005031.
124. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, et al. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J.* 2008;5:25.
125. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, et al. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Jun 1;109(1-3):154-60. Epub 2010 Feb 16.
126. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD003023.
127. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs Educ Prev Pol.* 2008;15(6):503-17.
128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA; 2011.
129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 4 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.
130. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD002208.
131. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th edition. 2010.
132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *Journal of Urban Health.* 2010;87(4):586-91.
133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of coprescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ.* 2005 Jun 4;330(7503):1297.
134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research* 1996;4:85-97.
135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18(6):464-74.
136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009 Jan;9(1):57-66.
137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. *AIDS Behav.* 2011 Jun 17.
140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Feb 15;167(4):603-62.
142. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis.* 2009 Jan 1;48(1):72-82.
143. Perlman DC, Salomon N, Perkins MP, Yancovitz S, Paone D, Des Jarlais DC. Tuberculosis in drug users. *Clin Infect Dis.* 1995 Nov;21(5):1253-64.
144. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC; 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent Mycobacterium tuberculosis infection. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1513-21.
146. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO: Geneva; 2007.
147. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.

148. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol*. 2011 Feb 28.
149. Werb D, Mills EJ, Montaner JS, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010 Jul;10(7):464-9.
150. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PL, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jan;23(1):23-31.
151. Novick DM, Kreek MJ. Critical issues in the treatment of hepatitis C virus infection in methadone maintenance patients. *Addiction*. 2008 Jun;103(6):905-18.
152. Litwin AH, Harris KA, Jr., Nahvi S, Zamor PJ, Soloway IJ, Tenore PL, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Jul;37(1):32-40.
153. Treloar C, Rhodes T. The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res*. 2009 Sep;19(9):1321-34.
154. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol*. 2011 Jun;54(6):1137-44.
155. WHO. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva: WHO; 2004.
156. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO; 2008.
157. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). The Hague; 2009.
158. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO: Geneva; 2004.
159. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011 Jan;106(1):32-51.
160. Strang J, Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santana L, et al. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*. 2008 Oct;103(10):1648-57.
161. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1429-37.
162. Jenness SM, Kobrak P, Wendel T, Neaigus A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women. *J Urban Health*. 2011 Apr;88(2):329-41.
163. Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect*. 2000 Aug;76(4):292-3.
164. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Buchstein S, Kreiswirth BN, Mildvan D. Predictors and outcome of multidrug-resistant tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1245-52.
165. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2007 Nov;11(6 Suppl):85-100.
166. Islam MM, Grummett S, White A, Reid SE, Day CA, Haber PS. A primary healthcare clinic in a needle syringe program may contribute to HIV prevention by early detection of incident HIV in an injecting drug user. *Aust N Z J Public Health*. 2011 Jun;35(3):294-5.
167. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. *Aust J Prim Health*. 2011;17(1):10-5.
168. Correlation Network. Outreach work among marginalized populations in Europe: Guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam; 2007.
169. Cattan M, Bagnall A-M, Akhionbare K, Burrell K. Injecting equipment schemes for injecting drug users – qualitative evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.
170. Balian R, White C. Harm reduction at work: A guide for organisations employing people who use drugs. New York: Open Society Foundations; 2010.
171. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J*. 2007;4:14.
172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes*. 2011 Jun 15;4(1):192.
173. Strauss SM, Mino M. Addressing the HIV-related needs of substance misusers in New York State: the benefits and barriers to implementing a 'one-stop shopping' model. *Subst Use Misuse*. 2011;46(2-3):171-80.
174. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *Int J Drug Policy*. 2007 Oct;18(5):437-43.
175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.

177. Hope V, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar M, Dubois-Arber F, et al. Mapping HIV-related behavioural surveillance among injecting drug users in Europe, 2008. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
178. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.
179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.
180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet.* 2010 Mar 20;375(9719):1014-28.
181. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.
182. Wiessing L, LikataVICIUS G, Klempova D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. *American Journal of Public Health.* 2009;99(6):1049-52.
183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA; 2011.
184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1989 Mar 2;320(9):545-50.
186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. *Eur Respir J.* 2011 Jul 7.
187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011.
188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect.* 2010 May;138(5):713-20.
189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from injecting drug users with bacteraemia. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Jul;16(7):921-6.
190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly.* 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.
191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe *Streptococcus pyogenes* infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Nov;14(11):1002-9.
192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. *J Med Microbiol.* 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.
193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill.* 2005 Sep;10(9):172-4.
194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med Microbiol.* 2002 Nov;51(11):978-84.
195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000 Feb;27(2):87-92.
196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. *Eur J Epidemiol.* 1995 Oct;11(5):527-33.
197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Drona F, et al. Prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) and HTLV-2 infection among Spanish drug users measured by HTLV-1 assay and HTLV-1 and -2 assay. HTLV-1 and HTLV-2 Spanish Study Group. *J Clin Microbiol.* 1995 Jul;33(7):1735-8.
198. Krook A, Albert J, Andersson S, Biberfeld G, Blomberg J, Eklund I, et al. Prevalence and risk factors for HTLV-II infection in 913 injecting drug users in Stockholm, 1994. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997 Aug 15;15(5):381-6.
199. Vignoli C, Zandotti C, De Lamballerie X, Tamalet C, Gastaut JA, De Micco P. Prevalence of HTLV-II in HIV-1-infected drug addicts in Marseille. *Eur J Epidemiol.* 1993 May;9(3):351-2.
200. Egan JF, O'Leary B, Lewis MJ, Mulcahy F, Sheehy N, Hasegawa H, et al. High rate of human T lymphotropic virus type IIa infection in HIV type 1-infected intravenous drug abusers in Ireland. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1999 May 20;15(8):699-705.
201. Kelly M, Swann C, Killoran A, Naidoo B, Barnett-Page E, Morgan A. Methodological problems in constructing the evidence base in public health. London: Health Development Agency; 2002.