

Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков

Сводное руководство
Женева, 2016 г.

THE
END TB
STRATEGY



Всемирная организация
здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines.

1.HIV Infections. 2.Tuberculosis. 3.Drug Users. 4.Substance Abuse, Intravenous – complications. 5.Delivery of Health Care, Integrated. 6.Guideline. I.World Health Organization. II.The End TB Strategy.

ISBN 978 92 4 451022 3 (NLM classification: WF 200)

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Дизайн North Creative, Geneva.

WHO/HTM/TB/2016.02

Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков

Сводное руководство
Женева, 2016 г.

THE
END TB
STRATEGY



**Всемирная организация
здравоохранения**

Содержание

I. Сокращения	iv
II. Определение ключевых терминов	v
III. Выражение благодарности	vi
IV. Резюме	vii
1. Предпосылки и процесс	1
1.1 Введение	1
1.2 Эпидемиология	1
1.3 Сфера применения политики	2
1.4 Целевая аудитория	3
1.5 Целевые группы населения	3
1.6 Основополагающие принципы, лежащие в основе руководства	3
1.7 Процесс пересмотра	5
2. Цель, задачи и структура	7
2.1 Цель	7
2.2 Задачи	7
2.3 Структура	7
A. Разработать и укрепить механизмы комплексного оказания услуг ПИН	8
A1 Учредить и развить координационный орган по комплексному оказанию услуг ПИН, в состав которого входят представители основных заинтересованных сторон	8
A2 Определить бремя ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН	9
A3 Осуществлять совместное планирование с целью интегрированного оказания услуг ПИН	11
A4 Осуществлять мониторинг и оценку оказания комплексных услуг ПИН	13
B. Сократить совокупное бремя ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других сопутствующих патологий у ПИН за счет комплексного оказания всеобъемлющих услуг	15
B1 Разработать ориентированные на человека модели комплексного оказания услуг ПИН, включая услуги в отношении ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, наркотической зависимости, ПИШ и другие услуги	15
B2 Расширить доступ ПИН к совместным услугам в отношении ТБ и ВИЧ	18
B3 Обеспечить доступ к ОЗТ и другим методам лечения наркотической зависимости	31
B4 Проводить профилактику, скрининг и лечение вирусного гепатита В и С среди ПИН	33
B5 Осуществлять ведение и лечение алкогольной зависимости	36
B6 Принять меры в отношении психического здоровья и удовлетворения потребностей в психосоциальной поддержке	37
B7 Обеспечить доступ к лечебному питанию	37
C. Обеспечить единый стандарт медико-санитарной помощи в тюрьмах и в гражданском секторе за счет гармонизации вмешательств и налаживания связи со службами на уровне сообществ	38
Библиографические ссылки	40

I. Сокращения

АРТ	антиретровирусная терапия
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДИ	доверительный интервал
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДоКП	доконтактная профилактика
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
ЛГТ	лекарственная гепатотоксичность
ЛТБИ	латентная ТБ инфекция
ПН	потребители наркотиков
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
НПО	неправительственная организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПИШ	программа игл и шприцев
ПКП	постконтактная профилактика
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ПЛК	профилактическое лечение котримоксазолом
ППД	противовирусный препарат прямого действия
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РНК	рибонуклеиновая кислота
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез
ТКП	туберкулиновая кожная проба
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
УТВ	услуги по тестированию на ВИЧ
ХГВ	хронический гепатит В
ЮНЭЙДС	Совместная программа ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом
APRI	индекс отношения аминотрансферазы к количеству тромбоцитов
ASSIST	тест на выявление зависимости от алкоголя, курения и психоактивных веществ
FIB-4	счетная система оценки степени фиброза Fibrosis-4
GRC	комитет ВОЗ по обзору руководящих принципов
HBеAg	антиген «е» вируса гепатита В
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита В
IGRA	анализ, основанный на высвобождении гамма-интерферона
mh-GAP	программа ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья
NAT	тест на выявление нуклеиновых кислот
PEPFAR	Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом

II. Определения ключевых терминов

К потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) относятся лица, которые употребляют психотропные (или психоактивные) вещества инъекционным путем в немедицинских целях. Эти наркотические вещества включают опиоиды, стимулирующие вещества амфетаминового типа, кокаин, гипнотические/седативные и галлюциногенные вещества. Инъекции могут быть внутривенными, внутримышечными или подкожными. Определение не включает людей, самостоятельно делающих себе инъекции лекарственных веществ в медицинских целях, или лиц, которые делают себе инъекции непсихотропных веществ (например, стероидов или других гормонов) для наращивания мышечной массы или улучшения спортивных достижений.

Потребители наркотиков (ПН) включают людей, которые употребляют психотропные вещества любым путем, включая инъекционный, пероральный, ингаляционный, через слизистые оболочки (подъязычно, ректально или интраназально) или через кожу. Для целей настоящего документа определение не включает в себя употребление таких распространенных веществ, как табак, напитки или пищевые продукты, содержащие алкоголь или кофеин.

Тюрьмы и учреждения закрытого типа. Для целей настоящего документа термин «тюрьмы и учреждения закрытого типа» относится ко всем местам лишения свободы внутри страны. Термины «заключенные» и «задержанные» относятся ко всем лицам, находящимся в учреждениях системы уголовного правосудия и пенитенциарной системы (включая совершеннолетних и несовершеннолетних лиц мужского и женского пола) во время расследования преступления, в ожидании суда, после вынесения обвинительного приговора, до и после назначения наказания. Эти понятия также включают задержанных без предъявления обвинения или тех, кто был приговорен к принудительному лечению или нахождению в реабилитационных центрах.

Снижение вреда. Для целей настоящего документа снижение вреда относится к научно обоснованному подходу к снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков. ВОЗ в сотрудничестве с Управлением ООН по наркотикам и преступности и Совместной программой ООН по борьбе против ВИЧ/СПИДа определила пакет из девяти научно обоснованных мероприятий, так называемый комплексный пакет мер (1). Данный пакет включает два вмешательства, связанные с употреблением наркотиков; программы игл и шприцев, а также опиоидную заместительную терапию и другие основанные на доказательных данных методы лечения наркотической зависимости; плюс услуги по тестированию на ВИЧ; антиретровирусную терапию; профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем; программы обеспечения презервативами; целевое информирование, просвещение и информационное взаимодействие; профилактику, вакцинацию, диагностику и лечение вирусных гепатитов; а также профилактику, диагностику и лечение туберкулеза. В 2014 году в пакет было включено использование налоксона для лечения передозировки опиоидов. Комплексный пакет мер направлен прежде всего на снижение вреда употребления инъекционных наркотиков, однако он также признает важность мер снижения вреда для потребителей неинъекционных наркотиков, нуждающихся в соответствующих услугах.

III. Выражение благодарности

Руководящая группа

ВОЗ

Annabel Baddeley (Глобальная программа по ТБ), Rachel Bagdaley (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Nicolas Clark (Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами), Pierpaolo de Colombani (Европейское региональное бюро ВОЗ), Martin Donoghoe, (Европейское региональное бюро ВОЗ), Haileyesus Getahun (Глобальная программа по ТБ), Alberto Matteelli (Глобальная программа по ТБ), Lisa Nelson (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Annette Verster (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Stefan Wiktor (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту).

Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН)

Monica Ciuragea и Fabienne Hariga.

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Reuben Granich и Alison Crockett.

Внешняя группа подготовки руководства

Elie Aaraj (Ближневосточная и Северо-Африканская ассоциация снижения вреда), Eliot Ross Albers (Международная сеть наркопотребителей [Соединенное Королевство]), Chris Beyrer (Школа общественного здоровья Блумберга при Университете Джона Хопкинса, Соединенные Штаты Америки [США]), Azizbek Boltaev (Центр развития и исследований на людях, Узбекистан), Robert Colebunders (Институт тропической медицины, Университет Антверпена, Бельгия), Charles Daley (Национальный центр еврейского здравоохранения, США), Jimmy Dorabjee (Азиатская сеть снижения вреда, Австралия), Maria Golovanevskaya (независимый консультант, США), Teodora Groshkova (Европейский центр мониторинга наркотиков и наркотической зависимости, Португалия), Mauro Guarinieri (Глобальный фонд для борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии, Швейцария), Karun Karlan (Группа активистов по лечению, США), Adeeba Kamarulzaman (Университет Малайя, Малайзия), Adnan Khan (Решения по научным исследованиям и развитию, Пакистан), Bijay Pandey (Азиатская сеть потребителей наркотиков [ANPUD], Непал), Billy Pick (Агентство США по международному развитию [USAID], США), Salaam Semaan (Центры по контролю и профилактике заболеваний [ЦКЗ], США), Sharon Stancliff (Коалиция снижения вреда, США), Emilis Subata (Сотрудничающий центр ВОЗ по снижению вреда, Литва)

Внешние рецензенты

Charlotte Dézé (Médecins du Monde, Кот-д'Ивуар), Natalie Flath (независимый консультант, США), Pippa Grenfell (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство), Niklas Luhmann (Médecins du Monde, Франция), Bradley Mathers (Институт Керби, Австралия), David Perlman (Инфекционные болезни, Mount Sinai Beth, Израиль), Alistair Story (Программа «Найди и лечи», Больница университетского колледжа, Трастовый фонд системы национальной службы здравоохранения, Соединенное Королевство), Anna Zakowicz (Фонд борьбы со СПИДом, Нидерланды)

Штаб-квартира и региональные бюро ВОЗ

Denise Arakaki-Sanchez ВОЗ/Панамериканская организация здравоохранения [ПАОЗ], Бразилия), Rachel Beanland (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Meg Doherty (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Philippa Easterbrook (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Nathan Ford (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Ogtay Gozalov (офис ВОЗ, Узбекистан), Cheryl Johnson (Департамент по ВИЧ и Глобальная программа по гепатиту), Avinash Kanchar (Глобальная программа по ТБ), Alexei Korobitsyn (Глобальная программа по ТБ), Knut Lonroth (Глобальная программа по ТБ), Mario Raviglione (Глобальная программа по ТБ), Mukta Sharma, (офис ВОЗ, Тайланд), Lana Syed (Глобальная программа по ТБ).

Координация

Annabel Baddeley при поддержке Haileyesus Getahun (Глобальная программа по ТБ)

Финансовая помощь

Подготовка настоящих руководящих принципов осуществлялась при финансовой поддержке Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Программы единых принципов бюджета, результатов и отчетности ЮНЭЙДС (UBRAF) и Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР) при посредничестве Агентства США по международному развитию (USAID).

IV. Резюме

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) подвержены более высокому риску туберкулеза (ТБ). ВИЧ-инфекция еще более увеличивает риск развития ТБ, при этом ТБ является одной из ведущих причин смерти среди ПИН, живущих с ВИЧ. Имеется множество данных о ТБ среди ПИН; однако было установлено, что потребители неинъекционных наркотиков также имеют более высокие показатели ТБ. По оценкам, менее 1% населения мира употребляет наркотики инъекционным путем, тем не менее на долю ПИН приходится несоразмерно высокие 5–10% всех людей, живущих с ВИЧ. ПИН подвержены самому высокому риску инфицирования гепатитом С, расчетная распространенность которого в мире составляет 67%; общая распространенность гепатита В среди ПИН составляет около 8%.

Профилактика, диагностика и лечение ТБ и ВИЧ-ассоциированного ТБ – ключевые элементы утвержденного на международном уровне комплексного пакета мер по снижению вреда для ПИН. Помимо этого, пакет содержит необходимые и приоритетные мероприятия в отношении употребления наркотиков; программы игл и шприцев (ПИШ), а также основанные на фактических данных, не нарушающие прав человека услуги по лечению наркозависимости, включая опиоидную заместительную терапию для лиц, имеющих опиоидную зависимость. Пакет также включает услуги по тестированию на ВИЧ; антиретровирусную терапию (АРТ); профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем; программы обеспечения презервативами; целевое информирование, просвещение и информационное взаимодействие; а также профилактику, вакцинацию, диагностику и лечение вирусного гепатита. Пакет доказал свою действенность и экономическую эффективность в предотвращении вреда, связанного с потреблением наркотиков инъекционным путем. Несмотря на это, доступ к этим жизненно важным мероприятиям по-прежнему остается недостаточным.

Настоящие руководящие принципы призваны уменьшить заболеваемость и смертность, связанные с ТБ и ВИЧ-ассоциированным ТБ, у ПИН посредством предоставления всеобъемлющего и целостного пакета услуг. Руководящие принципы представляют собой пересмотренные *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход, 2008 г.* В них собраны последние рекомендации по ведению случаев ТБ, ВИЧ-ассоциированного ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита В и гепатита С, а также наркозависимости, алкогольной зависимости, недостатка питания, психических расстройств, а также по удовлетворению психосоциальных потребностей.

Настоящее руководство направлено прежде всего на благо ПИН, однако многие содержащиеся в нем рекомендации могут быть применены к потребителям наркотиков, которые в настоящее время не употребляют их инъекционным путем, но нуждаются в соответствующих услугах. Настоящее руководство предназначено прежде всего для лиц, определяющих политику и принимающих решения в области здравоохранения как гражданской, так и пенитенциарной системы. В том числе для руководителей программ борьбы с ТБ, программ по борьбе с ВИЧ и вирусными гепатитами или их аналогов, наркологических служб и других важнейших рекомендованных ВОЗ базовых служб помощи ПИН (например, ПИШ) в правительственном и неправительственном секторах. Настоящие руководящие принципы также предназначены для доноров, агентств по развитию, сетей ПИН и их адвокатов.

Настоящее руководство разработано на основе принципов прав человека, отраженных в целом ряде международных соглашений и резолюций. Так, программам следует работать совместно с ПИН и сетями гражданского общества для обеспечения благоприятной законодательной и политической среды, делающей возможной оказание ПИН справедливой, приемлемой, ориентированной на человека помощи. Также необходима декриминализация употребления наркотиков, защита от стигмы, дискриминации и преследования со стороны полиции. Важнейшее значение для достижения этой цели имеет многосекторальное сотрудничество, расширение прав и возможностей сообщества, а также привлечение ПИН к разработке мер политики, а также предоставлению и оценке услуг.

В основе настоящих руководящих принципов лежит структура организации мероприятий в соответствии с тремя задачами:

- создание и укрепление механизмов комплексного предоставления услуг ПИН;
- уменьшение совокупного бремени ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других сопутствующих патологий у ПИН посредством комплексного предоставления всеобъемлющих услуг; и
- обеспечение стандарта медико-санитарной помощи в тюрьмах, аналогичного стандарту оказания медико-санитарной помощи вне тюрем, за счет гармонизации мер вмешательства и налаживания связи со службами на уровне сообщества.

1. Предпосылки и процесс

1.1 Введение

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) подвержены повышенному риску инфицирования и развития туберкулеза (ТБ), независимо от их ВИЧ-статуса; ТБ является одной из ведущих причин ВИЧ-ассоциированной смертности среди ПИН (2, 3). ПИН также существенно чаще инфицируются ВИЧ, гепатитом В и гепатитом С.

Профилактика, диагностика и лечение ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита – основные элементы одобренного на международном уровне всеобъемлющего пакета мер по снижению вреда для ПИН (1). Пакет мер доказал свою действенность и экономическую эффективность в снижении вреда, связанного с потреблением инъекционных наркотиков. Пакет мер был предложен ВОЗ, Совместной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). В дальнейшем пакет мер был утвержден на высочайших политических уровнях Глобальным фондом по борьбе против СПИДа, туберкулеза и малярии (Глобальный фонд), Чрезвычайным планом президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), координационным советом программы ЮНЭЙДС, Комиссией Организации Объединенных Наций (ООН) по наркотическим веществам, Генеральной Ассамблеей ООН, и Экономическим и социальным советом ООН. Тем не менее, ПИН по-прежнему имеют недостаточный доступ к этому рекомендованному пакету мер (4). Девять основанных на фактических данных компонентов, составляющих пакет мер, представлены в Вставке 1.1.

Вставка 1.1 Комплексный пакет мер снижения вреда для ПИН

Комплексный пакет (1, 5) включает следующие меры:

- программы игл и шприцев;
- опиоидную заместительную терапию, другие научно обоснованные методы лечения наркозависимости и купирование опиоидной передозировки налоксоном;
- услуги по тестированию на ВИЧ-инфекцию;
- антиретровирусную терапию;
- профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- программы по обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров;
- целевые мероприятия по информированию, просвещению и коммуникации для ПИН и их половых партнеров;
- профилактику, вакцинацию, диагностику и лечение вирусного гепатита;
- профилактику, диагностику и лечение ТБ.

В 2008 году ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС совместно опубликовали *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для потребителей инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход* (6). Цель публикации руководящих принципов заключалась в предоставлении стратегического подхода к сокращению заболеваемости и смертности, связанных с распространенностью туберкулеза и ВИЧ среди подверженных риску потребителей наркотиков и их сообществ. С момента издания руководящих принципов ВОЗ опубликовала целый ряд стратегических документов и руководящих принципов, рекомендуемых жизненно важных мероприятий, направленных на решение проблемы ТБ, ВИЧ-ассоциированного ТБ, ВИЧ-инфекции, а также гепатитов В и С, а также руководящие принципы лечения наркозависимости (1, 5, 7-28). В настоящем документе представлены обновленные руководящие принципы 2008 г., включающие последние рекомендации и фактические данные и подчеркивающие важность комплексного предоставления всеобъемлющих услуг здравоохранения потребителям инъекционных наркотиков.

1.2 Эпидемиология

Распространенные взаимосвязанные факторы риска, а также социальные и структурные детерминанты ТБ включают: ВИЧ, бедность, отсутствие постоянного места жительства, плохое питание, употребление наркотиков, курение и чрезмерное употребление алкоголя. Распространённость латентной инфекции *Mycobacterium tuberculosis* и случаев активного ТБ среди ПИН выше, чем среди населения в целом, независимо от наличия ВИЧ-инфекции (29-31). По результатам исследований, изучающих распространенность латентной ТБ инфекции (ЛТБИ) с помощью туберкулиновых кожных проб (ТКП), ее уровень среди ПИН составляет от 10% до 59% (29). Аналогично, по результатам исследований, учитывающих распространенность активного ТБ среди ПИН, ее уровни варьируются от

0,5% до 66% (32). Фактические данные о связи ТБ и употребления наркотиков прежде всего касаются употребления инъекционных наркотиков; однако курение кокаина «крэк» и опиума также связано с повышенным риском ТБ (29, 33, 34). В Европе ТБ является ведущим СПИД-определяющим заболеванием среди ПИН (35). По данным исследования, проведенного в Испании, вероятность развития ТБ как СПИД-определяющего заболевания у ПИН была в два раза выше, чем у мужчин, практикующих секс с мужчинами (36). ТБ является одной из ведущих причин смертности среди ПИН, живущих с ВИЧ; данные, полученные из Российской Федерации, Испании и Соединенных Штатов Америки (США), показали, что показатели смертности от ВИЧ-ассоциированного ТБ были в несколько раз выше среди ПИН, чем среди населения в целом (2, 29, 37, 38). Появляется все больше данных, свидетельствующих о наличии взаимосвязи между ВИЧ, употреблением наркотиков инъекционным путем и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), особенно в странах Восточной Европы, и эта взаимосвязь требует дальнейшего изучения (39-41). Два основных фактора, способствующих развитию МЛУ-ТБ, включают пребывание в местах лишения свободы и прерывание лечения ТБ, оба эти фактора более характерны для ПИН (32, 40, 42, 43). У больных МЛУ-ТБ, в особенности у лиц с ВИЧ-ассоциированным МЛУ-ТБ, отмечаются плохие результаты лечения и, как следствие, высокие показатели смертности (32, 40, 44-46).

По оценкам, менее 1% мирового населения употребляет наркотики инъекционным путем, однако ПИН составляют около 5–10% всех лиц, живущих с ВИЧ, и почти треть всех новых случаев инфицирования ВИЧ в странах вне Африки южнее Сахары (47-50). В странах с концентрированной эпидемией ВИЧ, в частности, в Восточной Европе и Юго-Восточной Азии распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН указывается на уровне более 40% (48, 51). Передача ВИЧ-инфекции через совместное использование инъекционного оборудования, а также половым путем также вызывает все большую озабоченность в Африке (51-53). Помимо этого, ПИН подвержены высочайшему риску инфицирования гепатитом С, расчетная глобальная распространенность которого в этой группе составляет 67% (54). Расчетная глобальная распространенность гепатита В (наличие поверхностного антигена вируса гепатита В [HBsAG]) среди ПИН составляет 8,4% (54). До 25% ПИН, инфицированных гепатитом С, могут быть также инфицированы вирусом гепатита В (13).

Эпидемия ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН превратилась в существенную угрозу для общественного здоровья. В целом ряде стран, по данным отчетности, частота сопутствующей инфекции гепатита С среди ПИН, живущих с ВИЧ, приближается к 100% (55). Известно, что в странах с высоким бременем ТБ наличие сопутствующей патологии гепатита В, а также гепатита С широко распространено как среди ВИЧ-положительных, так и ВИЧ-отрицательных больных ТБ, употребляющих инъекционные наркотики (56, 57). По оценкам, в этих странах частота случаев сочетанной патологии ТБ и гепатита С среди ПИН выше, чем уровни ВИЧ-ассоциированного ТБ. По оценкам, как минимум две трети ПИН, заболевших ТБ, имеют антитела вируса гепатита С, по сравнению с лишь одной третьей ПИН, заболевших ТБ и живущих с ВИЧ (3).

Тюрьмы способствуют росту показателей инфицирования ТБ, ВИЧ и гепатитами В и С среди ПИН. Заключение непрерывно перемещаются внутри тюремной системы, попадают в нее и выходят на свободу; таким образом, лишение свободы может препятствовать непрерывному оказанию медицинской помощи службами здравоохранения. Это может приводить к развитию МЛУ-ТБ и его распространению как внутри пенитенциарной системы, так и в обществе. Повышенные показатели ТБ в тюрьмах приводят к более высоким показателям как ТБ, так и МЛУ-ТБ в окружающем сообществе. В странах с высоким уровнем дохода один из 11 случаев ТБ, возникающих среди общего населения, по оценкам, может объясняться ТБ внутри пенитенциарной системы; в странах с низким и средним уровнем дохода это соотношение составляет один из 16 (58, 59). Распространенность ТБ в тюрьмах может быть в 50 раз выше, чем среди населения в целом; исследования, проведенные в Европе, показали, что риск развития множественной лекарственной устойчивости у заключенных в два раза выше, чем среди населения в целом (60, 61). Среди ПИН высока частота заключения под стражу, при этом в тюрьмах отмечаются более высокие показатели инфицирования и передачи ТБ, чем среди населения в целом (3). Показатели инфицирования ВИЧ и гепатитами В и С в тюрьмах также существенно выше, чем среди населения в целом. Это частично объясняется тем фактом, что группы населения, наиболее уязвимые к ВИЧ и вирусному гепатиту, подвержены наибольшему риску криминализации и заключения под стражу. Быстрому распространению этих заболеваний также способствуют такие факторы, как скученность и плохое питание, отсутствие доступа к мерам снижения вреда и адекватному инфекционному контролю, что в свою очередь приводит к совместному использованию инъекционного оборудования, нестерильной практике нанесения татуировок и незащищенному сексу (3).

1.3 Сфера применения политики

Целью настоящего руководства является сокращение заболеваемости и смертности, связанных с распространенностью ТБ и ВИЧ-ассоциированного ТБ, среди ПИН. Это достигается за счет продвижения интегрированного предоставления ПИН комплексного пакета услуг, в том числе в отношении ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита при одновременном решении других проблем, таких как алкогольная зависимость, недостаток питания, психические расстройства и удовлетворение психосоциальных потребностей ПИН. Руководство также затрагивает проблему контроля заболеваний и обеспечения доступа к соответствующим услугам в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. Настоящий документ призван дополнить существующие базовые мероприятия программ по профилактике, скринингу, диагностике и лечению ТБ,

ВИЧ и вирусного гепатита, а также программ снижения вреда. Документ тесно увязан с глобальной стратегией ВОЗ «End TB» (62) и рамочной концепцией по ликвидации туберкулеза (63). Аналогично, предоставление комплексного пакета услуг ПИН является неотъемлемой частью предлагаемых глобальных стратегий здравоохранения в отношении ВИЧ и вирусного гепатита на 2016–2021 гг. (64, 65), а также стратегии ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. «Ускоренный путь к ликвидации эпидемии СПИДа» (66).

Настоящее руководство поощряет укрепление сотрудничества между национальными программами борьбы с ТБ, программами по ВИЧ и наркологическими службами, ПИШ и другими службами помощи ПИН, включая организацию или расширение услуг по уходу и лечению для потребителей инъекционных наркотиков, больных гепатитом С или В. Тем не менее, определение эффективных и прагматических механизмов для совместного управления этими программами должно зависеть от национальной эпидемиологии ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН. Помимо этого, необходимо учитывать контекст и фактические данные, присущие конкретной стране.

Эти руководящие принципы будут пересматриваться и обновляться каждые 5 лет (т.е. в 2021 г.).

1.4 Целевая аудитория

Настоящее руководство предназначено для:

- лиц, определяющих политику и принимающих решения в области здравоохранения, в том числе в пенитенциарной системе;
- руководителей национальных программ борьбы с ТБ, ВИЧ, служб борьбы с вирусными гепатитами, наркологической службы, ПИШ и программ предоставления других услуг ПИН, работающих на всех уровнях в сообществе и в тюрьмах, в правительственном и неправительственном секторах; и
- доноров, агентств по развитию, сетей ПИН и их адвокатов.

Помимо министерства здравоохранения и руководящих органов пенитенциарной системы, рекомендации, представленные в настоящих руководящих принципах, имеют большое значение для определения стратегических направлений работы и действий других отраслевых министерств, таких как министерство юстиции, по контролю за оборотом наркотиков и финансов.

1.5 Целевые группы населения

Целевыми группами для настоящего руководства являются люди, употребляющие психотропные (или психоактивные) вещества инъекционным путем в немедицинских целях, согласно определению, представленному выше в Разделе II. Основная цель настоящего руководства заключается в улучшении положения ПИН, однако употребление наркотиков неинъекционным путем также сопряжено с вредом для здоровья. Поэтому многие рекомендации, представленные в настоящем документе, также актуальны для лиц, в настоящий момент употребляющих наркотики неинъекционным путем, но нуждающихся в подобных услугах.

1.6 основополагающие принципы, лежащие в основе руководства

Общая концепция разработки настоящих руководящих принципов основана на принципах защиты прав человека. Эти принципы подкрепляются *Международными стандартами лечения туберкулеза* (67), *Международными руководящими принципами по поощрению и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом* (68) и Хартией пациентов об оказании медицинской помощи больным туберкулезом (69), подчеркивающими право человека на лечение без стигматизации, ущемления прав или дискриминации со стороны поставщиков медицинских услуг и органов власти.

Залогом обеспечения равного доступа ПИН к медицинской помощи является защита прав человека. Программы должны работать с другими секторами и продвигать важнейшие факторы, способствующие обеспечению благоприятных условий для интегрированного оказания всеобъемлющей помощи ПИН. Законодатели и другие государственные органы должны разработать и обеспечить исполнение антидискриминационных и других соответствующих законов, основанных на стандартах прав человека, (68) с целью:

- устранения стигмы, дискриминации и насилия, полицейского преследования, незаконных арестов и задержания, которым подвергаются ПИН (см. Вставка 1.2);
- обеспечения доступа ПИН к правосудию; и
- уменьшения уязвимости ПИН к ТБ, ВИЧ, вирусному гепатиту и другим инфекциям.

Вставка 1.2**Наркологические центры принудительного содержания и реабилитации**

В некоторых странах люди, употребляющие инъекционные или неинъекционные наркотики, принудительно удерживаются в центрах содержания или реабилитации, где они, как правило, находятся под контролем сотрудников службы охраны и имеют ограниченный доступ к медико-санитарной помощи. Лица, находящиеся в центрах принудительного содержания, могут подвергаться физическому наказанию и лечению, которое не является ни научно-обоснованным, ни соответствующим принципам соблюдения прав человека. Как правило, частота рецидивов после выхода из подобных центров бывает очень высокой (1, 70). Организации ООН не поддерживают подобные формы содержания; они призывают все государства-члены закрыть наркологические центры принудительного содержания и реабилитации и внедрять добровольные, разработанные с учетом фактических данных и основанные на принципах защиты прав человека медико-санитарные и социальные услуги для ПИН на уровне сообщества (71).

1.6.1 Доступ к качественной медико-санитарной помощи

Доступ к медико-санитарной помощи является всеобщим и базовым правом человека. Это включает право людей, употребляющих наркотики, на доступ к надлежащей, качественной медико-санитарной помощи без дискриминации. Поставщики медико-санитарных услуг и учреждения здравоохранения должны обслуживать ПИН с соблюдением принципов медицинской этики и права на здоровье (72). ПИН не должны получать отказа в лечении ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, наркозависимости или в доступе к ПИШ. Кроме того, ПИН должны иметь доступ к услугам здравоохранения без преследования со стороны полиции, необоснованного ареста, стигматизации или дискриминации, воздействия других ограничительных практик, мер политики или критериев соответствия. Рекомендации, представленные в настоящем руководстве, могут быть эффективными только, если услуги, рассчитанные на максимальный доступ для ПИН, являются приемлемыми, высококачественными и широко распространенными. Услуги низкого качества и ограниченный доступ к услугам существенно уменьшают пользу как для отдельного человека, так и воздействие данных рекомендаций на общественное здоровье.

1.6.2 Доступ к правосудию

Доступ к правосудию является основным приоритетом для ПИН, учитывая высокую частоту их контактов с правоохранительной службой из-за того, что во многих странах наркотики и их употребление являются незаконными. Доступ к правосудию включает право на свободу от необоснованного преследования со стороны полиции, ареста и задержания; право на справедливое судебное разбирательство; свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего человеческое достоинство обращения; право на защиту со стороны полиции тогда, когда ПИН являются жертвами преступлений; а также право (в том числе в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа) на наивысший достижимый уровень здоровья (73).

Во многих юрисдикциях употребление наркотиков имеет юридические последствия. Что объясняет высокие показатели лишения свободы ПИН во многих странах. Для тех, кто не находится под стражей, характерен регулярный контакт с правоохранительными органами. Защита прав ПИН, включая право на самоорганизацию, трудоустройство, жилище и медико-санитарную помощь, требует сотрудничества между органами здравоохранения, социального обеспечения, криминальной юстиции, включая органы, осуществляющие управление тюрьмами и учреждениями закрытого типа. Содержание в учреждениях закрытого типа не должно нарушать право на сохранение достоинства и здоровья (72).

1.6.3 Приемлемость услуг

Приемлемость услуг для ПИН является ключевым фактором их эффективности. Мероприятия, направленные на сокращение бремени ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН, должны проводиться в уважительной манере, быть приемлемыми, соответствующими и доступными по цене для их получателей. Это поможет привлечь ПИН к участию, удержит их в программах лечения, а также обеспечит соответствие предоставляемых услуг необходимым стандартам медико-санитарной помощи. В некоторых случаях службы, работающие с ПИН, используют соответствующие модели предоставления услуг, но не имеют опыта в области ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита. И наоборот, услуги ряда специализированных служб по борьбе с ТБ, ВИЧ и вирусным гепатитом могут быть недоступными или неприемлемыми для ПИН. Таким образом, наличие необходимости наращивания потенциала служб на всех направлениях для обеспечения использования подхода, ориентированного на человека. Эффективным способом достижения этой цели будет консультирование служб здравоохранения с сетями ПИН и консультантами из числа равных, а также проведение совместного обучения по вопросам разработки, предоставления и оценки услуг. (13). Механизмы регулярной и непрерывной обратной связи для потребителей услуг с их поставщиками помогут собрать необходимую информацию и улучшить приемлемость услуг для ключевых групп населения. Чрезвычайно важно, чтобы данные и медицинская информация, позволяющие идентифицировать людей как потребителей наркотиков, использовались только для мониторинга бремени заболевания и улучшения качества предоставляемых услуг; они не должны передаваться правоохранительным органам.

1.6.4 Медицинская грамотность

Некоторые ПИН недостаточно информированы о вопросах здоровья и лечения, у других вызывают озабоченность побочные эффекты лечения (74). В сочетании с социальными и структурными барьерами эти вопросы могут затруднять процесс принятия решений относительно уменьшения риска заболевания, обращения за медицинской помощью и начала лечения. В связи с этим, службы здравоохранения должны регулярно, в плановом порядке предоставлять ПИН точную, доступную для восприятия, научно обоснованную и непредвзятую информацию о профилактике и лечении ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита. Медико-санитарная информация может также распространяться сетями сообществ и консультантами на основе «равный равному». Эта информация должна включать ответы на вопросы ПИН, связанные с сопутствующими патологиями и побочными эффектами лечения, а также затрагивать социальные и структурные барьеры, такие как страх стигматизации, дискриминации и криминализации. Соответственно, поставщики услуг, а в пенитенциарных учреждениях сотрудники охраны и администрация тюрем могут иметь недостаточно знаний о потребностях ПИН в медико-санитарной и социальной помощи. Службы здравоохранения на уровне сообщества и в тюрьмах должны обучать сотрудников для обеспечения более полного понимания ими медицинских и социальных потребностей ПИН, что в свою очередь увеличит потенциал профилактики и лечения ВИЧ, ТБ и вирусного гепатита среди ПИН (13).

1.6.5 Интегрированное предоставление услуг

ПИН, как правило, имеют несколько сочетанных патологий, что зачастую сопряжено с маргинализацией и лишениями. Среди ПИН наблюдаются высокие показатели ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других инфекционных заболеваний, а также психических расстройств. Интеграция услуг значительно увеличивает доступ населения в целом к совместным мероприятиям при ТБ/ВИЧ (75). Аналогично, оказание комплексных услуг обеспечивает возможность проведения ориентированных на человека профилактики, ухода и лечения ПИН, имеющих многообразные медико-санитарные и социальные потребности. Подобные услуги также способствуют более эффективному информационному взаимодействию и оказанию многодисциплинарной помощи, а также увеличивают действенность и экономическую эффективность (76). Таким образом, там, где это осуществимо, программы должны стремиться к предоставлению комплексных услуг ПИН, способами, разработанными с учетом мнения ПИН и содействующими налаживанию доверия к учреждениям, оказывающим услуги, и к поставщикам услуг. Если это невозможно, необходимо наладить и поддерживать тесные связи между медико-санитарными и социальными службами, работающими с ПИН (2, 6, 77).

1.7 Процесс пересмотра

Процесс пересмотра Руководящих принципов ВОЗ, 2008 г. (6) соответствовал рекомендациям Комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов (КОРП) (78). Все значимые рекомендации и указания, содержащиеся в настоящем документе, основаны на существующих руководящих положениях ВОЗ и разработаны в соответствии с процессом, установленным КОРП. Первичные нормативные документы ВОЗ, ссылки на которые приведены в настоящих руководящих принципах (см. Вкладку 1.3), описывают процесс разработки соответствующих рекомендаций, а также проведения анализа и оценки доказательств.

Была сформирована совместная Руководящая группа, состоящая из координаторов от ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН. Помимо этого, была собрана Внешняя группа по руководящим принципам для контроля за процессом их консолидации. Эта группа состояла из лиц, определяющих политику; экспертов противотуберкулезной службы, служб по борьбе с ВИЧ, вирусным гепатитом и наркологической службы; агентств-доноров; а также представителей сетей ПИН. Все члены Внешней группы по руководящим принципам предоставили декларации интересов; эти декларации интересов были рассмотрены Секретариатом ВОЗ, который пришел к выводу об отсутствии потенциальных конфликтов интересов.

Совместная руководящая группа подготовила концепцию документа, наряду со списком рекомендаций, которые должны быть в него включены, а затем и проект пересмотренных руководящих принципов. Эти материалы были предоставлены на рассмотрение членам Внешней группы по руководящим принципам, мнения которых были собраны по электронной почте. Предложенные изменения были внесены в документ, после чего он был представлен на рассмотрение внутренней и внешней группам рецензентов. Комментарии рецензентов были обсуждены членами Совместной руководящей группы, после чего документ был доработан координаторами процесса.

Вставка 1.3**Первичные документы, использованные для разработки рекомендаций**

- Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).
- *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis – emergency update 2008* [Руководство по программному ведению лекарственно устойчивого туберкулеза – экстренный пересмотр 2008 г.] (7).
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи] (8).
- *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households* [Политика ВОЗ по инфекционному контролю в отношении ТБ в учреждениях здравоохранения, местах скопления людей и домохозяйствах] (9).
- Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов (10).
- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* [Пособие mhGAP по осуществлению вмешательств в отношении психических, неврологических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения] (11).
- *WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis; 2011 update* [Руководящие принципы ВОЗ по программному ведению лекарственно устойчивого туберкулеза; пересмотр 2011 г.] (12).
- *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* [Руководство по профилактике вирусного гепатита В и С среди потребителей инъекционных наркотиков] (13).
- *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries* [Рекомендации по расследованию контактов лиц, больных заразной формой туберкулеза, в странах с низким и средним уровнем дохода] (14).
- Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).
- Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 года. (1).
- *Policy brief on HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions* [Аналитическая справка по профилактике лечению и уходу при ВИЧ-инфекции в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа: комплексный пакет мер] (16).
- Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (17).
- Пересмотренная политика – Автоматизированная технология амплификации нуклеиновых кислот в режиме реального времени для быстрого и одновременного выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину: система Xpert MTB/RIF для диагностики легочного и внелегочного ТБ у взрослых и у детей (18).
- *Nutritional care and support for patients with tuberculosis: guideline* [Лечебное питание и поддержка больных туберкулезом: руководство] (19).
- *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations* [Систематический скрининг на активный туберкулез: принципы и рекомендации] (20).
- *Guidelines for the screening care and treatment of persons with hepatitis C* [Руководящие принципы по скринингу, уходу и лечению лиц с гепатитом С] (21).
- *Guidelines for the identification and management of substance use disorders in pregnancy* [Руководящие принципы выявления и ведения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности] (22).
- *Community management of opioid overdose* [Ведение случаев передозировки опиоидами на уровне сообщества] (23).
- Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход (5).
- *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach* [Руководящие принципы постконтактной профилактики ВИЧ и использования котримоксазола для профилактики ВИЧ-ассоциированных инфекций у взрослых, подростков и детей: рекомендации для работников здравоохранения] (24).
- Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией (25).
- *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection* [Руководящие принципы по профилактике, уходу и лечению лиц с хронической инфекцией гепатита В] (26).
- *Consolidated guidelines on HIV testing services* [Сводные руководящие принципы в отношении услуг по тестированию на ВИЧ] (27).
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV* [Руководство по началу антиретровирусной терапии и доконтактной профилактики ВИЧ] (28).

2. Цель, задачи и структура

2.1 Цель

Цель интеграции совместного оказания услуг службами по борьбе с ТБ и ВИЧ в рамках комплексного пакета мер снижения вреда заключается в уменьшении заболеваемости и смертности от ТБ и ВИЧ-ассоциированного ТБ среди ПИН, в дополнение к сокращению числа других сопутствующих патологий, связанных с употреблением наркотических веществ.

2.2 Задачи

Список задач:

А. Разработать и укрепить механизмы комплексного оказания услуг ПИН:

- A1 учредить и развить координационный орган по комплексному оказанию услуг ПИН, в состав которого входят представители основных заинтересованных сторон;
- A2 определить бремя ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН;
- A3 осуществлять совместное планирование с целью интегрированного оказания услуг ПИН;
- A4 осуществлять мониторинг и оценку оказания комплексных услуг ПИН.

В. Сократить совокупное бремя ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других сопутствующих патологий у ПИН за счет комплексного оказания всеобъемлющих услуг:

- V1 разработать ориентированные на человека модели комплексного оказания услуг ПИН, включая услуги в отношении ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, наркотической зависимости, ПИШ и другие услуги;
- V2 расширить доступ ПИН к совместным услугам в отношении ТБ и ВИЧ;
- V3 обеспечить доступ к ОЗТ и другим методам лечения наркотической зависимости;
- V4 проводить профилактику, скрининг и лечение вирусного гепатита В и С среди ПИН;
- V5 осуществлять ведение и лечение алкогольной зависимости;
- V6 принять меры в отношении психического здоровья и удовлетворения потребностей в психосоциальной поддержке;
- V7 обеспечить доступ к лечебному питанию.

С. Обеспечить единый стандарт медико-санитарной помощи в тюрьмах и в гражданском секторе за счет гармонизации вмешательств и налаживания связи со службами на уровне сообществ.

2.3 Структура

Разделы с А по С настоящего документа построены вокруг вышеперечисленных задач. По каждой задаче руководящие принципы предлагают одно или несколько из нижеперечисленного:

- рекомендации, основанные на различных первичных документах, имеющих отношение к выполнению задачи;
- предпосылки обоснования рекомендаций; и
- дополнительную литературу, посвященную рекомендациям и предпосылкам.

А. Разработать и укрепить механизмы комплексного оказания услуг ПИН

А1. Учредить и развить координационный орган по комплексному оказанию услуг ПИН, в состав которого входят представители основных заинтересованных сторон



Рекомендации

1. Министерство здравоохранения должно создать и укрепить совместный национальный многосекторальный координационный орган, состоящий из основных правительственных и неправительственных заинтересованных сторон, включая сети ПИН и их адвокатов (6, 15).
2. Этот орган должен функционировать на региональном, районном, местном уровнях и уровне учреждений и быть ответственным за управление, планирование, координацию, исполнение, мониторинг и мобилизацию ресурсов для комплексного ведения случаев ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН (6, 15).

Многие страны имеют отдельные механизмы планирования и реализации мер в отношении употребления веществ и профилактики, диагностики и лечения распространенных сопутствующих патологий, таких как ТБ, ВИЧ и вирусный гепатит. Для обеспечения крепкого и эффективного сотрудничества ключевых сторон, оказывающих поддержку ПИН, необходима координация на всех уровнях системы, а также между многочисленными секторами. В целях интегрированного оказания услуг ПИН в тех странах, где уже имеются координационные органы по ТБ/ВИЧ (например, координационные механизмы Глобального фонда), может потребоваться укрепление роли подобных органов посредством пересмотра их технического задания и расширения на основании результативности их работы и достижений.

Необходимо обеспечить равное или обоснованное представительство ключевых заинтересованных сторон, включая национальные программы или их аналоги, а также неправительственные организации (НПО), отвечающие за лечение ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, наркотической зависимости, программы ПИШ, социальной и психологической помощи, наркоконтроль, а также систему уголовного правосудия. Значимое представительство и участие групп ПИН и их сетей, наличие низкопороговых услуги для ПИН - залог эффективного и приемлемого внедрения комплексных услуг, а также успеха программы в целом.

Национальный координационный орган должен иметь официальный статус и четко прописанное техническое задание. Важные области ответственности координационного органа включают:

- управление и координацию действий на национальном и субнациональном уровнях;
- создание и поддержание законодательной и политической среды, благоприятствующей обеспечению максимального доступа к безопасным, эффективным, приемлемым и основанным на принципах соблюдения прав человека услугам для ПИН, свободным от стигматизации или дискриминации;
- мобилизацию ресурсов;
- выработку общей политики и направления реализации программы для управления мероприятиями;
- развитие и наращивание кадрового потенциала, включая обучение и непрерывное совместное кураторство;
- обеспечение согласованности мероприятий по коммуникации и медико-санитарной информации о ТБ, ВИЧ, вирусном гепатите, употреблении наркотических веществ и психосоциальных вопросах;
- расширение прав и возможностей сообществ и обеспечение значимого участия организаций гражданского общества, НПО и организаций представителей сообществ, включая ПИН, сети и отдельных лиц; и
- обеспечение общей подотчетности, мониторинга и оценки программы.

На основании опыта наращивания масштабов совместных мероприятий в области ТБ/ВИЧ операционные и описательные исследования показали, что создание эффективных координационных органов, действующих на всех уровнях и включающих представителей ключевых заинтересованных сторон: соответствующих программ борьбы с заболеваниями или их аналогов, организаций гражданского общества, пациентов и сообществ является практически целесообразным и обеспечивает широкую приверженность и заинтересованность (15). Национальный координационный орган должен также заниматься решением проблем управления, включая разделение труда и ресурсов, а также ответственности за финансирование и реализацию совместных планов.

Вставка А1**Важнейшие инструменты воздействия для обеспечения равного доступа ПИН к помощи (5)**

Координационный орган должен стремиться к созданию благоприятной среды для интегрированного оказания помощи ПИН, включая их наиболее уязвимые группы, такие как женщины и подростки, употребляющие инъекционные наркотики, а также заключенные, за счет продвижения следующих важнейших инструментов воздействия с целью содействия оказанию безопасных, эффективных и приемлемых услуг:

- **законы, нормы политики и практики должны быть пересмотрены** и, если необходимо, изменены лицами, определяющими политику, и государственными деятелями при конструктивном участии ПИН с целью обеспечения возможности и наращивания масштабов оказания комплексных и научно обоснованных медико-санитарных услуг ПИН;
- **страны должны содействовать декриминализации употребления наркотических веществ, в том числе инъекционных наркотиков, реализации программ поддержки ПИН, таких как ПИШ, а также внедрению и обеспечению исполнения антидискриминационных и протекционистских законов**, основанных на признанных на международном уровне стандартах прав человека, с целью ликвидации стигмы, дискриминации и насилия в отношении ПИН, а также обеспечения их доступа к правосудию;
- получение **медико-санитарных услуг должно быть возможным, доступным и приемлемым для ПИН** и базироваться на принципах медицинской этики, предотвращения стигмы, недискриминации и права на здоровье;
- программы должны стремиться к реализации пакета мер, направленных на **расширение прав и возможностей сообщества ПИН**;
- **предотвращение и борьба с насилием и другими преступлениями в отношении ПИН должны осуществляться** в партнерстве с организациями и сетями, возглавляемыми ПИН. Все случаи насилия в отношении ПИН должны отслеживаться и включаться в отчетность; должны быть предусмотрены механизмы правовой помощи для обеспечения правосудия.

В целях содействия обеспечению равного доступа к комплексным и ориентированным на человека услугам для ПИН координационный орган должен способствовать реализации важнейших инструментов воздействия, способных преодолеть барьеры, препятствующие доступу (см. Вставку А1). Это требует участия сторон как внутри, так и вне сектора здравоохранения. Лица, определяющие политику, парламентарии и другие лидеры в области общественного здравоохранения должны сообща работать с организациями гражданского общества в целях борьбы со стигмой, противодействия дискриминации в отношении ПИН и изменения правовых и социальных норм (1, 5, 71, 79).

Дополнительная литература по задаче А1:

- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).*

А2. Определить бремя ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита среди ПИН

Учитывая наложение эпидемий ВИЧ, вирусного гепатита и ТБ, в особенности среди ПИН, а также присущее последним поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и вирусным гепатитом, странам предлагается включать в работу мероприятия по эпиднадзору всегда, когда это представляется возможным. Подобная интеграция способна расширить противоэпидемический мониторинг и принятие ответных мер, повысить эффективность и обеспечить максимальную отдачу инвестиций (27). Мероприятия по эпиднадзору должны проходить соответствующую этическую оценку и не должны накладывать дополнительного бремени на ПИН (80, 81). Места скопления людей, такие как тюрьмы должны быть охвачены проводимыми в стране мероприятиями по эпиднадзору, а также быть включены в оценку учреждений на соответствие требованиям инфекционного контроля в отношении ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита.

Впервые выявленные в ходе эпиднадзора больные должны направляться для получения или получать соответствующие услуги по уходу, лечению и профилактике в соответствии с национальными рекомендациями. Их также следует направлять в наркологическую службу, ПИШ, психиатрическую службу, а также группы психосоциальной помощи потребителям наркотиков. Это также относится и к заключенным в контексте медико-санитарного обслуживания в пенитенциарной системе и помощи после освобождения. Было разработано конкретное руководство для обеспечения того, чтобы эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией в необходимой степени охватывал все основные группы населения, включая ПИН (1, 80, 82, 83).

Политика ВОЗ по сотрудничеству в области ТБ/ВИЧ (15) рекомендует проведение эпиднадзора за ВИЧ среди больных ТБ и проведение эпиднадзора за случаями активного ТБ среди всех людей, живущих с ВИЧ, во всех странах, независимо от национальных показателей распространённости ВИЧ и ТБ среди взрослого населения. Цель заключается в сборе информации, необходимой для планирования и реализации программы, а также в совершенствовании интеграции помощи. Существует три основных метода эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ (15):

- периодические обследования (поперечные исследования серораспространенности ВИЧ в небольшой репрезентативной группе больных ТБ в стране);
- дозорные исследования (используя группу больных ТБ в качестве дозорной группы в рамках общей системы дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией); и
- получение данных из проводимого в обычном порядке тестирования на ВИЧ и консультирования среди лиц с предполагаемым или подтвержденным диагнозом ТБ.

Тестирование на ВИЧ также должно быть неотъемлемой частью исследований распространённости ТБ и исследований лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

Где это возможно, эпиднадзор, проводимый среди ПИН, должен включать данные о (80):

- показателях численности и роста населения;
- социодемографических характеристиках и группах риска (включая анамнез или начало, длительность и причину лишения свободы);
- типах употребляемых наркотических веществ, а также длительности и способе употребления наркотиков;
- бремени заболевания (ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита В и С, ИППП, психических и других заболеваний);
- поведении, сопряженном с риском; и
- доступе к услугам по тестированию на ВИЧ (УТВ), АРТ, мероприятиям по профилактике и лечению ВИЧ, лечению и услугам по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков (например, ПИШ и ОЗТ), а также к профилактике, диагностике и лечению ТБ и гепатита В и С.

Оценка доступа должна учитывать качество связей во всей последовательной цепочке медицинской помощи: от профилактики и диагностики до лечения или, как в случае с ВИЧ-инфекцией, подавления вируса.

Любой тип эпиднадзора, будь то с помощью обследований или осуществляемого в обычном порядке сбора данных, в тюрьмах или на уровне сообщества, должен проводиться с соблюдением рекомендованных на национальном уровне руководящих принципов. Помимо этого, процесс сбора данных и сама по себе собираемая информация должны защищать, а не подвергать риску сохранность и неприкосновенность личных данных ПИН. Статус или анамнез употребления наркотиков не должен сообщаться правоохранительным органам. Информация, собранная в рамках эпиднадзора, должна использоваться исключительно для улучшения доступа к необходимым медико-санитарным и социальным услугам без ущерба для соответствующих служб, а также для формирования общего национального ответа на соответствующие проблемы общественного здравоохранения. Во всех случаях необходимо соблюдать этические принципы и защищать права ключевых групп населения. В некоторых ситуациях определение численности населения или картирование групп населения, употребляющих наркотики инъекционным путем, может непреднамеренно поставить под угрозу членов сообщества или подвергнуть их стигматизации из-за определения этих групп населения и их местоположения. Подобная информация может также приводить к аресту или лишению свободы лиц из числа ключевых групп населения, поведение которых подвергается криминализации. Сбор информации должен проводиться после получения полностью информированного согласия клиента и при строгом обеспечении неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности и безопасности собранной информации. Если невозможно обеспечить безопасность информации и защиту прав ПИН, сбор определенных данных (например, картирование мест сбора ПИН) лучше не проводить. Включение местных сообществ ПИН в мероприятия по эпиднадзору является чрезвычайно важным для расширения охвата и обеспечения преемственности и безопасности процесса (27).

Дополнительная литература по задаче А2:

- *Consolidated guidelines on HIV testing services [Сводные руководящие принципы в отношении услуг по тестированию на ВИЧ] (27).*
- *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector [Сводные стратегические справочные руководящие принципы в отношении ВИЧ в учреждениях здравоохранения] (83)*
- *Guidelines on surveillance among populations most at risk of HIV [Руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, подверженных наибольшему риску ВИЧ-инфицирования] (80).*
- *Guiding principles on ethical issues in HIV surveillance [Руководящие принципы решения этических вопросов, связанных с эпиднадзором за ВИЧ-инфекцией] (81).*

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Инструмент для разработки и мониторинга целевых ориентиров в отношении профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения] (82).*
- *Tuberculosis prevalence surveys: handbook [Исследования распространенности туберкулеза: справочник] (84).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).*

А3. Осуществлять совместное планирование с целью интегрированного оказания услуг ПИН



Рекомендации

1. Национальные стратегические планы или другие аналогичные официальные документы в отношении ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и наркотической зависимости должны четко определять роли и обязанности всех тех, кто предоставляет услуги ПИН, и предусматривать мониторинг и оценку проводимых комплексных мероприятий (6).
2. Кадровое планирование должно обеспечивать достаточную укомплектованность кадрами. Наряду с тем, чтобы образовательные программы и программы профессиональной подготовки были направлены на построение устойчивых, эффективных групп специалистов, с тем чтобы все сотрудники, контактирующие с ПИН, обладали необходимыми навыками ведения ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, лекарственной зависимости и других сопутствующих патологий, наблюдаемых у ПИН (6).
3. Национальные программы должны разработать конкретные стратегии расширения участия ПИН, НПО и других организаций гражданского общества, а также низкопороговых служб в разработке и реализации политики и программ, проведении адвокации, а также мониторинга и оценки комплексных мероприятий на всех уровнях (15).
4. Все заинтересованные стороны должны оказывать поддержку и содействовать проведению операционных исследований с целью разработки доказательной базы для действенного, эффективного и приемлемого оказания комплексных услуг ПИН (15).

А3.1 Совместное планирование

Необходимо разработать общие среднесрочные и долгосрочные стратегические планы для успешного и систематического расширения масштаба комплексных услуг, предоставляемых предпочтительно в одно и то же время и в одном и том же месте с учетом мер инфекционного контроля для предупреждения нозокомиальной передачи инфекции. Совместное планирование может предусматривать разработку совместного плана в отношении ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита специально для ПИН, который также затрагивал бы вопросы прав человека и правовой среды, лечения лекарственной и алкогольной зависимости, проведения ПИШ, лечения психических заболеваний и удовлетворения психосоциальных потребностей, таких как обеспеченность жильем. Это также может предусматривать включение поддерживающих мероприятий по ТБ, ВИЧ, вирусному гепатиту и лекарственной зависимости в соответствующие национальные планы в отношении лекарственной зависимости, ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, здоровья в тюрьмах, прав человека и нормативно-правовую базу. Роли и обязанности заинтересованных сторон, перечисленных в разделе А1, должны быть четко определены на национальном и районном уровнях.

А3.2 Мобилизация ресурсов и наращивание потенциала

Оказание комплексных услуг, основанное на хорошо обеспеченных ресурсами стратегиях, не всегда требует существенных дополнительных финансовых вложений. Помимо уменьшения расходов времени и финансов, которые несут клиенты, а также сокращения чрезмерно высоких показателей заболеваемости и смертности, ускоренная интеграция может оказаться более экономически эффективной (75, 85, 86). Если одна или все программы недостаточно обеспечены финансами или кадрами, должны быть мобилизованы дополнительные ресурсы для укрепления каждой из программ. В идеале, объединенные заявки на получение ресурсов для реализации комплексных услуг (например, в Глобальный фонд, PEPFAR или другие соответствующие потоки финансирования) должны составляться в рамках структуры координационного органа в сотрудничестве с НПО и членами гражданского общества на основании относительных сильных сторон каждой программы, а также особых потребностей отдельной страны.

Оказание комплексных услуг ПИН требует достаточной обеспеченности кадрами и соответствующей междисциплинарной подготовки. Развитие кадровых ресурсов и подготовка планов учебных мероприятий должны совместно осуществляться различными программами для обеспечения предварительного обучения и повышения квалификации, а также непрерывного основанного на компетентностном подходе образования в каждой предметной

области для всех категорий работников здравоохранения в различных программах и разных секторах, включая тюрьмы. Должностные инструкции медицинских работников, включая медицинский персонал в тюрьмах, должны разрабатываться или адаптироваться в соответствии с необходимым уровнем интеграции. Следует проработать вопрос о назначении сотрудников, ответственных за интеграцию, или, если это не осуществимо, о возложении обязанностей, связанных с интеграцией, на действующих сотрудников.

Обучающие мероприятия должны быть направлены на сотрудников, оказывающих услуги по лечению ТБ, ВИЧ, гепатита, лекарственной зависимости и ПИШ. Они также должны включать сотрудников низкопороговых служб, таких как равные консультанты и других медико-санитарных и социальных служб, имеющих частый контакт с ПИН (например, служб экстренной и первичной медико-санитарной помощи).

Обучение должно охватывать:

- политику и принципы снижения вреда;
- формы употребления наркотиков в стране;
- как и почему употребление наркотиков увеличивает риск ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других сопутствующих патологий;
- недискриминирующие и нестигматизирующие способы идентификации ПИН, употребляемых наркотических веществ и путей их введения;
- нейтральные, недискриминирующие и нестигматизирующие формы общения с ПИН, соответствующие признанным на международном уровне стандартам оказания медицинской помощи и конфиденциальности медицинской информации;
- то, как определять потребность в и обеспечивать надлежащее оказание услуг и, если необходимо, связь со службами по профилактике, диагностике, лечению и уходу при ТБ, ВИЧ, вирусном гепатите, лекарственной зависимости и других сопутствующих патологиях у ПИН, принимая во внимание основные барьеры, препятствующие доступу ПИН к медико-санитарной помощи;
- изучение лекарственного взаимодействия и побочных эффектов, возникающих при одновременном приеме нескольких лекарственных средств; и
- определение правовых и психосоциальных потребностей ПИН с направлением их в соответствующие службы, если необходимо.

А3.3 Вовлечение в работу сетей ПИН, гражданского общества и НПО

Страх криминализации и дискриминации со стороны служб здравоохранения зачастую является основным барьером, ограничивающим доступ ПИН к медицинской помощи. Неправительственный сектор и низкопороговые аутрич-бригады, оказывающие поддержку ПИН, играют важную роль в расширении доступа к медико-санитарным и социальным услугам. Именно поэтому чрезвычайно важно расширять оказание ПИН комплексных медико-санитарных услуг, выходящих за рамки формальных служб здравоохранения. Это должно осуществляться за счет конструктивного участия сетей ПИН, консультантов на основе «равный равному», организаций гражданского общества и других неправительственных заинтересованных сторон, осуществляющих ПИШ и оказывающих услуги по лечению и уходу при лекарственной зависимости, в планировании, разработке, реализации, а также мониторинге и оценке услуг для ПИН. Цель заключается в улучшении информационного взаимодействия и обеспечения доступности услуг и их соответствия требованиям потребителей.

Сети ПИН, занимающиеся адвокацией, информированием о лечении и мобилизацией сообщества, могут способствовать внедрению и участвовать в оказании комплексных услуг на всех уровнях помощи. Они также могут оказать поддержку в налаживании эффективной связи, лечении и профилактике. Поэтому признание и поддержка таких сетей имеют важнейшее значение. Инициатива ВОЗ «ENGAGE-TB» служит руководством по интеграции противотуберкулезной помощи в осуществляемую на уровне сообщества работу НПО и других организаций гражданского общества (87).

Не менее важным является мониторинг и оценка услуг, предоставляемых неправительственными партнерами. Адвокация, направленная на изменение политики и обеспечение устойчивой политической приверженности, реализацию программы и мобилизацию ресурсов, является важнейшим условием ускорения внедрения интегрированного управления оказанием помощи ПИН.

А3.4 Операционное исследование

Все ключевые партнеры должны поддерживать и содействовать проведению операционных исследований с целью создания доказательной базы для действенного, эффективного и приемлемого оказания комплексных услуг, наилучшим образом соответствующих местному контексту, а также правовой и политической обстановке. Операционные исследования необходимы для определения оптимального способа качественной интеграции мероприятий на уровне учреждений и сообществ с целью сбора информации, необходимой для разработки

глобальной и национальной политики и стратегии (88). Был определен целый ряд приоритетных исследовательских вопросов, способных послужить ориентиром для формирования повестки исследований, имеющих отношение к ПИН. Среди них вопросы, касающиеся бремени заболеваний в различных регионах и эпидемических условиях, оптимальных моделей оказания помощи и сочетанного ведения сопутствующих патологий (6, 89).

Исследователи должны конструктивно сотрудничать с ПИН и другими партнерами для преодоления правовых, этических и нормативных трудностей, препятствующих участию ПИН в любых клинических или операционных исследованиях, и для обеспечения того, чтобы проводимые исследования были актуальными с точки зрения интересов и потребностей ПИН (90). Проведение исследований в соответствии с этическими нормами основывается на последних научных данных о стратегиях, эффективность которых была доказана, и гарантирует защиту прав человека, безопасность и благополучие участников. Для обеспечения этического и научного качества предлагаемого исследования и его результатов, а также его значимости и приемлемости для затронутого сообщества исследователям необходимо консультироваться с сообществами посредством прозрачного и конструктивного процесса с участием всех сторон. Этот процесс должен обеспечивать устойчивое участие сообществ на раннем этапе разработки дизайна, планирования, проведения, мониторинга исследования, анализа и распространения результатов (90).

Дополнительная литература по задаче А3:

- *Implementation manual. ENGAGE-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and civil society organizations* [Практическое руководство. ENGAGE-TB: интеграция мероприятий по борьбе с туберкулезом на уровне сообщества в работу неправительственных организаций и организаций гражданского общества] (87).
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и иных наркотиков: интегрированный подход* (6).
- *Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов* (89).
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон* (15).

A4. Осуществлять мониторинг и оценку оказания комплексных услуг ПИН



Рекомендации

1. Страны должны разработать свой собственный, специфичный для данной страны процесс и конкретные цели воздействия для наращивания масштабов оказания комплексных услуг ПИН с целью достижения «Целей устойчивого развития и целевых показателей, заложенных в соответствующих глобальных стратегиях борьбы с заболеваниями» (62, 64-66).
2. Должна быть разработана и внедрена стандартизованная, специфичная для конкретной страны система мониторинга и оценки, основанная на самых современных глобальных рекомендациях (1, 82, 83, 91).
3. Программы должны разработать унифицированные показатели и стандартные форматы учета и отчетности для сбора данных в рамках мониторинга и оценки оказания комплексных услуг ПИН (1, 15).
4. Правительственные организации и НПО, предоставляющие комплексную помощь ПИН, должны использовать унифицированные показатели, а также разработать механизм отчетности для обеспечения того, чтобы собираемые ими данные учитывались в национальной системе мониторинга и оценки (15).

Для достижения целевых ориентиров, заданных глобальной стратегией «End TB» (62), стратегией ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. «Кратчайший путь к ликвидации эпидемии СПИДа» (66), а также глобальными стратегиями общественного здравоохранения в отношении ВИЧ (65) и вирусного гепатита (64), потребуются общенациональное расширение масштабов оказания всеобъемлющих услуг ПИН. В связи с этим странам важно определить собственные целевые ориентиры в соответствии с национальной эпидемиологической обстановкой и контекстом.

Мониторинг и оценка необходимы для:

- измерения прогресса на пути достижения заданных целевых ориентиров;
- оценки бремени заболевания, охвата, качества и эффективности услуг, предназначенных для ПИН; и
- определения слабых звеньев в цепи медицинской помощи.

Мониторинг и оценка подразумевают сотрудничество между вертикальными программами и системой здравоохранения в целом, развитие системы направлений между различными службами и организациями, а также совместное кураторство. Важно сохранять конфиденциальность данных, а также предотвращать передачу данных и медицинской информации, позволяющих идентифицировать человека как потребителя наркотиков, правоохранным органам, особенно в странах, криминализирующих употребление наркотиков.

Когда это возможно, мониторинг услуг, предназначенных для ПИН, должен быть интегрирован в существующие системы с использованием стандартизованных показателей. Важно оценивать не только проведение комплексных мероприятий, но и качество связи между службами, данные о приверженности лечению и исходах лечения ПИН; последнее может потребовать проведения более подробного анализа и специальных исследований.

Важнейшее значение для обеспечения лучшего доступа ПИН к медицинской помощи имеет мониторинг и оценка структурных показателей, измеряющих изменения в законодательстве и политике, числе возглавляемых ПИН организаций, службах по юридическому сопровождению, а также подготовке сотрудников правоохранных служб и обслуживаемых группах населения с точки зрения потребностей ПИН (82). Все эти факторы влияют на благополучие ПИН и их доступ к медицинской помощи (1). Чтобы повысить успешность мониторинга и оценки, программам необходимо налаживать связи с сетями ПИН для изучения и понимания их опыта обращения за медицинской помощью и получения лечения, а также препятствий, с которыми они при этом сталкиваются.

Дополнительная литература по задаче А4:

- *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities, 2015 revision [Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ, пересмотр 2015 г.] (91).*
- *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector [Сводные стратегические справочные руководящие принципы в отношении ВИЧ в учреждениях здравоохранения] (83).*
- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Инструмент для разработки и мониторинга целевых ориентиров в отношении профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения] (82).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. (15).*
- *Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (1).*

В. Сократить совокупное бремя ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и других сопутствующих патологий у ПИН за счет комплексного оказания всеобъемлющих услуг

В1. Разработать ориентированные на человека модели комплексного оказания услуг ПИН, включая услуги в отношении ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита, наркотической зависимости, ПИШ и другие услуги



Рекомендации

1. Все правительственные и неправительственные службы, занимающиеся лечением, предоставляющие уход и поддержку ПИН, должны сотрудничать с целью обеспечения всеобщего доступа к комплексному пакету услуг по снижению вреда и с целью обеспечения максимального доступа и приверженности, по возможности, в рамках одного учреждения (6).
2. Программы по ТБ, ВИЧ, вирусному гепатиту, ПИШ и лечению наркотической зависимости или их аналоги должны определить модели оказания всеобъемлющих ориентированных на человека услуг на уровне учреждения и на уровне сообщества, соответствующие национальному и местному контекстам (15).

Заинтересованные стороны должны работать сообща с целью содействия предоставлению и обеспечения доступа к комплексным услугам, предпочтительно в одно время и в одном месте. Они должны также стремиться к обеспечению бесперебойного характера и преемственности оказания медицинской помощи соответствующими службами внутри пенитенциарной системы, между тюрьмами, другими центрами содержания и сообществом. Если оказание всех услуг в одном месте не представляется возможным, необходимо разработать и укрепить системы для активного налаживания прочных связей между службами.

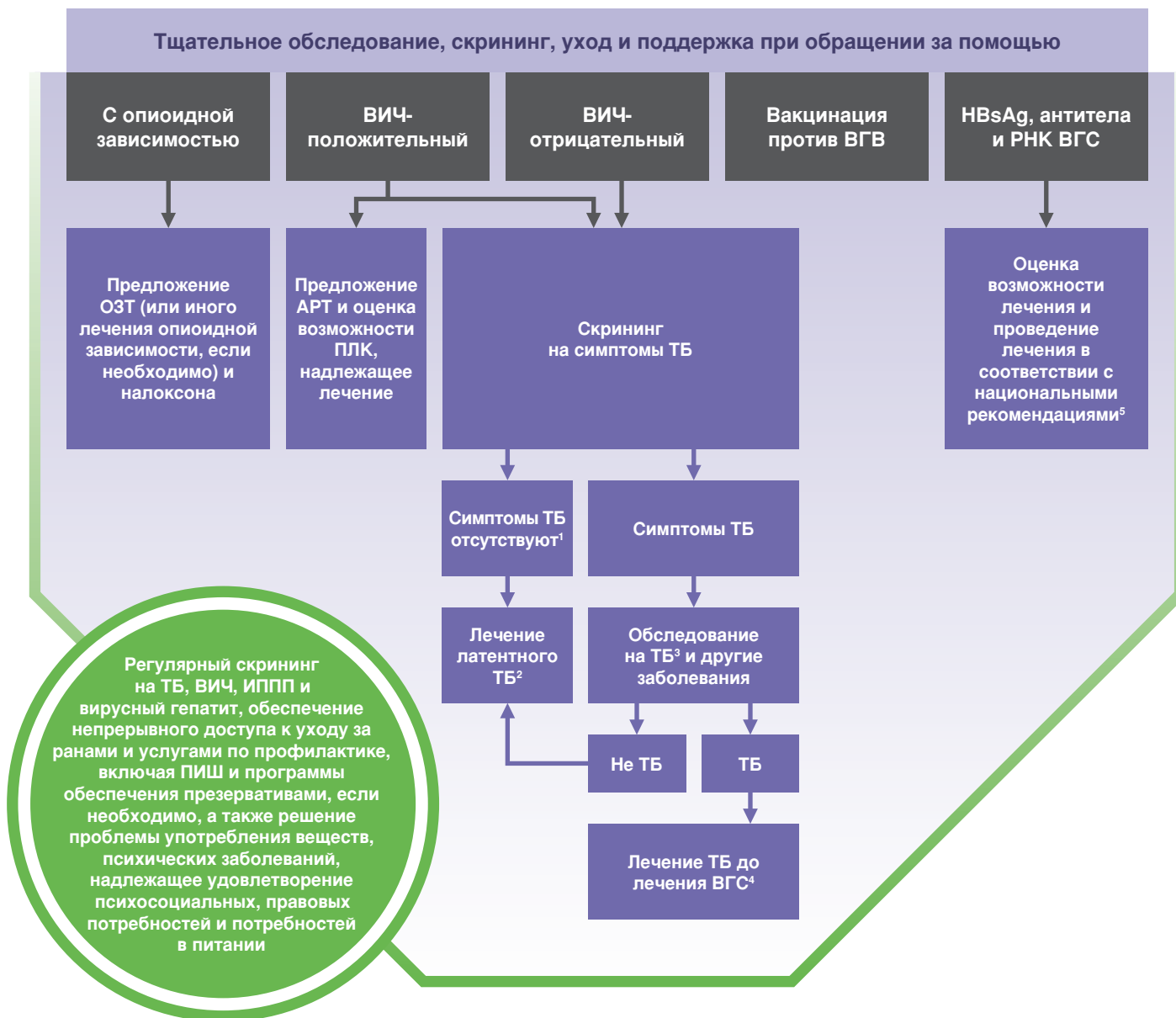
Диапазон одновременных потребностей ПИН может включать потребности в:

- профилактике, уходе и лечении ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита В и С, алкогольной и наркотической зависимости; и
- помощи в связи с психическим заболеванием и социальной поддержке, такой как доступ к жилью и социальным пособиям, и
- реабилитации и преемственности медицинской помощи после освобождения из мест лишения свободы.

Многие службы, удовлетворяющие эти потребности, организованы по отдельности и могли бы быть лучше скоординированы или интегрированы. При этом для ПИН необходимость обращения в многочисленные службы, располагающиеся в разных учреждениях, в разное время является препятствием для осуществления профилактики, прохождения диагностики, лечения и получения ухода. Более того, непринятие мер в отношении одного заболевания может отрицательно влиять на исход лечения другого заболевания. Учитывая взаимосвязанную природу этих патологий, а также их пересекающиеся социальные и структурные детерминанты, меры ответного реагирования служб должны быть гибкими и максимально интегрированными; кроме того, они должны сочетать как социальную, так и медицинскую помощь. Моделирование показало, что отдельные подходы к ВИЧ, ТБ и услугам по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков (например, ОЗТ и ПИШ), усугубляют бремя заболеваний (86). Оно также показало, что улучшение координации имеет важнейшее значение для уменьшения предотвратимой смертности и сдерживания роста сочетанной эпидемии ВИЧ и МЛУ-ТБ (86).

Службы, оказывающие помощь ПИН на любом этапе обращения за помощью, должны стремиться обеспечить проведение подробного обследования, предусматривающего определение природы и степени употребления веществ (алкоголя и полинаркомании), сбор медицинского и психиатрического анамнеза, изучение психосоциальных потребностей и потребностей в питании, ситуации с трудоустройством, условий жизни и правовых вопросов. Кроме того, лицам, употребляющим наркотики инъекционным путем, должна предлагаться базовая медико-санитарная помощь, такая как обработка ран, а также скрининг и профилактика основных сопутствующих патологий, включая ВИЧ, ТБ, вирусный гепатит, ИППП, как показано на рис. В1.

Рис. В1.
Алгоритм оказания комплексных услуг лицам, употребляющим инъекционные наркотики



- 1 В странах с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего рентгенография органов грудной клетки и ТКП или IGRA-тесты могут быть включены в алгоритм диагностики с целью исключения активного ТБ и подтверждения наличия латентной ТБ инфекции.
- 2 Следует рассмотреть возможность проведения ПЛИ всем лицам, живущим с ВИЧ и не имеющим симптомов ТБ. В странах с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего ВИЧ-отрицательные ПИН, не имеющие активного ТБ, могут также обследоваться на наличие латентной ТБ инфекции и получать соответствующее лечение.
- 3 У всех лиц, живущих с ВИЧ, с подозрением на МЛУ-ТБ Xpert MTB/RIF должен использоваться в качестве первого диагностического теста на ТБ.
- 4 Если пациенты нуждаются в лечении ВИЧ, ТБ, вирусного гепатита и/или опиоидной зависимости, необходимо должным образом адаптировать схемы лечения и обеспечить усиленный клинический мониторинг лечения.
- 5 См. Руководящие принципы скрининга, ухода и лечения инфекции гепатита С, а также Руководящие принципы профилактики, ухода и лечения лиц с хронической инфекцией гепатита В.

АРТ, антиретровирусная терапия; ВГВ, вирус гепатита В; ВГС, вирус гепатита С; ВИЧ, вирус иммунодефицита человека; КТП, кожная туберкулиновая проба; МЛУ, множественная лекарственная устойчивость; ОЗТ, опиоидная заместительная терапия; ПИН, потребители инъекционных наркотиков; ПИШ, программа игл и шприцев; ПЛИ, профилактическое лечение изониазидом; ПЛК, профилактическое лечение котримоксазолом; РНК, рибонуклеиновая кислота; ТБ, туберкулез; УТВ, услуги по тестированию на ВИЧ; HBeAg, антиген «е» вируса гепатита В; HBSAG, поверхностный антиген вируса гепатита В; IGRA, тест, основанный на высвобождении гамма-интерферона.

Интеграция служб упрощает доступ для людей и улучшает как результаты в отношении здоровья, так и обусловленное здоровьем качество жизни (92, 93). Национальные программы ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита, ПИШ, наркологические службы и другие службы, услуги которых могут быть востребованы ПИН, в тесном сотрудничестве с сетями ПИН должны определить наилучшие и наиболее устойчивые модели оказания комплексных услуг. Модель должна обеспечивать предоставление ПИН всеобъемлющих, наиболее приемлемых услуг гарантированного качества. Выбор подобных моделей должен учитывать и отражать местные и национальные особенности системы здравоохранения.

Было проведено несколько обзоров данных в пользу моделей интегрированного оказания услуг в отношении ТБ и ВИЧ, а также комплексной специализированной помощи ПИН, включающей лечение ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита и наркотической зависимости, ПИШ и другие услуги, предназначенные для ПИН (2, 15, 32, 77, 92). Предлагаемые модели представлены ниже. Их перечень не является исчерпывающим или нормативным, он лишь описывает диапазон возможностей от наличия связей и тесного сотрудничества до полностью совмещенной интеграции.

Частичное совмещение при условии направления, если это необходимо, для получения помощи других служб

В рамках данной модели различные программы и заинтересованные стороны предоставляют ограниченное число услуг, активно направляя клиентов, если это необходимо, в другие соответствующие программы для получения специализированной помощи.

ПИШ и уличные аутрич-программы являются важнейшими и эффективными платформами для осуществления мероприятий по выявлению и профилактике. Подобные мероприятия варьируются от консультирования и тестирования на ВИЧ, поддержки приверженности лечению ВИЧ-инфекции, скрининга на ТБ и вирусный гепатит и вакцинации от гепатита В до проведения профилактического лечения изониазидом (ПЛИ) и психосоциальной поддержки (1, 32, 94, 95).

- Программы лечения наркотической зависимости являются удобными площадками, на которых ПИН с опиоидной зависимостью могут получить психосоциальную помощь, пройти лечение латентной ТБ инфекции или активного ТБ, АРТ и скрининг на вирусный гепатит, ОЗТ и при необходимости быть направленными в другие службы (2, 32, 96-98).
- Служба тестирования и лечения ВИЧ-инфекции осуществляет целый ряд дополнительных мероприятий, варьирующихся от скрининга на употребление психоактивных веществ и ИППП, скрининга и вакцинации от вирусного гепатита, а также скрининга на ТБ до лечения латентной ТБ инфекции или активного ТБ при необходимости с возможностью связи с другими службами (2, 15, 32, 77).
- Противотуберкулезная служба предоставляет УТВ, осуществляет профилактику и лечение ВИЧ-инфекции, скрининг и профилактику вирусного гепатита или скрининг и лечение наркотической зависимости (2, 15, 76, 77).

Во всех случаях активное направление для получения специализированной помощи имеет критическое значение. Доказано, что система направлений бывает более успешной, если она подкреплена денежными поощрениями, или, если потребители инъекционных наркотиков получают помощь с записью на прием и оплатой транспортных расходов, или, если они сопровождаются работником здравоохранения на уровне сообщества или социальным работником (99-101). Об интеграции услуг по ОЗТ и АРТ в рамках противотуберкулезной службы рассказывается во вставке В1.

Вставка В1

Интеграция услуг по ОЗТ и АРТ в рамках противотуберкулезной службы

Для стран, лечение ТБ в которых проводится исключительно специализированной фтизиатрической службой (например, в странах Восточной Европы и Центральной Азии), чрезвычайно важно обеспечить своевременный доступ ПИН к другим медико-санитарным услугам, таким как АРТ, ОЗТ, ведение и лечение вирусного гепатита. ОЗТ может и должна быть доступной для ПИН с опиоидной зависимостью как в рамках стационарной, так и амбулаторной помощи.

Комплексное проведение ОЗТ во время лечения ТБ может существенно повысить результаты приверженности лечению и удержания ПИН на лечении, по сравнению с результатами без ОЗТ (102). Недостаточный доступ ПИН с опиоидной зависимостью к ОЗТ сопряжен с высокими показателями потери для дальнейшего наблюдения во время лечения как активного ТБ, так латентной ТБ инфекции (29, 32).

В Португалии сотрудничество с наркологическими службами и аутрич-группами позволяет совместить проведение лечения ТБ, АРТ и ОЗТ как в стационарных, так и амбулаторных противотуберкулезных учреждениях (76). В Беларуси противотуберкулезные клиники проводят АРТ, в некоторых клиниках предусмотрены ставки врачей-наркологов для обеспечения возможности одновременного проведения ОЗТ (103). Фтизиатрический персонал и специалисты, осуществляющие ОЗТ, должны быть обучены особенностям возможного лекарственного взаимодействия (например, метадона при одновременном приеме эфавиренца и рифампицина) и определения оптимальной дозировки (17, 104-106). Кроме того, важнейшее значение имеет наличие связей и системы направлений между фтизиатрической службой и другими значимыми сторонами, обеспечивающими непрерывный доступ к ПИШ, лечению наркотической зависимости и услугам в отношении ВИЧ-инфекции по завершении лечения ТБ (8).

Комплексные услуги на базе учреждения

В рамках данной модели группа специалистов в составе: инфекционистов, психиатров, психологов, социальных и патронажных работников, а также медицинских сестер работает сообща в рамках объединенных протоколов оказания помощи. Это позволяет полностью интегрировать оказание помощи, включая, если необходимо, АРТ и ОЗТ, а также услуги в отношении ТБ и вируса гепатита С (ВГС), в одной назначенной клинике в дополнение к предоставлению психосоциальной помощи. Примеры подобной модели в Португалии и Украине были подробно описаны (76, 107).

Комплексные аутрич-услуги

Все поставщики услуг, включая аутрич-группы НПО, работают сообща с целью обеспечения комплексного лечения наркотической зависимости и оказания услуг в отношении ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита в одном месте, согласованном с и удобным для пациента (76). В основе данного подхода, подробно изученного в Португалии и используемого и в других странах, лежат неформальные сети направления и аутрич-группы, выполняющие функции посредников, координирующих работу различных служб. Сотрудничество между аутрич-группами, поставщиками медико-санитарных услуг, службами социального приюта и клиентами позволяет проводить индивидуально подобранное лечение в одном месте, будь то в клинике, на уровне сообщества или на дому у клиента.

Дополнительная литература по Задаче В1:

- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и иных наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон, 2012 (15).*

В2. Расширить доступ ПИН к совместным услугам в отношении ТБ и ВИЧ

В2.1 Активизировать выявление случаев ТБ и обеспечить проведение противотуберкулезного лечения высокого качества



Рекомендации

1. В тех странах, где распространенность ТБ среди общего населения составляет 100/100 000 населения или больше, систематический скрининг на активный ТБ может проводиться среди людей, обращающихся за медицинской помощью, или тех, кто уже находится в учреждениях здравоохранения и употребляет наркотики инъекционным путем (20).
2. Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, должны проходить скрининг на ТБ по клиническому алгоритму; лица, имеющие любой из следующих симптомов: кашель, лихорадка, потеря веса или ночное потоотделение, могут быть больны ТБ и должны быть обследованы на ТБ и другие заболевания (15).
3. Xpert MTB/RIF¹ (вместо традиционной микроскопии, культуральных исследований и тестов лекарственной чувствительности) должен использоваться в качестве первичного диагностического теста у взрослых с предположительным МЛУ-ТБ или ВИЧ-ассоциированным ТБ (18).
4. Xpert MTB/RIF может использоваться в качестве замещающего теста в обычной практике (включая традиционную микроскопию, посевы или гистопатологию) для тестирования специфических, нереспираторных образцов диагностического материала (лимфатических узлов и других тканей), полученного от больных с предположительным внелегочным ТБ (18).
5. Расследование контактов должно проводиться в отношении лиц, состоящих в семейном и тесном контакте, в тех случаях, когда индексный больной имеет любую из перечисленных характеристик: (а) имеет ТБ легких с положительным результатом микроскопии мазка мокроты (или Xpert MTB/RIF), (b) имеет МЛУ-ТБ, (c) является лицом, живущим с ВИЧ, или (d) является ребенком в возрасте <5 лет (14).
6. Больные ТБ с известным ВИЧ-статусом и больные ТБ, проживающие в странах с распространенной ВИЧ-инфекцией, должны получать минимум 6-месячный курс лечения на основе рифампицина (или рифабутина). Оптимальной частотой приема противотуберкулезных препаратов является ежедневный прием как во время интенсивной, так и поддерживающей фазы лечения (15).
7. Сопутствующие патологии, включая инфицирование вирусным гепатитом (а именно, гепатитом В и С), не должны служить противопоказанием к лечению ВИЧ или ТБ у ПИН. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении (6).
8. Больные ТБ, вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией, имеющие опиоидную зависимость, должны получать опиоидные антагонисты в сочетании с медикаментозным лечением; нет необходимости дожидаться абстиненции от опиоидов для начала лечения ТБ, гепатита или антиретровирусной терапии (8).

¹ Xpert MTB/RIF – рекомендованный ВОЗ полностью автоматизированный тест с использованием картриджей в режиме реального времени на основе теста ДНК, способный выявлять ТБ и устойчивость к рифампицину менее чем за 2 часа у детей и у взрослых.

Более активное выявление случаев

ТБ является самым распространенным СПИД-определяющим заболеванием у ПИН. Выявление симптомов ТБ иногда является первым сигналом о том, что человек живет с ВИЧ. Более активное выявление случаев ТБ, результатом которого является своевременный доступ к лечению ТБ и АРТ, уменьшает смертность и прерывает распространение ТБ.

Все ПИН, живущие с ВИЧ, должны проходить регулярный скрининг на ТБ с использованием клинического инструмента, основанного на симптомах (кашель, лихорадка, потеря веса или ночное потоотделение), в момент первого обращения за помощью в связи с ВИЧ-инфекцией и при каждой последующей встрече с медицинским или аутрич-работником. ПИН, живущие с ВИЧ, отмечающие наличие любого из четырех симптомов, могут иметь активный ТБ и должны быть дообследованы на ТБ и другие заболевания. Диагностическое обследование на ТБ должно проводиться в соответствии с национальными нормами и принципами разумной клинической практики для выявления активного ТБ или установки альтернативного диагноза (как описано ниже в разделе, посвященном диагностике ТБ). Регулярный скрининг на ТБ является чрезвычайно важным, независимо от того, получал ли или получает человек ПЛИ или АРТ.

В тех странах, где распространенность ТБ среди общего населения составляет 100/100 000 населения или больше, ВОЗ рекомендует возможное проведение систематического скрининга на активный ТБ в соответствии с национальными руководящими принципами среди отдельных групп риска, включая ПИН, независимо от их ВИЧ-статуса (20).

Все правительственные и неправительственные организации, оказывающие услуги ПИН, могут играть важнейшую роль в выявлении и своевременном лечении или профилактике ТБ, если это необходимо. Раннее выявление увеличивает вероятность выживания пациента, а также уменьшает передачу ТБ посетителям или сотрудникам учреждения (например, клиники ОЗТ или дроп-ин центра). Подробнее об этом рассказывается ниже в разделе, посвященном инфекционному контролю.

Диагностика ТБ

ВОЗ настоятельно рекомендует использование Xpert MTB/RIF в качестве первичного диагностического теста у лиц:

- с подозрением на МЛУ-ТБ;
- живущих с ВИЧ и имеющих симптомы и признаки ТБ; или
- с неизвестным ВИЧ-статусом, имеющих убедительное клиническое подтверждение наличия ВИЧ-инфекции.

Тест Xpert MTB/RIF имеет большую чувствительность выявления ТБ у людей, живущих с ВИЧ, чем микроскопия. Он также позволяет быстро выявить устойчивость к рифампицину, тем самым существенно сокращая время до постановки диагноза и начала лечения МЛУ-ТБ (108, 109). В зависимости от имеющихся ресурсов, Xpert MTB/RIF может также использоваться в качестве первичного диагностического теста у детей и взрослых с предположительным ТБ легких, не подверженных риску наличия МЛУ-ТБ или ВИЧ-ассоциированного ТБ (18).

Внегочный ТБ и ТБ легких с отрицательным результатом микроскопии мазка мокроты часто встречаются у лиц, живущих с ВИЧ, и сопряжены с плохими исходами лечения и высокой преждевременной смертностью. При подозрении на случай внегочного ТБ диагностические процессы должны быть ускорены за счет всех имеющихся в наличии и соответствующих методов обследования, включая клинический осмотр, рекомендованный метод Xpert MTB/RIF, культуральное исследование и рентген органов грудной клетки (15, 18, 110, 111). Пробное лечение ТБ должно проводиться тяжело больным пациентам в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции в тех случаях, когда результаты обследований оказываются отрицательными и отсутствует улучшение на фоне лечения парентеральными антибиотиками широкого спектра действия (110).

Расследование контактов

Быстрая диагностика и лечение ТБ у взрослых и детей, находившихся в тесном контакте с, больным ТБ, являются чрезвычайно важными для сдерживания непрерывной передачи ТБ внутри домохозяйства, в сообществе или местах скопления людей (например, в тюрьмах, клиниках, приютах или площадках секс-индустрии) (14, 112). Сохранение конфиденциальности данных во время расследования контактов может быть сложной задачей из-за наличия социальных связей между индексными больными и людьми, находящимися с ними в контакте, особенно в коллективных учреждениях на уровне сообщества. Как и при проведении любого другого вмешательства, ко всем лицам необходимо относиться с уважением, а также обеспечивать конфиденциальность данных в соответствии с программными принципами конфиденциальности данных и получения согласия.

Лечение ТБ

Раннее начало лечения ТБ имеет важнейшее значение для спасения жизней и предотвращения его дальнейшей передачи другим людям. Со стороны медицинских работников может наблюдаться нежелание начинать лечение ПИН из-за опасений относительно их низкой приверженности лечению, возникновения лекарственного взаимодействия и неблагоприятных эффектов, особенно связанных с лечением вирусного гепатита (6, 113). Тем не менее, ПИН, получающие адекватную поддержку, могут быть приверженными лечению и иметь клинические исходы, сопоставимые с исходами людей, не употребляющих наркотиков (6, 32, 114).

Службы здравоохранения, оказывающие помощь ПИН, должны обеспечить доступ к надлежащему лечению, используя действующие национальные клинические рекомендации. Они также должны сотрудничать для обеспечения наблюдения за лечением и упрощения его проведения, переводя его по возможности на амбулаторную форму (см. Вставку В2). В идеале, лечение ТБ должно быть совмещено с лечением и помощью при ВИЧ-инфекции с обеспечением доступа к стерильному инъекционному инвентарю, лечением наркотической зависимости и другой терапией с тем, чтобы пациенту не приходилось посещать учреждение несколько раз.

Вставка В2 Акцент на амбулаторное лечение ТБ

Амбулаторной модели оказания фтизиатрической помощи необходимо отдавать предпочтение по сравнению со стационарной моделью лечения ТБ; применение последней должно быть ограничено медицинскими показаниями. Во всех случаях госпитализация не должна прерывать оказания других необходимых медико-санитарных услуг (например, ОЗТ и АРТ), которые должны предоставляться по месту госпитализации человека (106). Госпитализация для лечения активного ТБ в учреждения, где невозможно проведение ОЗТ, может приводить к высоким показателям потери для дальнейшего наблюдения ПИН с опиоидной зависимостью (115). Более того, изначально именно страх развития абстинентного синдрома во время госпитализации мешает обращению ПИН за медицинской помощью (113).

ПИН, живущие с ВИЧ или имеющие отрицательный статус ВИЧ-инфекции, у которых была впервые выявлена лекарственно чувствительная форма ТБ, должны получать стандартную схему лечения противотуберкулезными препаратами первого ряда. Схема лечения должна состоять из 2 месяцев приема изониазида, рифампицина/рифабутина, пиразинамида и этамбутола с последующими 4 месяцами ежедневного приема рифампицина/рифабутина и изониазида. Лекарственное взаимодействие с метадонном и бупренорфином описывается в разделе В3. ПИН, живущие с ВИЧ, должны начинать АРТ, независимо от числа клеток CD4, в кратчайшие сроки в течение первых 8 недель после начала лечения туберкулеза; более подробно об этом рассказывается в разделе В.2.6 (116).

При условии отсутствия клинических признаков хронического заболевания печени больные лекарственно чувствительными формами ТБ и любым из следующих заболеваний: носительство вируса гепатита, перенесенный острый гепатит в анамнезе и злоупотребление алкоголем могут также получать стандартную схему лечения противотуберкулезными препаратами первого ряда. Однако у таких пациентов могут чаще возникать гепатотоксические реакции на противотуберкулезные препараты, поэтому к этому необходимо быть готовыми. Если это возможно, у больных с нестабильной или запущенной патологией печени в начале лечения должна проверяться функция печени (116).

ПИН, имеющие в анамнезе прерывание лечения ТБ или пребывание в местах лишения свободы, могут иметь повышенный риск развития МЛУ-ТБ. Наличие сочетанной патологии ВИЧ и МЛУ-ТБ сопряжено со сложным клиническим ведением, ограниченными терапевтическими возможностями и плохими исходами лечения. Более подробные инструкции по ведению МЛУ-ТБ представлены в соответствующих исходных документах, перечисленных ниже.

Тяжело больным пациентам с хроническим процессом и больным на терминальной стадии должна быть предложена паллиативная помощь, включая доступ к жизненно-важным и необходимым лекарственным средствам, таким как опиоидные препараты для устранения боли, если это необходимо. Это позволит больным прожить остаток жизни с минимальными страданиями и без потери человеческого достоинства, даже, когда все возможные методы лечения были исчерпаны (117).

Факторы, препятствующие соблюдению режима противотуберкулезного лечения, в разных странах и у разных людей разные, поэтому службе необходимо в первую очередь проконсультироваться с ПИН, чтобы подобрать самые эффективные пути преодоления этих препятствий и найти оптимальные решения на местах. Факты указывают, что улучшению приверженности способствует проведение терапии под непосредственным наблюдением, использование напоминаний о необходимости соблюдения режима лечения, консультирование по принципу «равный равному», ситуационное воздействие, денежные поощрения, а также предоставление комплексного пакета услуг, включающего ОЗТ для ПИН с опиоидной зависимостью и удовлетворяющего психосоциальные и медико-санитарные потребности ПИН (32).

Дополнительная литература по задаче В2.1:

- *Companion handbook to the WHO guidelines for programmatic management of drug-resistant tuberculosis [Сопроводительный справочник к Руководству ВОЗ по программному ведению лекарственно устойчивого туберкулеза] (118).*
- *Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis – emergency update 2008 [Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза – экстренный пересмотр 2008 г.] (7).*
- *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis – 2011 update [Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза- пересмотр 2011 г.] (119).*
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи] (8).*
- *Рекомендации по лечению туберкулеза, четвертое издание (116).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и иных наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Пересмотренная политика – Автоматизированная технология амплификации нуклеиновых кислот в режиме реального времени для быстрого и одновременного выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину: система Xpert MTB/RIF для диагностики легочного и внелегочного ТБ у взрослых и у детей (18).*
- *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries [Рекомендации по расследованию контактов лиц, больных заразной формой туберкулеза, в странах с низким и средним уровнем дохода] (14).*
- *Systematic screening of active tuberculosis: principles and recommendations [Систематический скрининг на активный туберкулез: принципы и рекомендации] (20).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).*

В2.2 Осуществлять лечение латентной ТБ инфекции



Рекомендации

1. Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, должны проходить скрининг на ТБ с использованием клинического алгоритма; при отсутствии у пациента основных симптомов: кашля, лихорадки, потери веса или ночного потоотделения вероятность наличия активного ТБ является низкой, и ему должно быть предложено ПЛИ (15).
2. Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ и имеющие неизвестную или положительную кожную реакцию на туберкулин, вероятность наличия активного ТБ у которых является низкой, должны получать ПЛИ на протяжении как минимум 6 месяцев в рамках всеобъемлющей помощи при ВИЧ. Таким лицам ПЛИ должно проводиться независимо от степени иммуносупрессии также, как и лицам, получающим АРТ, ранее леченным от ТБ и беременным женщинам. Проведение ПЛИ лицам, живущим с ВИЧ, не увеличивает риска развития ТБ с устойчивостью к изониазиду. Таким образом, опасения относительно развития устойчивости к изониазиду не должны быть препятствием для проведения ПЛИ (15).
3. Постановка КТП не является требованием для начала ПЛИ людям, живущим с ВИЧ. ПЛИ приносит большую пользу людям, живущим с ВИЧ и имеющим положительную кожную реакцию на туберкулин; по возможности постановка кожных туберкулиновых проб может использоваться для выявления таких лиц (15).
4. В странах с высоким и средним уровнем доходов, расчетная заболеваемость в которых составляет менее 100 на 100 000 населения, следует предусмотреть проведение тестирования и лечения ЛТБИ у ПИН, независимо от их ВИЧ-статуса. До прохождения тестирования на ЛТБИ необходимо опрашивать пациентов о наличии симптомов ТБ. Если также ставится цель выявления случаев активного ТБ, может проводиться рентгенография органов грудной клетки. Лица с симптомами ТБ или рентгенологическими изменениями должны далее обследоваться на активный ТБ и другие патологии. Для тестирования на ЛТБИ в таких странах могут использоваться КТП или тесты, основанные на высвобождении гамма-интерферона (IGRA) (25).
5. Люди, живущие с ВИЧ и находящиеся в семейном или близком контакте с больными ТБ, у которых надлежащее клиническое обследование исключило активный ТБ, должны быть пролечены от предположительной ЛТБИ, согласно рекомендациям ВОЗ (14).
6. Больные ТБ, гепатитом или ВИЧ и опиоидной зависимостью должны получать опиоидные антагонисты в сочетании с медикаментозным лечением; нет необходимости дожидаться абстиненции от опиоидов для начала лечения туберкулеза, гепатита или антиретровирусной терапии (8).

Распространенность латентной инфекции *Mycobacterium tuberculosis* среди ПИН является высокой, а риск прогрессирования латентной инфекции в активное заболевание среди них выше, чем среди людей, не употребляющих наркотиков (4, 29, 105). Среди ПИН ВИЧ-инфекция является основным фактором риска последующего развития активного ТБ процесса. Вероятность наличия ЛТБИ и положительной кожной реакции на туберкулин у заключенных в 26 раз выше, чем среди населения в целом, поэтому ПИН, находящиеся в настоящем или находившиеся в прошлом в местах лишения свободы, подвержены более высокому риску (3).

Исключение активного ТБ является важнейшим условием для начала лечения ЛТБИ (или профилактического лечения ТБ). Отсутствие на момент обследования кашля, лихорадки, потери веса или ночного потоотделения помогает определить подгруппу взрослых и подростков, живущих с ВИЧ и имеющих низкую вероятность наличия активного ТБ процесса, которые соответствуют критериям лечения ЛТБИ. Прогностическая ценность отрицательного результата этого простого инструмента скрининга, который может использоваться низкопороговых службами, составляет 97,7% (95% доверительный интервал [ДИ]: 97,4–98%) при 5% распространенности ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, при более низкой распространенности ТБ прогностическая ценность еще выше. Регулярный скрининг на активный ТБ с использованием этих четырех симптомов должен продолжаться и после окончания лечения ЛТБИ с целью обеспечения раннего выявления и надлежащего лечения активного ТБ, который мог быть пропущен в ходе исходного скрининга.

В настоящее время для профилактики прогрессирования ТБ инфекции в активный процесс у людей, живущих с ВИЧ, в условиях дефицита ресурсов рекомендуется как минимум 6-месячный курс лечения изониазидом. У людей, живущих с ВИЧ, в странах с высокой распространенностью и передачей ТБ длительное (минимум 36 месяцев) ПЛИ уменьшает риск развития активного ТБ на 38%, по сравнению с риском при проведении 6-месячного курса ПЛИ. Более высокий эффект наблюдается у лиц с положительной кожной реакцией на туберкулин; однако требование наличия положительной реакции на туберкулин до начала проведения ПЛИ может создавать дополнительные барьеры для доступа к лечению. Длительное ПЛИ обеспечивает существенную дополнительную защиту для людей, живущих с ВИЧ, которые получают АРТ (25). Изониазид также эффективен у ПИН (120-122). В ходе целого ряда исследований было установлено, что ПЛИ хорошо переносится ПИН с сопутствующей инфекцией гепатита В или С, не вызывая лекарственного гепатита (ЛГ), однако было установлено, что чрезмерное употребление алкоголя является частой причиной ЛГ и требует оценки и мониторинга функции печени (29, 123).

В условиях достаточных ресурсов, когда расчетная заболеваемость ТБ составляет менее 100 на 100 000 населения, для оценки наличия ЛТБИ у лиц в группах риска, включая людей, живущих с ВИЧ, и ПИН, а также заключенных и лиц без определенного места жительства, должна использоваться кожная проба Манту или тест IGRA. В таких странах в дополнение к 6- 9-месячной схеме лечения изониазидом рекомендуются следующие альтернативные укороченные схемы профилактического лечения: 3-месячная схема приема рифапентина и изониазида раз в неделю, или 3–4-месячная схема ежедневного приема изониазида и ежедневного приема рифампицина, или 3–4-месячная схема приема одного рифампицина (25). Потенциальное лекарственное взаимодействие с ОЗТ обсуждается в разделе В3.

Лечение ЛТБИ должно проводиться в качестве базового компонента всеобъемлющего пакета медико-санитарных услуг, предоставляемых ВИЧ-сервисной службой, пенитенциарной медико-санитарной службой, наркологической службой, аутрич-программой и ПИШ, где это уже показало свою осуществимость (32, 94, 120, 124). Как и при проведении любого лечения необходимо стимулировать приверженность к нему с помощью соответствующих поддерживающих мер, таких как денежные поощрения и одновременное проведение ОЗТ, если необходимо, по возможности в одном месте.

Дополнительная литература по задаче В2.2:

- *Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов* (10).
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи]* (8).
- *Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией* (25).
- *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries [Рекомендации по расследованию контактов лиц, больных заразной формой туберкулеза, в странах с низким и средним уровнем дохода]* (14).
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон* (15).

В2.3 Осуществлять инфекционный контроль для предотвращения передачи ТБ в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей



Рекомендации

1. Программы по ВИЧ и ТБ должны осуществлять оперативное управление на национальном и субнациональном уровнях с целью реализации мер противотуберкулезного инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей (15).
2. Каждое учреждение здравоохранения и место скопления людей должно иметь план инфекционного контроля в отношении ТБ. По возможности данный план должен быть включен в общий план инфекционного контроля и поддерживаться всеми заинтересованными сторонами; он должен включать административные, инженерные и индивидуальные меры защиты для уменьшения риска распространения ТБ в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей, а также эпиднадзор за случаями заболевания ТБ среди сотрудников (15).
3. Работники здравоохранения, медико-санитарные работники на уровне сообщества и обеспечивающие уход лица, живущие с ВИЧ и отвечающие соответствующим критериям, должны получать АРТ и ПЛИ. Кроме того, им должна быть предложена возможность перевода в клинические подразделения с наименьшим риском инфицирования ТБ (15).
4. Все сотрудники, работающие с больными с установленным или предположительным диагнозом ТБ, с людьми, живущими с ВИЧ и вирусным гепатитом, и ПИН, должны быть способны оценить факторы риска инфицирования и передачи ВИЧ и вирусного гепатита. Они также должны предоставлять своим клиентам подробную информацию о профилактике и услугах в отношении ВИЧ и вирусного гепатита с целью минимизации этих рисков. Сотрудники также должны быть проинформированы о том, как защитить себя от профессионального риска инфицирования ТБ, ВИЧ и вирусным гепатитом (6).

В учреждениях здравоохранения и местах скопления людей, где часто собираются люди, больные ТБ и ВИЧ, выше показатель инфицирования ТБ. ВИЧ-инфекция способствует развитию активного ТБ у людей, недавно инфицированных ТБ, или с латентной инфекцией *Mycobacterium tuberculosis*. ПИН подвержены особенно высокому риску инфицирования ТБ, включая МЛУ-ТБ, из-за скученного проживания и пребывания в местах скопления людей, а также при посещении учреждений здравоохранения вместе с другими лицами, имеющими нелеченый активный ТБ. Места скопления людей включают: учреждения здравоохранения, площадки предоставления секс-услуг, наркологические службы, дроп-ин центры, приюты, бары и учреждения в системе уголовной юстиции, администрация и сотрудники которых могут быть незнакомы с базовыми мерами противотуберкулезного инфекционного контроля (9, 125-127). Исследования показали, что эпидемия ВИЧ-инфекции может усугублять повышенный риск ТБ среди работников здравоохранения, студентов медицинских и сестринских факультетов, имеющих контакт с больными (128), заключенных (129) и лиц, находящихся в полицейских и военных казармах (130). Поэтому первостепенное значение имеет улучшение доступа к мерам профилактики ВИЧ-инфекции и ТБ, а также к лечению и поддерживающим услугам для работников здравоохранения и тех, кто предоставляет услуги ПИН, а также лиц, работающих в местах скопления людей (131).

Проведение мер инфекционного контроля в отношении ТБ требует осуществления мероприятий административного управления как на национальном и субнациональном уровнях, так и на уровне учреждения. Эти меры включают учреждение координационных органов на всех уровнях; разработку плана (предпочтительно входящего в более широкий план инфекционного контроля); надлежащее проектирование и использование учреждений здравоохранения; эпиднадзор за заболеваемостью ТБ среди работников здравоохранения; стратегии адвокации и информационного взаимодействия; мониторинг и оценку; а также проведение операционных исследований (9).

Реализуемые на уровне учреждения меры уменьшения распространения ТБ включают: административные, инженерные и индивидуальные. Эти меры направлены в целом на уменьшение риска инфицирования *M. tuberculosis* работников здравоохранения, персонала тюрем, полиции и любых других лиц, проживающих или работающих в местах скопления людей. Административные меры контроля включают оказание помощи по возможности вне мест скопления людей, первичную сортировку с целью выявления людей с симптомами ТБ, изоляцию заразных случаев, контроль распространения патогенов (прикрывая рот при кашле или чихании и соблюдая меры респираторной гигиены), быструю диагностику и своевременное начало лечения ТБ, минимальное использование госпитализации. Меры инженерного контроля включают максимальное использование систем вентиляции (естественной и механической), а также ультрафиолетовое бактерицидное облучение верхней части помещения (если применимо). Меры индивидуальной защиты включают использование респираторов, а также пакеты услуг по лечению и уходу (включая меры профилактики ВИЧ-инфекции) для работников здравоохранения, а также АРТ и ПЛИ для работников, живущих с ВИЧ. Работники здравоохранения, живущие с ВИЧ, должны получать АРТ, однако, даже несмотря на хороший ответ на лечение, они будут подвержены более высокому риску ТБ. Для уменьшения этого риска, следует предусмотреть возможность их перевода для выполнения клинических обязанностей в подразделения с наименьшим риском трансмиссии ТБ и проведение регулярного скрининга на ТБ. Аналогично, сотрудники здравоохранения с активным ТБ должны быть переведены из учреждений для лечения ВИЧ-инфекции и учреждений, предоставляющих услуги ПИН. Больные и члены их семей, а также другие лица, находившиеся с ними в контакте, должны быть проинструктированы о способах передачи ТБ, инфекционном контроле и респираторной гигиене, способах уменьшения риска трансмиссии ТБ в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита также имеет огромное значение в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей. Важнейшие элементы первичной профилактики включают безопасность крови; предотвращение небезопасных способов введения инъекций; неотложную и важнейшую хирургическую помощь, ограничивающую потребность в переливании крови; а также стандартные меры предосторожности, минимизирующие распространение инфекций, связанных с учреждениями здравоохранения, а также позволяющие избежать контакта с кровью, биологическими жидкостями, выделениями и поврежденной кожей. Эти базовые меры инфекционного контроля в здравоохранении включают гигиену рук, использование индивидуального защитного оборудования для предотвращения инфицирования, безопасную утилизацию острого инвентаря и отходов, безопасную уборку и дезинфекцию окружающей среды и оборудования, выявление, устранение и контроль рисков на рабочем месте, а также профилактику травм от инъекций (5). Вторичная профилактика ВИЧ, а именно постконтактная профилактика (ПКП), применяется в учреждениях здравоохранения в тех случаях, когда первичная профилактика оказалась неэффективной, или, когда медицинский работник или пациент имел риск инфицирования ВИЧ (24), как указано в разделе В2.7.

Дополнительная литература по задаче В2.3:

- *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach [Руководящие принципы постконтактной профилактики ВИЧ и использования котримоксазола для профилактики ВИЧ-ассоциированных инфекций у взрослых, подростков и детей: рекомендации для работников здравоохранения] (24).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и иных наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).*
- *Политика ВОЗ в отношении инфекционного контроля в отношении ТБ в учреждениях здравоохранения, местах скопления людей и домохозяйствах (9).*

В2.4 Осуществлять раннее начало антиретровирусной терапии для профилактики ТБ



Рекомендации

1. Необходимо начинать АРТ всем взрослым и подросткам, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ и числа клеток CD4 (28).
2. В приоритетном порядке необходимо начинать АРТ всем взрослым и подросткам с тяжелым течением или на поздней стадии заболевания, вызванного ВИЧ (клинические стадии 3 или 4 по классификации ВОЗ), а также лицам с количеством CD4 ≤ 350 клеток/мм³ (28).
3. Больные ТБ, гепатитом или ВИЧ и опиоидной зависимостью должны получать опиоидные антагонисты в сочетании с медикаментозным лечением; нет необходимости дожидаться абстиненции от опиоидов для начала лечения туберкулеза, гепатита или антиретровирусной терапии (8).
5. Сопутствующие патологии, включая инфицирование вирусным гепатитом (например, гепатита В и С), не должны являться противопоказанием к лечению ВИЧ или ТБ у ПИН. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении (6).
6. АРТ должна инициироваться и проводиться отвечающим критериям лицам, живущим с ВИЧ, в тех учреждениях здравоохранения, где проводится ОЗТ (17).

АРТ в настоящее время является самой действенной стратегией сокращения заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, независимо от числа клеток CD4; несмотря на это, доступ к АРТ для ПИН остается непропорционально низким. Необходимы объединенные усилия для устранения этого неравенства (51, 93). В 2015 году появились фактические данные о том, что раннее начало АРТ обеспечивает лучшие клинические исходы у людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с отсроченным лечением. Это обусловило издание новых рекомендаций, призывающих рекомендовать АРТ всем взрослым (включая беременных и кормящих женщин), подросткам, детям и младенцам, живущим с ВИЧ, независимо от количества клеток CD4. Дальнейшее руководство по схемам антиретровирусных препаратов, а также операционное руководство и руководство по оказанию услуг будут включены во второе издание сводных руководящих принципов использования антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, которые будут опубликованы в 2016 году.

В качестве предпочтительной схемы АРТ первого ряда ВОЗ рекомендует использовать комбинированную схему в виде комбинированного препарата с фиксированной дозировкой на основе эфавиренза; это также относится к взрослым, больным ТБ с сочетанной инфекцией вируса гепатита В (ВГВ), а также к беременным женщинам. Люди

с сочетанной инфекцией ВИЧ и ВГС, получающие АРТ и препараты для лечения ВГС, нуждаются в пристальном мониторинге из-за возможного лекарственного взаимодействия между некоторыми препаратами для лечения ВГС и антиретровирусными (АРВ) препаратами и повышенного риска лекарственной токсичности. Более подробная информация о потенциальном лекарственном взаимодействии представлена в последних руководящих принципах ВОЗ в отношении скрининга, ухода и лечения лиц с инфекцией вируса гепатита С (21) и в последних сводных руководящих принципах использования АРВ препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (17). О потенциальном лекарственном взаимодействии с ОЗТ и АРТ рассказывается в разделе В.3.

В рамках усилий по расширению доступа ПИН с опиоидной зависимостью к АРТ ВОЗ рекомендует децентрализацию инициирования и проведения АРТ в учреждения, где проводится ОЗТ. Также рекомендуется инициирование АРТ в периферийных медицинских учреждениях при ее дальнейшем проведении по месту жительства (вне учреждений здравоохранения в таких местах, как аутрич-центры, медицинские пункты, службы помощи на дому или местные общественные организации) в промежутке между регулярными посещениями клиники (17). Децентрализация АРТ должна также стимулировать приверженность лечению.

Доказано, что улучшение благополучия за счет лечения депрессии и ведения наркотической и алкогольной зависимости улучшает исходы лечения ВИЧ-инфекции и должно предлагаться наряду с поддержкой равными и образовательными программами для пациентов, являющимися важнейшими компонентами помощи при ВИЧ-инфекции. Усилия по поддержке и максимальному повышению приверженности должны прилагаться еще до инициирования АРТ. Разработка плана приверженности лечению и обучения является важным первым шагом. Исходное обучение пациента должно включать базовую информацию о ВИЧ, АРВ препаратах, ожидаемых неблагоприятных эффектах, подготовке к лечению и приверженности АРТ (17).

Дополнительная литература по задаче В2.4:

- *Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход* (5).
- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции* (17).
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Руководство по началу антиретровирусной терапии и доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции]* (28).
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи]* (8).
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход* (6).
- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, 2е издание (публикация ожидается в 2016 г.)*

В2.5 Предоставить услуги по тестированию на ВИЧ потребителям инъекционных наркотиков с предположительным диагнозом ТБ



Рекомендации

1. Стандартное тестирование на ВИЧ должно предлагаться всем больным с предположительным и подтвержденным диагнозом ТБ (15).
2. Партнерам ВИЧ-положительных больных ТБ должны быть предложены добровольные УТВ с последующим обоюдным раскрытием статуса (15).
3. Добровольные УТВ должны предлагаться ПИН в установленном порядке как на уровне сообщества, так и в лечебных учреждениях. ПИН рекомендуется оказывать УТВ на уровне сообщества, увязанные с услугами по профилактике, уходу и лечению, в дополнение к инициированному поставщиком тестированию и консультированию (5).
4. В условиях генерализованной эпидемии тестирование и консультирование, проводимые по инициативе поставщика услуг, должны предлагаться всем лицам, посещающим все учреждения, включая медицинские и хирургические службы; клиники лечения ИППП, гепатита и ТБ; частные и государственные, амбулаторные и стационарные учреждения; медицинские мобильные и аутрич-службы; организации, оказывающие услуги беременным женщинам, услуги ПИН, а также услуги по охране репродуктивного здоровья (17).
5. В условиях концентрированной эпидемии или эпидемии низкого уровня в рамках оказания услуг в отношении ИППП, гепатита и ТБ, а также услуг для ПИН должно быть предусмотрено тестирование и консультирование, проводимые по инициативе поставщика услуг (17).

Право знать свой ВИЧ-статус является фундаментальным для получения доступа к жизненно важным услугам по профилактике, уходу и лечению. Знание ВИЧ-статуса может повлиять на поведение, предотвращая инфицирование и дальнейшую передачу ВИЧ-инфекции. Раннее выявление ВИЧ-инфекции у человека с предположительным или подтвержденным диагнозом ТБ имеет особое значение, т.к. оно должно обеспечивать скорейший доступ к АРТ. Предоставление УТВ не должно ограничиваться учреждениями ВИЧ-сервисной службы, они должны стать доступными во фтизиатрической службе, ПИШ, наркологической службе, тюрьмах и на общественных площадках при наличии такой возможности (17).

Учитывая то, что ТБ является самым распространенным СПИД-определяющим заболеванием среди ПИН и главной причиной смертности, особенно среди людей, не имеющих надлежащего доступа к АРТ, необходимо максимально использовать каждую возможность проведения консультирования и тестирования на ВИЧ. Постановка диагноза или распознавание симптомов и признаков ТБ является для ПИН и лиц, состоящих с ними в близком контакте, еще одной отправной точкой для получения помощи в связи с ВИЧ-инфекцией. Это также предоставляет возможность оказания других жизненно важных услуг, таких как ОЗТ, ПИШ, АРТ, а также проведения профилактики, ведения и лечения вирусного гепатита.

Данные, полученные в ходе наблюдательных исследований, показывают, что тестирование на ВИЧ среди лиц с подтвержденным или предположительным диагнозом ТБ их контактов позволяет диагностировать большое число новых случаев ВИЧ-инфекции, поскольку распространенность ВИЧ в этой группе выше, чем среди взрослого населения в целом (15). Предоставление добровольных УТВ сексуальным партнерам или лицам, использующим общий инъекционный инструментарий, сопровождающееся обоюдным раскрытием статуса и взаимной поддержкой, также способно улучшить охват и приверженность АРТ. Это приносит пользу как самому индивидууму, так и его партнерам, независимо от ВИЧ-статуса. Согласно рекомендации ВОЗ, УТВ должны предлагаться ключевым группам населения, включая ПИН, партнеров ПИН и заключенных, как минимум раз в год или чаще, если это необходимо, в зависимости от связанного с риском поведения (27).

УТВ, предоставляемые на уровне сообщества, - важнейший подход, позволяющий охватить тех ПИН, которые вряд ли обратятся в медицинское учреждение для тестирования на ВИЧ. Услуги, предоставляемые обученными непрофессиональными поставщиками услуг, включая вмешательства, осуществляемые по принципу «равный равному», могут сыграть важную роль в раннем выявлении и направлении ПИН в соответствующие службы, в особенности ПИН из числа подростков (27). Для улучшения доступа к и охвата тестированием на ВИЧ услуги по тестированию на ВИЧ на уровне сообщества должны предоставляться на площадках, приемлемых и удобных для ПИН, включая подростков, которые также должны иметь возможность получения УТВ без обязательного согласия или присутствия родителей или опекуна (5).

Все УТВ должны предоставляться в соответствии с 5 критериями: согласие, конфиденциальность, консультирование, правильный результат и связь (т.е. направление для профилактики, получения ухода и лечения) (27). Получение согласия является обязательным условием проведения тестирования на ВИЧ. Конфиденциальность данных клиента должна обеспечиваться для всех ключевых групп населения, независимо от их нахождения под стражей или пребывания в местах лишения свободы в прошлом. Конфиденциальными должны быть не только результаты тестов и обследований, но и любая персональная информация, такая как информация о сексуальном поведении и незаконном употреблении наркотиков. Раскрытие статуса сексуальным партнерам, членам семьи, оказывающим поддержку, и работникам здравоохранения зачастую является полезным, однако это должно делаться только тестируемым лицом или с разрешения тестируемого лица. Медицинские работники и другие лица, оказывающие УТВ, могут нуждаться в специальной подготовке и инструктаже по вопросам конфиденциальности медицинских данных. Точные результаты тестирования также имеют важное значение, наряду с обеспечением качества как тестирования, так и консультирования.

Дополнительная литература по задаче В2.5:

- *Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход* (5).
- *Consolidated guidelines on HIV testing services [Сводные руководящие принципы в отношении услуг по тестированию на ВИЧ]* (27).
- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции* (17).
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон* (15).

В2.6 Проводить АРТ и профилактическое лечение котримоксазолом всем потребителям инъекционных наркотиков с ВИЧ-ассоциированным ТБ



Рекомендации

1. АРТ следует начинать всем больным ТБ, живущим с ВИЧ, включая больных лекарственно устойчивым ТБ, независимо от числа клеток CD4 (17).
2. Первым начинается лечение туберкулеза с последующим подключением АРТ как можно раньше в течение первых 8 недель лечения. ВИЧ-положительные больные ТБ с выраженной иммуносупрессией (например, числом CD4 <50 клеток/мм³) должны начать получать АРТ в течение первых двух недель после начала лечения ТБ (15).
3. Сопутствующие патологии, включая инфицирование вирусным гепатитом (а именно, гепатитом В и С), не должны служить противопоказанием к лечению ВИЧ или ТБ у ПИН. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении (6).
4. Эфавиренз должен использоваться в качестве предпочтительного нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы у больных, начинающих АРТ на фоне противотуберкулезного лечения (15).
5. Следует инициировать и проводить АРТ отвечающим критериям лицам, живущим с ВИЧ, в тех учреждениях, где проводится ОЗТ (17).
6. Стандартное профилактическое лечение котримоксазолом должно проводиться всем ВИЧ-инфицированным больным активным ТБ, независимо от числа клеток CD4 (15).

АРТ существенно улучшает выживаемость и качество жизни больных ТБ, живущих с ВИЧ. Наблюдательные исследования, проведенные как в странах с ограниченными ресурсами, так и в странах с высоким уровнем дохода показали связь между АРТ и существенным уменьшением риска смертности (54–95%) (132). Данные, полученные в ходе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), показывают, что раннее начало АРТ в ходе лечения туберкулеза уменьшает показатели смертности, особенно у больных с выраженной иммуносупрессией (т.е. числом CD4 <50 клеток/мм³) (133–135). Программы борьбы с ТБ и ВИЧ, а также другие государственные и неправительственные поставщики медико-санитарных услуг ПИН должны обеспечить то, чтобы ПИН, больным ТБ, которым поставлен диагноз ВИЧ, АРТ предлагалась в кратчайшие сроки, предпочтительно в том же учреждении, где они получают противотуберкулезное лечение и ОЗТ, если необходимо. Альтернативой является эффективная система направлений, однако она основана на активном наблюдении и возможности пациента позволить временные и финансовые расходы, связанные с проездом и ожиданием, а также потенциальной потерей источника дохода. Программы и заинтересованные стороны должны сообща стремиться обеспечить проведение АРТ всем больным ТБ, живущим с ВИЧ, в максимально децентрализованной и интегрированной форме, как описывается в разделе В.1.

Необходимо обеспечить пристальное наблюдение за больными для контроля возникновения побочных эффектов, связанных с одновременным лечением ТБ, ВИЧ и наркотической зависимости, и связанного с ТБ воспалительного синдрома восстановления иммунитета. Последний часто возникает у больных ТБ, начинающих АРТ, но, как правило, проходит самостоятельно.

Профилактическое лечение котримоксазолом (ПЛК), противомикробным агентом широкого спектра действия, предупреждает развитие целого ряда вторичных бактериальных и паразитарных инфекций у соответствующих критериям взрослых и детей, живущих с ВИЧ. Больные ТБ, живущие с ВИЧ, должны получать ПЛК как неотъемлемый компонент пакета постоянных услуг, связанных с ВИЧ. ПЛК хорошо переносится и является простым и рентабельным вмешательством для людей, живущих с ВИЧ, которое следует проводить одновременно с АРТ. Данные, полученные в ходе рандомизированных контролируемых исследований, в том числе проведенных в регионах с высокими уровнями распространения устойчивости к антибиотикам, показали снижение смертности, заболеваемости и частоты госпитализаций без существенного увеличения частоты неблагоприятных явлений у больных ТБ с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, независимо от определяемого у них числа клеток CD4. Другие нерандомизированные и операционные исследования показали, что ПЛК реально осуществимо, безопасно и снижает уровень смертности среди больных ТБ. В связи с вышесказанным, программы борьбы с ТБ и ВИЧ должны создать систему предоставления ПЛК всем ПИН, живущим с ВИЧ и имеющим активную форму ТБ (15). Более подробные рекомендации о ПЛК людей, живущих с ВИЧ, которые не больны ТБ, представлены с соответствующих руководящих принципах (24).

Дополнительная литература по задаче В2.6:

- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (17).*
- *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach [Руководящие принципы постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции и использования котримоксазола для профилактики ВИЧ-ассоциированных инфекций у взрослых, подростков и детей: рекомендации для работников здравоохранения] (24).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон (15).*

В2.7 Проводить мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков с предположительным и подтвержденным диагнозом ТБ



Рекомендации

1. Программы по ТБ и ВИЧ, а также другие правительственные и неправительственные заинтересованные стороны, предоставляющие лечение, уход и поддержку ПИН, должны обеспечить доступ ко всей последовательности всеобъемлющих комплексных услуг по профилактике, уходу и лечению для ПИН, живущих с ВИЧ, которые получают или уже завершили противотуберкулезное лечение (15).
2. Все ПИН должны иметь доступ к стерильному инъекционному оборудованию через ПИШ (5).
3. Для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП половым путем лицам из ключевых групп населения рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов и лубрикантов, совместимых с презервативами (5).
4. Рекомендуется проведение периодического скрининга на асимптоматические ИППП среди лиц из ключевых групп населения (5).
5. Все лица, работающие с ПИН, должны быть способны провести оценку факторов риска инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции и предоставлять своим клиентам полную информацию о ВИЧ, а также услуги для минимизации этих рисков (15, 16).
6. Постконтактная профилактика должна быть доступной на добровольной основе для соответствующих критериям ПИН после возможного инфицирования ВИЧ (5).
7. Пероральная доконтактная профилактика (ДоКП) с применением тенофовира дизопроксил фумарата должна предлагаться как профилактика выбора лицам, имеющим существенный риск инфицирования ВИЧ, в рамках комбинированных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции (28).

АРТ, как часть лечения и профилактики передачи инфекции от матери ребенку, оказывает существенное влияние на профилактику ВИЧ-инфекции. Однако она должна использоваться в комбинации с другими вмешательствами, уменьшающими риск или вероятность передачи ВИЧ при контакте. Подобные вмешательства включают ПИШ, ОЗТ, услуги в отношении ИППП, а также обеспечение мужскими и женскими презервативами, ПКП, ДоКП, целевое информирование и просвещение, а также добровольное медицинское мужское обрезание (в странах с высокой распространенностью ВИЧ и низкой распространенностью мужского обрезания).

Потребности ПИН в профилактике ВИЧ-инфекции на протяжении жизни меняются. Комбинированный подход к профилактике поможет ПИН получить доступ к тем типам вмешательств, которые наилучшим образом удовлетворяют их нужды на разных этапах жизни. В большинстве случаев совместное использование инъекционного инструментария является самым главным фактором риска инфицирования или передачи ВИЧ среди ПИН. Секс – еще один важный путь инфицирования и передачи инфекции, при этом секс индустрия и потребление наркотиков могут во многом пересекаться (136-138). ПИН также включают лиц, состоящих в серо-дискордантных парах, планирующих беременность или уже беременных женщин, а также ставших жертвами насилия и изнасилования, - все перечисленное влияет на риск ВИЧ-инфекции и потребности в профилактике. Во многих странах мероприятия по профилактике ВИЧ успешно проводятся для больных ТБ через программы борьбы с ТБ или систему эффективного направления больных в программы по ВИЧ (139, 140).

Важнейшим аспектом профилактики ВИЧ среди ПИН является стабильная, бесперебойная преемственность помощи. Так, например, если службы не являются полностью интегрированными, программы по ТБ должны координировать свои действия с ВИЧ-сервисной службой и другими службами поддержки ВИЧ с целью обеспечения непрерывного

доступа к профилактике ВИЧ. Аналогично, программы по ВИЧ и ТБ должны тесно сотрудничать со службами здравоохранения, отвечающими за тюрьмы и другие места лишения свободы, с целью предотвращения прерывания лечения при поступлении в или освобождении из подобных учреждений. Налаживанию подобных связей могут способствовать НПО и общественные организации.

Залогом успеха программы профилактики любого заболевания является включение ПИН в процесс разработки, осуществления, мониторинга и оценки программы.

Программы игл и шприцев

Предоставление ПИН бесплатного или недорогого, надежного и удобно доступного стерильного инъекционного инструментария способствует использованию чистых игл и шприцев, а также уменьшает число инъекций, производимых с помощью использованных игл и шприцев (141-143). Все ПИН должны иметь доступ к стерильному инъекционному инструментарию. Выбор инъекционного инструментария должен соответствовать местному контексту, включая такие факторы, как тип и способ приготовления наиболее распространенных инъекционных наркотиков. Распространяемый инструментарий должен включать шприцы с малой «мертвой зоной», другие типы шприцев и инъекционные принадлежности. К последним относятся пропитанные спиртом дезинфицирующие ватные тампоны, флаконы стерильной воды, фильтры, жгуты и приспособления для смешивания (например, ложки или «варки») для растворения вещества с целью его последующего употребления инъекционным путем (13). Существуют различные модели оказания услуг и реализации программ по обеспечению инъекционным инструментарием. Услуги могут предоставляться на фиксированных площадках (например, аптеки, кабинеты употребления наркотиков или постановки инъекций под наблюдением, а также автоматы по продаже или безвозмездной раздаче инъекционного инструментария) или через мобильные или аутрич-службы (143-145). Эффективная безопасная утилизация уменьшает количество загрязненного инструментария в сообществе; это, в свою очередь, уменьшает повторное использование и риск непреднамеренных травм иглами, а также помогает предотвратить негативную реакцию сообщества. ПИШ должны предусматривать системы для безопасной утилизации инъекционного инструментария и содействовать использованию таких систем. Существуют различные модели реализации систем безопасной утилизации инвентаря, включая распределение устойчивых к проколу контейнеров с запорным механизмом однократного действия (5, 17, 146).

ОЗТ метадонном или бупренорфином

ОЗТ – самая эффективная форма фармакологического лечения опиоидной зависимости. Она также эффективно уменьшает частоту поведения, связанного с риском инфицирования и передачи ВИЧ и вирусного гепатита, сокращая употребление наркотиков инъекционным путем. ОЗТ также улучшает приверженность лечению лиц, находящихся на АРТ или противотуберкулезном лечении (8, 32, 147). Для максимальной эффективности ОЗТ должна проводиться в адекватных дозах и иметь достаточную длительность. Дальнейшие рекомендации по ОЗТ представлены в разделе В.3.

Профилактика, скрининг и лечение ИППП

Во всем мире ИППП являются основной причиной острых заболеваний, бесплодия, длительной потери трудоспособности и смерти. Многие ИППП могут способствовать половой передаче ВИЧ-инфекции (148). Как у мужчин, так и у женщин ИППП, особенно сопровождающиеся образованием генитальных язв, усиливают восприимчивость к ВИЧ-инфекции. Помимо этого, острые ИППП являются важным маркером небезопасного сексуального поведения и риска передачи ВИЧ (5). Поэтому поставщики медицинских услуг должны уделять внимание важности контроля и лечения ИППП у ПИН. Скрининг, диагностика и лечение ИППП должны стандартно предлагаться ПИН в рамках всеобъемлющего пакета услуг по профилактике ВИЧ и уходу, согласующегося с руководством ВОЗ и адаптированного в соответствии с национальным контекстом (5, 149). При отсутствии лабораторной диагностики ПИН с симптоматическими ИППП должны получать синдромное лечение, в соответствии с национальными рекомендациями по ведению ИППП (149).

Мужские и женские презервативы и лубриканты

Последовательное и правильное использование мужских презервативов снижает половую передачу ВИЧ и других ИППП при вагинальном и анальном сексе на 94% (5, 150). Об эффективности женских презервативов имеется меньше данных, однако данные исследований свидетельствуют о том, что они могут иметь аналогичный профилактический эффект (151). Презервативы также защищают от других ИППП, способных усиливать риск передачи ВИЧ половым путем (148). Использование лубрикантов на водной или силиконовой основе (вместо лубрикантов на основе вазелина) помогает предотвратить разрыв или соскальзывание презерватива (5).

Постконтактная профилактика

ПКП в настоящее время является единственным способом уменьшения риска развития ВИЧ у человека, подвергнувшегося риску инфицирования ВИЧ. Поэтому ПКП повсеместно считается неотъемлемой частью общей стратегии профилактики передачи ВИЧ (24). ПКП может назначаться после риска инфицирования ВИЧ вследствие профессионального воздействия, сексуального насилия, в результате консенсуального секса или совместного использования ПИН инъекционного инструментария (5). Последнее руководство ВОЗ по ПКП рекомендует

28-дневный курс приема как минимум двух (предпочтительно, трех) АРВ препаратов для ПКП ВИЧ после первичной оценки риска. Несмотря на короткую длительность, регистрируемые показатели завершения курса ПКП, как правило, низкие (56%, 95% ДИ: 50,9–62,2%); в связи с этим, консультирование и усиленные меры поддержки приверженности имеют критическое значение. ПКП не может считаться на 100% эффективной (152). Поэтому крайне необходимо, чтобы правила осуществления ПКП ВИЧ подчеркивали важность первичной профилактики и консультирования по вопросам снижения риска как ВИЧ, так и вирусного гепатита (24).

Доконтактная профилактика

ДоКП должна предлагаться любому лицу, имеющему существенный риск инфицирования ВИЧ, в дополнение к другим мерам профилактики ВИЧ-инфекции. «Существенный риск» условно определяется как заболеваемость ВИЧ свыше 3 на 100 человеко-лет при отсутствии ДоКП. Действующие рекомендации основаны на фактических данных, относящихся исключительно к риску инфицирования ВИЧ при ректальном, вагинальном или пенильном контакте. Испытания эффективности пероральной ДоКП в серодискордантных парах, у гетеросексуальных мужчин, женщин, мужчин, практикующих секс с другими мужчинами, ПИН и трансгендерных женщин показали, возможность достижения высоких результатов при условии хорошей приверженности. На сегодняшний день эффективность ДоКП в отношении передачи вируса исключительно через совместное использование инъекционного инструментария еще не доказана. Основой профилактики ВИЧ и других заболеваний среди ПИН являются специализированные услуги по снижению вреда от употребления наркотиков и лечение наркотической зависимости, которые должны быть также доступными ПИН, желающим получить ДоКП (28).

Целевое информирование и просвещение

В сочетании с другими мерами (например, предоставлением стерильного инъекционного инструментария, презервативов и лечением наркотической зависимости) целевое информирование и просвещение помогают усилить и закрепить положительные изменения в поведении, связанном с риском инфицирования и передачи ВИЧ. Это включает программы, использующие различные коммуникационные подходы (консультирование по принципу «равный равному», на уровне сообщества или межличностное консультирование) к распространению информации, побуждающей людей отказаться от поведения, усиливающего риск передачи ВИЧ-инфекции. Программы также должны способствовать безопасному употреблению наркотиков, защищенному сексу и знанию собственного ВИЧ-статуса и статуса своего партнера (17).

Добровольное медицинское мужское обрезание

Добровольное медицинское мужское обрезание, не входящее в перечень ключевых вмешательств, предназначенных для ПИН, рекомендуется ВОЗ в качестве добровольной эффективной меры профилактики заражения ВИЧ гетеросексуальным путем, особенно в приоритетных странах Восточной и Южной Африки с генерализованной эпидемией ВИЧ и низкой частотой мужского обрезания. Добровольное мужское медицинское обрезание уменьшает риск передачи ВИЧ половым путем от женщины мужчине приблизительно на 60% и обеспечивает существенную защиту на всем протяжении жизни (153).

Дополнительная литература по задаче B2.7:

- *Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход* (5).
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Руководство по началу антиретровирусной терапии и доконтактной профилактике ВИЧ]* (28).
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи]* (8).
- *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев* (146).
- *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон* (15).
- *Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН, ЮНИТЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, пересмотр 2012 г.* (1).

В3. Обеспечить доступ к ОЗТ и другим методам лечения наркотической зависимости



Рекомендации²

1. Необходимо проводить подробное индивидуальное обследование, включающее сбор анамнеза (опыт предыдущего лечения, медицинский и психиатрический анамнез, оценку жилищных условий, правовых вопросов, ситуации с трудоустройством, а также социальных и культурных факторов, которые могут влиять на употребление веществ), клинический осмотр (оценку состояния интоксикации или отмены, наличия следов от инъекций) и, если необходимо, дополнительные виды исследований, например, на ТБ, ВИЧ, гепатит В и С, анализ мочи на наркотики и определение функции печени) (8).
2. Больные ТБ, гепатитом или ВИЧ и опиоидной зависимостью должны получать опиоидные антагонисты в сочетании с медикаментозным лечением; нет необходимости дожидаться абстиненции от опиоидов для начала лечения туберкулеза, гепатита или антиретровирусной терапии (8).
3. В стандартной практике психосоциальная поддержка должна предлагаться в сочетании с фармакологическим лечением опиоидной зависимости (8).
4. Больным беременным женщинам с опиоидной зависимостью необходимо рекомендовать продолжить или начать заместительную поддерживающую терапию метадонотом или бупренорфином (22).
5. Для обеспечения максимальной безопасности и эффективности программ лечения опиоидной зависимости методом заместительной поддерживающей терапии агонистами, меры политики и правила должны поощрять гибкие подходы к дозировке с низкими стартовыми дозами и высокими поддерживающими дозами, а также не должны накладывать ограничений на уровни дозировок и длительность лечения (8).
6. Выдача на руки пациентам с опиоидной зависимостью доз препарата (ОЗТ) может осуществляться в тех случаях, когда польза от уменьшения частоты посещений учреждения перевешивает риск уклонения, при условии осуществления регулярного контроля (8).
7. АРТ следует инициировать и проводить соответствующим критериям лицам, живущим с ВИЧ, в тех учреждениях, где проводится ОЗТ (17).
8. Люди, в ближайшем окружении которых могут наблюдаться случаи передозировки опиоидами, должны иметь доступ к налоксону и быть обучены правильному применению этого препарата для проведения экстренного лечения при подозрении на передозировку опиоидами (23).

При наличии стабильной поддержки со стороны опытного персонала или консультантов из числа равных, а также надлежащей помощи в связи с наркотической зависимостью ПИН могут быть приверженными длительному лечению и иметь клинические результаты, сопоставимые с результатами лечения людей, не употребляющих наркотики (93). Основанное на фактических данных лечение наркотической зависимости обеспечивает важнейший доступ к другим службам здравоохранения, а также предоставляет возможность поддержки приверженности лечению. Где только возможно, рекомендованные ВОЗ методы лечения наркотической зависимости, включая ОЗТ для лечения опиоидной зависимости, должны предоставляться в рамках услуг по лечению и профилактике ТБ, ВИЧ и вирусного гепатита. Если госпитализация является абсолютно необходимой для тяжело больных ТБ, ВИЧ или другими ассоциированными заболеваниями, требующими пристального клинического мониторинга, лечение наркотической зависимости (включая ОЗТ для лечения опиоидной зависимости) должно проводиться параллельно (106, 113).

В3.1 Лечение опиоидной зависимости

Для лечения опиоидной зависимости ВОЗ рекомендует оказание психосоциальной помощи в сочетании с ОЗТ метадонотом или бупренорфином, оба из которых включены в примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. ОЗТ чрезвычайно эффективно сокращает потребление опиоидов, уменьшает частоту инъекций, подвергаящих ПИН с опиоидной зависимостью риску инфицирования ВИЧ, а также улучшает доступ к и удержание в программах лечения и ухода (17, 102, 141, 143, 154-157).

Проведение ОЗТ лицам с опиоидной зависимостью не должно ограничиваться теми, кто употребляет наркотики инъекционным путем, ВИЧ-инфицированными лицами или лицами, предыдущее лечение наркотической зависимости которых оказалось неэффективным. Следует особенно поощрять проведение ОЗТ беременным женщинам с опиоидной зависимостью, т.к. синдром опиоидной отмены может провоцировать самопроизвольный аборт или приводить к рецидиву употребления героина, что также может привести к ухудшению акушерских исходов (8, 22, 158). Проведение ОЗТ в тюрьмах снижает высокий риск передозировки и смерти после освобождения из учреждения; это также уменьшает частоту повторного заключения под стражу (8). Следует побуждать пациентов с опиоидной зависимостью использовать ОЗТ вместо абстиненции от опиоидов и лечения антагонистами с применением налтрексона. В долгосрочной перспективе детоксикация или абстиненция от опиоидов (вместо заместительной терапии) приводит к плохим результатам. Тем не менее, пациенты должны получать помощь в преодолении синдрома отмены опиоидов, если это их информированный выбор (5).

² В основе этих рекомендаций лежат данные, относящиеся непосредственно к опиоидной зависимости.

Ряд препаратов (например, эфавиренз, невирапин и рифампицин) могут независимо друг от друга снижать концентрации метадона и в зависимости от индивидуальных особенностей вызывать развитие состояния отмены и повышать риск рецидива употребления опиоидов (159). В связи с этим, гибкая политика и правила дозировки метадона являются чрезвычайно важными для лиц, живущих с ВИЧ или ТБ, с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ и имеющих опиоидную зависимость. Пациенты, получающие метадон вместе с эфавирензем, невирапином или рифампицином, должны пристально наблюдаться, при развитии синдрома отмены доза метадона должна корректироваться в соответствии с потребностями пациента. Взаимодействие между бупренорфином и рифампицином может приводить к развитию состояния отмены опиатов (104, 160). Рифабутин может использоваться в качестве альтернативы рифампицину; отсутствуют убедительные данные, что рифабутин не оказывает существенного влияния на уровни содержания бупренорфина или метадона (17, 104, 105). Уровни содержания метадона могут понижаться у пациентов, получающих пегилированный интерферон и рибавирин. Это взаимодействие, как правило, бывает субклиническим, тем не менее рекомендуется контролировать появление симптомов отмены (21). Существенного лекарственного взаимодействия между бупренорфином и невирапином зафиксировано не было (159). Известно о значимом взаимодействии между бупренорфином и эфавирензем, тем не менее клинических симптомов отмены зафиксировано не было (159). Во всех случаях пациент и специалист, назначивший ОЗТ, должны быть проинформированы о возможном взаимодействии.

Нельзя отказывать в ОЗТ, если служба не в состоянии предоставить психосоциальную поддержку, или, если пациенты отказываются от психосоциальной помощи. Службы должны попытаться как минимум оценить психосоциальные потребности пациентов, предоставить всю возможную помощь и направить пациентов во внешние агентства для получения дополнительной помощи, если это необходимо.

В3.2 Другое лечение наркотической зависимости

Из-за хронической рецидивирующей природы наркотической зависимости и необходимости принятия мер в отношении ее социальных и психологических составляющих достижение абстиненции (если желаемо) для многих - зачастую длительный и трудный процесс. Постановка более краткосрочных и более достижимых целей (так называемая стратегия малых шагов) помогает четче определить нужный прогресс и методы его достижения. Это также помогает смягчить негативные последствия употребления наркотиков, включая передачу гемоконтактных вирусных инфекций, таких как ВИЧ, гепатит В и гепатит С. Подобные вмешательства настоятельно рекомендуются в качестве альтернативного метода лечения для ПИН с опиоидной зависимостью, не желающих получать ОЗТ, для решения проблемы употребления неопиоидных наркотиков (например, стимуляторов амфетаминового ряда, кокаина, седативных и гипнотических средств), и там, где ОЗТ по-прежнему недоступна.

В3.3 Лечение передозировки

Во всем мире передозировка наркотиков – лидирующая причина смерти среди ПИН и распространенная причина смертности, не связанной с ВИЧ, у людей с ВИЧ-инфекцией. По оценкам, 69 000 человек ежегодно умирают от передозировки опиоидов. Передозировка опиоидов является предотвратимой и, если есть свидетели, поддающейся лечению. ОЗТ обеспечивает самую эффективную защиту от передозировки (5).

Лечение передозировки опиоидов осуществляется путем респираторной поддержки и назначением опиоидного антагониста короткого действия - налоксона. Данный лекарственный препарат имеет длинную историю успешного клинического применения для лечения опиоидной передозировки. При отсутствии опиоидов он оказывается неэффективным и не имеет потенциала для злоупотребления. Налоксон входит в примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств (5).

Налоксон, как правило, распространяется медицинскими работниками в учреждениях здравоохранения. Однако ряд стран в разных регионах мира не так давно начали осуществлять распространение налоксона на уровне сообщества; т.е. они разрешают выдачу и прием препарата непосредственно ПИН или их равными, а также членами семей, наряду со службами оперативного реагирования, такими как полиция и экстренные службы (161-163). Более широкая доступность налоксона за счет его распространения на уровне сообщества может помочь снизить показатели передозировки опиоидов, в частности, там, где доступ ПИН к важнейшим медицинским службам ограничен.

Дополнительная литература по задачам В3.1, В3.2 и В3.3

- *Community management of opioid overdose [Ведение случаев передозировки опиоидов на уровне сообщества] (23).*
- *Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход (5).*
- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (17).*
- *Guidelines for the identification and management of substance use disorders in pregnancy [Руководящие принципы выявления и ведения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности] (22).*
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи] (8).*

- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Пособие mhGAP по осуществлению вмешательств в отношении психических, неврологических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения]* (11).
- *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care [Скрининг-тест по определению алкоголя, курения и употребления наркотиков (ASSIST). Справочник для учреждений первичной медико-санитарной помощи]* (164).

В4. Проводить профилактику, скрининг и лечение вирусного гепатита В и С среди ПИН

В4.1 Профилактика вирусного гепатита В и С



Рекомендации

1. ПИН следует предлагать вакцинацию от гепатита В по ускоренной схеме (13).
2. С целью увеличения охвата и показателя завершения схем вакцинации от гепатита В следует использовать поощрения для ПИН (13).
3. ПИШ должны предоставлять шприцы с малой «мертвой зоной» для раздачи потребителям инъекционных наркотиков (13).
4. Для уменьшения заболеваемости вирусным гепатитом следует проводить мероприятия по принципу «равный равному» (13).

Учитывая высокие показатели сочетанной инфекции вирусного гепатита В и С, ВИЧ и ТБ среди ПИН, профилактике должно уделяться приоритетное внимание, т.к. наличие сочетанной инфекции имеет серьезные последствия для лечения как ТБ, так и ВИЧ-инфекции (29). Ряд вмешательств, направленных на профилактику ВИЧ, эффективны также в отношении профилактики других передаваемых через кровь вирусных инфекций, включая ВГВ и ВГС.

Вакцинация – основа профилактики ВГВ. Наличие в распоряжении служб помощи ПИН вакцины от ВГВ повышает информированность о вакцинации и способствует ее проведению среди ПИН. Вакцинация должна проводиться в месте и время, удобные для ПИН. В большинстве стран действуют как целевые, так и национальные программы вакцинации от ВГВ, включающие вакцинацию детей, туровую вакцинацию и вакцинацию в группах риска. К группам риска относятся ПИН и лица, находящиеся в местах лишения свободы. Ускоренные схемы вакцинации обеспечивают иммунный ответ, аналогичный получаемому при стандартной схеме вакцинопрофилактики, способствуя при этом более высоким показателями завершения схемы вакцинации (13, 165). ВОЗ рекомендует использовать более высокую дозу вакцины от ВГВ при проведении вакцинации по ускоренной схеме. Если проведение вакцинации по ускоренной схеме не представляется возможным, следует использовать стандартную схему. При проведении вакцинации как по ускоренной, так и по стандартной схеме постановка первой дозы вакцины является приоритетом (13). Документ по позиции ВОЗ в отношении вакцин от гепатита А за 2012 год также рекомендует рассматривать проведение целевой вакцинации ПИН от гепатита А на территориях с низкой или очень низкой эндемичностью с целью предоставления пользы для здоровья отдельным лицам (166). Пациенты с хроническим заболеванием печени подвержены риску развития скоротечного гепатита А и поэтому должны быть вакцинированы.

Службы, которые могли бы проводить вакцинацию, включают: наркологические учреждения, ПИШ и другие службы, регулярно контактирующие с ПИН. Мета-анализ двух РКИ показал, что показатели прохождения полного курса вакцинации были более чем вдвое выше у ПИН, получающих денежное поощрение, чем у тех, кто не получал денежного поощрения. С точки зрения расширения охвата и показателя завершения курса вакцинации использование скромных финансовых поощрений в сочетании с удобным для ПИН местом проведения вакцинации (например, через программу ПИШ) было более эффективным, чем только выплата более значительных денежных поощрений. Рекомендация ВОЗ о предоставлении поощрений является условной и зависит от местных условий и наличия ресурсов.

Совокупный анализ данных двух исследований показал, что вероятность наличия ВИЧ-инфекции или инфекции ВГС у ПИН, которые использовали шприцы с малой «мертвой зоной», была ниже на 71% (ОР 0,29; 95% ДИ: 0,18–0,46) и на 51% (ОР 0,49; 95% ДИ: 0,44–0,55), соответственно, чем у ПИН, использующих шприцы с большим мертвым пространством (167–169). Тем не менее рекомендуется, чтобы служба, предоставляющая шприцы ПИН, предлагала все типы шприцев в соответствии с местными потребностями и спросом, в дополнение к другим инъекционным принадлежностям, таким как варки, вата и ложки. Помимо этого, должна вестись просветительская работа с ПИН и лицами, планирующими программы, информирующие о преимуществах шприцев с малой мертвой зоной.

Дополнительная литература по задаче В4.1:

- *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs [Руководство по профилактике вирусного гепатита В и С среди потребителей инъекционных наркотиков] (13).*
- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи] (8).*

В4.2 Скрининг и лечение гепатита В



Рекомендации

1. В приоритетном порядке должно проводиться лечение всех взрослых, подростков и детей, страдающих хроническим гепатитом В (ХГВ), не имеющих клинических признаков компенсированного или декомпенсированного цирроза (или значение индекса отношения аспартатаминотрансферазы к количеству тромбоцитов [APRI] >2 у взрослых), независимо от уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ), статуса «е» антигена гепатита В (HBeAg) или уровней дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВГВ (26).
2. Рекомендуется лечение взрослым с ХГВ, не имеющим клинических признаков цирроза (или значение APRI ≤ 2 у взрослых), возраст которых старше 30 лет (в частности), и которые имеют устойчиво аномальные уровни АЛТ и признаки высокой репликации ВГВ (ДНК ВГВ $>20\,000$ МЕ/мл), независимо от статуса HBeAg (26).
3. Если тестирование на ДНК ВГВ недоступно, проведение лечения может рассматриваться только на основании устойчиво аномальных уровней АЛТ, независимо от статуса HBeAg (26).
4. Всем взрослым, подросткам и детям в возрасте 12 лет и старше, которым показана противовирусная терапия, рекомендуются нуклеотидные/нуклеозидные аналоги, имеющие высокий барьер для лекарственной устойчивости (тенофовир или энтекавир) (26).
5. При сочетанной инфекции ВИЧ/ВГВ необходимо начинать АРТ всем взрослым и подросткам с ВИЧ, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ и количества клеток CD4 (28).
6. Наличие сочетанной патологии гепатита В и С с ВИЧ или ТБ (или обеих патологий) не должно служить противопоказанием к лечению ВИЧ и ТБ у ПИН. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении (6).

В *Руководящих принципах по профилактике, уходу и лечению лиц с хронической инфекцией гепатита В*, 2015 г. (26) ВОЗ призывает использовать простые, неинвазивные диагностические тесты для оценки стадии поражения печени и обоснованности лечения, а также в приоритетном порядке осуществлять лечение пациентов с прогрессирующим поражением печени и подверженных риску смерти. В настоящее время для лечения ВГВ у взрослых и подростков в возрасте 12 лет и старше рекомендуется использовать противовирусные препараты первого и второго ряда: тенофовир или энтекавир, обладающие высоким барьером для лекарственной устойчивости. Пожизненное лечение рекомендуется людям с циррозом печени, наряду с регулярным мониторингом прогрессирования заболевания, токсичности препаратов и раннего выявления гепатоклеточной карциномы (26).

В настоящее время ВОЗ рекомендует проведение АРТ всем лицам, живущим с ВИЧ (включая лиц с сочетанной инфекцией гепатита В), при этом в приоритетном порядке получают лечение пациенты с тяжелым или прогрессирующим клиническим проявлением ВИЧ (клиническая стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ), а также лица с числом CD4 <350 клеток/мм³ (28). Когда настоящая рекомендация будет выполнена в полном объеме, она заменит рекомендацию ВОЗ о том, что АРТ следует проводить лицам с сочетанной инфекцией ВГВ и ВИЧ при наличии данных о тяжелом хроническом заболевании печени, независимо от числа клеток CD4, а также лицам с числом CD4 ≤ 500 клеток/мм³, независимо от стадии поражения печени (17).

Дополнительная литература по задаче В4.2:

- *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (17).*
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Руководство по началу антиретровирусной терапии и доконтактной профилактики ВИЧ] (28).*
- *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection [Руководящие принципы по профилактике, уходу и лечению лиц с хронической инфекцией гепатита В] (26).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*

Издание руководящих принципов ВОЗ в отношении тестирования лиц с хронической инфекцией гепатита В и С, а также лечения гепатита С ожидается в 2016 году.

В4.3 Скрининг и лечение гепатита С



Рекомендации

1. Прохождение серологического скрининга на ВГС должно предлагаться лицам, принадлежащим к группам населения с высокой распространенностью ВГС, риском инфицирования ВГС в анамнезе или практикующим поведением, сопряженным с риском инфицирования ВГС (21).
2. Предлагается проводить тесты с использованием нуклеиновых кислот (НАТ) для выявления рибонуклеиновой кислоты (РНК) ВГС непосредственно после получения положительного результата серологического исследования на ВГС для подтверждения диагноза хронической инфекции ВГС в дополнение к тесту НАТ для выявления РНК ВГС в рамках обследования перед началом лечения ВГС (21).
3. Всем лицам, инфицированным ВГС, рекомендуется проведение оценки степени потребления алкоголя с последующим подбором поведенческих вмешательств, направленных на сокращение потребления алкоголя лицами с умеренным и высоким потреблением алкоголя (21).
4. В условиях ограниченных ресурсов предлагается использовать тесты APRI или Fibrosis-4 (FIB-4) для оценки степени фиброза печени вместо других более ресурсозатратных неинвазивных тестов, таких как эластография или Fibrotest (21).
5. Сочетанная патология гепатита В и С не должна являться противопоказанием к лечению ВИЧ-инфекции или ТБ у ПИН. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении (6).

ВОЗ рекомендует проведение скрининга на ВГС среди ПИН из-за высоких показателей распространенности этой инфекции в этой группе населения. Повторный скрининг на ВГС рекомендуется лицам, непрерывно подвергающимся риску инфицирования; следует также рассмотреть возможность проведения повторного скрининга после спонтанного разрешения инфекции или успешного лечения. Повторное тестирование ранее инфицированных лиц должно проводиться за счет определения РНК, т.к. после первичного инфицирования антитела к ВГС остаются положительными (21).

Перед началом лечения необходимо проведение исходного клинического обследования для оценки наличия сопутствующих патологий, таких как ТБ и ВИЧ. Это необходимо, т.к. совместное ведение таких пациентов требует здоровой клинической оценки и проведения надлежащего лечения, учитывающего побочные эффекты и лекарственное взаимодействие соответствующих препаратов (3). Аналогично, наличие сочетанной патологии вирусного гепатита, ВИЧ или ТБ не должно являться противопоказанием к лечению ТБ или ВИЧ и не всегда усугубляет течение лекарственного гепатита, тем не менее это требует тщательного мониторинга функции печени. Поэтому перед началом лечения ТБ или ВИЧ у ПИН рекомендуется проведение скрининга на вирусный гепатит (6). Одновременно с этим рекомендуется проведение психологической оценки и оценки вероятности лекарственного взаимодействия.

Действующие руководящие принципы ВОЗ в отношении диагностики, ухода и лечения лиц с хронической инфекцией гепатита С (21) основаны на использовании препаратов, одобренных на момент проведения совещания по руководящим принципам в июне 2013 года. Эти руководящие принципы рекомендуют ряд схем лечения ВГС с использованием таких препаратов, как пегилированный интерферон, рибавирин, телапревир, боцепревир, софосбувир и симепревир (21). Пересмотренные руководящие принципы, которые будут включать новые противовирусные препараты прямого действия (DAA), которые были разрешены регуляторными органами после июня 2013 года (например, ледипасвир, даклатасвир, асунапревир, и комбинированная схема из паритапревира, омбитасвира и дасабувира), будут опубликованы в 2016 году. Необходимо также проводить медико-санитарное просвещение, обеспечивать готовность пациентов к появлению симптомов во время лечения, оказывать поддержку, а также проводить надлежащее информирование и консультирование до и после тестирования (21).

При наличии любой сочетанной патологии следует внимательно относиться к возможному лекарственному взаимодействию как рецептурных, так и безрецептурных препаратов. На основании изученного взаимодействия при наличии сочетанной инфекции ВГС и ТБ, препараты: боцепревир, даклатасвир, ледипасвир, симепревир, софосбувир и телапревир противопоказаны при лечении рифампицином; также имеет место взаимодействие или потенциальное взаимодействие с рифабутином. Современное руководство по взаимодействию рецептурных препаратов и рекреационных препаратов доступно онлайн.³

Дополнительная литература по задаче В4.3:

- *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection [Руководящие принципы по скринингу, уходу и лечению лиц с инфекцией гепатита С] (21).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*

Руководящие принципы ВОЗ в отношении тестирования лиц на хроническую инфекцию гепатита В и С и лечения гепатита С будут изданы в 2016 году.

В5. Осуществлять ведение и лечение алкогольной зависимости



Рекомендации

1. Скрининг на опасное и вредное потребление алкоголя должен проводиться с использованием прошедшего валидацию инструмента, который может быть включен в стандартную клиническую практику (например, AUDIT-3, AUDIT-C или ASSIST). В тех учреждениях, где проведение скрининга является нецелесообразным или недоступным по стоимости, специалистам следует по необходимости оценивать степень потребления алкоголя пациентами (11).
2. Алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблемы психического здоровья не должны использоваться в качестве основания для отказа в лечении ТБ, ВИЧ или вирусного гепатита (6).
3. В неспециализированных учреждениях для пациентов с опасным или вредным уровнем потребления алкоголя необходимо проводить краткосрочное вмешательство, состоящее из одной сессии длительностью 5–30 минут и предусматривающее индивидуализированную обратную связь и рекомендации по уменьшению или прекращению употребления алкоголя, а также предложение последующего наблюдения (11).
4. В неспециализированных учреждениях стандартная практика должна включать оказание психологической поддержки пациентам с алкогольной зависимостью (11).

Сопутствующая алкогольная зависимость является существенной проблемой среди ПИН; установлено, что чрезмерное употребление алкоголя ассоциируется с низкой приверженностью и плохими исходами лечения как ТБ, так и ВИЧ-инфекции (170, 171). Кроме того, алкогольная зависимость может ускорять развитие фиброза печени и увеличивать риск лекарственной гепатотоксичности во время лечения как активного, так и латентного ТБ. Она также ускоряет прогрессирование вызванного ВГС цирроза печени (21).

ВОЗ рекомендует проведение оценки уровня потребления алкоголя всем лицам с вирусным гепатитом с последующим проведением вмешательства, направленного на сокращение употребления алкоголя лицами с опасным или вредным уровнем потребления алкоголя. Имеется мало данных о воздействии скрининга на расстройства, связанные с употреблением алкоголя, или поведенческих или фармакологических тактик ведения высокого уровня потребления алкоголя на исходы лечения ТБ и ВИЧ, особенно у ПИН. Однако исследование, проведенное в России, из которого были исключены участники, которые на момент проведения исследования или в течение последнего месяца употребляли опиоиды, показало обнадеживающие результаты в отношении практических возможностей включения скрининга на употребление алкоголя и мер снижения его уровня (например, применения налтрексона или ежемесячного консультирования) во фтизиатрическую помощь, при этом были получены благоприятные исходы лечения у мотивированных больных ТБ (172). Дополнительные рекомендации по оказанию помощи при отказе от употребления алкоголя, отмене, детоксикации и профилактике рецидивов содержатся в Руководстве по принятию мер (mhGAP), (11) наряду с рекомендациями mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (11, 173).

Дополнительная литература по задаче В5:

- *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care [Скрининг-тест по определению алкоголя, курения и употребления наркотиков (ASSIST). Справочник для учреждений первичной медико-санитарной помощи]* (164).
- *AUDIT – the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, (second edition) [AUDIT. Тест на определение расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Руководство для первичной медико-санитарной помощи. Второе издание]* (174).
- *Brief Intervention – The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care [Краткосрочное вмешательство – Основанное на скрининг-тесте краткосрочное вмешательство в отношении опасного и вредного употребления веществ: справочник для учреждений первичной медико-санитарной помощи]* (175).
- *mhGAP guidelines on interventions for mental, neurological and substance use disorders [Руководящие принципы mhGAP проведения вмешательств в отношении психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ]* (173).
- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Пособие mhGAP по осуществлению вмешательств в отношении психических, неврологических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения]* (11).
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход* (6).

В6. Принять меры в отношении психического здоровья и удовлетворения потребностей в психосоциальной поддержке

Наличие сочетанного психического заболевания с проблемой употребления наркотиков, ТБ и ВИЧ довольно распространено и является одним из основных факторов, которые должны учитываться при формировании пакета лечения, ухода и поддержки. Известно, что наличие сопутствующего психического заболевания затрудняет приверженность пациента лечению из-за повышенной забывчивости, плохой организации и недостаточного понимания планов лечения. Аналогично, социальные факторы (например, жилищные условия, образование и ситуация с трудоустройством), а также правовые проблемы могут препятствовать получению непрерывного доступа к помощи. Тщательная индивидуальная оценка, позволяющая выявить наличие психического расстройства и определить психосоциальные потребности, а также факторы, мотивирующие человека, помогает построить индивидуальный план лечения (8). Должен быть доступен целый ряд структурированных психосоциальных вмешательств, соответствующих нуждам пациентов. Примеры подобных вмешательств включают: различные формы консультирования и психотерапии, оказание помощи в удовлетворении социальных потребностей, таких как жилищные условия, трудоустройство, образование, социальное обеспечение и правовые проблемы (8). Алгоритмы скрининга и ведения психических заболеваний, включая депрессию, психоз, биполярное расстройство и членовредительство или попытки суицида, для использования в неспециализированных медицинских учреждениях представлены в руководстве mhGAP по принятию мер (11). Соответствующие рекомендации представлены в Руководящих принципах mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ (173).

Предпринимаемые меры должны быть основаны на данных исследований и наличии обученных кадров, используемые методы должны соответствовать индивидуальным особенностям пациента и быть приемлемыми для него.

Дополнительная литература по задаче В6:

- *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence [Руководящие принципы по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, подкрепленному оказанием психосоциальной помощи] (8).*
- *mhGAP guidelines interventions for mental, neurological and substance use disorders [Руководящие принципы mhGAP проведения вмешательств в отношении психических и неврологических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ] (173).*
- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Пособие mhGAP по осуществлению вмешательств в отношении психических, неврологических расстройств и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения] (11).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*

В7. Обеспечить доступ к лечебному питанию



Рекомендации

1. Всем лицам с активным ТБ необходимо проводить: (i) оценку нутритивного статуса и (ii) соответствующее консультирование, основанное на нутритивном статусе, в момент диагностики и на всем протяжении лечения. Дополнительное лечебное питание и поддержка должны предоставляться в зависимости от нутритивного статуса (19).
2. Больные активным МЛУ-ТБ с умеренным недостатком питания должны получать местные дополнительные продукты, богатые или обогащенные питательными веществами, если необходимо, для восстановления нормального нутритивного статуса (19).

Недостаточность питания часто ассоциируется с алкогольной и наркотической зависимостью (176). Она также является фактором риска развития ТБ и частым последствием заболевания, она также связана с плохими исходами лечения и повышенным риском смерти от ТБ. Аналогично, низкий индекс массы тела – важный фактор риска прогрессирования заболевания, вызванного ВИЧ, и смерти (177, 178). В связи с этим недоедание должно лечиться в рамках всеобъемлющего подхода, наряду с оказанием социальной поддержки (19).

Дополнительная литература по задаче В7:

- *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers [Ведение тяжелой недостаточности питания: справочник для врачей и старших медицинских сотрудников] (176).*
- *Nutritional care and support for patients with tuberculosis: guideline [Лечебное питание и поддержка больных туберкулезом: руководство] (19).*

В настоящее время ВОЗ разрабатывает рекомендации по лечебному питанию и поддержке подростков и взрослых, живущих с ВИЧ.

С. Обеспечить единый стандарт медико-санитарной помощи в тюрьмах и в гражданском секторе за счет гармонизации вмешательств и налаживания связи со службами на уровне сообщества



Рекомендации

1. Заключенные должны получать медико-санитарную помощь такого же качества, как и гражданское население, необходимо обеспечить непрерывность оказания помощи при переводе из одного пенитенциарного учреждения в другое, а также при попадании в и освобождении из мест лишения свободы (6).
2. Медицинское обследование при поступлении и в любое время в последующем, соответствующее признанным на международном уровне стандартам медицинской этики, конфиденциальности и ухода, должно быть доступным для всех заключенных (6).
3. Следует предусмотреть проведение систематического скрининга на активный ТБ в тюрьмах и других пенитенциарных учреждениях (20).
4. Системы тюрем должны апробировать и изучить инициативы по более безопасному нанесению татуировок, чтобы понять, сокращают ли они практику совместного или повторного использования инструментария для нанесения татуировок и уменьшают ли тем самым число инфицированных (5, 16).

Принцип равенства (Принцип 9 Минимальных базовых стандартов ООН по обращению с заключенными) гласит, что «заключенные должны иметь доступ к имеющемуся в стране медицинскому обслуживанию без дискриминации на основании их правового положения» (179). Доступ к комплексному пакету мер по снижению вреда, включая рекомендации уже представленные в настоящем руководстве, не должен являться исключением.

Тюремное здравоохранение следует рассматривать как неотъемлемую часть системы общественного здравоохранения. Услуги здравоохранения не должны ограничиваться оказанием медицинской помощи, а должны подчеркивать важность раннего выявления и лечения заболеваний, укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Бюджеты здравоохранения в тюрьмах должны учитывать относительно более высокие потребности заключенных. Программа охраны здоровья в тюрьмах должна быть неотъемлемой частью национальных усилий по обеспечению доступа к службам борьбы с ВИЧ, вирусным гепатитом и ТБ, а также к ПИШ и основанному на фактических данных лечению наркотической зависимости. Тюремная администрация должна налаживать крепкие связи с медико-санитарными службами на уровне сообщества, а также привлекать внешних поставщиков для оказания услуг здравоохранения в тюрьмах. Если предоставление надлежащих услуг здравоохранения в тюрьмах невозможно, заключенные должны иметь доступ к службам здравоохранения в сообществе (16). Особое внимание следует уделить укреплению механизмов направлений к специалистам и обеспечению того, чтобы лица, получающие лечение по поводу ТБ, ВИЧ, вирусного гепатита или наркотической зависимости (т.е. ОЗТ) перед поступлением в тюрьму или иное учреждение закрытого типа, могли продолжить лечение без перерывов на всем протяжении нахождения под стражей и при переводе в другое исправительное учреждение, а также получить направление в учреждение общественного здравоохранения по освобождению (5, 16).

В условиях высокой распространенности ТБ среди общего или тюремного населения, высокого показателя лишения свободы, высокой распространенности ВИЧ или МЛУ-ТБ или плохих условий проживания в тюрьмах и других пенитенциарных учреждениях систематический скрининг на ТБ всех заключенных и сотрудников исправительных учреждений, независимо от их ВИЧ-статуса, должен проводиться в приоритетном порядке (20). Скрининг должен проводиться при поступлении и ежегодно в последующем, если это позволяют ресурсы. Скрининг лиц, выходящих на свободу из мест лишения свободы, следует проводить, когда это возможно, и, когда могут быть обеспечены лечение и последующее наблюдение.

Особенно важны усилия по улучшению жилищных условий, предоставлению дополнительного питания, снижению переуплотнения и контролю передачи инфекции. Все места лишения свободы должны иметь план инфекционного контроля, предусматривающий меры по улучшению вентиляции, обеспечение доступа к естественному свету, а также скрининг и изоляцию заключенных, больных заразной формой ТБ, от других заключенных, особенно лиц, живущих с ВИЧ (9, 16). Аналогично, лица с подозрением на МЛУ-ТБ должны быть изолированы от других заключенных, включая лиц, больных лекарственно чувствительными формами ТБ (60).

Доступ к услугам по профилактике, скринингу, диагностике и лечению должен осуществляться с соблюдением норм медицинской этики, национальных стандартов, руководящих принципов и механизмов контроля. Все вмешательства должны осуществляться в наилучших интересах пациента. Все услуги должны быть добровольными, конфиденциальными, недискриминирующими и уважительными и оказываться при условии получения информированного согласия пациента (16).

Дополнительная литература по задаче С:

- *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households [Политика ВОЗ по инфекционному контролю в отношении ТБ в учреждениях здравоохранения, местах скопления людей и домохозяйствах] (9).*
- *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход (6).*
- *Guidelines for control of tuberculosis in prisons [Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах] (60).*
- *Policy brief on HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions [Аналитическая справка по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа: комплексный пакет мер] (16).*
- *Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход (5).*
- *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations [Систематический скрининг на активный туберкулез: принципы и рекомендации] (20).*

Библиографические ссылки

- 1 Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 года. Женева, 2012 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 2 Sylla L, Bruce RD, Kamarulzaman A, Altice FL. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services *Int J Drug Policy*. 2007;18(4):306–312.
- 3 Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–353.
- 4 Getahun H, Baddeley A, Raviglione M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Bull World Health Organ*. 2013;91:154–156 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/13-117267.pdf>, accessed 05 October 2015).
- 5 Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014 год (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/270402/Guidelines-on-prevention-RU-updated.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 6 Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с ТБ и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43937/3/9789214330622_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 7 Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization. 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43965/1/9789241547581_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 8 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, World Health Organization. 2009 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf, accessed 08 October 2015).
- 9 WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva, World Health Organization. 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44148/1/9789241598323_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 10 Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44472/3/9789244500705_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 11 mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva, World Health Organization. 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 12 Falzon D, Jaramillo E, Schünemann H, Arentz M, Bauer M, Bayona J et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update. *Eur Respir J*. 2011;38(3):516–528.
- 13 Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization. 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 14 Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva, World Health Organization. 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 15 Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87628/1/9789244503003_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года).
- 16 Policy brief on HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2012 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf, accessed 08 October 2015).
- 17 Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 год (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/ru/>) по состоянию на 25 февраля года)
- 18 Обновлённые Рекомендации – Автоматизированная технология амплификации нуклеиновых кислот в режиме реального времени для быстрого и одновременного выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину: анализ Xpert MTB/RIF для диагностики легочного и внелегочного ТБ у взрослых и у детей. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2018 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112472/5/9789244506332_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 19 Nutritional care and support for patients with tuberculosis: guideline. Geneva, World Health Organization. 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94836/1/9789241506410_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 20 Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva World Health Organization. 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 21 Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf, accessed 08 October 2015).

- 22 Guidelines for the identification and management of substance use disorders in pregnancy. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 23 Community management of opioid overdose. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/, accessed 08 October 2015).
- 24 Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 25 Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2015 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136471/5/9789244548905_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 26 Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 27 Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization. 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 05 October 2015).
- 28 Guidelines on when to start antiretroviral therapy and pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization. August 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 29 Deiss R, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009;48(1):72–82.
- 30 Reichman LB, Felton CP, Edsall JR. Drug dependence, a possible new risk factor for tuberculosis disease. *Arch Intern Med*. 1979;139(3):337–339.
- 31 Gupta A, Mbwambo J, Mteza I, Shenoi S, Lambdin B, Nyandindi C et al. Active case finding for tuberculosis among people who inject drugs on methadone treatment in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(7):793–798.
- 32 Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depen* 2013;129:180–209.
- 33 Story A, Bothamley G, Hayward A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(9):1466–1469.
- 34 Mathur M, Chaudhary R. Increased risk of tuberculosis in opium addicts. *Indian J Med Sci*. 1996;50(10):365.
- 35 HIV/AIDS surveillance in Europe. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control and Copenhagen, World Health Organization, Regional office for Europe, 2013 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>, accessed 05 October 2015).
- 36 Martin V, García de Olalla P, Orcau A, Caylà JA. Factors associated with tuberculosis as an AIDS-defining disease in an immigration setting (Barcelona 1994–2005) *J Epidemiol*. 2011;21(2):108–113.
- 37 Quan VM, Minh NL, Ha TV, Ngoc NP, Vu PT, Celentano DD et al. Mortality and HIV transmission among male Vietnamese injection drug users. *Addiction*. 2011;106(3):583–589.
- 38 Orcau A, Casals M, de Olalla PG, Rius C, Cayla J, Millet J. Predictors of death among patients who completed tuberculosis treatment. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:A5380.
- 39 van den Hof S, Tursynbayeva A, Abildaev T, Adenov M, Pak S, Bekembayeva G et al. Converging risk factors but no association between HIV infection and multidrug-resistant tuberculosis in Kazakhstan. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(4):526–531.
- 40 Mesfin YM, Hailemariam D, Biadglign S, Kibret KT. Association between HIV/AIDS and multi-drug resistance tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(1):e82235.
- 41 Dean AS, Zignol M, Falzon D, Getahun H, Floyd K. HIV and multidrug-resistant tuberculosis: overlapping epidemics. *Eur Respir J*. 2014;44(1):251–254.
- 42 Raykhert I, Miskinis K, Lepshyna S, Kosinova O, Kovalyova A, Zaleskis R et al. HIV seroprevalence among new TB patients in the civilian and prisoner populations of Donetsk Oblast, Ukraine. *Scand J Infect Dis* 2008;40(8):655–662.
- 43 Getahun H, Havlir D, Granich R, Reid A, Jaramillo E, Nunn P. Paradigm shift to address drug resistant tuberculosis in people living with HIV needed, and needed now. *Trop Med Int Health*. 2009;14(4):376–378.
- 44 Post FA, Grint D, Werlinrud AM, Panteleev A, Riekstina V, Malashenkov EA et al. Multi-drug-resistant tuberculosis in HIV positive patients in eastern Europe. *J Infect*. 2014;68(3):259–263.
- 45 Efsen AMW, Schultze A, Post F, Panteleev A, Furrer H, Miller R et al. Major challenges in clinical management of TB/HIV co-infected patients in Eastern Europe compared with Western Europe and Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(4).
- 46 Akksilp S, Wattanaamornkiat W, Kittikraisak W, Nateniyom S, Rienhong S, Sirinak C et al. Multi-drug resistant TB and HIV in Thailand: overlapping, but not independently associated risk factors. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2009;40(6):1264.
- 47 Report on the global AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2013 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf, accessed 08 October 2015).
- 48 Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008;372(9651):1733–1745.
- 49 World drug report. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014 (http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf, accessed 08 October 2015).

- 50 The global state of harm reduction. International Harm Reduction Association. 2014 (<http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>, accessed 23 October 2015).
- 51 Petersen Z, Myers B, van Hout MC, Plüddemann A, Parry C. Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: findings from 21 countries. *Harm Reduct J*. 2013;10(13).
- 52 Reid S. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm Reduct J*. 2009;6(24).
- 53 Beyrer C, Wirtz AL, Baral S, Peryskina A, Sifakis F. Epidemiologic links between drug use and HIV epidemics: an international perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(Suppl 1):S10–16.
- 54 Nelson P, Mathers B, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D et al. The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: results of global systematic reviews. *Lancet*. 2011;378(9791):571.
- 55 Thomas DL, Leoutsakas D, Zabransky T, Kumar MS. Hepatitis C in HIV-infected individuals: cure and control, right now. *J Int AIDS Soc*. 2011;14(1):22.
- 56 Sirinak C, Kittikraisak W, Pinjeesekikul D, Charusunton Sri P, Luanloed P, Srisuwanvilai L-o et al. Viral hepatitis and HIV-associated tuberculosis: risk factors and TB treatment outcomes in Thailand. *BMC Public Health*. 2008;8(1):245.
- 57 Blal C, Passos S, Horn C, Georg I, Bonecini-Almeida M, Rolla V et al. High prevalence of hepatitis B virus infection among tuberculosis patients with and without HIV in Rio de Janeiro, Brazil. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2005;24(1):41–43.
- 58 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *PNAS* 2008;105 (36):13280–13285
- 59 Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(12).
- 60 Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Washington, DC, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, International Committee of the Red Cross and US Agency for International Development. 2009 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadv462.pdf, accessed 23 October 2015).
- 61 Dubrovina I, Miskinis K, Lyepshina S, Yann Y, Hoffmann H, Zaleskis R et al. Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(7):756–762.
- 62 Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva, World Health Organization. 2014;(http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/, accessed 29 October 2015).
- 63 Framework towards tuberculosis elimination in low-incidence countries. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/, accessed 18 October 2015).
- 64 Global Health Sector Strategy on viral hepatitis, 2016–2021. Geneva, World Health Organization. 2015 (<http://www.who.int/hepatitis/news-events/strategy2016-2021/en/>, accessed 24 November 2015).
- 65 Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021. Geneva, World Health Organization. 2015 (<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/en/>, accessed 24 November 2015).
- 66 UNAIDS 2016–2021 Strategy on the Fast-Track to end AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_UNAIDS_PCB37_15-18_UNAIDS-2016-2021_Strategy_EN.pdf, accessed 29 October 2015).
- 67 International standards for tuberculosis care, 3rd edition. The Hague, TB CARE 1. 2014 (http://www.who.int/tb/publications/ISTC_3rdEd.pdf, accessed 08 October 2015).
- 68 International guidelines on HIV/AIDS and human rights: consolidated version. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed 05 October 2015).
- 69 The patients' charter for tuberculosis care: patients' rights and responsibilities. USA, World Care Council. 2006 (http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf, accessed 08 October 2015).
- 70 Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: an application of selected human rights principles. Geneva, World Health Organization (Western Pacific Region). 2009 (http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf, accessed 08 October 2015).
- 71 Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres. Geneva, United Nations. 2012 (http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf, accessed 08 October 2015).
- 72 Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers, Geneva, World Health Organization. 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/prisons/e4a_prisons/en/, accessed 08 October 2015).
- 73 International Covenant on Civil and Political Rights Res 2200A(XXI). New York, United Nations General Assembly (UNGA). 1996 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, accessed 08 October 2015).
- 74 Harris M, Rhodes T. Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. *Harm Reduct J*. 2013;10(1):7.
- 75 Kerschberger B, Hilderbrand K, Boule AM, Coetzee D, Goemaere E, De Azevedo V et al. The effect of complete integration of HIV and TB services on time to initiation of antiretroviral therapy: a before–after study. *PloS One*. 2012;7(10):e46988.

- 76 Accessibility and integration of HIV, TB and harm reduction services for people who inject drugs in Portugal – a rapid assessment. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/165119/E96531-v6-Eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 77 Belani H, Chorba T, Fletcher F, Hennessey K, Kroeger K, Lansky A et al. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S Department of Health and Human Services. *MMWR*. 2012;61(rr05):1–40.
- 78 WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 08 October 2015).
- 79 Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf, accessed 08 October 2015).
- 80 Guidelines on surveillance among populations most at risk of HIV. Geneva, UNAIDS/WHO Working Group. 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44611/1/9789241501668_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 81 Guiding principles on ethical issues in HIV surveillance. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO). 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90448/1/9789241505598_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 82 Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization. 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177992/1/9789241508995_eng.pdf, accessed 05 October 2015).
- 83 Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva, World Health Organization. 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 84 Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Geneva, World Health Organization. 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44481/1/9789241548168_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 85 Hyle EP, Naidoo K, Su AE, El-Sadr WM, Freedberg KA. HIV, tuberculosis, and noncommunicable diseases: what is known about the costs, effects, and cost-effectiveness of integrated care? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67:S87–S95.
- 86 Atun RA, Lebcir RM, McKee M, Habicht J, Coker RJ. Impact of joined-up HIV harm reduction and multidrug resistant tuberculosis control programmes in Estonia: System dynamics simulation model. *Health Policy*. 2007;81(2):207–217.
- 87 Implementation manual. ENGAGE-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and civil society organizations. Geneva, World Health Organization. 2013 (http://www.who.int/tb/people_and_communities/engage_tb_im/en/, accessed on 27 January 2016)
- 88 Sculier D, Getahun H, Lienhardt C. Improving the prevention, diagnosis and treatment of TB among people living with HIV: the role of operational research. *J Int AIDS Soc*. 2011;14(Suppl 1):S5 05 October 2015).
- 89 Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год (http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/priorityresearch_russian.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 90 Ethical considerations in biomedical HIV prevention trials. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization. 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/jc1399_ethical_considerations_en.pdf, accessed 05 October 2015).
- 91 A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities, 2015 revision. Geneva, World Health Organization. 2015 (http://www.who.int/tb/publications/m_and_e_document_page/en/, accessed 05 October 2015).
- 92 Bachireddy C, Soule MC, Izenberg JM, Dvoryak S, Dumchev K, Altice FL. Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depen*. 2014;134:106–114.
- 93 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010;376(9738):355–366.
- 94 Malotte CK, Hollingshead JR, Larro M. Incentives vs outreach workers for latent tuberculosis treatment in drug users. *Am J Prev Med*. 2001;20(2):103–107.
- 95 Des Jarlais DC, Fisher DG, Newman JC, Trubatch BN, Yancovitz M, Paone D et al. Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs on-site vaccination at a syringe exchange program. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1791–1792.
- 96 Gourevitch MN, Wasserman W, Panero MS, Selwyn PA. Successful adherence to observed prophylaxis and treatment of tuberculosis among drug users in a methadone program. *J Addict Dis*. 1996;15(1):93–104.
- 97 Smirnoff M, Goldberg R, Indyk L, Adler JJ. Directly observed therapy in an inner city hospital. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1998;2(2):134–139.
- 98 Dhingra V, Lall D, Aggarwal N, Vashist R. DOTS in drug addicts with TB: Delhi experience. *Indian J Tuberc*. 2008;55(3):122–126.
- 99 Rütel K, Loit H-M, Sepp T, Kliiman K, McNutt L-A, Uusküla A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes*. 2011;4(1):192.
- 100 Snyder DC, Paz EA, Mohle-Boetani JC, Fallstad R, Black RL, Chin DP. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics: effectiveness and cost-effectiveness. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160(1):178–185.

- 101 Rich JD, Holmes L, Salas C, Macalino G, Davis D, Ryczek J et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *J Urban Health*. 2001;78(2):279–289.
- 102 Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2013;24(6):e91–e98.
- 103 Global update on HIV treatment 2013: Results, impact and opportunities. Geneva, World Health Organization. 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 104 McCance-Katz EF, Moody DE, Prathikanti S, Friedland G, Rainey PM. Rifampin, but not rifabutin, may produce opiate withdrawal in buprenorphine-maintained patients. *Drug Alcohol Depen*. 2011;118(2-3):326–334.
- 105 Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(Suppl 1):S37–42.
- 106 Protocol 4. Management of tuberculosis and HIV coinfection, 2013 Revision. Copenhagen, World Health Organization (European Office). 2013 (<http://www.aidsactioneurope.org/system/files/publications/files/management-of-tuberculosis-and-hiv-coinfection-eng.pdf>, accessed 08 October 2015).
- 107 Building integrated care services for injection drug users in Ukraine. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. 2010 (http://www.unaids.org.ua/files/WHO_IDUs_Eng.pdf, accessed 23 October 2015).
- 108 Yoon C, Cattamanchi A, Davis JL, Worodria W, den Boon S, Kalema N et al. Impact of Xpert MTB/RIF testing on tuberculosis management and outcomes in hospitalized patients in Uganda. *PLoS One*. 2012;7(11):e48599.
- 109 Lawn SD, Brooks SV, Kranzer K, Nicol MP, Whitelaw A, Vogt M et al. Screening for HIV-associated tuberculosis and rifampicin resistance before antiretroviral therapy using the Xpert MTB/RIF assay: a prospective study. *PLoS Med*. 2011;8(7):e1001067.
- 110 Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents: recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings. Geneva, World Health Organization. 2007 (http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv_recommendations.pdf, accessed 08 October 2015).
- 111 The use of lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis and screening of active tuberculosis in people living with HIV: policy guidance, 2015 LINK TO BE PROVIDED. Geneva, World Health Organization, 2015.
- 112 World Health Organization, United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes for sex workers: practical approaches from collaborative interventions, Geneva. 2013.
- 113 Curtis R, Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Goldstein M, Des Jarlais DC. Implications of directly observed therapy in tuberculosis control measures among IDUs. *Public Health Rep*. 1994;109(3):319–327 05 October 2015).
- 114 Bruce RD, Lambdin B, Chang O, Masao F, Mbwambo J, Mteza I et al. Lessons from Tanzania on the integration of HIV and tuberculosis treatments into methadone assisted treatment. *Int J Drug Policy*. 2014;25(1):22–25.
- 115 Delivery of effective tuberculosis treatment to drug dependent HIV-positive patients. Russia, Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice. 2011 05 October 2015).
- 116 Рекомендации по лечению туберкулеза, четвертое издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 год (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44165/2/9789244547830_rus.pdf по состоянию на 23 февраля года)
- 117 Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. Geneva, World Health Organization. 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44452/1/9789241500531_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 118 Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization. 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 119 Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis – 2011 update. Geneva, World Health Organization. 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44597/1/9789241501583_eng.pdf, accessed 08 October 2015).
- 120 Scholten J, Driver CR, Munsiff SS, Kaye K, Rubino MA, Gourevitch MN et al. Effectiveness of isoniazid treatment for latent tuberculosis infection among human immunodeficiency virus (HIV)-infected and HIV-uninfected injection drug users in methadone programs. *Clin Infect Dis*. 2003;37(12):1686–1692.
- 121 Graham N, Galai N, Nelson KE, Astemborski J, Bonds M, Rizzo RT et al. Effect of isoniazid chemoprophylaxis on HIV-related mycobacterial disease *Arch Intern Med*. 1996;156(8):889–894.
- 122 Gourevitch MN, Hartel D, Selwyn PA, Schoenbaum EE, Klein RS. Effectiveness of isoniazid chemoprophylaxis for HIV-infected drug users at high risk for active tuberculosis. *AIDS*. 1999;13(15):2069–2074.
- 123 Sadaphal P, Astemborski J, Graham NM, Sheely L, Bonds M, Madison A et al. Isoniazid preventive therapy, hepatitis C virus infection, and hepatotoxicity among injection drug users infected with *Mycobacterium tuberculosis*. *Clin Infect Dis* 2001;33(10):1687–1691.
- 124 Morano JP, Walton MR, Zelenev A, Bruce RD, Altice FL. Latent tuberculosis infection: screening and treatment in an urban setting. *J Commun Health*. 2013;38(5):941–950.
- 125 Palmero D, Ritacco V, Ruano S, Ambroggi M, Cusmano L, Romano M et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among transvestite sex workers, Buenos Aires, Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(10):1168–1170.
- 126 Conover C, Ridzon R, Valway S, Schoenstadt L, McAuley J, Onorato I et al. Outbreak of multidrug-resistant tuberculosis at a methadone treatment program. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(1):59–64.

- 127 de Bibiana JT, Rossi C, Rivest P, Zwerling A, Thibert L, McIntosh F et al. Tuberculosis and homelessness in Montreal: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):833.
- 128 Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*. 2006;3(12):e494 22 October 2015).
- 129 Getahun H, Gunneberg C, Granich R, Nunn P. HIV infection–associated tuberculosis: the epidemiology and the response. *Clin Infect Dis*. 2010;50(S3):S201–S207 (http://cid.oxfordjournals.org/content/50/Supplement_3/S201.full.pdf+html, accessed 17 October 2015).
- 130 Miles SH. HIV in insurgency forces in sub-Saharan Africa: a personal view of policies. *Int J STD AIDS*. 2003;14(3):174–178.
- 131 The joint WHO ILO UNAIDS policy guidelines for improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services. Geneva, World Health Organization. 2010 (http://www.who.int/entity/occupational_health/publications/hiv_tb_guidelines/guidance_note_edited.pdf, accessed 08 October 2015).
- 132 Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource-limited settings. *Clin Chest Med*. 2009;30(4):685–699.
- 133 Blanc F-X, Sok T, Laureillard D, Borand L, Rekecawicz C, Nerrienet E et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *N Engl J Med*. 2011;365(16):1471–1481.
- 134 Havlir DV, Kendall MA, Ive P, Kumwenda J, Swindells S, Qasba SS et al. Timing of antiretroviral therapy for HIV-1 infection and tuberculosis. *N Engl J Med*. 2011;365(16):1482–1491.
- 135 Abdool Karim SS, Naidoo K, Grobler A, Padayatchi N, Baxter C, Gray AL et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. *N Engl J Med*. 2011;365(16):1492–1501.
- 136 Needle R, Kroeger K, Belani H, Achrekar A, Parry CD, Dewing S. Sex, drugs, and HIV: rapid assessment of HIV risk behaviors among street-based drug using sex workers in Durban, South Africa. *Soc Sci Med*. 2008;67(9):1447–1455.
- 137 Steffanie A. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *J Urban Health*. 2003;80(3):iii7–iii14.
- 138 Kral A, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti P, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*. 2001;357(9266):1397–1401.
- 139 Shetty PV, Granich RM, Patil AB, Sawant SK, Sahu S, Wares DF et al. Cross-referral between voluntary HIV counselling and testing centres and TB services, Maharashtra, India 2003-2004. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(3 Suppl 1):26–31.
- 140 Gasana M, Vandebriel G, Kabanda G, Tsiouris SJ, Justman J, Sahabo R et al. Integrating tuberculosis and HIV care in rural Rwanda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(3 Suppl 1):39–43.
- 141 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are required. *Lancet*. 2010;376(9737):285–301.
- 142 Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):777–813.
- 143 Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence. Washington, DC, The National Academies Press. 2006.
- 144 Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. Geneva, World Health Organization. 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 08 October 2015).
- 145 Fischer B, Turnbull S, Poland B, Haydon E. Drug use, risk and urban order: examining supervised injection sites (SISs) as 'governmentality'. *Int J Drug Policy*. 2004;15(5):357–365.
- 146 Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization. 2007 (<https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf>, accessed 08 October 2015).
- 147 Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief, Geneva, World Health Organization. 2005 (http://www.who.int/entity/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf, accessed 08 October 2015).
- 148 Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect*. 1999;75(1):3–17.
- 149 Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice. Geneva, World Health Organization. 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf>, accessed 08 October 2015).
- 150 Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1(4):CD003255 (<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003255.pdf>, accessed 05 October 2015).
- 151 French P, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis*. 2003;30(5):433–439.
- 152 Ford N, Irvine C, Doherty M, Vitoria M, Baggaley R, Z. S. Variation in adherence to post exposure prophylaxis by exposure type: a meta-analysis. Poster presentation TUPE154. Melbourne, Australia. 2014.
- 153 Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15(2):CD003362.

- 154 Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Amsterdam, Harwood Academic Publishers. 1998 (<http://www.drugsandalcohol.ie/3767>, accessed 28 February 2014).
- 155 Heimer R, Bray S, Burris S, Khoshnood K, Blankenship KM. Structural interventions to improve opiate maintenance. *Int J Drug Policy*. 2002;13(2):103–111.
- 156 Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*. 2008;103(9):1484–1492.
- 157 Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *Int J Drug Policy*. 2007;18(4):262–270.
- 158 Jones HE, Haug N, Silverman K, Stitzer M, Svikis D. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug Alcohol Depen*. 2001;61(3):297–306.
- 159 Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet*. 2010;376(9738):367–387.
- 160 McCance-Katz EF, Sullivan LE, Nallani S. Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: a review. *Am J Addict*. 2010;19(1):4–16.
- 161 Kan M, Gall JA, Latypov A, Gray R, Alisheva D, Rakhmatova K et al. Effective use of naloxone among people who inject drugs in Kyrgyzstan and Tajikistan using pharmacy-and community-based distribution approaches. *Int J Drug Policy*. 2014;25:1221–1226.
- 162 Dong KA, Taylor M, Wild CT, Villa-Roel C, Rose M, Salvalaggio G et al. Community-based naloxone: a Canadian pilot program. *Canadian Journal of Addiction Medicine*. 2012;3(2):4–9.
- 163 Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, Quinn E, Doe-Simkins M, Sorensen-Alawad A et al. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2013;346.
- 164 The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva, World Health Organization. 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44320/1/9789241599382_eng.pdf, accessed 23 October 2015).
- 165 Nyamathi AM, Sinha K, Saab S, Marfisee M, Greengold B, Leake B et al. Feasibility of completing an accelerated vaccine series for homeless adults. *J Viral Hepat*. 2009;16(9):666–673.
- 166 World Health Organization. WHO position paper on hepatitis A vaccines. *Weekly Epidemiological Record*. 2012;87:261–276 (http://www.who.int/wer/2012/wer8728_29.pdf, accessed 08 October 2015).
- 167 Gyarmathy VA, Neaigus A, Li N, Ujhelyi E, Caplinskiene I, Caplinskas S et al. Liquid drugs and high dead space syringes may keep HIV and HCV prevalence high – a comparison of Hungary and Lithuania. *Eur Addict Res*. 2010;16(4):220–228.
- 168 Gyarmathy VA, Neaigus A, Mitchell MM, Ujhelyi E. The association of syringe type and syringe cleaning with HCV infection among IDUs in Budapest, Hungary. *Drug Alcohol Depen*. 2009;100(3):240–247.
- 169 Zule WA, Bobashev G. High dead-space syringes and the risk of HIV and HCV infection among injecting drug users. *Drug Alcohol Depen*. 2009;100(3):204–213.
- 170 Greenfield SF, Shields A, Connery HS, Livchits V, Yanov SA, Lastimoso CS et al. Integrated management of physician delivered alcohol care for tuberculosis patients: design and implementation. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(2):317–330.
- 171 Rehm J, Samokhvalov A, Neuman M, Room R, Parry C, Lönnroth K et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 2009;9(1):450.
- 172 Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug Alcohol Depen*. 2010;112(3):178–193.
- 173 mhGAP guidelines on interventions for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, World Health Organization., 2012 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/, accessed 05 October 2015).
- 174 AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (second edition). Geneva, World Health Organization. 2001 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf, accessed 10 December 2015).
- 175 Brief Intervention - The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. Geneva, World Health Organization. 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf, accessed 10 December 2015).
- 176 Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, World Health Organization. 1999 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41999/1/a57361.pdf>, accessed 08 October 2015).
- 177 van der Sande MA, Schim van der Loeff MF, Aveika AA, Sabally S, Togun T, Sarge-Njie R et al. Body mass index at time of HIV diagnosis: a strong and independent predictor of survival. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;37(2):1288–1294.
- 178 Paton NI, Sangeetha S, Earnest A, Bellamy R. The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. *HIV medicine*. 2006;7(5):323–330.
- 179 Basic principles for the treatment of prisoners. Principle 9, Resolution 45/111, Geneva, United Nations. 1990 (<http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>, accessed 08 October 2015).



**Всемирная организация
здравоохранения**

Более подробную информацию можно получить по адресу:

Всемирная организация здравоохранения
20, avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland
Глобальная программа по ТБ
Эл. почта: tbdocs@who.int
Веб-сайт: <http://www.who.int/tb>

