ОСНОВНЫЕ ЗАТРОНУТЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ. КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ

Stop TB Partnership

Краткий обзор

Во всем мире люди, употребляющие наркотики (ЛУН) характеризуются стигматизацией и криминализацией, что приводит к пагубным последствиям для здоровья, включая чрезвычайно высокий уровень заболевания туберкулезом, часто сочетанного с ВИЧ и вирусным гепатитом. Широкий спектр таких медицинских проблем и господствующая нехватка интегрированных медико-санитарных услуг по оказанию помощи при туберкулезе, ВИЧ и снижению вреда в одном месте оказывает сильное влияние на масштабы кризиса в затронутых туберкулезом сообществах ЛУН. На данный момент последствия эпидемии туберкулеза наиболее остро ощущаются в сообществах ЛУН в Восточной Европе и Центральной Азии, однако поступает информация из Южной и Юго-Восточной Азии, а также из стран Африки к югу от Сахары, позволяющая предполагать, что эта проблема становится всеобщей. В странах, где эпидемия ВИЧ сконцентрирована среди ЛУН и где показатели туберкулеза и МЛУ-ТБ высокие, исполнителям программ и правительствам необходимо принимать срочные действия, работая бок о бок с глобальными и региональными сетями ЛУН и местными активистами из сообществ ЛУН по разработке решений, позволивших бы отказаться от карательных подходов к употреблению наркотиков, а вместо этого показывать эффективные и действенные результаты. Правительствам других стран, где эпидемия туберкулеза среди ЛУН только начинается, необходимо предпринять все необходимые меры для вовлечения сообществ ЛУН во все аспекты планирования мероприятий, оказания медико-санитарной помощи и оценки результатов. Это руководство определяет ключевые задачи относительно доступа к профилактике туберкулеза, лечения и ухода для ЛУН и предоставляет рекомендации по предпринимаемым действиям и адвокации для сообществ, правительств и доноров.

---

1 Хотя последствия туберкулеза лучше всего задокументированы среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, из-за широко распространенной криминализации и дискриминации, которым подвергаются люди, употребляющие наркотики, как определенная группа населения, это руководство также имеет отношение к тем, кто употребляет неинъекционные наркотики.

Глобальный план по ликвидации туберкулеза и основные затронутые группы населения

В Глобальном плане по ликвидации туберкулеза сформулирован ряд ключевых целевых ориентиров, которые необходимо достигнуть к 2020 г. или не позже 2025 г. В этом плане люди уязвимые, получающие недостаточное медицинское обслуживание , либо испытывающие повышенный риск заболевания туберкулезом , отмечены как «основные затронутые туберкулезом группы населения». Глобальны план предлагает модели инвестиционных пакетов, которые позволят странам достигнуть целевых ориентиров «90–(90)–90»[2]. План также предлагает, чтобы все страны:

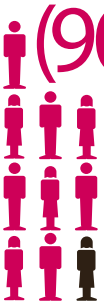
Охватить как минимум

90%

ЛЮДЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,

и обеспечить их надлежащим лечением и лекарственными средствами первого и второго ряда, а также, по мере надобности, профилактическим лечением.

В рамках этого подхода, охватить как минимум



(90)%

ОСНОВНЫХ ЗАТРОНУТЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ,

наиболее незащищенных, не получающих услуги здравоохранения в полном объеме и входящих в группы риска.

Добиться как минимум

90%

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

всех людей с диагностированным ТБ посредством доступных медицинских услуг, соблюдению полноценного и правильного лечения и социальной поддержки.

- идентифицировали свои основные затронутые группы населения на национальном и субнациональном уровнях согласно оценке потенциальных рисков, численности населения и конкретных барьеров, включая барьеры в области прав человека и гендерные барьеры, для обеспечения доступа к лечению туберкулеза;
- поставили операционную цель по охвату по крайне мере 90 % людей в основных затронутых группах посредством улучшенного доступа к услугам, при необходимости систематического скрининга, основанного на правах человека, и новых методах выявления заболевания, обеспечив таким образом всех нуждающихся людей эффективным и доступным лечением;
- подавали отчетность о прогрессе в борьбе с туберкулезом, используя данные с разбивкой по основным затронутым группам населения;
- обеспечивали активную вовлеченность основных затронутых групп населения в разработку и оказания услуг, а также обеспечение медицинской помощи по туберкулезу в безопасной и уважительной среде.

Данные рекомендации были использованы при составлении этого руководства для определения рисков и препятствий в доступе, обсуждения стратегий улучшенного доступа и выявления возможностей вовлеченности ЛУН на всех стадиях развития программ, развития и оказания услуг.

---

2 План «90–(90)–90» призывает НТП стремиться охватить 90 % от общего числа больных туберкулезом и начать их лечение с помощью соответствующей терапии. В рамках данного подхода страны должны охватить 90 % ключевых групп населения. Финальная часть стратегии заключается в том, чтобы достичь по меньшей мере 90 % успешного лечения для всех людей с диагнозом туберкулеза.

Что содержит данное руководство?

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Обсуждается распространенность туберкулеза в сообществах ЛУН, а также наличие других сопутствующих болезней, которые могут усложнять лечение туберкулеза.

БАРЬЕРЫ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ, ПОЛИТИКЕ И ПРАКТИКЕ

В отношении ВИЧ уже давно было установлено, что криминализация мешает ЛУН обращаться за спасительной помощью. Противотуберкулезные меры ничем не отличаются, различные барьеры в комплексном лечении, наряду с криминализацией, препятствуют успешному лечению ЛУН.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ БАРЬЕРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

Стигма и бездомность среди ЛУН влияют на распространенность туберкулеза в этом сообществе и на доступ к лечению. Доступ может быть еще более ограниченным для женщин и транссексуалов, употребляющих наркотики.

АКТИВНЫЕ МЕРЫ

В борьбе с туберкулезом в сообществах ЛУН эффективными методами оказались привлечение активистов ЛУН, работающих в многодисциплинарных группах, и применение подхода снижения вреда при лечении и диагностике туберкулеза. Другие меры вмешательства, такие как информирование сотрудников здравоохранения и правоохранительных органов, вместе с адвокацией наркополитики могут улучшить доступ к лечению.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Борьба с туберкулезом в сообществах ЛУН должна осуществляться посредством большего вовлечения ЛУН в процессы принятия решений по мерам вмешательства. Более того, необходимо убрать все юридические и практические барьеры на пути интеграции услуг и доступа к ним.

Эпидемиологический профиль

Вне зависимости от своего ВИЧ статуса, у ЛУН наблюдаются более высокий уровень заболеваемости туберкулезом и более высокий показатель распространенности латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) (*3–5*). ВИЧ увеличивает вероятность заболевания туберкулезом в сообществах ЛУН, а ВИЧ-положительные люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), имеют от двух до шести раз больше шансов заболеть туберкулезом, чем ВИЧ-положительные люди, не употребляющие наркотики *(3,6,7*). Неспособность своевременно получить доступ к лечению туберкулеза, в совокупности с высокой распространенности ЛТИ в сообществах ЛУН, может служить причиной высокой частоты и тяжести вспышек туберкулеза и МЛУ-ТБ среди этой затронутой группы населения (*3*). Свой вклад в появление вспышек туберкулеза вносят как практики опасного потребления наркотиков (такие как вдыхание крэка, кокаина и других ингалянтов, а также выдыхание непосредственно в рот другому человеку), так и/или экологические условия (такие как тесные, плохо проветриваемые места для внутривенного приема наркотиков (*3*).

В 2013 году 27 миллионов людей во всем мире употребляли наркотики, а 12,2 миллиона из них употребляли инъекционные наркотики (8). Наибольшее число людей, употреблявших инъекционные наркотики, проживало в странах Восточной и Юго-Восточной Европы (8). Уголовное наказание за употребление наркотиков и связанные с этим проблемы с приобретением стерильных инъекционных средств привели к совместному использованию ЛУН игл и шприцов, что увеличило риск заразиться ВИЧ и в свою очередь увеличило их уязвимость к туберкулезу. Криминализация также делает всех ЛУН уязвимыми к туберкулезу благодаря их пребыванию в тюрьмах и других местах лишения свободы, где, как утверждается, риск заболевания туберкулезом в 23 раза выше, чем у населения в целом (*9*). ЛУН также уязвимы к гепатиту B и C (*10*). Такое сочетание неравенства в плане медицинского обслуживания и многочисленных юридических, логистических и медицинских барьеров к лечению, подпитываемое широко распространенными криминализацией и стигматизацией ЛУН, затрудняет борьбу с туберкулезом среди ЛУН. Среди людей с туберкулезом, которые употребляют наркотики, по крайней мере один из трех заражен ВИЧ, а двое из трех — вирусом гепатита C (ВГС), что делает интеграцию и координацию медицинских услуг критически важными факторами успешного лечения (*11,12*). Воздействия комбинированных эпидемий ВИЧ и туберкулеза на сообщества особенно заметны в странах Восточной Европы и Центральной Азии. В этих регионах опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), рекомендуемая ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС мера для поддержки и соблюдения схемы лечения ВИЧ и/или туберкулеза, пока еще не имеет широкого применения; помимо этого, случаи заболевания ВИЧ среди ЛУН продолжают расти, а показатели МЛУ-ТБ являются одними из самых высоких в мире (*13*). Появляются данные о том, что подобные проблемы могут затрагивать ЛУН и в других регионах (*14,15*).

Барьеры в законодательстве, политике и практике

Криминализация и пренебрежение фундаментальными правами людей, употребляющих наркотики

Тяжелые последствия на поведенческие модели уязвимых групп населения при обращении за медицинской помощью оказывают экологические факторы, в особенности ограничительные законы и политики (16,17). При обсуждении барьеров диагностирования и лечения туберкулеза среди ЛУН приоритет должна иметь проблема криминализации. Несмотря на рекомендации многочисленных международных органов (включая ВОЗ, ПРООН, ЮНЭЙДС, УВКБ ООН и «ООН-женщины»), призывающие пересмотреть карательную наркополитику и обратить вспять ее негативное воздействие на здравоохранение, права человека и прогресс, (*17–23*) страны продолжают устанавливать жесткие меры наказания для ЛУН и преследуют в уголовном порядке людей за владение наркотиками для личного пользования. В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК) от 2015 г. предлагалось декриминализировать владение наркотиками для личного потребления; однако, предложение было отозвано ЮНОДК под давлением стран-членов ООН (*24*), и этот факт наглядно демонстрирует сложность процесса изменения существующего положения вещей в области карательной наркополитики.

В дополнение к лишению свободы непропорционально большого числа ЛУН во всем мире и, как следствие, подвергнув эту группу риску заболевания ВИЧ, ВГС и ТБ или МЛУ-ТБ, а также прерывания или откладывания лечения, карательная наркополитика и криминализация ведут к полному пренебрежению прав ЛУН, широкому распространению преследований и насилия со стороны полиции и укреплению социальной стигмы (*17,18*). Как в полицейских изоляторах, так и в лечебных учреждениях криминализация приводит к дискриминации ЛУН, отказе в помощи и лечении и иным действиям, которые можно характеризовать как жестокие, бесчеловечные и унижающие человеческое достоинство, например использование «ломки» во время допросов или предварительного заключения (*25*). Такие методы считаются допустимыми и даже поддерживаются правительствами, здравоохранением и обществом в целом, поскольку ЛУН часто считаются неполноценными членами общества (*17*). Однако, работа по устранению любых дисбалансов в здравоохранении, включая борьбу с крайне инфекционным, но все же легко управляемым туберкулезом, невозможна без вовлечения в нее сообществ ЛУН и признания их основных прав на здоровье, человеческое достоинство и жизнь. Единственным способом обуздания туберкулеза среди этой затронутой группы населения будет признание права ЛУН (как отдельных лиц, так и групп) распоряжаться своими жизнями на свое усмотрение и обеспечения для них доступа к необходимым услугам и службам поддержки.

Ограничения, отсутствие или отказ в комплексном лечении

Исследования и практика высветили многочисленные проблемы, связанные с успешным диагностированием и лечением туберкулеза у ЛУН. Говоря конкретнее, в качестве ключевых барьеров часто упоминаются недоведенные до конца медицинские осмотры и направления на лечение (*26–29*), а также неудовлетворительное соблюдение схем лечения (*28,30,31*). Тем не менее, коренные причины проблемы как диагностирования туберкулеза у ЛУН, так и его лечения состоят либо в отсутствии взаимодействия между различными медицинскими и общественными службами, либо в отказе предоставлять такие услуги.

Поскольку очень часто ЛУН с туберкулезом имеют целый набор других заболеваний, включая ВИЧ и ВГС, очень важно, чтобы оказание медико-санитарных услуг ЛУН осуществлялось в одном месте (*12,32*). Однако, существуют многочисленные ограничения для интегрирования медико-санитарных услуг. Например, ОЗТ, которая считается золотым стандартом лечения ЛУН с туберкулезом и/или живущих с ВИЧ (*12*), большей частью недоступна в учреждениях по лечению ВИЧ и туберкулеза (*33,34*), поскольку такие учреждения ограничены в назначениях наркотических веществ. Медицинские центры по лечению ВИЧ и туберкулеза могут быть расположены в разных местах и не могут сотрудничать между собой для лечения пациентов в случаях, когда требуются множественные меры вмешательства (*11,33–36*). Кроме того, в некоторых регионах мира при лечении туберкулеза до сих пор практикуется подходы, предусматривающие длительное нахождение пациента в больнице; без доступа к ОЗТ в таких больницах и принимая во внимание низкий уровень инфекционного контроля и равнодушный персонал, ЛУН остаются один на один со своей проблемой и очень часто прекращают такое некачественное лечение (*34,35*). Подобным образом программы снижении вреда, имеющие наибольший охват и наиболее тесные связи с сообществами ЛУН (а иногда даже возглавляемые ими) не имеют права применять диагностику и лечение туберкулеза, если они не приписаны к конкретным медицинским учреждениям и здравоохранительным службам. Несмотря на достижение определенного прогресса в интегрировании услуг по ВИЧ, туберкулезу, снижению вреда, лечению наркозависимости и ВГС для ЛУН, такие меры редко бывают систематическими. Несмотря на разработанные ВОЗ в 2008 году руководящие принципы оказания совместных услуг по ВИЧ и туберкулезу для ЛУН (*12*), многое еще предстоит сделать. Все это требует незамедлительного пересмотра политики и практики, блокирующих доступ ЛУН к спасительным услугам по диагностике и лечению туберкулеза. Кроме того, с учетом имеющихся возможностей лечения в сообществе или дома, больше не может быть приемлемым метод лечения туберкулеза, предусматривающий длительную изоляцию и принудительное содержание больного в лечебном учреждении, что совершенно не подходит для активных ЛУН (*37–39*).

Социокультурные барьеры лечения

Стигма и нарушения в медицинских учреждениях

Существование стигмы в отношении ЛУН хорошо задокументировано. Исследования показывают, что из-за такой стигмы лечение ВИЧ может начаться с опозданием, а иногда ЛУН могут даже отказать в нем (*34*,*40*,*41*). Врачи в странах с ограниченными ресурсами в процессе принятия решения о начале дорогой антиретровирусной терапии для пациента часто отмечают нежелание ЛУН соблюдать предписанную схему лечения. Запоздалое начало антиретровирусной терапии (АРТ) приводит к чрезмерному риску развития туберкулеза у ЛУН с ВИЧ. Более того, от ЛУН с ВИЧ и туберкулезом до начала АРТ могут потребовать сначала пройти лечение от туберкулеза или детоксикацию организма (*34*). Это требование приводит к замкнутому кругу недоброкачественных медицинских услуг, полностью раскрывая огромное пренебрежение к человеческой жизни. Точно с такими же проблемами сталкиваются ЛУН, не имеющие ВИЧ, поскольку у медицинских учреждений и сотрудников здравоохранения отсутствуют стимулы следить за тем, чтобы ЛУН соблюдали предписанные длительные схемы лечения туберкулеза. Безразличие поставщиков медицинских услуг в отношении ЛУН отмечалось в развитых странах в середине 1990-х годов, когда проблема ВИЧ и туберкулеза доминировала среди этой группы населения (*42*,*43*); сейчас же такое отношение является обычной практикой в других странах (*40*). Необходимо незамедлительно остановить практику отказа или задержки лечения для ЛУН с ВИЧ и туберкулезом, которой содействуют учреждения здравоохранения, а также отказаться от существующего у многих поставщиков медицинских услуг убеждения в том, что лечение от туберкулеза и наркологическое лечение слишком сложно проводить вместе (*31*). Противодействовать этому можно успешными примерами лечения туберкулеза среди ЛУН.

Отсутствие знаний и неправильные меры профилактики

Несмотря на осведомленность среди ЛУН о повышенном риске заболевания туберкулезом (44), понимание того, что ВИЧ увеличивает риск заболевания туберкулезом (*45*), а также осознание того, что туберкулез излечим (*45*,*46*), имеются данные о том, что ЛУН не имеют достаточно знаний о том, что туберкулез распространяется кашлем (*44*,*47*) или о том, что можно развить устойчивость к противотуберкулезным препаратам (44). Такое отсутствие полного понимания риска туберкулеза, а также неправильные меры профилактики (например, одно исследование показывает, что ЛУН искренне верили в то, что туберкулез можно избежать путем протирки своих приспособлений для инъекции раствором хлора или путем использования презервативов (*47*)) могут привести к отложенным обращениям за медицинской помощью.

Гендерный аспект

Несмотря на то, что туберкулезом болеют больше мужчин, чем женщин, женщины чаще сталкиваются с гендерными барьерами, что препятствует их доступу к медико-санитарным услугам. Женщины, употребляющие наркотики, испытывают дополнительные затруднения как в доступе к услугам для ЛУН, таких как снижение вреда, так и к общим медико-санитарным услугам. Причиной этого могут быть усиленные стигма и дискриминация в отношении женщин, а также недостаточное внимание к специфическим потребностям женщин при разработке услуг здравоохранения (48,49). В отношении туберкулеза женщинам приходится сталкиваться с ограниченным доступом к диагностированию и лечению заболевания. Следовательно, очень важно разработать специфические стратегии борьбы с туберкулезом и, возможно, туберкулезом, сочетанным с ВИЧ, для женщин из сообществ ЛУН..

Бездомность, бедность, боязнь полиции и тюремное заключение

Обычными для ЛУН являются высокий уровень бездомности и/или гендерными барьерами и неблагоприятные экономические условия (*17,50*). Эти факторы делают ЛУН более подверженными риску заболевания туберкулезом и более уязвимыми к притеснениям со стороны полиции, что может привести к тюремному заключению и дополнительному риску заразиться туберкулезом уже в тюрьме. Боязнь полиции у ЛУН связана с рискованными по отношению к ВИЧ формами поведения и избеганием обращения за медицинской помощью, поскольку ЛУН считают, что любое взаимодействие с официальными медицинскими или социальными службами может привести к контакту с полицией и аресту (*16,51*). ЛУН могут стать объектом интереса представителей правоохранительных органов по различным причинам; даже в тех странах, где хранение наркотических средств для личного потребления не является уголовно наказуемым, владение шприцами, вторжение в пределы частных владений и праздношатание могут быть причинами для ареста. Такие политика и практика создают препятствия для ЛУН в доступе к услугам здравоохранения и другим необходимым услугам. Следовательно, обязательной становится работа с представителями правоохранительных органов по разъяснению негативного влияния их действий на общественное здравоохранение с целью сделать из них носителей позитивных изменений. В некоторых странах положительные результаты в сфере профилактики ВИЧ были достигнуты благодаря сотрудничеству между организациями гражданского общества, органами здравоохранения и полицией (*52–55*).

Несвоевременные обращения за лечением и недоедание

Наряду со стигмой и целым рядом других описанных выше факторов, влияющих на несвоевременное обращение за помощью среди ЛУН, существуют доказательство того, что опиаты, подавляющие кашель, затрудняют распознавание симптомов туберкулеза у ЛУН и пациентов, проходящих ОЗТ (*3,15*). Несвоевременные самодиагностика и обращение за лечением могут также быть присущи лицам, принимающих лекарственные средства, содержащие опиаты. Люди, вдыхающие наркотики, также находятся в зоне повышенного риска заражения туберкулезом; однако из-за наличия у них целого ряда других респираторных заболеваний, таких как бронхит, астма и других (*56*), они не всегда могут определить необходимость лечения туберкулеза. Естественно, такие задержки могут привести к увеличению показателей передачи туберкулеза в сообществах ЛУН, более тяжелым формам туберкулеза и повышенной смертности (*57–59*). Следовательно, просветительская работа в рамках сообществ ЛУН и дополнительное внимание со стороны врачей, практикующих ОЗТ, могут сократить время таких задержек. В дополнение к несвоевременным обращениям за медицинской помощью, помехой как для приверженности лечению туберкулеза, так и для эффективности этого лечения может быть недоедание. Недоедание связывают с употреблением наркотиков (*60*), но ответные меры не часто включают в мероприятия для ЛУН. Таким образом, необходимо во внимание обеспечение ЛУН надлежащим питанием в процессе лечения.

Трудности, связанные с приверженностью лечению и с профилактикой латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ)

Из-за всех упомянутых выше многочисленных проблем в доступе к лечению показатели приверженности лечению туберкулеза для ЛУН обычно ниже, чем у населения, не употребляющего наркотики. Доказано что при лечения ЛТИ, профилактическая терапия изониазидом с использованием непосредственного наблюдения и поддержки лечения, эффективна для ЛУН и приводит к сокращению показателей передачи инфекции в сообществах ЛУН..

Активные меры

Вовлечение сообществ ЛУН

В странах, где тестировались успешные подходы интегрирования лечения туберкулеза в программы для ЛУН по профилактике и лечению ВИЧ, сообщества ЛУН привлекались в процесс принятия решений о формате, реализации и оценке результатов таких программ. Успешными были следующие противотуберкулезные меры , в разработке которых активную роль сыграли сообщества ЛУН:

- адвокация получения доз ОЗТ для приема на дому для ЛУН, проходящих лечение от туберкулеза в домашних условиях либо находящихся на долгосрочном лечении в стационарных условиях противотуберкулезных диспансеров (*61*);[3]
- лечение туберкулеза и АРТ, ориентированное на пациента, в центрах по снижению вреда и аутрич работа на улицах (*33*);
- ЛУН, работающие бок о бок с врачами по сбору образцов мазка мокроты в местах традиционных встреч ЛУН (*39*).

Эти примеры демонстрируют необходимость вовлечения сообществ ЛУН для выработки наиболее эффективных решений по профилактике, диагностированию, лечению туберкулеза и достижению желаемых результатов.

3 Благодаря адвокации Ассоциации участников заместительной поддерживающей терапии Украины, в этой стране стало возможным забирать домой дозы метадона и бупренорфина. ОЗТ также может быть продолжена во время госпитализации в учреждениях длительного лечения туберкулеза.

Привлечение многодисциплинарных групп для эффективного ведения случая заболевания

Многодисциплинарные группы, которые включают в себя сотрудников программ по снижению вреда (обычно представителей сообществ ЛУН), фтизиатров, наркологов, инфекционистов и социальных работников, являются наиболее успешным примером вовлечения ЛУН в сферу лечения туберкулеза, наркомании и ВИЧ (*33*). Меры по эффективному ведению случаев заболевания, не должны быть чрезмерными или дорогостоящими, однако они требуют тесного взаимодействия и координации всех вовлеченных сторон. К тому же, появление мобильной медицинской услуги mHealth делает такие меры менее затратными по времени, более эффективными и более точно направленными на людей, имеющих проблемы с соблюдением схемы лечения. Эффективное ведение случаев заболевания с применением мобильной медицинской услуги mHealth может помочь ЛУН соблюдать схему АРТ при лечении ВИЧ (*62*,*63*), мероприятия с применением мобильной медицинской услуги mHealth также показали положительные результаты улучшения приверженности лечению туберкулеза (*64*). Кроме того, применение мобильной медицинской услуги mHealth может помочь сократить расходы. Чрезвычайно важными для успешных результатов лечения туберкулеза среди ЛУН является привлечение равных консультантов и их поддержка. Тем не менее, при этом очень важно, чтобы равные консультанты и аутрич работники четко понимали методы профилактики туберкулеза и не подвергали себя дополнительному риску.

Применение принципов снижения вреда к лечению и контролю туберкулеза

Модель снижения вреда ориентирована на клиента и базируется на принципе оказания услуги для ЛУН в нужном месте, то есть там, где они находятся. Одна часть ЛУН может согласиться на заместительную терапию на период начала лечения от туберкулеза, а другая — нет. Одна часть ЛУН будет посещать встречи групп взаимопомощи ЛУН и участвовать в программах по обмену игл, где они также смогут получить ежедневное лечение от туберкулеза и/или ВИЧ, а другая часть не будет делать этого по ряду причин. Поэтому необходимо разрабатывать меры, которые бы были вовлекали ЛУН наиболее эффективным образом. Мировой опыт показывает, что меры, охватывающие ЛУН посредством оказания аутрич услуг на улице или через общественные центры, являются наиболее эффективными для помощи в приверженности лечению (*39,65–67*). Также оказались успешными другие меры, как-то небольшие денежные стимулы и предоставление продовольствия и питания (*68*).

Обучение и информирование представителей правоохранительных органов и медицинских работников

Преследования и акты насилия в отношении ЛУН, когда им приходилось иметь дело с представителями правоохранительных органов, являются причинами, по которым ЛУН избегают обращения за медицинской помощью (*17,69*). Информирование полиции о профилактике ВИЧ и программах по снижению вреда оказались эффективными стратегиями вовлечения правоохранительных структур в расширение доступа к профилактическим услугам по ВИЧ (*52,54,69*). Дополнительна работа с сотрудниками полиции по борьбе с проблемами доступа к противотуберкулезным услугам этой затронутой группы населения может принести такие же позитивные результаты..

Рекомендации

Эти рекомендации являют собой краткий обзор действий для целого ряда ключевых заинтересованных сторон, однако все другие, включая структуры ООН, локальные и глобальные коллективы работников здравоохранения должны проанализировать и использовать свой потенциал для улучшения профилактики и лечения туберкулеза у людей, употребляющих наркотики.

Гражданское общество	Сети ЛУН	Правительства	Доноры
Способствовать вовлечению сообществ и ЛУН в планирование национальных, региональных и локальных противотуберкулезных программ; пропагандировать интеграцию услуг;	Сотрудничать с органами по контролю и профилактике туберкулеза, ВИЧ и по борьбе с наркотиками на местном и национальном уровнях с целью планирования наилучших мер и стратегий для улучшения доступа ЛУН к профилактике, лечению туберкулеза и уходу;	Убедиться, что органы по контролю и профилактике ВИЧ, туберкулеза и по борьбе с наркотиками на местном и национальных уровнях: а) работают совместно с сообществами ЛУН по разработке мер и б) работают в координации друг с другом по разработке и реализации противотуберкулезных мер для ЛУН;	Финансировать и продвигать меры, которые интеграции услуг для ЛУН, а также новые диагностические и лечебные технологии и инновационные меры для оказания услуг, приверженности лечению и завершения лечения;
Работать с активистами сообществ ЛУН по расширению знаний о туберкулезе среди ЛУН;	Обеспечить расширение знаний среди сообщества ЛУН о передаче туберкулеза и рисках заболевания; искать простые решения профилактики и контроля туберкулеза в местах, где встречаются ЛУН (например, открытые окна, надлежащая вентиляция, отсутствие скученности, напоминания о необходимости прикрывать рот при кашле и мыть руки);	Убрать практические барьеры для интегрированной медицинской помощи для ЛУН посредством расширения доступа к ОЗТ при лечении туберкулеза и работать совместно со службами по снижению вреда для интеграции профилактики, диагностирования и лечения туберкулеза;	Финансировать сотрудничество между гражданским обществом, сетями ЛУН и представителями правительства; проводить разъяснительно-просветительские кампании о туберкулезе;

Гражданское общество	Сети ЛУН	Правительства	Доноры
Выступать за уничтожение любых юридических барьеров, препятствующих доступу ЛУН к профилактике, лечению туберкулеза и уходу;	Документировать воздействие туберкулеза на сообщества ЛУН, включая юридические барьеры, отказ в лечении и отсутствие интегрированных услуг; выступать за устранение юридических барьеров;	Устранить правовые барьеры при предоставлении комплексных услуг ЛУН; прекратить преследование ЛУН за мелкие правонарушения с целью расширения их доступа к услугам здравоохранения;	Пропагандировать и финансировать меры вмешательства, которые предлагают практические и юридические решения по устранению барьеров к интегрированным услугам здравоохранения; пропагандировать экономичные меры, которые приводят к значительным изменениям;
Выступать против стигмы и повышать осведомленность об опасности стигматизации и уголовного наказания ЛУН среди медицинских работников и правоохранительных органов.	Пропагандировать обучение медицинских работников и проводить обучение на местном и национальном уровне с целью продвижения свободного от стигмы и здравого подхода к эффективному вовлечению ЛУН к лечению туберкулеза и уходу;	Реагировать на рекомендации сообщества ЛУН; убрать правовые барьеры при лечении туберкулеза и уходе для ЛУН; поддерживать обучение работающих с ЛУН медицинских работников;	Финансировать вовлечение сетей ЛУН на глобальном, региональном и национальном уровнях для увеличения осведомленности о нарушениях в области лечения туберкулеза, а также для пропаганды уважения человеческого достоинства и жизни в мерах, которые они поддерживают;
	Пропагандировать обучение сотрудников правоохранительных органов с целью информирования полиции о рисках туберкулеза среди ЛУН.	Сформировать политику по улучшению осведомленности полиции и их содействию доступу к услугам общественного здравоохранения для ЛУН.	Поддержать программы, которые привлекают сотрудников правоохранительных органов, к поддержке мер общественного здравоохранения для ЛУН, а не препятствию им

Ссылки

1. The three I's for TB/HIV: isoniazid preventive therapy (IPT). Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hiv/topics/tb/3is_ipt/en/, revisado el 18 de Febrero de 2016).

2. van Halsema CL, Fielding KL, Chihota VN, Russell EC, Lewis JJ, Churchyard GJ, et al. Tuberculosis outcomes and drug susceptibility in individuals exposed to isoniazid preventive therapy in a high HIV prevalence setting. AIDS. 2010;24(7):1051–5.

3. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. Clin Infect Dis. 2009;48(1) (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/, revisado el 12 de Octubre de 2015).

4. Markowitz N, Hansen NI, Wilcosky TC, Hopewell PC, Glassroth J, Kvale PA, et al. Tuberculin and anergy testing in HIV-seropositive and HIV-seronegative persons. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. Ann Intern Med. 1993;119(3):185–93.

5. Mathur ML, Chaudhary RC. Increased risk of tuberculosis in opium addicts. Indian J Med Sci. 1996;50(10):365–7.

6. 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.

7. Taarnhøj GA, Engsig FN, Ravn P, Johansen IS, Larsen CS, Røge B, et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. BMC Pulm Med. 2011;11:26.

8. World drug report 2015: use of drugs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (http://public.tableau.com/views/WDR2015-Useofdrugs/Preview?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=yes&:display_spinner=yes&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0, revisado el 30 de Octubre de 2015).

9. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. PLoS Med. 2010;7(12):e1000381.

10. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. Am J Public Health. 1996;86(5):655–61.

11. 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):345–53.

12. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321185/, revisado el 15 de Octubre de 2015).

13. 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 Depend. 2013;129(3):180–209.

14. Stone KA. Reviewing harm reduction for people who inject drugs in Asia: the necessity for growth. Harm Reduct J. 2015;12(1):32.

15. Smart T. TB-HIV news from the 44th Union World Conference on Lung Health. HIV & AIDS Treatment in Practice. 2014;208 (http://www.aidsmap.com/TB-HIV-news-from-the-44th-Union-World-Conference-on-Lung-Health/page/2831777, revisado el 15 de Octubre de 2015).

16. Burris S, Blankenship KM, Donoghoe M, Sherman S, Vernick JS, Case P, et al. Addressing the "risk environment" for injection drug users: the mysterious case of the missing cop. Milbank Q. 2004;82(1):125–56.

17. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York: United Nations Development Programme; 2012 (http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf, revisado el 13 de Octubre de 2015).

18. Taking control: pathways to drug policies that work. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy; 2014 (http://www.gcdpsummary2014.com/, revisado el 16 de Octubre de 2015).

19. Addressing the development dimensions of drug policy. New York: United Nations Development Programme; 2015 (http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html, revisado el 17 de Octubre de 2015).

20. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/, revisado el 13 de Octubre de 2015).

21. A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes: UN Women policy brief. UN Task Force on Transnational Organized Crime and Drug Trafficking as Threats to Security and Stability; 2014 (https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf, revisado el 18 de Febrero de 2016).

22. A public health and rights approach to drugs. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2803_drugs, revisado el 18 de Febrero de 2016).

23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). United Nations High Commissioner for Human Rights urges governments to support decriminalisation and harm reduction. International Drug Policy Consortium. 23 October 2015. (http://idpc.net/alerts/2015/10/united-nations-high-commissioner-for-human-rights-exhorts-governments-to-support-decriminalisation-and-harm-reduction, revisado el 18 de Octubre de 2016).

24. Easton M. UN attempt to decriminalise drugs foiled. BBC News. 19 de Octubre de 2015 (http://www.bbc.com/news/uk-34571609, revisado el 30 de Octubre de 2015).

25. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations Human Rights Council; 2013 (http://www.refworld.org/docid/51136ae62.html, revisado el 17 de Octubre de 2015).

26. Rusen ID, Yuan L, Millson ME. Prevalence of Mycobacterium tuberculosis infection among injection drug users in Toronto. Can Med Assoc J. 1999;160(6):799–802.

27. Brassard P, Bruneau J, Schwartzman K, Sénécal M, Menzies D. Yield of tuberculin screening among injection drug users. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(8):988–93.

28. Pilote L, Tulsky JP, Zolopa AR, Hahn JA, Schecter GF, Moss AR. Tuberculosis prophylaxis in the homeless: a trial to improve adherence to referral. Arch Intern Med. 1996;156(2):161–5.

29. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC, London Tuberculosis Nurses Network. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. Thorax. 2007;62(8):667–71.

30. Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. Am J Med. 1997;102(2):164–70.

31. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, Berezina VI, Strelis AK, Yanova GV, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. Bull World Health Organ. 2007;85(9):649–732 (http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038331/en/, revisado el 15 de Octubre de 2015).

32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 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 Recomm Rep. 2012;61(RR-5):1–40.

33. Smart T. Collaborative TB and HIV services for drug users. HIV & AIDS Treatment in Practice. 2010;159 (http://www.aidsmap.com/Collaborative-TB-and-HIV-services-for-drug-users/page/1411949, revisado el 17 de Octubre de 2015).

34. 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):355–66.

35. Delivery of effective tuberculosis treatment to drug dependent HIV-positive patients. Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice; 2011 (http://en.rylkov-fond.org/blog/tbr/effective-tb-treatment/, revisado el 17 de Octubre de 2015).

36. Drug use and tuberculosis. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (http://www.harm-reduction.org/issues/drug-use-and-tuberculosis, revisado el 17 de Octubre de 2015).

37. WHO Guidance on human rights and
involuntary detention for xdr-tb control. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/, revisado el 18 de Febrero de 2016).

38. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. Public Health Action. 2013;3(1):7–10.

39. Keshavjee S, Yedilbayev A, Sweeney C. The Sputnik initiative: patient-centered accompaniment for tuberculosis in Russia. Boston: Partners in Health; 2014 (http://www.pih.org/library/the-sputnik-initiative-patient-centered-accompaniment-for-tuberculosis-in-r, revisado el 30 de Octubre de 2015).

40. Beyrer C, Kazatchkine M. HIV response "at turning point". BBC News. 29 de Noviembre de 2013 (http://www.bbc.com/news/health-25118975, revisado el 17 de Octubre de 2015).

41. Rhetoric and risk. New York: Human Rights Watch; 2006 (https://www.hrw.org/report/2006/03/01/rhetoric-and-risk/human-rights-abuses-impeding-ukraines-fight-against-hiv/aids, revisado el 17 de Octubre de 2015).

42. 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):319–27.

43. Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. Clin Infect Dis. 2005;40(Suppl 5):S276–85.

44. Nyamathi A, Sands H, Pattatucci-Aragón A, Berg J, Leake B. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. J Community Health. 2004;29(6):483–97.

45. Wolfe H, Marmor M, Maslansky R, Nichols S, Simberkoff M, Des Jarlais D, et al. Tuberculosis knowledge among New York City injection drug users. Am J Public Health. 1995;85(7):985–8.

46. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Perkins MP, Ziluck V, Jarlais DC, et al. Knowledge of tuberculosis among drug users: relationship to return rates for tuberculosis screening at a syringe exchange. J Subst Abuse Treat. 1999;16(3):229–35.

47. Durante AJ, Selwyn PA, O'Connor PG. Risk factors for and knowledge of Mycobacterium tuberculosis infection among drug users in substance abuse treatment. Addiction. 1998;93(9):1393–401.

48. Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.

49. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute; 2007 (http://www.opensocietyfoundations.org/publications/women-harm-reduction-and-hiv-0, revisado el 30 de Octubre de 2015).

50. Topp L, Iversen J, Baldry E, Maher L, Collaboration of Australian NSPs. Housing instability among people who inject drugs: results from the Australian needle and syringe program survey. J Urban Health Bull N Y Acad Med. 2013;90(4):699–716.

51. Maher L, Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. Br J Criminol. 1999;39(4):488–512.

52. Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. Am J Public Health. 2011;101(11):2012–5.

53. Patil S. What do police have to do with HIV prevention? Open Society Voices. 18 de Juio 2014 (http://www.opensocietyfoundations.org/voices/how-police-can-arrest-spread-hiv, revisado el 15 de Noviembre de 2015).

54. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. Drug Alcohol Depend. 2013;132:S48–52.

55. Beletsky L, Cochrane J, Sawyer AL, Serio-Chapman C, Smelyanskaya M, Han J, et al. Police encounters among needle exchange clients in baltimore: drug law enforcement as a structural determinant of health. Am J Public Health. 2015;105(9):1872–9.

56. Howard MO, Bowen SE, Garland EL, Perron BE, Vaughn MG. Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. Addict Sci Clin Pract. 2011;6(1):18–31.

57. Tuberculosis fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/, revisado el 15 de Octubre de 2015).

58. Golub JE, Bur S, Cronin WA, Gange S, Baruch N, Comstock GW, et al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(1):24–30.

59. Virenfeldt J, Rudolf F, Camara C, Furtado A, Gomes V, Aaby P, et al. Treatment delay affects clinical severity of tuberculosis: a longitudinal cohort study. BMJ Open. 2014;4(6):e004818.

60. Ross LJ, Wilson M, Banks M, Rezannah F, Daglish M. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. Nutrition. 2012;28(7-8):738–43.

61. Maria Golovanevskaya LV. In control?: Ukrainian opiate substitution treatment patients strive for a voice in their treatment. Subst Use Amp Misuse. 2012;47(5):511–21.

62. Ingersoll K, Dillingham R, Reynolds G, Hettema J, Freeman J, Hosseinbor S, et al. Development of a personalized bidirectional text messaging tool for HIV adherence assessment and intervention among substance abusers. J Subst Abuse Treat. 2014;46(1) (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818515/, revisado el 23 de Noviembre de 2015).

63. Montoya JL, Georges S, Poquette A, Depp CA, Atkinson JH, Moore DJ, et al. Refining a personalized mHealth intervention to promote medication adherence among HIV+ methamphetamine users. AIDS Care. 2014;26(12):1477–81.

64. Bakshi A, Li J, Ray P, Narasimhan P, Bakshi K. Delivery of multilingual mHealth service for control of TB/HIV in developing countries. In: 2012 45th Hawaii International Conference on System Science (HICSS); 2012:925–31.

65. IHRC Regional Track: Workshop on integrated harm reduction services for PUD. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN); 2013 (http://www.harm-reduction.org/blog/regional-workshop-tb, revisado el 30 de Octubre de 2015).

66. The new profile of drug-resistant tuberculosis in Russia: a global and local perspective: summary of a joint workshop. Washington, DC: National Academies Press; 2011 (http://www.nap.edu/catalog/13033, revisado el 30 de Octubre de 2015).

67. USAID dialogue on HIV and Tuberculosis Project. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2014 (https://www.usaid.gov/kyrgyz-republic/fact-sheets/usaid-dialogue-hiv-and-tuberculosis-project, revisado el 30 de Octubre de 2015).

68. Dhingra VK, Lall D, Aggarwal N, Vashist RP. DOTS in drug addicts with TB: Delhi experience. Indian J Tuberc. 2008;55(3):122–6.

69. Strathdee S, Beletsy L. HIV, drugs and the legal environment. In: UNODC Scientific Event / Science Addressing Drugs And Health: State of the Art, 11 de Marzo de 2014, Vienna, Austria (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/CND2014/UNODC_SCIENTIFIC_EVENT_legal_env_STRATHDEE.pdf).

Благодарность

Партнерство «Остановить Туберкулез» благодарит всех за их вклад. Мы благодарим всех за восторженные отзывы и поддержку, и мы надеемся релизовать это вместе.

Основные авторы

FG Consulting Group

Партнерство «Остановить Туберкулез»

Colleen Daniels
Caoimhe Smyth
Farihah Malik
Jacob Creswell
James Ayre
Lucica Ditiu

Внесшие вклад - участники семинара «Ключевые группы населения в области туберкулеза», ноябрь 2015

Ailed Bencomo Alerm
Alberto Colorado
Arnold Mafukidze
Ashvini Vyas
Austin Obiefuna
Bishwa Rai
Blessi Kumar
Brianna Harrison
Chu Thái Sơn
Cristina Brigaste
Dean Lewis
Deepti Chavan
Duncan Moeketse
Elchin Mukhtarli
Endalkachew Fekaduer
Eva Limachi
Harry Hausler
Herve Isambert
Imran Zafar
James Malar
John Duncan
Karabo Rafube
Kate Thomson
Kevork Kara –Agopian
Kibibi Mbwavi
Liesl PageShipp
Lisa Leenhouts-Martin
Loyce Maturu
Maggy Gama
Manita Pandey
Marciel Buen
Marina Smelyanskaya
Melecio Mayta Ccota
Mo Barry
Moises Uamusse
Nduru Gichamba
Nonna Turusbekova
Patricia Odolo
Paul Moses Ndegwa Mutiga
Pilar Ustero
Prabha Mahesh Shankar
Ramya Ananthakrishnan
Rhonda Marama
Safar Naimov
Samuel Boy Kunene
Sophie Dilmitis
Stacie Stender
Steph Topp
Steven John
Thato Mosidi
Timur Abdullaev
Valeriu Istrati
Vũ Manh Trí
Yana Morenets
Yuki Takemoto

Макет и дизайн

Miguel Bernal

Cover

Nina Saouter

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org