

ТЕХНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ВОЗ, УНП ООН и 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



**ТЕХНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ВОЗ, УНП ООН и 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**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data :

WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.

1.HIV infections - prevention and control. 2.HIV infections - therapy. 3.Acquired immunodeficiency syndrome - prevention and control. 4.Acquired immunodeficiency syndrome - therapy. 5.Substance abuse, Intravenous - complications. 6.Needle sharing - adverse effects. 7.Needle exchange programs. 8.National health programs.I.World Health Organization.

ISBN978 92 4 450437 6

(NLM classification:WC 503.6)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ ([www.who.int](http://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](mailto: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](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражаюткакого-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 бытьне 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.

Printed in Lithuania

Опубликовано: Литва, 2013

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ</b>	3
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	5
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	7
1.1. Контекст	7
1.2. Причины пересмотра Технического руководства	7
1.3. Задачи Технического руководства	8
<b>2. ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ</b>	10
2.1. Комплексный пакет	10
1. Программа игл и шприцев	12
2. Опиоидная заместительная терапия и другие способы лечения наркозависимости	13
3. Консультирование и тестирование на ВИЧ	15
4. Антиретровирусная терапия	16
5. Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем	17
6. Программа распространения презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров	18
7. Целевые программы по информированию, обучению и просвещению	20
8. Профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита	21
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза	21
2.2. Аутрич-работа	21
2.3. Другие программы, не включенные в комплексный пакет	22
2.4. Структурные факторы, влияющие на риск инфицирования ВИЧ, и механизмы влияния	23
2.5. Принципы обеспечения всеобщего доступа	24
2.6. Предоставление и интеграция услуг	25
2.7. Люди, употребляющие наркотики в тюрьмах и других местах заключения	26
<b>3. ПРОЦЕСС МОНИТОРИНГА И ПОСТАНОВКИ ЗАДАЧ</b>	27
3.1. Сравнительные особенности мониторинга программ, нацеленных на потребителей наркотиков и на население в целом	27
3.2. Измерение численности населения	29
Подсчет количества людей, употребляющих инъекционные наркотики	29
Обеспечение совместимости знаменателя и числителя	30
Качество оценки численности населения	31
3.3. Оценка наличия программ	32
Ограничение доступа	32
Тип программы/услуги	33
Количество мест, в которых можно получить доступ к услуге	33
Расположение мест, в которых можно получить доступ к услуге	34
3.4. Измерение охвата программ	35
Отчетный период	35
Уникальный код идентификации	36
Сбор и обобщение данных о выполнении программ	37
3.5. Измерение качества программ и услуг	38

3.6. Измерение результата и влияния программ	39
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	39
Распространенность ВИЧ-инфекции	40
Поведение, повышающее риск инфицирования ВИЧ	40
3.7. Распределение (разбивка) данных	41
Распределение данных по признаку пола	41
Распределение данных по возрасту	41
Распределение данных по виду употребляемых наркотиков	42
3.8. Определение задач	42
3.9. Шаги, следующие за определением задач	44
<b>4. ИНДИКАТОРЫ</b>	<b>45</b>
4.1. Общая информация	45
4.2. Оценка численности населения	48
4.3. Комплексный пакет	50
1. Программа игл и шприцев	50
2. Опиоидная заместительная терапия и другие формы лечения наркозависимости	59
3. Консультирование и тестирование на ВИЧ	72
4. Антиретровирусная терапия	74
5. Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем	82
6. Программа распространения презервативов для ЛУИН и их половых партнеров	83
7. Целевые программы по информированию, обучению и просвещению ЛУИН и их половых партнеров	84
8. Профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита	86
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза	92
4.4. Индикаторы эффекта/результативности	96
<b>СПИСОК ИСТОЧНИКОВ</b>	<b>101</b>

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Обновление Технического руководства осуществлено Бредли Мезерсом (Институт инфекции и иммунитета в обществе Кирби, Университет Нового Южного Уэльса, Сидней) и Аннетт Верстер (Департамент по ВИЧ/СПИДу, ВОЗ, Женева) при поддержке Мишель Родольф (Департамент по ВИЧ/СПИДу, ВОЗ, Женева). Первое издание было подготовлено Мартином Донохью (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген) и Аннетт Верстер при поддержке Бредли Мезерса.

Обновление Руководства осуществлялось на основе результатов исследования, проведенного в пяти странах, о применении индикаторов, представленных в первом издании. Исследованием руководили Аннетт Верстер и Джон Кирквуд (ВОЗ, Женева). В сборе данных, предоставлении отчетов о показателях на уровне стран и анализе результатов принимали участие следующие специалисты: Рикку Лехтовуори (Управление по наркотикам и преступности ООН – УНП ООН, Вена), Мирлан Мамыров (УНП ООН, Кыргызстан), Мирзахид Султанов (УНП ООН, Украина), Таави Эрккола, Мириам Сабин и Игорь Тошкин (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу – ЮНЭЙДС, Женева), Константин Думчев (ВОЗ, Украина), Кейт Сабин (ВОЗ, Женева), Эли Аарадж и Патриция Хаддад (Knowledge Hub-SIDC, Ливан) и Ильхам Лагрич (Knowledge Hub-Arrazi/MENAHRA, Марокко).

Обсуждение обновления Технического руководства было проведено на встрече представителей ключевых заинтересованных организаций в Бейруте в апреле 2011 года. В этой встрече участвовали Дэйв Барроуз (Группа управления проектами по СПИДу, Сидней); Мауро Гуариньери (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом, Женева); Жумана Эрме (Региональное бюро ВОЗ для Восточного Средиземноморья, Каир); Дэвид Яска (ВОЗ, Ханой); Бредли Мезерс (Институт инфекции и иммунитета в обществе Кирби, Университет Нового Южного Уэльса, Сидней); Билли Пик (Неотложный план президента США по оказанию помощи по СПИДу – PEPFAR, Вашингтон); Гарри Рейд (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, Нью-Дели); Мириам Сабин (Секретариат ЮНЭЙДС, Женева); Аннетт Верстер (ВОЗ, Женева); Сергей Вотягов (Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс).

Авторы выражают признательность следующим экспертам, которые предоставили свои замечания и внесли вклад в процесс переработки Технического руководства: Рейчел Беггели, Зизе Бетизазу и Хесусу Гарсии Кайеха, Филиппе Истербрук, Антонио Гербазе и Марко Витториа (Департамент по ВИЧ/СПИДу, ВОЗ, Женева); Аннабель Бэддели, Кристиану Гюннебергу и Дельфину Скальеру (Программа «Остановить ТБ», ВОЗ, Женева); Николасу Кларку и Даниэле Фур (Отдел психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, ВОЗ, Женева); Мартину Донохью и Анн-Мари Стенгард (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген); Жумане Эрме (Региональное бюро ВОЗ для Восточного Средиземноморья, Каир); Гарри Рейду (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, Нью-Дели); Пенгфрею Жао (Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, Манила); Дэвиду Яске и Фабио Меските (ВОЗ, Ханой); Грэхэму Шоу (ВОЗ, Пном-Пень); Элисон Крокет, Патриции Онгпин, Аласдэру Рейду и Мириам Сабин (Секретариат ЮНЭЙДС, Женева); Рикку Лехтовуори и Фабьен Хариге (УНП ООН, Вена); Джейми Бриджу, Мауро Гуариньери и Сандре Кузмановской (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом, Женева); Ричарду Нидлу и Билли Пикку (Неотложный план президента США по

оказанию помощи по СПИДу – PEPFAR, Вашингтон); Дагмару Хедриху и Лукасу Виссингу (Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркозависимости, Лиссабон); Джиллиан Андерсон (Центр по контролю и профилактике заболеваний, Атланта); Джейн Максвелл (Техасский университет, Остин); Адипе Камарулзаман (Университет Малайя и Малазийский совет по СПИДу, Куала-Лумпур); Шэрон Вейр (Университет Северной Каролины); Дону Дес Ярлаису (Медицинский центр Бет-Изрэйел, Нью-Йорк); Рику Лайнсу и Клаудии Стойцеску (Международная организация снижения вреда, Лондон); Мукте Шарма (Региональная программа по ВИЧ/СПИДу в Азии, Бангкок); Дэйву Барроузу (Группа управления проектами по СПИДу, Сидней); Мэту Саусвелу (Международная сеть людей, употребляющих наркотики, Лондон); Дину Льюису и Анану Пуну (Азиатская сеть людей, употребляющих наркотики, Бангкок); Даниэлу Вулфу (Институт «Открытое общество», Нью-Йорк) и Сьюзи МакЛин (Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Брайтон).

Кроме того, следующие эксперты предоставили помощь в процессе разработки индикаторов для оценки качества: Нина Керими (УНП ООН, Астана); Моника Бег, Рику Лехтовуори и Фабьен Харига (УНП ООН, Вена); Мака Годжиа (Грузинская сеть снижения вреда, Тбилиси); Дарья Очерет, Мария Субатайте и Сергей Вотягов (Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс); Эмилис Субата (Вильнюсский центр болезней зависимости, Вильнюс), Светлана Кульзис и Лорета Стоньен (Деметра – Ассоциация женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, и их семей, Вильнюс); Мария Коркут (Литовское общество Красного Креста, Висагинас); Аудроне Астраускиене (Департамент охраны здоровья населения, Министерство здравоохранения, Вильнюс), Римантас Сагздавичюс (Департамент по контролю над наркотиками, табаком и алкоголем при Правительстве Литвы, Вильнюс); Юрга Пошкявичюте (Коалиция общественных организаций и экспертов «Я могу жить», Вильнюс) и клиенты программ Вильнюсского центра болезней зависимости. В частности, авторы выражают признательность Раминте Стуйкайте и Аушре Малинаускайте (Вильнюсский центр болезней зависимости) за предоставление помощи и проведение консультаций об индикаторах качества с заинтересованными сторонами и потребителями услуг в Литве.

Финансирование для проведения пилотного исследования и обновления Технического руководства предоставлено в рамках Неотложного плана президента США по оказанию помощи по СПИДу (PEPFAR).

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРТ	антиретровирусная терапия
АТНЗ	алгоритм тестирования недавнего заражения
БМО	шприц с большим мертвым объемом
ВГА	вирус гепатита А
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ВЕД	вопросник к ежегодным докладам (Комиссия ООН по наркотическим средствам)
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный доклад	Глобальный доклад о ВИЧ/СПИДе
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом
ДПИ	дозорное поведенческое исследование
ЕК	Европейская комиссия
ЕМЦНН	Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркозависимости
ИОП	информирование, обучение и просвещение
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИПТ	изониазидная профилактическая терапия
Комплексный пакет	комплексный пакет из девяти программ профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией среди ПИН, согласованный ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС
КТВ	консультирование и тестирование на ВИЧ
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики (см. также примечание ниже)
ММО	шприц с малым мертвым объемом
МОЗС 360	бывшая Международная организация здоровья семьи
МОТ	Международная организация труда
НКИП	Национальный комбинированный индекс политики
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ОО	общественная организация
ООН	Организация Объединенных Наций
ПИШ	программа игл и шприцев
ПЛБ	поддерживающее лечение бупренорфином



ПЛМ	поддерживающее лечение метадон
ППМР	профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
САР	стимуляторы амфетаминового ряда
СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа
ТБ	туберкулез
ТКИП	тестирование и консультирование по инициативе провайдера
УИН	употребление инъекционных наркотиков (см. также примечание ниже)
УКИ	уникальный код идентификации
УНП ООН	Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций
ФН ООН	Фонд Народонаселения Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
PEPFAR	Неотложный план президента США по оказанию помощи по СПИДу (United States President's Emergency Plan for AIDS Relief)
PSI	Международные услуги населению (Population Services International)

Примечание: В английском языке аббревиатура IDU используется для обозначения терминов *употребление инъекционных наркотиков* (injecting drug use) и *потребители инъекционных наркотиков* (injecting drug users). В русском издании этого документа для перевода IDU используется аббревиатура УИН – употребление инъекционных наркотиков (так, как это предусмотрено в издании 2009 г.) В других документах IDU в основном переводится как ПИН – потребители инъекционных наркотиков. Сейчас предпочтение отдается термину *люди, употребляющие инъекционные наркотики* (ЛУИН).

# 1. ВВЕДЕНИЕ

## 1.1. КОНТЕКСТ

Этот документ содержит техническое руководство для стран по мониторингу усилий, направленных на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и определению амбициозных, но достижимых задач национального уровня для расширения всеобщего доступа к услугам.

Это Руководство разработано совместно тремя агентствами ООН – Всемирной организацией здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) с привлечением международных экспертов в этой сфере.

Первое издание Технического руководства было основано на предыдущих руководствах ВОЗ, УНП ООН (1) и ЮНЭЙДС (2) и отвечало принципам, изложенным в этих документах. Цель Технического руководства – предложить действенные методы измерения и сравнения прогресса стран в деле достижения национальных целей по расширению комплексных программ обеспечения доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом (3, 4). Эта цель основана на Политической декларации по ВИЧ/СПИДУ 2006 года, согласно которой страны взяли на себя обязательства по обеспечению всеобщего доступа, и предыдущей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (5). Государства-участники подтвердили свои обязательства в Политической декларации по ВИЧ/СПИДУ: укрепление наших усилий для искоренения ВИЧ/СПИДа 2011 года. Секретариат ЮНЭЙДС и его коспонсоры поддержали эту расширенную инициативу путем разработки более конкретного практического руководства для стран (3, 4, 6, 7).

Со времени публикации первого издания Технического руководства в 2009 году оно было одобрено политическими органами высокого уровня, в том числе Генеральной Ассамблеей ООН (8), Экономическим и социальным советом (9), Комиссией ООН по наркотическим средствам (10) и Координационным советом программы ЮНЭЙДС (11). Кроме того, донорские структуры, в том числе Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом и Неотложный план президента США по оказанию помощи по СПИДУ (PEPFAR), подтвердили свою готовность следовать его рекомендациям.

Техническое руководство было широко распространено, во многих странах мира были проведены тренинги по его применению.

## 1.2. ПРИЧИНЫ ПЕРЕСМОТРА ТЕХНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Обновление этого Руководства основано на результатах исследования опыта применения этого Руководства на практике в разных странах. Это исследование осуществлялось путем проведения регулярных обзоров Референтной группой ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков, оценивания доступных данных и проведения консультаций с широким кругом заинтересованных лиц и экспертов со всего мира.

Обновление этого Руководства направлено на то, чтобы сделать его более приспособленным для чтения, лучше объяснить каждый индикатор и способы отчетности по нему в условиях отсутствия некоторых данных. Изменений в пакете научно обоснованных индикаторов не было.

Ряд индикаторов, включенных в первое издание, не вошли в это издание, поскольку опыт полевой работы позволил выявить ограничения, связанные с их применением на практике или их соответствием разработке политики и программ.

Кроме того, в это издание был включен более широкий список показателей для оценки качества программ.

### 1.3. ЗАДАЧИ ТЕХНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Этот документ предоставляет странам следующие материалы:

- всеобъемлющий пакет программ для профилактики, лечения, поддержки и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией для ЛУИН (без изменений по сравнению с изданием 2009 года);
- набор индикаторов для мониторинга, оценки выполнения и эффекта от этих программ;
- рекомендации по определению целей для расширения и увеличения эффекта от программ профилактики и ухода за ЛУИН;
- примеры баз данных и инструментов для разработки, выполнения программ, мониторинга и оценки их выполнения.

Задача этого Технического руководства – предоставить поддержку государственным структурам, общественным организациям, общинам и поставщикам услуг в разработке, выполнении, мониторинге и оценке программ по профилактике ВИЧ-инфекции, лечению и уходу для ЛУИН. Эти рекомендации могут применяться на региональном, национальном, субнациональном уровнях и уровне поставщиков услуг.

Индикаторы, связанные с УИН или с мониторингом и оценкой программ профилактики, лечения и ухода для ЛУИН в связи с ВИЧ-инфекцией, включены в ряд международных механизмов отчетности:

- Мониторинг прогресса в сфере здравоохранения по достижению всеобщего доступа к программам профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией (ВОЗ);
- Отчетность по достижению прогресса в предоставлении Всемирного ответа на эпидемию (12) (ранее – Отчетность в рамках мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом ССГАООН (ЮНЭЙДС);
- Вопросник к ежегодным докладам Комиссии ООН по наркотическим средствам (ВЕД) (УНП ООН).

Государства-члены взяли на себя обязательство представлять отчеты в рамках каждого процесса сбора данных на всемирном уровне. Индикаторы, связанные с УИН и включенные в эти механизмы обязательной отчетности, могут рассматриваться как минимальный набор индикаторов, необходимых для глубокого понимания состояния ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции и проблемы, связанные с УИН. Они могут быть полезными, в частности, для сравнения данных из разных стран и составления статистики процессов регионального и всемирного уровня.

Большинство из 22 индикаторов, связанных с УИН и включенных во всемирные механизмы отчетности, содержатся и в этом Техническом руководстве. Однако в него включены и дополнительные индикаторы, которые позволяют более качественно оценить программы профилактики, лечения и ухода для ЛУИН в связи с ВИЧ-инфекцией. Страны не обязаны отчитываться по этим дополнительным индикаторам, они не включены в процессы сбора данных на международном уровне. Тем не менее информация, которая может быть собрана на основании этих индикаторов, является важной для разработки качественной политики и программ по противодействию ВИЧ-инфекции.

***Эти индикаторы также могут быть использованы донорскими структурами (например, Глобальным фондом или PEPFAR) для подготовки грантовых заявок или отчетности.***

Этот документ направлен на программы для ЛУИН. Потребители неинъекционных наркотиков, которые имеют зависимость или испытывают другие трудности, также могут сталкиваться с риском инфицирования ВИЧ, связанным с употреблением наркотиков, или же с риском начала употребления инъекционных наркотиков. Соответственно, необходимо обращать внимание на такую группу в рамках программ противодействия ВИЧ-инфекции и определить задачи работы с этой группой. Более того, во время профилактики, лечения и ухода для этой группы можно применять все программы комплексного пакета, представленные в этом Руководстве (кроме программы игл и шприцев).

## 2. ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

### 2.1. КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ

ВИЧ-инфекция, связанная с инъекционным употреблением наркотиков, является одной из ключевых проблем ответа на эпидемию в сфере здравоохранения.

**Комплексный пакет** программ профилактики, ухода и лечения ВИЧ-инфекции для ЛУИН был утвержден многими организациями: ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН, Генеральной Ассамблеей ООН (8), Экономическим и социальным советом (9), Комиссией ООН по наркотическим средствам (10), Координационным советом программы ЮНЭЙДС (11), Глобальным фондом и PEPFAR. Комплексный пакет содержит следующие программы:

- ❶ **Программа игл и шприцев (ПИШ)**

---

- ❷ **Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие научно обоснованные способы лечения наркозависимости**

---

- ❸ **Консультирование и тестирование на ВИЧ**

---

- ❹ **Антиретровирусная терапия (АРТ)**

---

- ❺ **Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)**

---

- ❻ **Программа распространения презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров**

---

- ❼ **Целевые программы по информированию, обучению и просвещению (ИОП) для ЛУИН и их половых партнеров**

---

- ❽ **Профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита**

---

- ❾ **Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза**

---

Для справки: в Техническом руководстве набор этих программ будет называться комплексным пакетом.

Эти программы включены в комплексный пакет, поскольку есть научное подтверждение их эффективности в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции и снижении вреда в связи с употреблением наркотиков (13–15). В этом документе не отражены различные аргументы, подтверждающие эффективность таких программ, поскольку они хорошо представлены в других источниках (см. вставку). В случае появления других подтверждений структура комплексного пакета может быть пересмотрена.

Программы, включенные в комплексный пакет, еще называются мероприятиями по *снижению вреда* для ЛУИН (8, 9, 11). Снижение вреда для ЛУИН может включать в себя и другие программы. Те, которые включены в комплексный пакет, касаются только ВИЧ и других коинфекций.

Модели выполнения программ, включенных в пакет, описаны в разделе 2.6. Необходимо подчеркнуть, что эти программы являются наиболее эффективными в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции тогда, когда они применяются *комбинированно* (15). Каждая программа направлена на разные факторы распространения и лечения ВИЧ-инфекции. Соответственно, для успешного сокращения темпов эпидемии и устранения ее последствий необходимо применять комплексный подход. Эмпирические исследования и многочисленные опыты моделирования продемонстрировали, что единичные программы оказывают очень ограниченное влияние. Для того чтобы существенно сократить распространение ВИЧ и другие формы вреда, необходимо проводить комбинированные программы с широким охватом целевых групп (15).

В процессы разработки и мониторинга программ необходимо включить составляющие комплексного пакета, а для этого нужно различать услуги, которые можно рассматривать как *направленные на потребности ЛУИН* (ПИШ и лечение наркозависимости), и услуги, направленные на население в целом.

**Для того чтобы успешно противостоять ВИЧ среди ЛУИН, государства должны сделать своим приоритетом ПИШ и научно обоснованные методы лечения наркозависимости (в частности, ОЗТ).** Кроме того, государства должны обеспечить охват ЛУИН другими программами комплексного пакета. Большинство стран выполняют некоторые программы комплексного пакета, не направленные на потребности ЛУИН.

Очень важно понимать те обстоятельства, в которых происходит инъекционное употребление наркотиков и осуществляются программы, направленные на потребителей наркотиков и противодействие ВИЧ. Так называемые *структурные факторы*, которые касаются физических, социальных и правовых условий, могут влиять на риск инфицирования ВИЧ. То же самое касается и доступа, охвата и влияния программ противодействия ВИЧ (16). Хотя в комплексный пакет не включены программы, направленные на эти структурные факторы, эти программы все же являются важными для расширенного ответа на эпидемию (17). Структурные факторы и способы их преодоления детальнее описаны в разделе 2.4.

#### Документы, в которых проанализированы данные программ, составляющих комплексный пакет

- *Аргументы в пользу действий. Серия аналитических обзоров ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС* (18): [http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence\\_for\\_action/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html)
- Институт медицины. Комиссия по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска. *Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска*. – Вашингтон, National Academies Press, 2006 (14).
- Гоуинг Л. и др. *Заместительная терапия потребителей инъекционных опиумных наркотиков для профилактики ВИЧ (обзор)*. Кокрановская база данных систематических обзоров, 2008; 2:cd004145 (19).
- Дегенхардт Л. и др. Профилактика ВИЧ среди ЛУИН: почему необходимы индивидуальные, организационные и смешанные подходы. – *The Lancet*, 2010, 376(9737):285–301 (15).
- Алтис Ф.Л. и др. Лечение медицинских, психиатрических заболеваний и заболеваний в связи с зависимостью среди ВИЧ-инфицированных людей, употребляющих наркотики. – *The Lancet*, 2010, 376(9738):367–387 (20).
- Макартур Г. и др. Опиоидная заместительная терапия и передача ВИЧ-инфекции среди ЛУИН: систематический обзор и мета-анализ. – *BMJ*, 2012, 345 (137).

## 1 ПРОГРАММА ИГЛ И ШПРИЦЕВ (ПИШ)

Распространение стерильных инъекционных приспособлений среди ЛУИН способствует использованию новых игл и шприцев и снижению уровня распространения инфекции этим путем (14, 15, 21–23). Можно применять разные модели распространения игл и шприцев. В этом документе ПИШ рассматриваются как программы, в рамках которых иглы и шприцы распространяются бесплатно. Можно распространять иглы и шприцы в стационарных точках или через мобильные пункты.

Другие способы распространения, такие как продажа инъекционного оборудования, рассматриваются отдельно. Это оборудование может быть доступно в аптеках или других учреждениях. Если доступ к ПИШ обеспечить сложно или же эта программа ставит ЛУИН под угрозу выявления их правоохранными органами, продажа через аптеки является важным и иногда самым существенным источником стерильного оборудования для ЛУИН (24, 25). Для обеспечения доступа к инъекционному оборудованию можно также использовать автоматы по их продаже или бесплатному распространению (26).

Для многих ЛУИН программа игл и шприцев до сих пор остается одним из немногих способов поддержания связи со службами здравоохранения. По этой причине ПИШ может рассматриваться как важная «точка входа» к получению этих услуг. ПИШ должна быть направлена на систематическое вовлечение потребителей наркотиков и способствовать доступу к лечению наркозависимости, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией и к другим услугам в сфере охраны здоровья и социальной защиты. По возможности в рамках ПИШ могут также предлагаться некоторые базовые услуги по уходу, направленные на специфические потребности ЛУИН (например, обработка ран).

Распространение инъекционного оборудования должно осуществляться с учетом местного контекста и таких факторов, как виды и способ приготовления наиболее распространенных инъекционных наркотиков. Расширение применения шприцев с малым мертвым объемом (ММО) также может быть полезно, поскольку есть подтверждение того, что использование таких шприцев приводит к уменьшению риска передачи ВИЧ и вируса гепатита С. Шприцы ММО, как правило, имеют несъемную иглу, присоединенную непосредственно к цилиндру, и разработаны с целью уменьшения количества крови, которая остается в шприце после полного сжатия поршня. ВОЗ рекомендует использовать именно шприцы ММО в программах игл и шприцев и распространять информацию об их возможном профилактическом эффекте (27–29, 95).

Кроме игл и шприцев, можно распространять другие приспособления для инъекций, в том числе спиртовые салфетки, стерильные ампулы воды, фильтры, жгуты, сосуды для смешивания (например, ложки или другие емкости) и окислители (например, аскорбиновую кислоту или лимонную кислоту в порошке), необходимые для растворения средства для инъекции. Безопасная утилизация использованных инъекционных приспособлений также очень важна. В рамках ПИШ можно организовать сбор использованных шприцев или распространять среди клиентов непрокальваемые контейнеры. В странах, где владение использованным шприцем или иглой является уголовным преступлением или может использоваться как доказательство употребления наркотиков, ЛУИН могут отказываться от сдачи использованных приспособлений в пунктах ПИШ.

### Источники информации для организации программ игл и шприцев

- *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев.* – Женева, ВОЗ, Департамент по ВИЧ/СПИДу, 2007 (27). <http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
- *Аргументы в пользу действий. Эффективность программ игл и шприцев для снижения инфицирования ВИЧ/СПИДом среди ПИН.* – Женева, ВОЗ, 2004 (22). <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>

## 2 ОПИОИДНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (ОЗТ) И ДРУГИЕ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Программы, которые позволяют эффективно контролировать наркозависимость, способствуют уменьшению нелегального употребления наркотиков и, таким образом, частоты наркотических инъекций, а также улучшению состояния здоровья и ресоциализации.

Для целей механизма мониторинга и оценки, который представлен в этом документе, программы лечения наркозависимости разделены на следующие категории согласно категориям, используемым ВОЗ в Атласе по наркоманиям и токсикоманиям (31):

- заместительная терапия агонистами опиоидов (в качестве поддерживающего лечения);
- детоксикация клиентов в условиях стационара;
- амбулаторное лечение наркозависимости;
- кратковременное лечение в стационаре;
- длительное лечение в стационаре;
- группы взаимопомощи (например, программа 12 шагов сообщества «Анонимные наркоманы»);
- кратковременные программы в непрофильных учреждениях.

Заместительная терапия агонистами опиоидов (ОЗТ) как поддерживающее лечение является очень эффективной, поскольку помогает людям с зависимостью от опиатов отказаться от поведения, которое может привести к риску инфицирования ВИЧ (14, 15, 19, 32). Кроме того, есть подтверждение, что ОЗТ улучшает доступ и соблюдение режима АРТ, а также снижает смертность (33–36). Соответственно, ОЗТ особенно важна в противодействии ВИЧ в связи с употреблением наркотиков, в частности, по той причине, что во многих странах люди, зависимые от опиатов, являются ПИН, а подавляющее большинство ПИН в мире (хотя точное их количество неизвестно) употребляют именно опиаты.

В ОЗТ используются разнообразные агонисты опиоидов, наиболее распространенными являются метадон и бупренорфин. ВОЗ определяет оба эти средства как основные лекарства (37). В небольшом количестве стран используются также другие препараты, в частности фармацевтический героин (диаморфин) и медленно высвобождающийся морфин. В индикаторах, представленных в этом документе, упоминается и программа ОЗТ для людей с зависимостью от опиатов, которые не употребляют инъекционные наркотики. Часто эти люди начинают употреблять инъекционные наркотики (38), а лечение опиоидной зависимости снижает вероятность начала УИН и, таким образом, может рассматриваться как составляющая стратегии профилактики ВИЧ-инфекции.

Для наибольшей эффективности необходимо обеспечивать предоставление ОЗТ в надлежащих количествах (дозах) и в течение необходимого времени (см. *Руководство по психосоциальной поддержке фармакотерапии для лечения опиоидной зависимости*. – Женева, ВОЗ, 2009 (39)).

Хотя доступные данные о влиянии других форм лечения наркозависимости на темпы распространения ВИЧ-инфекции не такие убедительные, как в случае с ОЗТ (40), настоятельно рекомендуется применять эти другие методы в случаях употребления неопиоидных наркотиков, таких как стимуляторы амфетаминового ряда (САР), кокаин и бензодиазепин, а также в случаях недоступности ОЗТ. Такое лечение должно основываться на научном подходе. Программы могут включать когнитивно-поведенческую психотерапию (41) или предотвращение срывов при амфетаминовой зависимости (42), рекомендуются также кратковременные психосоциальные воздействия в непрофильных учреждениях (например, не наркологического профиля) (43). Детоксикация в стационаре под медицинским наблюдением может способствовать выводу остатков наркотических веществ из



организма, но не может эффективно обеспечить отказ от употребления наркотиков (44). Детоксикация может включать облегчение симптомов для снижения дискомфорта от вывода остатков наркотиков. Выведение остатков опиатов может осуществляться при помощи ОЗТ путем уменьшения доз (39).

В ряде стран потребителей наркотиков арестовывают и помещают в изоляторы временного содержания якобы для лечения наркозависимости и реабилитации, однако при этом дело не рассматривается в суде и не осуществляется клиническая оценка зависимости. Очень редко длительность заключения определяется на основе результатов клинического лечения. Как правило, в таких изоляторах не осуществляется медицинский надзор за выведением остатков наркотиков, не обеспечивается научно обоснованное лечение. Часто задержанных принуждают работать бесплатно, выполнять упражнения наподобие армейских. Задержанные могут стать жертвами физических наказаний. После освобождения многие из них снова начинают принимать наркотики, может увеличиться риск передозировки (45). Нет подтверждения, что такие подходы эффективно снижают наркозависимость. Соответственно, они не входят в способы лечения наркозависимости, предусмотренные комплексным пакетом и описанные в этом документе.

### Источники информации для лечения наркозависимости

- *Руководство по психосоциальной поддержке фармакотерапии для лечения опиоидной зависимости.* – Женева, ВОЗ, 2009 (39).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- *Практическое руководство по лечению опиоидной зависимости в странах Юго-Восточной Азии.* – Нью-Дели, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, 2008 (46).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/op\\_guide\\_opioid\\_depend/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html)
- *Руководство по лечению психических, неврологических заболеваний и заболеваний в связи с наркозависимостью в непрофильных учреждениях (в рамках Программы mhGAP).* – Женева, ВОЗ, Отдел психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, 2011 (43).  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhgap\\_intervention\\_guide/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_intervention_guide/en/index.html)
- ВОЗ, УНП ООН. *Принципы лечения наркозависимости – материалы для обсуждения.* – Женева, ВОЗ, 2008 (47).  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf)
- *Основные принципы лечения и психосоциальной поддержки наркозависимых людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.* – Женева, ВОЗ, 2006 (48).  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/basic\\_principles\\_drug\\_hiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf)
- *Методические инструкции о наркотических средствах амфетаминового ряда.* – Манила, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, 2011 (49).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats\\_tech\\_brief/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/index.html)

### 3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Консультирование и тестирование на ВИЧ (КТВ) является важной предпосылкой для лечения и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией. Технологии быстрого тестирования позволяют получить результат сразу после сдачи теста. Быстрое тестирование можно проводить в разных условиях и разными способами. В частности, его могут проводить в рамках «полевой» работы. Такое тестирование на уровне общин позволяет вовлечь большее количество людей, в том числе ЛУИН, которые, как правило, не обращаются в учреждения для прохождения теста или не приходят для получения его результатов.

Важно обеспечить, чтобы, несмотря на то, где происходит тестирование, людям с положительным результатом четко и ясно объяснили пути лечения и ухода (была установлена связь с этими услугами). Отсутствие такой связи может препятствовать своевременному обращению за АРТ и уходом. Важно также, чтобы процедуры подтверждения позитивных результатов были понятными и отвечали национальным стратегиям тестирования на ВИЧ.

В большинстве случаев в работе с ЛУИН рекомендуется применять тестирование и консультирование по инициативе провайдера (ТКИП), если только оно не является обязательным и связано с предоставлением лечения и ухода согласно руководствам ВОЗ. При применении ТКИП необходимо обратить особое внимание на сообщение точной информации и на получение информированного согласия. ТКИП можно применять и в работе с половыми партнерами ЛУИН.

Необходимо предоставлять поддержку и консультирование в связи с разглашением ВИЧ-статуса, может применяться консультирование для пар (ЛУИН и их половых партнеров).

#### Источники информации для консультирования и тестирования на ВИЧ

- ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Руководство по консультированию и тестированию на ВИЧ по инициативе провайдера в медицинских учреждениях*. – Женева, ВОЗ, 2007 (50).  
<http://www.who.int/hiv/topics/vct/pitc/en/index.html>
- УНП ООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Тестирование и консультирование в тюрьмах и других местах заключения*. – Вена, УНП ООН, 2009.  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc\\_prisons/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prisons/en/index.html)
- Региональное бюро ВОЗ для стран ЮВА, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, УНП ООН. *Руководство по консультированию и тестированию на ВИЧ в местах, которые посещают ЛУИН: улучшение доступа к лечению, уходу и профилактике*. – Манила, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, 2009 (51).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo\\_wpro\\_tc/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/index.html)
- ЕМЦНН. *Руководство по тестированию на ВИЧ, вирусный гепатит и другие инфекции среди ПИН: пособие для медицинского обследования, тестирования и консультирования по инициативе провайдера*. – Лиссабон, ЕМЦНН, 2010 (52).  
[www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_120808\\_en\\_guidelines\\_Hivtesting\\_final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120808_en_guidelines_Hivtesting_final.pdf)
- *Сообщение результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию и информация о повторном тестировании и консультировании взрослых*. – Женева, ВОЗ, 2010 (53).  
[http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html)
- *Пособие по улучшению услуг консультирования и тестирования на ВИЧ: апробация в полевых условиях*. – Женева, ВОЗ, 2010 (54).  
<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

## 4 АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)

Предоставление антиретровирусной терапии (АРТ) людям, употребляющим инъекционные наркотики, имеет положительные последствия для здоровья населения. ЛУИН могут успешно пройти лечение и получить пользу от АРТ (36, 55–57). Появляется все больше подтверждений, что АРТ может сыграть важную роль в профилактике ВИЧ-инфекции путем снижения вирусной нагрузки и уменьшения передачи ВИЧ (58–63). Однако ЛУИН, как правило, имеют худший доступ к АРТ, чем остальные. Это может быть связано с многочисленными факторами, в частности с запретами или практиками провайдера, которые могут ограничить доступ ЛУИН к АРТ (36).

Лечение наркозависимости, в частности ОЗТ, улучшает результаты лечения и соблюдение режима АРТ среди людей, живущих с ВИЧ и имеющих опиоидную зависимость (36).

Сложно определить количество ЛУИН, которые получают АРТ. Страны могут вести учет клиентов, получающих АРТ, или тех, кому предстоит начать лечение. Тем не менее многие из этих систем учета не содержат информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Если же система учета содержит такую информацию, важно обеспечить конфиденциальность, чтобы факт употребления инъекционных наркотиков в настоящем или прошлом не стал известен правоохранительным органам. Такой факт также не должен стать основанием для ограничения доступа к лечению.

Кроме того, важно обратить внимание на программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в случае, если ВИЧ-инфицированная беременная женщина употребляет инъекционные наркотики или же является половым партнером мужчины, употребляющего инъекционные наркотики. Необходимо обеспечить лечение наркозависимости во время беременности, в частности предоставление ОЗТ женщинам, имеющим опиоидную зависимость.

### Источники информации для антиретровирусной терапии

- *Антиретровирусная терапия для лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков: рекомендации с позиций общественного здравоохранения.* – Женева, ВОЗ, 2010 (64).  
<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>
- Глава 5. Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом для потребителей инъекционных наркотиков. *Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом: клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ.* – Копенгаген, Европейское бюро ВОЗ, 2006 (65).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/euro\\_treatment/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/euro_treatment/en/index.html)
- *Антиретровирусная терапия для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных.* – Женева, ВОЗ, 2010 (66).  
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html>

## 5 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ (ИППП)

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), могут увеличить риск передачи ВИЧ половым путем (67). Возможность заражения ИППП повышается у ЛУИН, вовлеченных в коммерческий секс, и у мужчин-ЛУИН, которые имеют секс с другими мужчинами (68, 69).

Программы распространения презервативов и продвижение практик безопасного секса путем информирования и просвещения – это две важные стратегии профилактики ИППП, они являются составляющими комплексного пакета (программы 6 и 7 пакета соответственно).

Стратегии увеличения охвата лечения ИППП ЛУИН могут включать:

- повышение способности медицинских учреждений, к которым обращаются ЛУИН, проводить диагностику и лечение ИППП;
- проведение диагностирования и лечения ИППП в одном месте, к которому люди, употребляющие инъекционные наркотики, имеют доступ (месте выполнения программы игл и шприцев или предоставления услуг по лечению наркозависимости);
- установление действенных механизмов перенаправления и включения программ диагностики и тестирования в услуги по лечению ИППП и другие услуги, к которым ЛУИН имеют доступ;
- обеспечение того, что люди, употребляющие инъекционные наркотики, имеют доступ к основным услугам по лечению ИППП, и эти услуги отвечают потребностям таких людей.

### Источники информации для профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем

- *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними: 2006–2015 – прервать путь передачи.* – Женева, ВОЗ, 2007 (70).  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>
- *Справочные пособия по лечению синдромов инфекций, передаваемых половым путем.* – Женева, ВОЗ, 2007 (71).  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>
- *Инфекции, передаваемые половым путем, и другие инфекции репродуктивного тракта.* – Женева, ВОЗ, 2005 (72).  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/en/index.html>
- *Руководство по лечению инфекций, передаваемых половым путем.* – Женева, ВОЗ, 2004 (73).  
<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>

## 6 ПРОГРАММА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Передача ВИЧ половым путем среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и между такими людьми и их половыми партнерами, которые не употребляют инъекционные наркотики, является важным источником распространения инфекции. Есть также существенная прямая связь между использованием стимуляторов (инъекционных и неинъекционных) и рискованным сексуальным поведением (74, 75). ЛУИН, вовлеченные в коммерческий секс, и мужчины-ЛУИН, практикующие секс с мужчинами, имеют повышенный риск инфицирования (76).

Таким образом, повышение доступности и частоты использования презервативов среди потребителей наркотиков и их половых партнеров путем целевых программ их распространения – важная составляющая комплексного пакета. Хотя во многих странах презервативы могут быть широко доступны в продаже, распространение бесплатных презервативов среди групп высокого риска позволяет существенно повысить доступность и частоту использования, поскольку снимает ограничения, связанные с их стоимостью.

Для повышения доступности и частоты использования необходимо распространять и мужские, и женские презервативы, а также лубриканты (76, 77). Важно также предлагать услуги по планированию семьи женщинам, употребляющим инъекционные наркотики или являющимся половыми партнерами мужчин-ЛУИН.

### Источники информации для программы распространения презервативов

- *Программы распространения презервативов для борьбы с ВИЧ-инфекцией: пособие для провайдеров услуг.* – Нью-Йорк, ФН ООН, 2005 (78).  
<http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- ФН ООН, ВОЗ, РАТН. *Программы распространения презервативов для борьбы с ВИЧ-инфекцией: рабочее пособие для руководителей программ.* – Нью-Йорк, ФН ООН, 2005 (76).  
<http://www.unfpa.org/public/global/pid/1292>

## 7 ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ, ОБУЧЕНИЮ И ПРОСВЕЩЕНИЮ (ИОП) ДЛЯ ЛУИН И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Целевые программы по информированию и просвещению в сочетании с другими направлениями (например, распространением стерильных приспособлений для инъекций и презервативов, лечением наркозависимости) могут способствовать устойчивому снижению рискованного поведения (13, 79). Для обеспечения эффективности такие программы должны проводиться регулярно.

Содержание информационной работы в разных условиях может отличаться, но всегда должно содержать в себе такие аспекты: риски инфицирования ВИЧ, связанные с употреблением наркотиков, и пути их снижения; риски, связанные с половой жизнью, и пути их снижения; другие риски, связанные с употреблением наркотиков, и пути их снижения; пути получения услуг и поддержки; базовые сведения об употребляемых наркотиках, способах реализации законных прав, профилактике передозировки.

Просвещение, направленное на изменение поведения, может иметь разные формы и осуществляться разными средствами. Распространяемая информация должна отвечать местному контексту, быть тесно связана с потребностями людей, употребляющих наркотики, и эффективно доносить сообщения до целевых групп. Индивидуальное, парное и групповое консультирование может способствовать использованию практик безопасного секса и употребления инъекционных наркотиков; программы по принципу «равный – равному» продемонстрировали исключительную эффективность (80).

Учитывая, что передозировка остается основной причиной смерти среди ЛУИН, даже в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции стратегии ИОП, направленные на профилактику передозировки, являются особенно важными. Кроме информирования о способах профилактики передозировки, необходимо сообщать, как действовать, если передозировка все-таки случилась. При наличии необходимых условий можно проводить тренинги для ЛУИН, членов их семей, партнеров и других ЛУИН по приведению в сознание и роли налоксона (агониста опиоидов, способного восстановить дыхательную функцию при передозировке опиатами) (81–84).

### Источники информации для целевых программ по информированию, обучению и просвещению

- Салем Р.М. и др. Просвещение для улучшения состояния здоровья. – *Population Reports*, series j, no. 56, 2008 (85).
- Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Азиатско-Тихоокеанская сеть проектов по коммерческому сексу. *Руководство по подготовке материалов для профилактики ВИЧ среди уязвимого населения с вовлечением такого населения*. – Брайтон, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2005 (86). <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=194>
- *Учебное пособие по адвокационной работе с вопросами ВИЧ/СПИДа и прав человека*. – Виндхук, Намибия, Альянс по правам в связи со СПИДом в Южной Африке (87). <http://www.arasa.info/index.php/trainingmanuals/83-hiv-aids-and-human-rights-advocacy-and-training-resource-manual18>
- Кертис М., Гутерман Л. *Профилактика и борьба с передозировкой: руководство для потребителей наркотиков и сотрудников, занимающихся снижением вреда в странах Восточной Европы и Центральной Азии*. – Нью-Йорк, Институт «Открытое общество», 2009 (88). [http://www.soros.org/sites/default/files/overdose\\_20090604.pdf](http://www.soros.org/sites/default/files/overdose_20090604.pdf)

## 8 ПРОФИЛАКТИКА, ВАКЦИНАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Хотя в этом документе и комплексном пакете основное внимание уделяется ВИЧ, важно заниматься лечением и других инфекций, которые передаются через кровь, в частности гепатитов В и С (ВГВ и ВГС). Последние исследования показали, что 10 миллионов ЛУИН в мире, вероятно, имеют гепатит С (89), в то время как ЛУИН, имеющих ВИЧ, примерно 3 миллиона (90). Ко-инфекция ВГС среди ЛУИН, имеющих ВИЧ, распространена довольно широко (91). Кроме того, гепатит В распространен среди ЛУИН намного больше, чем среди населения в целом (89, 92, 93). Таким образом, вирусный гепатит добавляет существенную нагрузку на здоровье людей, употребляющих инъекционные наркотики. Ко-инфекция ВИЧ вызывает более быстрое развитие заболеваний печени и смертность среди людей, инфицированных ВГС или ВГВ (91).

Поскольку и ВИЧ, и вирус гепатита передаются через кровь, программы, эффективные для профилактики ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, помогают предотвратить передачу ВГС/ВГВ, и наоборот. Учитывая, что ВГС опаснее, чем ВИЧ, для сопоставимого снижения случаев инфицирования и смертности необходимо применять больше усилий, направленных на профилактику гепатита С (14, 91).

ВОЗ издал руководство по профилактике вирусных гепатитов В и С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (95). В нем рекомендуется предлагать ЛУИН быструю вакцинацию от гепатита В, применять усилия для того, чтобы ЛУИН соглашались на вакцинацию и придерживались графика прививок. Предлагается также распространять шприцы с малым мертвым объемом в рамках ПИШ и проводить мероприятия по принципу «равный – равному». Такие программы должны учитывать местный контекст и быть направлены на результат, стараться максимально использовать любой контакт с целевыми группами.

Важно обеспечить надлежащее лечение коинфекции ВИЧ и ВГВ или ВГС (или обеих) среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (93). Хронический активный гепатит В, требующий лечения, является показанием для назначения АРТ людям, живущим с ВИЧ (64).

### Источники информации для профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита

- *Руководство по профилактике вирусных гепатитов В и С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.* – Женева, ВОЗ, 2012 (95).  
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>
- *Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом: клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ.* – Копенгаген, Европейское бюро ВОЗ, 2006 (65):  
Глава 6. Лечение ко-инфекции гепатита С и ВИЧ  
Глава 7. Лечение ко-инфекции гепатита В и ВИЧ  
Глава 8. Профилактика гепатитов А, В, С и воздействия других гепатотоксических факторов у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом  
<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/hivaids-treatment-and-care.-clinical-protocols-for-the-who-european-region>

## 9 ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, имеют повышенный риск заражения туберкулезом (ТБ) независимо от их ВИЧ-статуса. Однако положительный ВИЧ-статус повышает риск развития туберкулеза (20). Рекомендуется, чтобы в местах предоставления услуг, которые оказываются людям с повышенным риском заражения туберкулезом (например, ЛУИН), и в учреждениях, в которых содержится большое количество людей (например, тюрьмы), проводились мероприятия по контролю над инфекцией туберкулеза и применялись протоколы по выявлению туберкулеза и ВИЧ (96).

Потребители наркотиков, которые живут с ВИЧ, должны иметь доступ к изониазидной профилактической терапии (ИПТ), как только исключена активная форма туберкулеза (97), а тем, у кого она есть, необходимо предоставлять лечение (96). ЛУИН должны быть осведомлены о рисках заражения туберкулезом и способах регулярной диагностики.

Действенные механизмы перенаправления между услугами по лечению ТБ и услугами для ЛУИН, интегрированные программы диагностики и тестирования также важны. ЛУИН должны иметь доступ к основным услугам для лечения ТБ, при их предоставлении необходимо учитывать потребности ЛУИН.

### Источники информации для профилактики, диагностики и лечения туберкулеза

- ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. *Аргументы в пользу действий. Краткий аналитический обзор: руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков.* – Женева, ВОЗ, 2008 (96).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/tb\\_hiv/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tb_hiv/en/index.html)
- *Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов.* – Женева, ВОЗ, 2011 (97).  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/index.html>
- *Руководство по лечению туберкулеза, четвертое издание.* – Женева, ВОЗ, 2010 (98).  
<http://www.who.int/tb/publications/2010/9789241547833/en/index.html>

## 2.2. АУТРИЧ-РАБОТА

Аутрич-работа на уровне общин позволяет получить доступ и привлечь людей, употребляющих наркотики, в тех местах, где они находятся, а не непосредственно в местах предоставления услуг. Во многих случаях аутрич-работа на уровне общин является очень важным средством выполнения программ профилактики ВИЧ/СПИДа – ПИШ, программ распространения презервативов и ИОП – среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Кроме того, это важная «точка входа» для доступа ЛУИН к программам ОЗТ, лечения наркозависимости и АРТ (30).

Учитывая, что аутрич-работа является не услугой, а способом предоставления услуги, она не включена в комплексный пакет в качестве отдельной программы. Тем не менее настоятельно рекомендуется вести такую деятельность, поскольку это существенная составляющая программ профилактики и ухода в связи с ВИЧ, особенно эффективная для вовлечения ЛУИН – группы, вовлечь которую часто бывает тяжело (30).



В разных условиях эффективными и действенными могут быть и другие способы предоставления услуг, см. раздел 2.6, где детальнее обсуждаются способы предоставления услуг комплексного пакета.

### Источники информации по аутрич-работе

- *Краткая информация для выработки политики: сокращение масштабов распространения ВИЧ-инфекции путем реализации программ помощи нуждающимся в привычной для них обстановке (аутрич).* – Женева, ВОЗ, 2004 (30).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-outreach/en/index.html>
- *Тренинговая программа по проведению аутрич-работы по профилактике среди потребителей инъекционных наркотиков. Руководство к проведению тренинга.* – Женева, ВОЗ, 2004 (99).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/index.html>
- *Практическое руководство по интенсификации усилий по профилактике ВИЧ.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2007 (100).  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306\\_prevention\\_guidelines\\_towards\\_universal\\_access\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf)

## 2.3. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫЕ В КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ

Ряд программ не включен в комплексный пакет, поскольку недостаточно данных, подтверждающих их эффективность, или же по другим причинам. Впрочем, это не должно означать, что не следует выполнять дополнительные программы (пилотные или полномасштабные), если в них есть потребность на местах.

При планировании и проведении программ, направленных на проблемы УИН и ВИЧ и не включенных в комплексный пакет, необходимо обращать внимание на их оценивание и создание доказательной базы. Например, хотя ВОЗ не оценивала эффективность учреждений контролируемого употребления наркотиков для профилактики ВИЧ-инфекции, оценки, проведенные в странах с высоким уровнем дохода, где эта инициатива была апробирована, подтверждают снижение рискованного поведения среди клиентов, посещающих их (101, 102).

Стратегии преодоления структурных факторов, влияющих на риск инфицирования ВИЧ, и механизмы влияния описаны в разделе 2.4.

### Источники информации для других программ, не включенных в комплексный пакет

- *Руководство по лучшим практикам – ВИЧ и употребление наркотиков: действия на уровне общины.* – Брайтон, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2010 (103).  
[http://www.aidsalliance.org/includes/publication/gpg\\_drug%20use\\_07.06.12.pdf](http://www.aidsalliance.org/includes/publication/gpg_drug%20use_07.06.12.pdf)

## 2.4. СТРУКТУРНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ, И МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ

Важно учитывать условия, в которых происходит употребление инъекционных наркотиков и в которых предоставляются услуги людям, употребляющим инъекционные наркотики. Это включает в себя определение структурных факторов (социальных норм, политических концепций, законодательства и других факторов), влияющих на риск инфицирования ВИЧ или препятствующих выполнению программ. Если обратить внимание на эти факторы, это создаст условия, способствующие снижению риска инфицирования ВИЧ и других форм вреда.

Во многих странах употребление наркотиков является преступлением, ЛУИН, как правило, маргинализированы и являются объектом стигматизации, дискриминации, уголовной ответственности, имеют ограниченный доступ к основным услугам. Изменения характера предложения наркотиков могут способствовать изменениям в практиках инъекции наркотиков и, таким образом, изменениям в передаче ВИЧ. Законы и специфика правоприменения могут непреднамеренно увеличить риск передачи ВИЧ и препятствовать предоставлению и расширению услуг профилактики ВИЧ-инфекции.

Шаги по преодолению этих структурных факторов являются важной частью ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции. Необходимо применять конкретные действия для преодоления барьеров, ограничивающих доступ к программам, соответствующие стратегии указаны в разделе 2.5, который посвящен вопросам всеобщего доступа. *Наиболее важными* стратегиями по созданию более благоприятных условий являются следующие (17):

- обеспечение политических обязательств и инвестирование в адвокационную работу;
- пересмотр и внесение изменений (при необходимости) в законодательство и практику его применения;
- привлечение общин;
- сокращение стигматизации.

Ряд пунктов, включенных в Национальный комбинированный индекс политики (НКИП) Глобального отчета ЮНЭЙДС по ВИЧ/СПИДу, относится к преодолению структурных барьеров в решении проблем, связанных с ВИЧ и УИН (доступно по адресу: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/-dataimport/pub/manual/2009/jc1676\\_core\\_indicators\\_2009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/-dataimport/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_2009_en.pdf)) (7).

### Источники информации для работы с политическими и структурными факторами

- Решевска И. и др. *Инструменты для адвокационной работы по медикаментозному лечению наркозависимости*. – Вашингтон, The Futures Group, Health Policy Initiative, 2010 (104). <http://www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?id=publications&get=pubid&pubid=1449>
- *Обновленная стратегия выделения ресурсов для ответа на эпидемию ВИЧ на глобальном уровне*. – Женева, ЮНЭЙДС, 2011 (17). [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2244\\_investmentframework\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2244_investmentframework_en.pdf)

## 2.5. ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА

Концепция обеспечения всеобщего доступа была принята на состоявшейся в 2006 году встрече высокого уровня по вопросам ВИЧ/СПИДа как обязательство о расширении национальных программ в области профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся (105). Будучи, безусловно, амбициозной и желаемой целью, обеспечение всеобщего доступа является вместе с тем вполне конкретным процессом, проводимым в странах, организовавших общенациональные консультативные совещания в целях выявления важнейших препятствий на пути расширения деятельности в этом направлении и составивших планы действий по их преодолению.

Концепция всеобщего доступа включает принципы равенства, недискриминации, комплексности, доступности и устойчивости, которые лежат в основе разработки всех программ комплексного пакета. Эти программы должны соответствовать таким критериям:

- быть физически доступными (предоставляться в разных городах и районах – не только в больших городах – и быть доступными населению, которое живет в отдаленных местах);
- иметь допустимую цену (цена услуги не должна быть препятствием к ее получению, например, лечение должно быть бесплатным для клиентов);
- предоставляться на принципах равенства и недискриминации (не должно быть никаких оснований для отказа в предоставлении услуги, кроме медицинских, например, ОЗТ не должна предоставляться только ВИЧ-инфицированным потребителям наркотиков или тем, у кого не получилось пройти другое лечение наркозависимости, а предоставление доступа к АРТ не должно сопровождаться требованием отказаться от употребления наркотиков);
- быть ненормированными (предложение должно основываться на потребностях и не ограничиваться по финансовым или другим соображениям; например, ПИШ, в которых строго ограничивается количество шприцев для каждого клиента, являются менее эффективными, чем программы, не имеющие таких ограничений) (106).

Более того, доступ к программам комплексного пакета не должен ограничиваться по социально-демографическим или другим критериям, например:

- по возрасту: программы не должны устанавливать возрастных ограничений (то есть не должно быть установлено минимального возраста для получения услуг. В случае предоставления медицинских или других услуг детям или молодежи, употребляющей инъекционные наркотики, могут применяться специальные положения, требующие согласия их родителей);
- по полу, сексуальной ориентации или гендерной идентичности;
- по гражданству, национальности, происхождению, расе, статусу беженца, религиозным убеждениям;
- по статусу занятости и профессии, в том числе нелегальной занятости, работы в сфере коммерческого секса и т.д.;
- по признаку нахождения в закрытом учреждении – в тюрьме, на воинской службе, в медицинском учреждении, интернате и т.д.;
- по наличию или отсутствию медицинской страховки;
- по факту употребления наркотиков – например, если клиент употребляет инъекционные наркотики, это не должно быть препятствием к получению услуги;
- по наличию или отсутствию места жительства (например, по бездомности);
- по состоянию психического здоровья;
- по беременности.

Доступ ко всем программам должен быть добровольным и осуществляться в благоприятных условиях, созданных за счет соответствующих законов, политики и стратегий деятельности.

## 2.6. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ

При разработке моделей предоставления услуг в разных учреждениях необходимо обеспечить их применимость и соответствие местному контексту.

Как указано в разделе 2.1, программы, включенные в комплексный пакет, делятся на программы, *направленные на потребности потребителей наркотиков* (например, ПИШ или лечение наркозависимости), и другие – те, которые предоставляются населению в целом.

Для успешного противодействия ВИЧ страны с высоким уровнем УИН должны обратить особое внимание на выполнение ПИШ и проведение научно обоснованного лечения наркозависимости (в частности, ОЗТ), а также обеспечить надлежащий охват ЛУИН другими программами комплексного пакета, разработанными для населения в целом. Как правило, большинство стран выполняют эти программы на определенном уровне, даже если они не направлены непосредственно на ЛУИН.

Некоторые из программ комплексного пакета выполняются одной службой или одним сотрудником. Например, ОЗТ и АРТ могут быть эффективно предоставлены в одном месте. Сотрудники ПИШ могут вместе со стерильными инъекционными приспособлениями распространять презервативы, целевую информацию, проводить быстрое тестирование на ВИЧ и направлять ЛУИН в службы лечения наркозависимости и другие учреждения по поддержанию здоровья и благополучия.

Услуги, направленные непосредственно на ЛУИН (например, ПИШ и лечение наркозависимости), могут стать важной «точкой входа» для получения доступа к другим программам комплексного пакета и к системе здравоохранения в целом. Можно улучшить доступ к этим программам путем применения интегрированных моделей предоставления услуг, в том числе предоставления разных услуг в одном месте, или же путем усиления координации и перенаправления между разными провайдерами услуг. Создание механизма активного перенаправления и принятие соответствующих протоколов способствует такому усилению, подробнее это описано в разделе 3.1.

Как отмечалось ранее, ЛУИН, как правило, имеют проблемы с доступом к медицинским услугам. Это связано с множеством причин, в том числе с враждебностью и дискриминацией, с которыми сталкиваются ЛУИН при попытке получения доступа, опасениями, что сотрудники медицинских служб сообщат органам власти конфиденциальную информацию, в том числе о факте УИН, требованиями, что клиенты для получения услуг не должны принимать наркотики, непомерно высокой стоимостью, отсутствием у персонала опыта работы с ЛУИН. Для того чтобы успешно охватить ЛУИН, они должны иметь доступ к услугам, а услуги должны соответствовать потребностям таких людей. Для того чтобы сделать услуги более дружественными к потребителям наркотиков, необходимо обеспечить следующее:

- предоставление услуг в одном месте и перекрестное обучение провайдеров (например, предоставление АРТ службами по лечению наркозависимости);
- назначение времени работы служб, которое бы совпадало с образом жизни клиентов;
- предоставление услуг в легкодоступных местах (например, в популярных заведениях);
- привлечение клиентов к разработке, продвижению, предоставлению, мониторингу и оценке услуг по принципу «равный – равному»;
- обучение персонала работе с ЛУИН;
- применение мер для обеспечения того, чтобы правоохранительные органы не вмешивались в доступ клиентов к услугам.

## 2.7. ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ В ТЮРЬМАХ И ДРУГИХ МЕСТАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Среди потребителей наркотиков больше лиц, которые содержатся под стражей, чем среди населения в целом. Непропорционально большое количество заключенных хотя бы раз в жизни употребляли наркотики. Употребление наркотиков в тюрьмах, в том числе инъекционных наркотиков, происходит по всему миру. Частые случаи повторного использования инъекционных приспособлений, небезопасный секс и высокий уровень эпидемии ВИЧ-инфекции увеличивают риск инфицирования в тюрьмах.

Согласно принципу эквивалентности услуг по уходу в связи с ВИЧ (107), заключенные имеют право на получение услуг такого уровня, на котором они предоставляются для населения в целом, и не должны подвергаться дискриминации. Это касается в том числе профилактики ВИЧ-инфекции и АРТ. Кроме того, важно обеспечить непрерывность ухода в местах заключения для тех клиентов, которые получали лечение (АРТ, ОЗТ или лечение туберкулеза) в общих учреждениях. Прерывание лечения имеет серьезные последствия для здоровья заключенных и может привести к формированию резистентности к лечению ВИЧ-инфекции или ТБ.

Программы комплексного пакета по работе с ЛУИН и ВИЧ-инфицированными могут применяться и в местах заключения, следственных изоляторах и учреждениях, в которых содержатся беженцы или иммигранты. УНП ООН, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ПРООН и МОТ определили особый пакет программ для профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ в местах заключения. Этот пакет состоит из 15 программ, в том числе всех девяти программ комплексного пакета, направленных на ЛУИН. Кроме того, он включает в себя дополнительные программы для снижения риска инфицирования ВИЧ, в частности программу ППМР, мероприятия по противодействию сексуальному насилию, пост-контактную профилактику, профилактику передачи ВИЧ в медицинских и стоматологических клиниках, мероприятия по повышению безопасности тату, пирсинга и других форм прокалывания кожи, а также мероприятия для персонала (108). Предусматривается разработка Методического руководства по мониторингу и оценке этих программ в тюрьмах и других местах заключения, которое дополнит это издание.

Рекомендуется применять в отношении тюрем и других мест заключения индикаторы по оценке наличия программ, представленные в этом Руководстве.

### Источники информации для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в тюрьмах и других местах заключения

- *Официальный документ по тюрьмам, наркотикам и снижению вреда*. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (109). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78549/e85877.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/e85877.pdf)
- ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. *Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах*. – Женева, ВОЗ, 2004 (23). [http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons\\_reduction/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_reduction/en/index.html)
- ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. *Эффективность программ противодействия ВИЧ-инфекции в тюрьмах*. – Женева, ВОЗ, 2004 (110). [http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons\\_effective/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html)
- УНП ООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Профилактика, лечение, поддержка и уход в связи с ВИЧ в тюрьмах: стратегия эффективного национального ответа*. – Нью-Йорк, ООН, 2006 (111). [http://www.unodc.org/pdf/Hiv-aids\\_prisons\\_july06.pdf](http://www.unodc.org/pdf/Hiv-aids_prisons_july06.pdf)
- УНП ООН, МОТ, ПРООН. *Профилактика, лечение, поддержка и уход в связи с ВИЧ в тюрьмах и других местах заключения*. – Вена, УНП ООН, 2012 (108). [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Hiv\\_prisons\\_advance\\_copy\\_july\\_2012\\_leaflet\\_unodc\\_ilo\\_undp\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Hiv_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_unodc_ilo_undp_ebook.pdf)

### 3. ПРОЦЕСС МОНИТОРИНГА И ПОСТАНОВКИ ЗАДАЧ

Этот документ раскрывает методику мониторинга выполнения программ комплексного пакета, поясняет способы интерпретации результатов мониторинга и устанавливает, каким образом следует достигать соответствующих задач.

Этот процесс предусматривает участие большого количества заинтересованных сторон, в том числе гражданского общества и, в частности, людей, которые употребляют наркотики. Эти группы должны внести существенный вклад в разработку концепции и структуры программ, проведение оценки прогресса, определение методов усовершенствования программ и постановку задач. Многие донорские организации и международные механизмы отчетности предусматривают активное участие гражданского общества в этих процессах.

Мониторинг прогресса на национальном уровне предусматривает сбор данных на уровне предоставления услуг, их сравнение и анализ на центральном уровне. Для того чтобы собирать воедино данные о разных услугах, система мониторинга должна быть согласованной со спецификой всех услуг. В этом Руководстве предлагается ряд индикаторов, которые позволяют оценить *наличие, охват, качество и эффект/результативность* составляющих комплексного пакета.

Как уже было отмечено, максимальной пользы от реализации этих девяти программ можно добиться в том случае, если проводить их в комплексе, поэтому очень важно организовать процесс непрерывного мониторинга и оценки каждого из них. При этом, конечно, надо учитывать, что страны находятся на различных этапах организации комплексных ответных мер, а обеспечение полноты процесса мониторинга и оценки может быть сопряжено с определенными ограничениями. В случае если отсутствует возможность мониторинга выполнения всех девяти составляющих комплексного пакета, рекомендуется, чтобы ему подвергались как минимум выполнение ПИШ, ОЗТ, КТВ и АРТ.

#### 3.1. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИНГА ПРОГРАММ, НАЦЕЛЕННЫХ НА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ И НА НАСЕЛЕНИЕ В ЦЕЛОМ

Разница между программами комплексного пакета, направленными на потребителей наркотиков (ПИШ и лечение наркозависимости), и программами, направленными на население в целом, важна в контексте выбора подхода к мониторингу предоставления услуг людям, употребляющим инъекционные наркотики.

При анализе программ, которые не направлены непосредственно на потребителей наркотиков, важно определить, насколько эффективно такие программы и услуги охватывают ЛУИН. По ряду причин потребители наркотиков обычно не пользуются медицинскими услугами в полном объеме. Они могут не иметь равного доступа к основным услугам, а в некоторых случаях даже быть сознательно лишены такого доступа. При разработке основных услуг не учитываются потребности отдельных групп населения, персонал может не иметь опыта предоставления услуг ЛУИН, эти услуги могут быть не приспособлены к их потребностям. Таким образом, необходимо оценить усилия, направленные на улучшение доступа ЛУИН к таким услугам, а также результаты, которые были достигнуты в этой сфере.

Как уже было обозначено, охват ЛУИН программами, которые не направлены непосредственно на них, может быть обеспечен за счет таких действий: 1) предоставление равного доступа к программам за счет услуг, направленных непосредственно на потребителей наркотиков (например, предоставление АРТ в учреждениях лечения наркозависимости), 2) изменение основных услуг с тем, чтобы они стали более доступными, ориентированными лучше отвечали потребностям ЛУИН.

Доступ можно обеспечить за счет предоставления услуг в одном учреждении или за счет хорошо скоординированных связей и механизмов перенаправления между разными провайдерами услуг. Налаживание действенных механизмов перенаправления и подготовка соответствующих протоколов может нуждаться в следующих условиях:

- службы, осуществляющие перенаправление, должны иметь список услуг и провайдеров, к которым должны направляться клиенты, а также контакты со всеми провайдерами;
- услуги и службы, к которым направляются клиенты, должны быть ориентированными и отвечать потребностям ЛУИН, соответствующие провайдеры должны находиться недалеко от служб, осуществляющих перенаправление, и быть легкодоступными для клиентов;
- сопровождение и непрерывность ухода обеспечиваются за счет того, что сопровождение клиентов осуществляется службой, осуществляющей перенаправление.

Такие стратегии, как сопровождение или перенаправление усилиями других клиентов, также могут быть полезными для повышения эффективности перенаправления.

Ряд предложенных ниже индикаторов может использоваться для оценки взаимосвязи между программами, направленными на потребителей наркотиков и на население в целом, а также для оценки уровня охвата.

## Наличие

<b>КТВ.Н.1:</b>	• Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется КТВ
<b>АРТ.Н.2:</b>	• Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется АРТ
<b>Геп.Н.1:</b>	• Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется вакцинация от гепатита В
<b>Геп.Н.2:</b>	• Количество служб для ЛУИН и учреждений, предоставляющих АРТ, в которых проводится лечение гепатита В
<b>Геп.Н.4:</b>	• Количество служб для ЛУИН и учреждений, предоставляющих АРТ, в которых проводится ведение и лечение гепатита С
<b>ТБ.Н.2:</b>	• Количество служб для ЛУИН, которые выполняют профилактику туберкулеза
<b>ТБ.Н.3:</b>	• Количество служб для ЛУИН, которые выполняют диагностику и лечение туберкулеза

## Охват

<b>ИППП.О.1:</b>	• Количество ЛУИН, которые прошли диагностику или лечение ИППП в службах для ЛУИН
<b>ПРП.О.1:</b>	• Количество презервативов, распространенных через службы для ЛУИ
<b>Геп.О.1:</b>	• Количество ЛУИН, проходящих вакцинацию от гепатита В в службах для ЛУИН
<b>Геп.О.2:</b>	• Количество ЛУИН, проходящих лечение гепатита В в службах для ЛУИН и учреждениях, предоставляющих АРТ
<b>Геп.О.3:</b>	• Количество ЛУИН, проходящих лечение гепатита С в службах для ЛУИН и учреждениях, предоставляющих АРТ

### 3.2. ИЗМЕРЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Для измерения того, в достаточном ли объеме предоставляются услуги, важно знать численность населения, на которое они направлены.

Большинство из индикаторов охвата, упомянутых здесь, предусматривают измерение того, какая часть целевого населения была охвачена или приняла участие в программе.

Например, общий индикатор охвата для определения того, какая часть целевого населения приняла участие в программе, можно сосчитать таким образом:

$$\frac{\text{Количество людей, участвовавших в программе}}{\text{Общая численность целевого населения}} \times 100$$

Таким образом, общая численность населения станет знаменателем, а количество людей, охваченных программой, – числителем.

Индикаторы, упомянутые в этом документе, относятся к программам, направленным на разные группы населения. Соответственно, для определения охвата этих групп населения необходимо оценить их общую численность.

Для того чтобы дезагрегировать данные по индикаторам, численность населения в разных группах тоже нужно распределять. В частности, при оценке численности населения нужно распределить данные по полу и возрасту, а в некоторых случаях – по виду инъекционных наркотиков, которые они употребляют.

#### ПОДСЧЕТ КОЛИЧЕСТВА ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

Подсчет количества людей, употребляющих инъекционные наркотики, необходим для получения знаменателя для большинства индикаторов, упомянутых в этом Руководстве.

Подсчет количества ЛУИН необходимо начать с определения таких людей. Для этого можно применять разные критерии в зависимости от целей оценки. Как правило, наиболее важные критерии касаются *времени*, в течение которого определенный человек употребляет инъекционные наркотики.

Оценка количества людей, которые употребляли инъекционные наркотики *хотя бы раз в жизни*, помогает определить количество людей, которые когда-либо были подвержены вреду в связи с УИН. Например, целесообразно подсчитать, сколько людей хотя бы раз в жизни употребляли инъекционные наркотики со времени начала распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в определенной местности – это поможет оценить количество людей, которые имеют риск инфицирования ВИЧ таким путем.

Разные способы определения людей, которые употребляют инъекционные наркотики в *настоящее время* («активные ЛУИН»), широко описаны в литературе и применяются разными учреждениями. Эта оценка позволяет определить, в каких масштабах необходимо выполнять целевые программы (например, ПИШ). Для целей работы с индикаторами, упомянутыми в этом документе, «активные ЛУИН» будут обозначать людей, которые *хоть раз употребляли инъекционные наркотики в течение последнего года*. Определение «активных ЛУИН» особенно важно для индикатора, направленного на оценку услуг для ЛУИН, предоставленных в течение последнего года. Вместе с тем необходимо отметить, что в некоторых системах отчетности могут быть использованы другие определения. Например, Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркозависимости определяет «активных ЛУИН» как людей, которые употребляли инъекционные наркотики хотя бы раз в течение последних четырех недель.



В некоторых странах люди могут делать себе инъекции веществ в медицинских целях. Это является инъекцией терапевтических средств и не относится к употреблению инъекционных наркотиков, лежащему в основе этого Руководства. Люди, которые делали себе инъекции веществ в медицинских целях (в отличие от тех, кто делал инъекции веществ в немедицинских целях), не подпадают под определение ЛУИН, приведенное выше.

Учитывая, что употребление инъекционных наркотиков и развитие наркотической зависимости происходит преимущественно среди взрослых, как правило, при определении распространенности УИН в расчет берется численность взрослого населения – например, в возрасте от 15 до 64 лет. Этот подход применяется ЕМЦНН и другими организациями, а также в рамках глобальных обзоров, проводимых Референтной группой ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков (90).

Определение количества ЛУИН может быть сложным. В исследованиях населения в целом, например в обследовании домохозяйств, данные о распространенности УИН могут быть существенно ниже реального уровня – как правило, потому, что ЛУИН имеют меньше шансов быть включенными в выборку, потому что происходит стигматизация УИН, оно может быть незаконным, и респонденты могут скрывать эту информацию. Особенно полезными являются косвенные методы оценки: расчеты множителя и реперные вычислительные расчеты на основе доступных данных (данных о задержании органами правопорядка, данных о лечении наркозависимости, количестве смертей, связанных с употреблением наркотиков) и метод двойного охвата (руководство по применению этих методов см. во вставке).

Важно уточнить, что нет необходимости передавать данные о численности целевого населения, полученные из разных источников, в том числе данные о лечении, а также информацию об этих источниках правоохранительным органам. Как указывается в этом документе, важно поддерживать конфиденциальность людей, получающих услуги в связи с лечением наркозависимости и участвующих в других программах профилактики ВИЧ-инфекции.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОВМЕСТИМОСТИ ЗНАМЕНАТЕЛЯ И ЧИСЛИТЕЛЯ

Большинство программ комплексного пакета направлено на всех ЛУИН (независимо от того, какие именно наркотики они употребляют). Однако очевидно, что программы ОЗТ направлены только на людей, имеющих опиоидную зависимость (тех, кто употребляет опиаты инъекционным или другим способом). Таким образом, для оценки потребности в программах ОЗТ необходимо определить количество людей, имеющих опиоидную зависимость, и, в частности, количество ЛУИН, имеющих опиоидную зависимость.

Если проводятся программы, направленные на потребителей других наркотиков, необходимо подсчитать численность соответствующего населения. Например, если нужно оценить охват программы, направленной на людей, имеющих зависимость от стимуляторов, необходимо подсчитать количество ЛУИН, имеющих такую зависимость.

## КАЧЕСТВО ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Во время интерпретации индикатора, рассчитанного на основе оценки численности населения, важно учитывать источник данных и их происхождение. Некоторые методы оценки являются более надежными, в частности в том, что касается измерения количества людей, употребляющих наркотики. В этом документе содержатся методы оценки распространенности УИН и численности населения, классифицированные по критерию эффективности. Они основаны на шкале оценки, которая использует глобальные обзоры Референтной группы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков (90). Эффективность методов оценивается по шкале от уровня А (самого высокого) до уровня В или Г (самого низкого).

### **Методы оценки распространенности наркозависимости и употребления инъекционных наркотиков**

**Уровень А:** • Косвенные методы оценки распространенности (метод двойного охвата, расчет множителя)

**Уровень Б:** • Общие обследования населения

**Уровень В:** • Экспертные оценки на основе данных, собранных разными способами (например, при помощи быстрой оценки)  
• Метод Дельфи или другие оценки на основе консенсуса  
• Данные государственной системы учета потребителей наркотиков

### **Методы оценки распространенности ВИЧ и ВГС среди людей, употребляющих инъекционные наркотики**

**Уровень А:** • Исследование распространенности, в том числе выборка из разных мест (в частности, данные дозорной эпиднадзора) и разных типов выборки (например, выборка через лечебные учреждения или аутрич-программы)

**Уровень Б:** • Исследование распространенности на основе данных из одного места или одного типа выборки

**Уровень В:** • Регистрация или учет случаев инфицирования ВИЧ или ВГС

**Уровень Г:** • Исследования распространенности на основе сообщений людей о своем ВИЧ- или ВГС-статусе

При расчете индикаторов охвата необходимо применять *наиболее эффективные* методы оценки и использовать *последние данные* о распространенности и численности населения.

Необходимо признавать ограничения, связанные с применением некоторых методов оценки, и учитывать их при интерпретации данных о распространенности и численности населения.

Есть случаи, когда в определенном документе или отчете предоставляются данные о распространенности и численности населения, однако не указываются их происхождение и методы сбора. Настоятельно рекомендуется не использовать данные, происхождение которых неизвестно, поскольку таким образом нельзя учесть ограничения насчет их использования.

Желательно также избегать данных, полученных в результате исследования распространенности на основе сообщений людей о своем ВИЧ- или ВГС-статусе (уровень эффективности Г), если есть возможность использовать данные обследований и эпиднадзора.

Рекомендуется регулярно проводить совещания национальных экспертов для оценки доступных данных и достижения консенсуса по поводу методов оценки, которые следует использовать. В этих заседаниях должны участвовать исследователи и ключевые государственные служащие, представители общественных организаций и организаций людей, которые употребляют наркотики. Государствам-членам следует организовывать такие совещания ежегодно, чтобы соответствовать требованиям вопросника к ежегодным докладам Комиссии ООН по наркотическим средствам, в который включены и вопросы по оценке численности населения.

Если невозможно использовать последние данные и задействовать наиболее эффективные методы их оценки, рекомендуется, чтобы страны предприняли усилия для создания таких возможностей. Для этого необходимы методические и финансовые ресурсы. Если ресурсов недостаточно, страны могут обратиться за международной донорской помощью, которая станет частью финансирования национального ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции. Глобальный фонд призывает страны включать деятельность по исследованию численности населения в заявки на новые гранты и в текущие гранты. Это является частью деятельности по усилению системы мониторинга и оценки, которая позволит улучшить качество данных о группах риска (112). PEPFAR также поддерживает проведение оперативных исследований и усиление системы мониторинга и оценки (113).

**Если данные о численности целевого населения отсутствуют, знаменатель указать нельзя. Тем не менее сбор и отчетность по данным, входящим в числитель, являются важными и полезными. Эти данные сами по себе могут содержать важную (хоть и ограниченную) информацию о масштабах выполнения программ и могут быть особенно полезны для мониторинга достижений за определенный период времени. Кроме того, они могут помочь рассчитать общую численность населения.**

#### Источники информации для Руководства по методам оценки численности населения

- Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. *Руководство по оценке численности населения с высоким риском инфицирования ВИЧ*. – Женева, ВОЗ, 2010 (114). [http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final\\_estimating\\_populations\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf)
- *Исследование распространенности: не прямые методы оценки масштабов проблемы наркотиков*. – Вена, УНП ООН, 2003 (115). [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/drugs/gap\\_module\\_2.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/drugs/gap_module_2.pdf)
- Хикман М. и др. Исследование распространенности проблем в связи с употреблением наркотиков: обзор методов и их применения. – *Бюллетень ООН по наркотическим средствам*, 2002, 54:15–32 (116). [http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin\\_2002\\_01\\_01\\_art2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2002_01_01_art2.pdf)
- Министерство здравоохранения и социальных служб США, Центр контроля над заболеваемостью (ННС-CDC), Группа оценки Глобальной программы борьбы со СПИДом. *Руководство по стратегиям оценки групп населения с высоким риском*. – Атланта, ННС-CDC, 2009 (117). <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/cdc-marps/index.htm>

### 3.3. ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ ПРОГРАММ

Для оценки наличия программ комплексного пакета применяются несколько видов индикаторов.

#### ОГРАНИЧЕНИЕ ДОСТУПА

Необходимо учитывать наличие ограничений доступа ЛУИН к АРТ и лечению ВГС (в частности, испытывает ли человек, который употребляет инъекционные наркотики или раньше их употреблял, проблемы с доступом к лечению).

## ТИП ПРОГРАММЫ/УСЛУГИ

Необходимо учитывать тип программы/услуги, в рамках которой происходит лечение наркозависимости. При оценке и составлении отчета о предоставлении лечения наркозависимости полезно обеспечить описание специальных методов лечения. В этом документе программы лечения наркозависимости разделены на следующие категории (согласно категориям, используемым Отделом психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами ВОЗ в Атласе по наркоманиям и токсикоманиям (31):

- заместительная терапия агонистами опиоидов (ОЗТ) (в качестве поддерживающего лечения);
- детоксикация клиентов в условиях стационара;
- амбулаторное лечение наркозависимости;
- кратковременное лечение в стационаре;
- длительное лечение в стационаре;
- группы взаимопомощи;
- кратковременные программы в непрофильных учреждениях.

## КОЛИЧЕСТВО МЕСТ, В КОТОРЫХ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К УСЛУГЕ

Не существует единого определения места, в котором можно получить доступ к услуге, они отличаются между собой в зависимости от услуги. Предложения по определению таких мест для каждого индикатора представлены в разделе 4.

С целью оценки предоставления ЛУИН услуг, не направленных непосредственно *на потребителей наркотиков*, в это Руководство включены индикаторы, позволяющие оценить предоставление таких услуг службами, работающими с ЛУИН, а также степень их интегрированности и связи с основными услугами.

Например, для оценки услуг КТВ предлагаются такие индикаторы:

- количество и процентное отношение служб ПИШ, предоставляющих услуги КТВ;
- количество и процентное отношение учреждений по лечению наркозависимости, предоставляющих услуги КТВ;
- количество других служб/услуг, направленных на ЛУИН (например, приютов или центров для ЛУИН) и предоставляющих услуги КТВ;
- наличие мобильных или аутрич-служб, оказывающих услуги ЛУИН, в том числе и услуги КТВ на уровне общины.

Если собираются данные совместно по трем первым индикаторам, необходимо убедиться, что учет каждой из таких служб ведется отдельно. Это можно осуществить за счет применения при сборе информации о разных службах уникального кода идентификации (см. пункт про уникальный код идентификации в разделе 3.4).

При оценке *качества* ПИШ отдельное внимание уделяется тому, как службы, занимающиеся лечением наркозависимости, перенаправляют клиентов к другим службам, предоставляющим основные услуги (например, КТВ). Перенаправление клиента или клиента к другой службе – это только первый шаг всего процесса. Для обеспечения успешного перенаправления может возникнуть потребность в сопровождении клиента первой службой и поддержке клиента обеими службами.

Для создания системы перенаправления могут потребоваться следующие условия:

- службы, осуществляющие перенаправление, должны иметь список услуг и провайдеров, к которым должны направляться клиенты, а также контакты со всеми провайдерами;
- услуги и службы, к которым направляются клиенты, должны быть ориентированными и отвечать потребностям ЛУИН, соответствующие провайдеры должны находиться недалеко от служб, осуществляющих перенаправление, и быть легкодоступными для клиентов;
- сопровождение и непрерывность ухода обеспечиваются за счет того, что сопровождение клиентов осуществляется службой, перенаправляющей клиентов.

## РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕСТ, В КОТОРЫХ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К УСЛУГЕ

Учитывая, что ПИШ и ОЗТ, как правило, предоставляются ежедневно, индикаторы должны позволять оценить расположение и доступность услуг в местах нахождения людей, употребляющих инъекционные наркотики.

При оценке доступности на национальном уровне рекомендуется учитывать факт наличия или отсутствия мест, в которых можно получить доступ к услугам, на субнациональном уровне. Для целей такого исследования можно выделять разные субнациональные уровни.

Наиболее простым способом является оценка наличия таких мест в административно-территориальных единицах отдельной страны: например, в Российской Федерации это области, в Китае – провинции, в Индии – штаты, и т.д.

Процентное отношение городов/штатов/провинций/областей, в которых есть УИН и в которых предоставляются соответствующие услуги, рассчитывается таким образом:

<u>Числитель</u>	количество городов/штатов/провинций/областей, в которых предоставляется услуга
<u>Знаменатель</u>	количество городов/штатов/провинций/областей, в которых есть явление УИН

Возможна такая ситуация, что употребление инъекционных наркотиков происходит не по всей стране, в некоторых штатах или провинциях этого явления может не быть. Для целей этого индикатора необходимо учитывать наличие соответствующей услуги только в тех городах/штатах/провинциях/областях, в которых есть подтвержденное явление УИН.

Учитывая, что в разных странах административно-территориальное деление организовано по-разному, могут возникнуть сложности со сравнением данных по этому индикатору из разных стран.

При использовании этого индикатора можно применить и другие географические параметры. Например, может быть полезно оценить наличие и процентное отношение услуг только в городских центрах. Разработчики программ могут оценить доступность услуги в рамках одного города и, таким образом, проанализировать процентное отношение городских районов или пригородов, в которых предоставляются соответствующие услуги.

Этот индикатор является довольно простым способом определения территорий, на которых проживают ЛУИН и где отсутствуют услуги для них. Однако доступ к услуге определяется не только расположением места ее предоставления, а также такими факторами, как время работы, приемлемость услуг для клиентов, деятельность правоохранительных органов и т.д. Эти факторы детальнее проанализированы как индикаторы для оценки качества услуги.

### 3.4. ИЗМЕРЕНИЕ ОХВАТА ПРОГРАММ

Термин «охват» в контексте профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, используется для описания разных аспектов доступа до целевых групп и эффективности программ/услуг (118).

В этом Руководстве термин «охват» означает уровень, на котором услуга предоставляется целевой группе. Применяются разные индикаторы для оценки масштаба услуг, предоставляемых согласно расчетам численности целевого населения.

Большинство из индикаторов охвата, включенных в это Техническое руководство, предполагают использование данных о выполнении программ и оценок численности населения. На их основе можно судить об уровне охвата. Например, так выглядит общий индикатор охвата, который позволяет оценить процентное отношение численности целевого населения, которое было вовлечено в программу:

$$\frac{\text{Количество людей, вовлеченных в программу или получивших услугу}}{\text{Общая численность целевого населения}} \times 100$$

**Если данных об общей численности целевого населения (знаменатель) нет, рекомендуется все равно собирать и отчитываться по данным для числителя.** Эти данные полезны для оценки масштаба программ и достижений за время их выполнения. Как уже отмечалось, важно, чтобы страны прилагали усилия для оценки численности населения, даже если нет надежных источников и свежих данных. Также важно обеспечить, чтобы данные о численности населения (использующиеся как *знаменатель*) соответствовали сути тех программ, которые проводятся для охвата целевых групп и количество вовлеченных в которые используется как *числитель*. Надежность такой оценки охвата зависит от целостности и качества данных программы и данных о численности населения.

Для разных программ/услуг комплексного пакета нужны разные мероприятия по обеспечению охвата. Таким образом, и индикаторы будут разными. Они должны отображать, как именно проводятся эти мероприятия и что необходимо для достижения желаемого результата. В частности, некоторые услуги должны предоставляться ежедневно (например, ОЗТ), а другие – периодически (например, КТВ).

Охват также можно оценить при помощи исследований на основе выборки целевого населения. Большинство индикаторов Глобального доклада (ранее – ключевые индикаторы ССГАООН), касающихся УИН, предусматривают проведение таких исследований. Надежность их результатов зависит от того, насколько репрезентативна выборка. При измерении влияния программы можно корректировать выборку, особенно если она формируется в месте предоставления услуги.

Важно признать, что все методы оценки охвата имеют свои ограничения. Если оценка охвата основывается на использовании разных методов, можно применять триангуляцию.

#### ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД

Большинство из рекомендуемых индикаторов охвата, упомянутых в этом документе, помогают измерить предоставление услуг за определенный период времени. Как правило, такой период для предложенных индикаторов составляет один год. Это совпадает с графиками большинства систем учета и сбора данных по результатам выполнения программ. Однако при некоторых обстоятельствах может быть целесообразно установить другие периоды. В частности, некоторые доноры (например, Глобальный фонд или PEPFAR) могут требовать предоставления отчетности каждые три или шесть месяцев.

## УНИКАЛЬНЫЙ КОД ИДЕНТИФИКАЦИИ

При работе с некоторыми из предложенных индикаторов важно различать количество клиентов, имеющих доступ к услуге, и количество клиентов, обратившихся за услугой. Распространенной проблемой в связи со сбором данных является то, что многие программы ведут учет контактов клиентов, а потом путают его результаты с количеством охваченных клиентов. Во избежание этого может быть необходимо обеспечить абсолютную анонимность при определении количества клиентов и учета их контактов. Для этого нужно дать каждому клиенту *уникальный код идентификации (УКИ)*. Использование этого кода помогает службе учитывать индивидуальные особенности клиентов и обеспечить их анонимность. В частности, оно позволяет определить, насколько клиент охвачен разными программами (например, ПИШ) (27, 119) без выяснения имени или идентификационного номера клиента. Охват можно измерить еще тщательнее, если использовать один УКИ при предоставлении клиенту разных услуг. В разных странах были разработаны разные, но похожие системы УКИ.

Система должна позволять клиенту легко запомнить свой номер и защищать анонимность клиента. Для этого необходимо обеспечить невозможность разглашения личности клиента.

Ниже представлен пример УКИ, разработанного организацией Международные услуги населению (PSI). Другие организации, в частности Западно-Тихоокеанское бюро ВОЗ, применяют подобный подход.

*Каждый клиент получает простой 7-значный код, состоящий из следующих элементов:*

- *первые две буквы имени матери;*
- *первые две буквы имени отца;*
- *пол (одна буква – М или Ж);*
- *год рождения (две последние цифры).*

Например, клиент мужского пола, рожденный в 1972 году в Украине, имя матери которого – Анастасия, а отца – Григорий, получит такой код: АН ГР М 72.

Система кодирования может быть адаптирована к местному контексту. Например, во Вьетнаме у многих имен первые две буквы совпадают. В таком случае можно добавить три буквы, с которых начинается название провинции, в которой родился клиент. Это обеспечит уникальность кода.

Важно, чтобы услуги для ЛУИН были легкодоступными. Для того чтобы не допустить создания преград для доступа, никакая система УКИ не должна быть обязательной или иным образом препятствовать ЛУИН. Обеспечение анонимности является основополагающим принципом, клиенты должны чувствовать себя в безопасности при использовании услуг.

### Источники информации для уникального кода идентификации

- *Уникальный код идентификации. Программа сокращения потребности в наркотиках в Узбекистане, Таджикистане и регионе Ферганской долины в Кыргызстане (при финансировании АМР США). Сборник лучших практик ПСПН.* – Алматы, Международный альянс открытого общества, 2007 (119).  
[http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/uic\\_eng.pdf](http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/uic_eng.pdf)
- *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев.* – Женева, ВОЗ, Департамент по ВИЧ/СПИДу, 2007 (27).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
- Нга Н.Т. и др. Инновационные инструменты сбора данных: набор для осуществления информационной работы по принципу «равный – равному» для групп риска во Вьетнаме. *Western pacific surveillance and response journal*, 2012 (136).  
[http://www2.wpro.who.int/hr/rdonlyres/42837210-f3db-4fcc-9c26-220202e9cd55/0/201232003\\_lff\\_Hiv\\_vnm\\_nga.pdf](http://www2.wpro.who.int/hr/rdonlyres/42837210-f3db-4fcc-9c26-220202e9cd55/0/201232003_lff_Hiv_vnm_nga.pdf)

### СБОР И ОБОБЩЕНИЕ ДАННЫХ О ВЫПОЛНЕНИИ ПРОГРАММ

Большинство из индикаторов охвата, упомянутых в этом документе, предполагают сбор данных служб о количестве людей, использующих соответствующие услуги или вовлеченных в программу, или об общем количестве распространенных презервативов или инъекционных приспособлений. Эти данные могут собираться из разнообразных источников. Для обобщения данных необходимо, чтобы во всех точках сбора применялись одинаковые методы. Однако в большинстве стран такие данные не собираются одним агентством, нет централизованной системы их обобщения и сравнения. Целесообразно возложить функции регулярного сбора, обобщения, сравнения и отчетности по данным на одно агентство национального уровня. Использование веб-технологий позволяет упростить процесс сбора данных разных служб. Если нет доступа к Интернету, можно использовать автономные компьютеры или бумажную систему учета. Использование разными службами УКИ позволяет избежать двойного учета при сопоставлении данных разных служб.

Важно обеспечить конфиденциальность данных, а также то, что данные и медицинские записи, в которых содержится информация об употреблении клиентами наркотиков, не передаются правоохранительным органам, особенно в странах, где употребление наркотиков является уголовным преступлением.

### Пример системы сопоставления данных разных служб описан в следующем докладе

- Отдел технической поддержки региональных программ по ВИЧ/СПИДу в Азии, Бюро по контролю и профилактике ВИЧ/СПИДа провинции Юньнань, Бюро по вопросам здоровья населения провинции Юньнань. *Учесть все: использование онлайн данных для эффективного мониторинга и оценки мероприятий по снижению вреда в провинции Юньнань, Китай.* – Бангкок, АМР Австралии, 2011 (120).  
[http://www.haarp-online.org/linkclick.aspx?fileticket=Hbx6twf4x\\_e%3d&tabid=2348&mid=4554](http://www.haarp-online.org/linkclick.aspx?fileticket=Hbx6twf4x_e%3d&tabid=2348&mid=4554)



### 3.5. ИЗМЕРЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОГРАММ И УСЛУГ

Оценка качества подразумевает оценку масштаба, целостности, эффективности и безопасности программ и услуг, а также их доступности для целевых групп. Качество является важнейшей предпосылкой влияния программы/услуги на снижение темпов эпидемии (121). Например, доказано влияние ОЗТ на снижение употребления наркотиков и распространенности ВИЧ, однако эффективность этой программы определяется методами ее проведения. В частности, предоставление малых доз метадона производит меньший эффект, чем предоставление больших доз. Если ОЗТ проводится совместно с предоставлением психосоциальной помощи, она возымеет больший эффект. Программы, позволяющие брать домой дозы метадона и осуществляющие перенаправление к другим программам ОЗТ, имеют больший охват и обеспечивают лучшее соблюдение режима лечения (32, 122).

Стандарты качества выполнения программ могут служить ориентиром для повышения эффективности программ, а также для повышения их доступности и, таким образом, охвата программ.

В первом издании Технического руководства странам рекомендовалось отчитываться о выполнении программ комплексного пакета согласно национальным и международным требованиям. В этом издании предлагается схожий, но расширенный метод оценки качества двух программ комплексного пакета, направленных на потребителей наркотиков (ПИШ и ОЗТ), а также качества предоставления АРТ для ЛУИН. Были подготовлены вопросники по политике и предоставлению услуг, состоящие из «факторов качества». Они служат ориентиром для повышения качества программ. Эти вопросники основаны на ключевых принципах, разработанных ВОЗ и другими организациями.

Вопросник по политике позволяет оценить наличие политики или законодательства, способствующего предоставлению услуг и обеспечению эффективности программ.

Вопросник по предоставлению услуг позволяет оценить качество выполнения на уровне программы или отдельных учреждений/мест. Оценка на уровне отдельных учреждений может касаться одного учреждения, нескольких или всех учреждений в регионе/стране; за счет этого можно оценить процентное отношение учреждений, которые придерживаются определенных стандартов качества. Например, если 30 из 40 учреждений, ведущих ПИШ, отчитываются о соблюдении стандартов качества по пункту «наличие систем контроля, предупреждающих израсходование запасов», это означает, что таких учреждений 75%.

Не все из пунктов этого вопросника можно применять повсеместно, их необходимо согласовывать с местным контекстом. При таком согласовании необходимо учитывать данные о факторах, влияющих на эффективность программ.

Кроме этих вопросников, некоторые из предложенных индикаторов направлены на оценку процентного отношения клиентов, получающих услуги, которые отвечают стандартам качества, в том числе:

---

**ОЗТ.К.3:** • Количество людей, получающих ОЗТ непрерывно в течение последних шести месяцев

**ОЗТ.К.4:** • Количество людей, получающих поддерживающие дозы ОЗТ в размере не меньше рекомендуемого минимума дозы

**ОЗТ.К.5:** • Количество людей, получающих ОЗТ и психосоциальную поддержку

**АРТ.К.3:** • Количество ЛУИН, получающих АРТ и помощь в связи с соблюдением режима лечения

**АРТ.К.4:** • Количество ЛУИН, получающих АРТ и услуги ведения болезни

---

Некоторые из индикаторов *охвата* и *доступности* могут также использоваться для измерения качества, например:

---

**КТВ.Н.1:** • Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется КТВ

**ИОП.О.1:** • Частота случаев распространения игл и шприцев учреждениями, проводящими ИОП

---

### 3.6. ИЗМЕРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТА И ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММ

Это Руководство не направлено на непосредственную оценку влияния программ. Однако в нем коротко описаны некоторые индикаторы, позволяющие оценить их результаты.

#### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Изменения в уровнях заболеваемости ВИЧ-инфекцией являются наилучшим показателем влияния программ профилактики, но их может быть сложно измерить среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Можно использовать разные методы для косвенной оценки уровня заболеваемости, но во время интерпретации результатов необходимо обращать внимание на недостатки каждого метода.

Распространенность ВИЧ среди людей, которые недавно начали употреблять инъекционные наркотики, или среди молодых ЛУИН может быть прокси-индикатором уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, которые недавно начали употреблять инъекционные наркотики, требует проведения поведенческих исследований и эпиднадзора. Поведенческие исследования позволяют классифицировать данные по признаку длительности УИН, а эпиднадзор позволяет оценить распространенность. Исследование распространенности ВИЧ-инфекции среди молодых людей также требует, чтобы данные эпиднадзора были распределены по признаку возраста.

Сложно делать выводы об уровне заболеваемости ВИЧ-инфекцией только на основе официальной системы учета новых случаев инфицирования. В этой системе может не отображаться факт или длительность употребления людьми инъекционных наркотиков. Даже если ВИЧ-инфицированный употреблял инъекционные наркотики в течение определенного времени, в такой системе может быть указан другой путь инфицирования. Более того, случаи инфицирования среди ЛУИН, как правило, определяются спустя некоторое время после самого инфицирования.

Использование алгоритма тестирования недавнего заражения (АТНЗ) для определения новых случаев инфекции может уточнить данные об уровне заболеваемости ВИЧ-инфекцией (123). Однако для его регулярного применения в эпиднадзоре требуются значительные ресурсы и квалификация.

Кроме того, для оценки уровня заболеваемости среди населения может применяться математическое моделирование (124).

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ

Распространенность ВИЧ измерить легче, чем частоту инфицирования, но необходимо тщательно интерпретировать данные во время определения изменений в темпах инфицирования. Если устанавливается увеличение распространенности, это может быть результатом применения более надежных инструментов надзора и диагностики. Данные об уменьшении распространенности могут быть результатом роста стигматизации и, соответственно, возросших опасений ЛУИН проходить тестирование, в то время как настоящее уменьшение может быть связано со смертностью или выездом ВИЧ-инфицированных ЛУИН за границу. Кроме того, при улучшении доступа ЛУИН к лечению и уходу в связи с ВИЧ распространенность ВИЧ может увеличиться (даже если частота новых заражений остается на своем уровне или снижается), поскольку возрастает ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных ЛУИН.

## ПОВЕДЕНИЕ, ПОВЫШАЮЩЕЕ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

Согласно результатам модельного проектирования, программы, направленные на снижение частоты инъекций и уменьшение совместного использования инъекционных приспособлений, могут снизить темпы передачи ВИЧ. Анализ практических примеров показывает, что высокий уровень охвата ЛУИН программами профилактики может снизить темпы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в этой группе, а также среди населения в целом (125, 126).

Таким образом, для оценки влияния комплексного пакета нужны индикаторы результатов, позволяющие оценить изменения в рискованном поведении (например, использование инъекционных приспособлений, которыми уже пользовался кто-то другой, частота инъекций и использование презервативов). Естественно, изменения в поведении всегда есть следствие многих факторов и совместного проведения программ. В большинстве случаев изменения не могут быть вызваны только одной программой, никак не связанной с другими.

Из девяти индикаторов результативности и влияния программ, описанных в этом документе, пять основываются на данных поведенческих исследований (ПИ). Многие страны уже проводят такие исследования как составляющую часть процесса мониторинга эпидемии ВИЧ-инфекции и периодически обследуют ЛУИН как отдельную категорию населения. Как правило, используется формат ПИ Международной организации здоровья семьи (127). Оно позволяет оценить поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ (например, использование презервативов, безопасные практики инъекции наркотиков и доступ к тестированию на ВИЧ).

При проведении ПИ или дозорного эпиднадзора среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и при интерпретации их результатов важно обратить внимание на репрезентативность выборки и возможность ее корректировки (исходя из того, как она формируется). Могут возникнуть трудности с формированием выборки ЛУИН как представителей всей этой категории населения. Может возникнуть потребность существенной корректировки, если выборка формируется на основе небольшого количества мест или только в местах лечения или распространения игл и шприцев. Снизить необходимость в корректировке могут такие методы, как выборка, управляемая респондентом, но для их использования необходимы квалификация, ресурсы и значительное количество времени (128).

Сбор демографических и других данных по результатам эпиднадзора позволяет распределить и проанализировать их. Например, можно обратить внимание на различия в поведении молодых и взрослых людей, мужчин и женщин и т.д.

### Источники информации для исследований по ВИЧ

- Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. *Руководство по оценке численности населения с высоким риском инфицирования ВИЧ*. – Женева, ВОЗ, 2011 (129). [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_surveillance_among_most_at_risk.pdf)
- *Руководство по проведению повторных поведенческих исследований среди населения с высоким риском инфицирования ВИЧ*. Роли, – Международная организация здоровья семьи, 2000 (127). <http://www.fhi360.org/en/Hivaids/pub/guide/bssguidelines.htm>
- Сальганик М., Хекаторн Д. Формирование выборки и оценка среди труднодоступного населения на основе выборки, управляемой респондентом. – *Sociological Methodology*, 2004, 34(1):193–240 (128).

## 3.7. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ (РАЗБИВКА) ДАННЫХ

Среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, есть разные категории. В рамках этих категорий люди могут иметь разные характеристики, влияющие на риск инфицирования ВИЧ, готовность обращаться за услугами и показатели здоровья. Во время мониторинга охвата и влияния программ комплексного пакета целесообразно распределять данные по нескольким признакам. Это позволяет определить существующий дисбаланс и обратить на него внимание.

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДАННЫХ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА

Женщины и девушки, употребляющие инъекционные наркотики, сталкиваются с дополнительными проблемами при попытке получить услуги профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, с которыми не сталкиваются мужчины (130). Более того, трансгендеры-ЛУИН, как правило, испытывают значительную дискриминацию и маргинализацию. Таким образом, целесообразно собирать данные с разбивкой по признаку пола и использовать их в качестве и числителя, и знаменателя. Это позволяет обнаружить и оценить различия.

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДАННЫХ ПО ВОЗРАСТУ

В большинстве случаев молодежь имеет худший доступ к услугам ухода и лечения ВИЧ-инфекции. Это поясняется рядом причин, в том числе дискриминацией по возрасту, нормами законодательства, которые устанавливают возрастную ценз для получения некоторых услуг, и опасениями молодежи, что услуги не соответствуют их потребностям.

Таким образом, предлагается разбивать данные по трем возрастным группам<sup>1</sup>:

- 18 лет и младше ( $\leq 18$  лет);
- 19–24 года/лет ( $>18$  лет и  $<25$  лет);
- 25 лет и старше ( $\geq 25$  лет).

<sup>1</sup> Эта разбивка сделана на основе многочисленных консультаций с партнерами.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДАННЫХ ПО ВИДУ УПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАРКОТИКОВ

Вид употребляемого наркотика может иметь некоторое влияние на риск инфицирования ВИЧ. Например, использование стимуляторов амфетаминового ряда связано с повышением риска инфицирования половым путем и в некоторых случаях повышает частоту инъекций. Кроме того, от этого зависит метод лечения. Рекомендуется разбивать данные по таким видам употребляемых наркотиков:

- опиаты (в том числе фармацевтические опиаты, героин, другие наркотики на основе опия);
- стимуляторы (в том числе кокаин и САР);
- другие наркотики (могут включать в себя бензодиазепин, барбитураты, транквилизаторы и другие психотропные вещества).

Важно учитывать, что часто люди употребляют более одного наркотика, в том числе некоторые – инъекционно, а некоторые – другим способом.

## 3.8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАЧ

Для стратегического планирования противодействия ВИЧ-инфекции среди ЛУИН необходимо определить задачи для каждого индикатора, упомянутого в предыдущих пунктах. Определение задач позволяет снизить риск инфицирования ВИЧ и контролировать эпидемию. Нужно также установить задачи для измерения результатов – в частности, насчет частоты инфицирования и распространенности ВИЧ. В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года государства-члены взяли на себя обязательство до 2015 года снизить темпы распространения ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, на 50% (8).

Задачи в разных странах будут определены по-разному, они должны отвечать местному контексту, в том числе особенностям эпидемии и УИН, текущему состоянию дел, объему ресурсов и потенциала и структурным факторам, влияющим на риск инфицирования и на результаты программ. Таким образом, странам необходимо определить собственные задачи, исходя из этих параметров. Необходимо подходить к этому прагматично: задачи должны быть амбициозными, но достижимыми.

Вначале нужно оценить текущее состояние дел (уровень национального ответа на эпидемию), затем рассмотреть возможность расширения масштаба программ в рамках определенного периода времени, ресурсов и потенциала, которые есть в наличии, а также возможность привлечения дополнительных ресурсов и развития потенциала.

Поскольку разные факторы, влияющие на риск инфицирования, могут быть взаимосвязаны по-разному, не существует универсального набора задач. Однако при их определении можно основываться на разнообразных данных, собранных многими способами; это позволит определить обоснованные задачи, отвечающие местному контексту.

При определении задач необходимо принимать во внимание множество факторов, влияющих на эффективность программ профилактики ВИЧ-инфекции. Если речь идет о профилактике передачи ВИЧ путем употребления инъекционных наркотиков, следует обратить внимание на такие факторы:

- наличие и охват других программ комплексного пакета (программы, которые выполняются комбинированно, дают лучшие результаты);
- распространенность ВИЧ среди ЛУИН;
- распространенность ВИЧ среди населения в целом;

- распространенность и частота использования инъекционного оборудования, которым уже пользовался другой человек;
- длительность времени использования одного шприца (в течение которого этот шприц мог быть использован неоднократно);
- методы утилизации использованных шприцев, в том числе охват программы по безопасной утилизации использованных шприцев;
- размер и активность сетей ЛУИН, мобильность ЛУИН;
- количество других людей, чьи использованные шприцы ЛУИН могут использовать повторно (в среднем);
- частота инъекций;
- вид употребляемых наркотиков;
- тип используемых шприцев (чем больше мертвый объем шприца, тем выше риск передачи инфекции (28, 29).

В этом Методическом руководстве представлены индикативные задачи для выбранных индикаторов, позволяющие оценить уровень выполнения программы или достигнутого результата по шкале *высокий–средний–низкий*. Например:

- *процентное отношение ЛУИН, регулярно вовлекаемых в ПИШ в течение последнего года (ПИШ.О.2):* низкий уровень – <20%, средний – 20–60%, высокий – >60%;
- *процентное отношение людей с опиоидной зависимостью, получающих ОЗТ (ОЗТ.О.1):* низкий уровень – <20%, средний – 20–40%, высокий – >40%;
- *процентное отношение ВИЧ-инфицированных ЛУИН, получающих АРТ (АРТ.О.1):* низкий уровень – <25%, средний – 25–75%, высокий – >75%.

Эти задачи являются довольно общими, поэтому страны должны обратить внимание на свой контекст и оценить, достижения какого уровня они могут планировать. Задачи должны помочь тем, кто выполняет программы, определить, приносит ли их деятельность результат, снижается ли эпидемия, и на каком уровне нужно предоставлять услуги, чтобы эффективно контролировать эпидемию. В будущем при появлении более свежей и точной информации можно пересматривать и уточнять задачи.

**Необходимо обратить внимание на следующее: если нужно определить задачи для индикатора, требующего точной оценки численности населения, но такая возможность отсутствует, следует все-таки установить задачи для этого индикатора (не в процентном отношении, а в абсолютном – тогда они станут числителем). Например, если при определении задач по распространению стерильных инъекционных приспособлений мы сталкиваемся с отсутствием информации о количестве ЛУИН, следует определить общее количество игл, шприцев и т.д., которые необходимо распространить.**

**Общие принципы, которые следует учитывать при определении задач:**

- наибольший эффект от программы достигается при условии проведения нескольких согласованных программ одновременно – самыми важными в этой связи являются ПИШ, ОЗТ и АРТ;
- качественные программы производят больший эффект, чем программы низкого качества;
- высокий уровень охвата является приоритетным, нужно стремиться к обеспечению максимального уровня охвата;
- хотя увеличение охвата программ приводит к снижению риска инфицирования и, соответственно, уровня заболеваемости, связь между ними не всегда является линейной;
- чем выше уровень распространенности ВИЧ (и среди населения в целом, и среди ЛУИН), тем больший охват должны иметь программы профилактики (131);
- чем раньше (на более ранней стадии эпидемии) начинает выполняться программа, тем эффективнее она позволяет контролировать темпы ее распространения.

#### Как страны должны определять задачи:

- в процесс определения целей должны быть вовлечены все заинтересованные стороны, в том числе представители государственных структур, гражданского общества, ЛУИН, провайдеры услуг и медицинские работники;
- целесообразно начать со сбора данных о том, какие услуги уже предоставляются в стране с разбивкой по типу услуги;
- после этого необходимо измерить текущий уровень охвата услугами – он будет служить исходной линией для измерения последующего прогресса;
- необходимо также измерить численность населения, что позволит оценить масштабы требуемых программ; на основании этой численности можно также рассчитать индикаторы охвата;
- необходимо определить реалистичные и достижимые задачи и период, в течение которого их нужно достичь;
- рекомендуется также наладить или усовершенствовать правила мониторинга, позволяющие отследить ход достижения задач;
- нужно оценить наличие ресурсов и потребность в дополнительных ресурсах, необходимых для достижения задач и влияния на темпы эпидемии.

### 3.9. ШАГИ, СЛЕДУЮЩИЕ ЗА ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЗАДАЧ

После определения задач нужно составить планы их достижения и мониторинга и оценки. Рекомендации по составлению таких планов не входят в настоящее Руководство, но содержатся в следующих документах.

#### Источники информации для составления планов деятельности, мониторинга и оценки программ

- *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев.* – Женева, ВОЗ, Департамент по ВИЧ/СПИДу, 2007 (27).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
- *Руководство по психосоциальной поддержке фармакотерапии для лечения опиоидной зависимости.* – Женева, ВОЗ, 2009 (39).  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- *Руководство по практическому планированию и выполнению лечения наркозависимости и реабилитации.* – Вена, УНП ООН, 2003 (132).  
[http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf)
- *Стандарты мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп риска.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2008 (133).  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/17\\_framework\\_me\\_prevention\\_prog\\_mar\\_p\\_e.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/17_framework_me_prevention_prog_mar_p_e.pdf)

## 4. ИНДИКАТОРЫ

### 4.1. Общая информация

Ниже предлагаются следующие индикаторы для оценки **численности населения, наличия, охвата, качества и эффекта/результативности** программ комплексного пакета.

В следующих разделах каждый индикатор описывается детальнее.

Индикаторы, выделенные **полужирным** шрифтом и отмеченные звездочкой (\*), являются **ключевыми**. Страны должны предпринять усилия по использованию хотя бы их. **Приоритетные ключевые** индикаторы помечены двумя звездочками (\*\*). Другие индикаторы могут быть полезны для более полного мониторинга и оценки выполнения программ комплексного пакета и стратегического планирования следующих программ.

Каждый индикатор имеет свой код, в котором зашифрован *вид индикатора и тип программы*, для оценки которой он используется. Как правило, этот шифр состоит из следующих элементов:



#### Аббревиатуры, которые используются для обозначения видов индикаторов

Нас.	Оценка численности населения
Н	Наличие
О	Охват
К	Качество
ЭР	Эффект/результативность

#### Аббревиатуры, которые используются для обозначения типов программ

ПИШ	Программа игл и шприцев
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ДЛН	Другие формы лечения наркозависимости
КТВ	Консультирование и тестирование на ВИЧ
АРТ	Антиретровирусная терапия
ИППП	Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем
ПРП	Программа распространения презервативов для ЛУИН и их половых партнеров
ИОП	Целевые программы по информированию, обучению и просвещению ЛУИН и их половых партнеров
Геп.	Профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита
ТБ	Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза



### ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

* <b>Нас.1:</b>	<b>Количество людей, употребляющих инъекционные наркотики</b>
Нас.2:	Количество людей, имеющих опиоидную зависимость
Нас.3:	Количество людей, употребляющих инъекционные наркотики и имеющих опиоидную зависимость
* <b>Нас.4:</b>	<b>Количество ВИЧ-инфицированных людей, употребляющих инъекционные наркотики</b>
Нас.5:	Количество людей, живущих с ВИЧ
Нас.6:	Количество людей, инфицированных ВГС и употребляющих инъекционные наркотики

### ПРОГРАММА ИГЛ И ШПРИЦЕВ

** <b>ПИШ.Н.1:</b>	<b>Количество и расположение мест, где можно получить иглы и шприцы</b>
** <b>ПИШ.О.1:</b>	<b>Количество распространенных игл и шприцев</b>
ПИШ.О.2:	Количество ЛУИН, регулярно вовлекаемых в ПИШ
ПИШ.О.3:	Количество ЛУИН, вовлекаемых в ПИШ
ПИШ.О.4:	Общее количество оказанных услуг (контактов клиентов и ПИШ)
* <b>ПИШ.К.1:</b>	<b>Отображение ПИШ в национальном законодательстве и ключевых политических документах</b>
* <b>ПИШ.К.2:</b>	<b>Качество выполнения ПИШ</b>

### ОПИОИДНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ДРУГИЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

ОЗТ.Н.1:	Наличие поддерживающей ОЗТ
** <b>ОЗТ.Н.2:</b>	<b>Количество и расположение мест предоставления поддерживающей ОЗТ</b>
ОЗТ.Н.3:	Потенциал программы ОЗТ
ДЛН.Н.1:	Наличие других программ лечения наркозависимости (кроме ОЗТ)
ДЛН.Н.2:	Количество и расположение мест предоставления других форм лечения наркозависимости (кроме ОЗТ)
** <b>ОЗТ.О.1:</b>	<b>Количество людей, получающих поддерживающую ОЗТ</b>
ДЛН.О.1:	Количество людей, получающих другие формы лечения наркозависимости (кроме ОЗТ)
* <b>ОЗТ.К.1:</b>	<b>Отображение ОЗТ в национальном законодательстве и ключевых политических документах</b>
* <b>ОЗТ.К.2:</b>	<b>Качество предоставления ОЗТ</b>
* <b>ОЗТ.К.3:</b>	<b>Количество людей, получающих ОЗТ непрерывно в течение последних шести месяцев</b>
* <b>ОЗТ.К.4:</b>	<b>Количество людей, получающих поддерживающие дозы ОЗТ в размере не меньше рекомендуемого минимума дозы</b>
ОЗТ.К.5:	Количество людей, получающих ОЗТ и психосоциальную поддержку

### КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

* <b>КТВ.Н.1:</b>	<b>Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется КТВ</b>
** <b>КТВ.О.2:</b>	<b>Количество ЛУИН, прошедших тестирование на ВИЧ в течение последнего года</b>

### АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

* <b>АРТ.Н.1:</b>	<b>Доступность АРТ для ЛУИН</b>
АРТ.Н.2:	Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется АРТ
** <b>АРТ.О.1:</b>	<b>Количество ЛУИН, получающих АРТ</b>
АРТ.О.2:	Относительный доступ к АРТ
* <b>АРТ.К.1:</b>	<b>Отображение АРТ для ЛУИН в национальном законодательстве и ключевых политических документах</b>

\* **АРТ.К.2: Качество предоставления АРТ для ЛУИН**

АРТ.К.3: Количество ЛУИН, получающих АРТ и помощь в связи с соблюдением режима лечения

\* АРТ.К.4: Количество ЛУИН, получающих АРТ и услуги ведения болезни

**ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

ИППП.О.1: Количество ЛУИН, которые прошли диагностику или лечение ИППП в службах для ЛУИН

**ПРОГРАММА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ ДЛЯ ЛУИН И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ**\* **ПРП.О.1: Количество презервативов, распространенных через службы для ЛУИН**

ПРП.О.2: Количество ЛУИН, получавших презервативы в течение последнего года

**ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ, ОБУЧЕНИЮ И ПРОСВЕЩЕНИЮ ЛУИН И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ**\* **ИОП.О.1: Частота случаев распространения игл и шприцев учреждениями, проводящими ИОП**

ИОП.О.2: Количество ЛУИН, получающих ИОП

**ПРОФИЛАКТИКА, ВАКЦИНАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА**

Геп.Н.1: Количество служб для ЛУИН, в которых предоставляется вакцинация от гепатита

Геп.Н.2: Количество служб для ЛУИН и учреждений, предоставляющих АРТ, в которых проводится лечение гепатита В

\* **Геп.Н.3: Доступность лечения гепатита С для ЛУИН**

Геп.Н.4: Количество служб для ЛУИН и учреждений, предоставляющих АРТ, в которых проводится ведение и лечение гепатита С

\* **Геп.О.1: Количество ЛУИН, проходящих вакцинацию от гепатита В в службах для ЛУИН**

Геп.О.2: Количество ЛУИН, проходящих лечение гепатита В в службах для ЛУИН и учреждениях, предоставляющих АРТ

\* **Геп.О.3: Количество ЛУИН, проходящих лечение гепатита С в службах для ЛУИН и учреждениях, предоставляющих АРТ****ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА**

ТБ.Н.1: Инфекционный контроль над туберкулезом в службах для ЛУИН

ТБ.Н.2: Количество служб для ЛУИН, которые выполняют профилактику туберкулеза

\* **ТБ.Н.3: Количество служб для ЛУИН, которые выполняют диагностику и лечение туберкулеза**

ТБ.О.1: Диагностика туберкулеза у ЛУИН службами ухода и лечения ВИЧ

ТБ.О.2: Количество ВИЧ-инфицированных ЛУИН, начавших получать изониазидную профилактическую терапию (ИПТ)

**ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА**\* **ЭР.1: Уменьшение заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН**\* **ЭР.2: Уменьшение распространенности ВИЧ среди ЛУИН**\* **ЭР.3: Увеличение использования ЛУИН стерильных инъекционных принадлежностей**

ЭР.4: Уменьшение частоты инъекций

ЭР.5: Улучшение осведомленности ЛУИН о своем ВИЧ-статусе

\* **ЭР.6: Уменьшение заболеваемости СПИДом среди ЛУИН**

ЭР.7: Уменьшение смертности от СПИДа среди ЛУИН

ЭР.8: Уменьшение случаев передачи ИППП среди ЛУИН

\* **ЭР.9: Увеличение использования презервативов среди ЛУИН**

\* Приоритетный индикатор

\*\* Приоритетный ключевой индикатор

## 4.2. ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

<b>Нас.1</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ</b> <i>Количество активных ЛУИН (количество людей, употреблявших инъекционные наркотики хотя бы один раз в течение последнего года)</i>
<b>Предложения по разбивке</b>	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет <b>Вид употребляемых наркотиков (см. также Нас.3):</b> опиаты, стимуляторы (в том числе кокаин и САР), другие (в том числе бензодиазепин)
<b>Индикаторы, использующие эту информацию</b>	ПИШ.О.1; ПИШ.О.2; ПИШ.О.3 ; ПИШ.О.4; ОЗТ.О.1; ДЛН.О.1; КТВ.О.1; ИПП.О.1; ПРП.О.1; ИОП.О.1

<b>Нас.2</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОПИОИДНУЮ</b>
<b>Предложения по разбивке</b>	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет
<b>Индикаторы, использующие эту информацию</b>	ОЗТ.О.1

<b>Нас.3</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ И ИМЕЮЩИХ ОПИОИДНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ</b>
<b>Предложения по разбивке</b>	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет
<b>Индикаторы, использующие эту информацию</b>	ОЗТ.О.1

<b>Нас.4</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ</b>
<b>Предложения по разбивке</b>	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет <b>Вид употребляемых наркотиков (см. также Нас.3):</b> опиаты, стимуляторы (в том числе кокаин и САР), другие (в том числе бензодиазепин)
<b>Индикаторы, использующие эту информацию</b>	АРТ.О.1; АРТ.О.2
<b>Примечания</b>	Рассчитывается на основе отношения распространенности ВИЧ к численности ЛУИН. Данные о распространенности ВИЧ и численности ЛУИН с высокой вероятностью могут быть неточными. Соответственно, при их совместном использовании неточность может быть существенной. Можно использовать данные учета случаев инфицирования ВИЧ, но они, вероятнее всего, будут ниже реального уровня.

Нас.5	КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ
Предложения по разбивке	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет
Индикаторы, использующие эту информацию	АРТ.О.2

Нас.6	КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВГС И УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ
Предложения по разбивке	<b>Пол:</b> мужской, женский, трансгендер <b>Возраст:</b> ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет <b>Вид употребляемых наркотиков:</b> опиаты, стимуляторы (в том числе кокаин и САР), другие (в том числе бензодиазепин)
Индикаторы, использующие эту информацию	Геп.О.3
Примечания	Рассчитывается на основе отношения распространенности ВГС к численности ЛУИН. Данные о распространенности ВГС и численности ЛУИН с высокой вероятностью могут быть неточными. Соответственно, при их совместном использовании неточность может быть существенной. Можно использовать данные учета случаев инфицирования ВГС, но они, вероятнее всего, будут ниже реального уровня.

## 4.3. КОМПЛЕКСНЫЙ ПАКЕТ

### 1 ПРОГРАММА ИГЛ И ШПРИЦЕВ

\*\*

ПИШ.Н.1

#### КОЛИЧЕСТВО И РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕСТ, ГДЕ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ИГЛЫ И ШПРИЦЫ

Эти индикаторы позволяют определить количество мест, где можно получить стерильное инъекционное оборудование – бесплатно или за деньги, а также наличие/отсутствие таких мест в районах, где, по информации, есть ЛУИН

#### Предложения по разбивке

Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы

	Индикатор	Источник данных	Примечания
ПИШ.Н.1a	Количество мест, в которых выполняется ПИШ	Данные о выполнении программ	<p>ПИШ может выполняться разными учреждениями и с использованием разных методов, в том числе в стационарных, мобильных и аутрич- пунктах. Для целей отчетности по этому индикатору рекомендуется, чтобы «место» распространения игл и шприцев отвечало таким условиям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• быть стационарным, мобильным или аутрич-пунктом;</li> <li>• если это стационарное место, оно должно иметь регулярный график работы;</li> <li>• если это мобильный пункт, услуги должны предоставляться в месте, имеющем регулярный график работы;</li> <li>• если это аутрич-пункт, его сотрудники должны иметь возможность регулярного доступа к необходимым территориям;</li> <li>• в эту группу включаются и аптеки, через которые бесплатно распространяются иглы и шприцы (но не те, в которых осуществляется только продажа).</li> </ul>
ПИШ.Н.1b	Количество аптек и других мест, где можно приобрести иглы и шприцы	Данные о выполнении программ	<p>В некоторых странах инъекционные приспособления можно легко купить в любой аптеке, в других их продажа может быть ограничена (например, предоставлять иглы и шприцы могут только некоторые учреждения).</p>

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ПИШ.Н.1с</b>	Количество <i>городов/штатов/провинций/областей</i> , в которых выполняется ПИШ	Данные о выполнении программ	
<b>ПИШ.Н.1d</b>	Количество <i>городов/штатов/провинций/областей</i> , в которых есть аптеки и другие места, где можно приобрести иглы и шприцы	Данные о выполнении программ	
<b>ПИШ.Н.1е</b>	Количество <i>городов/штатов/провинций/областей</i> , в которых, как известно, есть ЛУИН	Анализ ситуации, картирование	
<b>ПИШ.Н.1f</b>	Процентное отношение <i>городов/штатов/провинций/областей</i> , в которых есть ЛУИН, к тем, в которых выполняется ПИШ	$\frac{[\text{ПИШ.Н.1с}]}{[\text{ПИШ.Н.1е}]} \times 100$	
<b>ПИШ.Н.1g</b>	Процентное отношение <i>городов/штатов/провинций/областей</i> , в которых есть ЛУИН, к тем, в которых есть аптеки и другие места, где можно приобрести иглы и шприцы	$\frac{[\text{ПИШ.Н.1с}]}{[\text{ПИШ.Н.1е}]} \times 100$	

Для более детальной информации об измерении и интерпретации этих индикаторов см. раздел 3.4

**Возможные целевые показатели:**  
Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.



## КОЛИЧЕСТВО РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИГЛ И ШПРИЦЕВ

Эти индикаторы позволяют определить общее количество распространенных стерильных игл и шприцев. Таким образом, появляется информация об обороте стерильных инъекционных приспособлений, которыми могут воспользоваться ЛУИН

### Уровень применения

**ПИШ.О.1**

Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

### Предложения по разбивке

Пол: мужской, женский, трансгендер

Возраст: ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет

Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ПИШ.О.1a</b>	Общее количество игл и шприцев, распространенных в течение последнего года	Данные о выполнении программ	<p>В ПИШ могут распространяться разные виды шприцев и игл, в том числе отдельные (съёмные) иглы или шприцы с прикрепленными иглами.</p> <p>Для целей учета количества шприцев и игл рекомендуется считать общее количество единиц стерильного оборудования, необходимого для инъекции. Например, если ПИШ распространила 10 отдельных шприцев и 20 отдельных игл, нужно считать их как 10 единиц инъекционного оборудования (состоящего из иглы и шприца). Если ПИШ распространила 12 отдельных шприцев и 6 отдельных игл, нужно считать их как 6 единиц инъекционного оборудования.</p> <p>Для обеспечения разбивки по признаку пола, возрасту и виду употребляемых наркотиков системы сбора данных на уровне предоставления услуги должны учитывать эти характеристики клиентов.</p>
<b>ПИШ.О.1b</b>	Общее количество игл и шприцев, проданных ЛУИН в течение последнего года	Данные о продажах	<p>В большинстве стран эти данные, вероятно, будут недоступны. Впрочем, если такие данные собираются и сводятся, можно получить более полную картину по поводу количества игл и шприцев, находящихся в обороте, и, соответственно, более полную картину охвата.</p>

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ПИШ.О.1с</b>	Количество распространенных за год игл и шприцев на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики	<b>ПИШ.О.1а+ПИШ.О.2б</b> <b>Нас.1</b>	<p><b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 100 – Сред. – 200 – Выс.</p> <p>Такой уровень задач основан на исследованиях, проведенных в развитых странах, и математическом моделировании (исследовании уровня распространения шприцев и его влияния на темпы передачи ВИЧ) (124, 134). Необходимо учитывать, что для реального замедления темпов инфекции нужны более амбициозные задачи, чем предлагается здесь. Если нет данных о продаже игл и шприцев в аптеках, этот индикатор все равно следует рассчитывать. Этот индикатор включен в отчетность о достигнутом прогрессе (12).</p>

**КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, РЕГУЛЯРНО ВОВЛЕКАЕМЫХ В ПИШ**  
Люди, регулярно употребляющие инъекционные наркотики, постоянно нуждаются в инъекционных приспособлениях. Значит, им постоянно нужен доступ к ПИШ.  
Для целей этого индикатора «регулярное вовлечение» означает как минимум раз в месяц. Если количество инъекционного оборудования, которое клиент может получить за один визит, является ограниченным, ЛУИН могут нуждаться в более частом (чаще, чем раз в месяц) обращении в ПИШ для того, чтобы продолжать пользоваться стерильным оборудованием и не подвергать себя риску.

**ПИШ.О.2**  
**Уровень применения**  
Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

**Предложения по разбивке**  
Пол: мужской, женский, трансгендер  
Возраст: ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет  
Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ПИШ.О.2а</b>	Количество ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) обращались в ПИШ как минимум раз в месяц	Данные о выполнении программ	Для этого индикатора нужно, чтобы во время сбора данных на уровне предоставления услуги использовался уникальный код идентификации (УКИ, для более детальной информации см. раздел 3.4). Это позволит измерять частоту визитов каждого клиента в течение необходимого времени.
<b>ПИШ.О.2б</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) регулярно вовлекались в ПИШ	<b>ПИШ.О.2а</b> <b>Нас.1</b> x 100	<p><b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.</p> <p><i>Высокий</i> уровень задачи основан на ретроспективном анализе охвата, необходимого для остановки эпидемии ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в городских поселениях в странах с высоким уровнем дохода (135).</p>



<b>КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ВОВЛЕКАЕМЫХ В ПИШ</b>				
<b>ПИШ.О.3</b>	<p>Если система сбора данных на уровне предоставления услуги не в состоянии определить частоту контактов клиентов, но может учитывать количество контактов клиентов в течение определенного времени, целесообразно применять индикаторы, показывающие частоту контактов за последний месяц и за последний год, что поможет измерить охват ПИШ.</p> <p>Эти индикаторы будут полезными и тогда, когда есть данные о регулярном вовлечении, поскольку они позволяют провести сравнение с другими странами, а также с предыдущими данными – и таким образом оценить достижения.</p> <p><b>Уровень применения</b></p> <p>Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).</p> <p><b>Предложения по разбивке</b></p> <p>Пол: мужской, женский, трансгендер</p> <p>Возраст: ≤ 18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет</p> <p>Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие</p>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>	
	<b>ПИШ.О.3а</b>	Количество ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) обращались в ПИШ	Данные о выполнении программ	Для этого индикатора нужно, чтобы во время сбора данных на уровне предоставления услуги использовался уникальный код идентификации (УКИ, для более детальной информации см. раздел 3.4). Это позволит измерить общее количество клиентов, обратившихся за услугой в течение необходимого времени, и избежать двойного учета клиентов, которые обратились более одного раза.
	<b>ПИШ.О.3б</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) регулярно вовлекались в ПИШ	$\frac{\text{ПИШ.О.3а}}{\text{Нас.1}} \times 100$	Для измерения текущего/последнего уровня охвата лучше всего учитывать данные за последний месяц.  <b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 20% – Сред. – 60% – Выс.
	<b>ПИШ.О.3с</b>	Количество ЛУИН, которые обращались в ПИШ в течение последнего месяца	Данные о выполнении программ	Для этого индикатора нужно, чтобы во время сбора данных на уровне предоставления услуги использовался уникальный код идентификации (УКИ, для более детальной информации см. раздел 3.4). Это позволит измерить общее количество клиентов, обратившихся за услугой в течение необходимого времени, и избежать двойного учета клиентов, которые обратились более одного раза.
	<b>ПИШ.О.3д</b>	Количество ЛУИН, которые обращались в ПИШ в течение последнего года	Данные о выполнении программ	Для этого индикатора нужно, чтобы во время сбора данных на уровне предоставления услуги использовался уникальный код идентификации (УКИ, для более детальной информации см. раздел 3.4). Это позволит измерить общее количество клиентов, обратившихся за услугой в течение необходимого времени, и избежать двойного учета клиентов, которые обратились более одного раза.
<b>ПИШ.О.3е</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые в течение последнего месяца вовлекались в ПИШ, по отношению к количеству ЛУИН, которые вовлекались в течение последнего года	$\frac{\text{ПИШ.О.3с}}{\text{ПИШ.О.3д}} \times 100$	Если возможность определения частоты контактов в течение определенного периода ЛУИН отсутствует, этот индикатор может помочь измерить частоту контактов путем сравнения количества ЛУИН, обратившихся в ПИШ в течение последнего месяца, с общим количеством ЛУИН, обратившихся в течение последнего года.  <b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 30% – Сред. – 70% – Выс.	

<b>ПИШ.О.4 ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (КОНТАКТОВ КЛИЕНТОВ И ПИШ) УРОВЕНЬ ПРИМЕНЕНИЯ</b>			
<p>Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).</p> <p><b>Предложения по разбивке</b>                      Пол: мужской, женский, трансгендер                      Возраст: ≤ 18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет                      Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие</p>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ПИШ.О.4а</b>	Количество оказанных услуг (контактов ЛУИН) в течение отчетного периода	Данные о выполнении программ	Учитывается общее количество оказанных услуг (контактов), в них входит каждый контакт, при котором ЛУИН передаются иглы или шприцы. Учитываются все случаи обращений одного клиента, если в течение отчетного периода их было несколько. При сборе данных на уровне предоставления услуги не требуется использовать УКИ.
<b>ПИШ.О.4б</b>	Общее количество контактов в течение отчетного периода на 100 ЛУИН	$\frac{\text{ПИШ.О.4а}}{\text{Нас.1}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 30% – Сред. – 70% – Выс.



<b>ПИШ.К.1 ОТОБРАЖЕНИЕ ПИШ В НАЦИОНАЛЬНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ И КЛЮЧЕВЫХ ПОЛИТИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТАХ</b>	
<p>Включены ли в национальное законодательство и ключевые политические документы следующие стандарты и программные мероприятия?</p>	
<b>ПИШ.К.1а</b>	<p><b>Законодательство содержит нормы, способствующие распространению стерильного инъекционного оборудования через ПИШ</b>                      Распространение и сбор инъекционного оборудования и проведение ПИШ разрешено законом. Законодательство четко определяет правовой статус ПИШ и деятельности по распространению и сбору инъекционных приспособлений.</p>
<b>ПИШ.К.1б</b>	<p><b>Национальные стандарты деятельности правоохранительных органов и политика в этой сфере непосредственно способствуют выполнению ПИШ</b>                      Стандарты деятельности правоохранительных органов предусматривают, что они не вмешиваются в проведение ПИШ, не препятствуют ЛУИН в получении доступа к программе, владении новым или использованным инъекционным оборудованием. Сотрудники правоохранительных органов регулярно проходят тренинги по вопросам ВИЧ, УИН, принципам и услугам снижения вреда.</p>
<b>ПИШ.К.1с</b>	<p><b>Законодательство содержит нормы, способствующие проведению ПИШ в местах заключения</b>                      В местах заключения разных стран действуют разные модели распространения инъекционных приспособлений. К этому могут привлекаться сотрудники пенитенциарных учреждений, представители общественных организаций. Кроме того, распространение может происходить силами самих заключенных по принципу «равный – равному» или через автоматы.</p>
<b>ПИШ.К.1д</b>	<p><b>Разработана стратегия обеспечения долгосрочного финансирования в достаточном объеме ПИШ и деятельности по достижению стандартов качества</b>                      Правительство должно взять на себя обязательства по долгосрочному финансированию ПИШ. Если программа финансируется из внешних источников, необходимо оценить устойчивость такого финансирования, определить, какого объема финансирования будет не хватать при непредвиденных обстоятельствах. Уровень финансирования должен быть достаточным, чтобы обеспечить высокое качество ПИШ и высокий уровень охвата и доступности: например, распространение подходящих инъекционных приспособлений (см. ПИШ.К.1о) и отсутствие ограничений по количеству приспособлений для распространения (см. ПИШ.К.1м).</p>

ПИШ.К.1e	<b>Национальная стратегия предполагает активное вовлечение ЛУИН в планирование ПИШ</b> Это предусматривает проведение консультаций и действенное вовлечение ЛУИН в процессы разработки услуг ПИШ с тем, чтобы обеспечить их соответствие потребностям целевых групп.
ПИШ.К.1f	<b>Национальные стандарты предполагают активное вовлечение ЛУИН в процессы предоставления услуг ПИШ</b> ЛУИН могут быть вовлечены и в процессы предоставления услуг ПИШ. Как правило, это предусматривает подготовку некоторого числа ЛУИН, которые могут привлекаться в качестве аутрич-работников для распространения информационно-просветительских материалов и инъекционных приспособлений среди целевых групп.
ПИШ.К.1g	<b>Национальные стандарты предполагают регулярный сбор анонимных отзывов клиентов</b> Есть механизмы, при помощи которых клиенты могут давать анонимные/конфиденциальные отзывы об услугах. Учреждения, предоставляющие услуги, должны принимать во внимание такие отзывы.
ПИШ.К.1h	<b>Национальные стандарты устанавливают требования к обучению и проверке качества работы персонала, выполняющего ПИШ</b> Учреждения обеспечивают обучение своих сотрудников согласно национальным стандартам повышения квалификации и обеспечивают проверку качества их работы. Выделяется финансирование для обучения и проверки качества работы. Сотрудники пользуются доверием со стороны целевых групп и непредвзято относятся к потребителям наркотиков.
ПИШ.К.1i	<b>Национальные стандарты предусматривают, что ПИШ выполняется в местах, доступных для ЛУИН</b> Может возникнуть необходимость в определении мест пребывания целевого населения для того, чтобы установить, насколько доступны будут для них места выполнения ПИШ. Например, до таких мест должно быть легко добраться на общественном транспорте.
ПИШ.К.1j	<b>Национальные стандарты предполагают применение разных моделей распространения игл и шприцев для достижения максимального охвата</b> Комбинация разных моделей распространения позволяет повысить доступность инъекционных приспособлений, в том числе и доступность в любое время суток и в любой день недели. Это могут быть такие модели: распространение через стационарное учреждение, через мобильные и аутрич-пункты, автоматы, распространение в домах или вторичное распространение (например, через клиники сексуального здоровья, места лечения наркозависимости или пункты неотложной помощи).
ПИШ.К.1k	<b>Национальная стратегия устанавливает, что ПИШ обеспечивают конфиденциальность клиентов</b> Система учета клиентов ведется безопасно и обеспечивает их конфиденциальность. От клиентов не требуется показывать удостоверение личности или предоставлять другую личную информацию для получения доступа к услуге или инъекционным приспособлениям. Информация, полученная от клиента, не передается правоохранительным органам без согласия клиента (кроме случаев, если того требует законодательство). Система сбора данных о выполнении программ не содержит информации, позволяющей идентифицировать клиентов.
ПИШ.К.1l	<b>Национальная стратегия устанавливает, что услуги ПИШ доступны всем, и не требует от ЛУИН отвечать каким-либо критериям для получения услуги или инъекционных приспособлений</b> В процессе предоставления услуг не применяются ограничения по возрасту и полу, не требуются доказательства о статусе ЛУИН, информация о месте жительства, ВИЧ-статусе, о лишении свободы или привлечении к уголовной ответственности. От потребителей наркотиков не требуется регистрироваться для получения услуг.
ПИШ.К.1m	<b>Национальные стандарты предполагают, что не устанавливается ограничений на количество инъекционных приспособлений для распространения</b> Деятельность должна быть направлена на то, чтобы распространить максимальное количество инъекционных приспособлений.
ПИШ.К.1n	<b>Национальные стандарты предполагают, что для получения новых инъекционных приспособлений клиенты не обязаны возвращать использованные</b> ПИШ должны функционировать по принципу, что для получения новых инъекционных приспособлений клиенты не обязаны возвращать использованные, однако необходимо призывать и помогать ЛУИН безопасно утилизировать использованные приспособления.

ПИШ.К.1o	<p><b>Национальные стандарты предполагают, что в рамках ПИШ распространяются инъекционные приспособления с учетом местных особенностей УИН и употребляемых наркотиков</b></p> <p>Тип распространяемых приспособлений должен отвечать местному контексту и потребностям клиентов. Необходимо проконсультироваться с ЛУИН и определить, какие приспособления нужно распространять. В идеале это должны быть как можно более тонкие иглы, чтобы снизить серьезность повреждений в месте укола. Для инъекции некоторых наркотиков могут быть нужны более толстые иглы, в том числе для тягучих веществ и для наркотиков плохого качества. Объем шприцев тоже должен быть соответствующим (для веществ, которые употребляются в больших количествах, объем шприца тоже должен быть больше). Иглы и шприцы должны быть с минимальным мертвым объемом, поскольку в шприцах с большим мертвым объемом может оставаться больше заразного вещества, что повышает риск инфицирования при повторном использовании (28, 29). Кроме того, необходимо распространять и другие приспособления (если в них есть потребность): спиртовые салфетки, стерильные ампулы воды, фильтры, жгуты, сосуды для смешивания (например, ложки) и окислители (например, аскорбиновую кислоту или лимонную кислоту в порошке), а также приспособления, которые позволяют употреблять наркотики неинъекционным способом: стерильные трубки, бумагу или фольгу.</p>
ПИШ.К.1p	<p><b>Национальные стандарты устанавливают, что в рамках ПИШ предоставляются услуги по информированию, обучению и просвещению (ИОП) ЛУИН, в том числе по профилактике передозировок</b></p> <p>Материалы и сообщения ИОП должны отвечать местному контексту и быть посвящены следующим вопросам: безопасные практики инъекций, использование презервативов и безопасный секс, эффекты и вред от наркотиков, профилактика, влияние на здоровье, риски и лечение инфекций, которые передаются через кровь, профилактика, риски и действия в случае передозировки (может включать в себя распространение налоксона и обучение потребителей опиатов пользоваться им), способы лечения наркозависимости, права и обязанности, безопасная утилизация инъекционных приспособлений, доступ к услугам в сфере охраны здоровья и благополучия. ЛУИН должны участвовать в разработке и апробации этих материалов.</p>
ПИШ.К.1q	<p><b>Национальные стандарты предполагают налаживание установленных связей и перенаправления между ПИШ и другими провайдерами соответствующих услуг, клиенты ПИШ должны перенаправляться к другим услугам.</b></p> <p>Соответствующие услуги включают: лечение наркозависимости, тестирование, сопровождение, лечение и уход в связи с ВИЧ, вирусным гепатитом и туберкулезом, вакцинация от вирусного гепатита, услуги по вопросам сексуального здоровья (в том числе диагностика и лечение ИППП), услуги в области репродуктивного и психического здоровья, общие медицинские услуги, услуги по обеспечению места жительства, юридические и образовательные услуги и услуги первичной медицинской помощи. Эти услуги могут предоставляться теми же учреждениями, что и ПИШ (если услуги интегрированы), или другими.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Службы, осуществляющие перенаправление, должны иметь список услуг и провайдеров, к которым должны направляться клиенты, а также контакты со всеми провайдерами.</li> <li>• Услуги и службы, к которым направляются клиенты, должны быть ориентированными и отвечать потребностям ЛУИН, соответствующие провайдеры должны находиться недалеко от служб, осуществляющих перенаправление, и быть легкодоступными для клиентов.</li> <li>• Сопровождение и непрерывность ухода обеспечиваются за счет того, что сопровождение клиентов осуществляется службой, делающей перенаправление.</li> </ul>
ПИШ.К.1r	<p><b>Национальные стандарты предусматривают систему контроля для предотвращения израсходования запасов игл и шприцев</b></p> <p>Для проведения ПИШ необходимо хранить значительное количество инъекционных приспособлений, также нужно создать надежные каналы поставки и прозрачные процессы закупки для обеспечения непрерывности их распространения.</p>



<b>КАЧЕСТВО ВЫПОЛНЕНИЯ ПИШ</b>	
<b>ПИШ.К.2</b>	<p>Эти индикаторы позволяют оценить, насколько на уровне предоставления услуг соблюдаются стандарты качества.</p> <p>Можно их использовать для оценки предоставления услуг на уровне конкретной службы или места выполнения ПИШ.</p> <p>Для определения процентного отношения услуг/служб, отвечающих стандартам качества, можно собирать данные об оценке на уровне нескольких служб.</p>
<b>ПИШ.К.2a</b>	Обеспечено долгосрочное финансирование для устойчивости ПИШ (см. ПИШ.К.1d)
<b>ПИШ.К.2b</b>	В планировании ПИШ активно участвуют ЛУИН (см. ПИШ.К.1e)
<b>ПИШ.К.2c</b>	ЛУИН активно участвуют в предоставлении услуг в рамках ПИШ (см. ПИШ.К.1f)
<b>ПИШ.К.2d</b>	Регулярно собираются анонимные отзывы клиентов об услугах (см. ПИШ.К.1g)
<b>ПИШ.К.2e</b>	Персонал, выполняющий ПИШ, проходит обучение, обеспечивается проверка качества его работы (см. ПИШ.К.1h)
<b>ПИШ.К.2f</b>	ПИШ выполняется в местах, доступных для ЛУИН (см. ПИШ.К.1i)
<b>ПИШ.К.2g</b>	В выполнении ПИШ используются разные способы для максимального охвата ЛУИН (см. ПИШ.К.1j)
<b>ПИШ.К.2h</b>	При выполнении ПИШ обеспечивается конфиденциальность клиентов (см. ПИШ.К.1k)
<b>ПИШ.К.2i</b>	Услуги ПИШ доступны всем, от ЛУИН не требуется отвечать каким-либо критериям для получения услуги или инъекционных приспособлений (см. ПИШ.К.1l)
<b>ПИШ.К.2j</b>	Не устанавливается ограничений на количество инъекционных приспособлений для распространения (см. ПИШ.К.1m)
<b>ПИШ.К.2k</b>	Для получения новых инъекционных приспособлений клиенты <i>не</i> обязаны возвращать использованные (см. ПИШ.К.1n)
<b>ПИШ.К.2l</b>	В рамках ПИШ распространяются инъекционные приспособления с учетом местных особенностей УИН и употребляемых наркотиков (см. ПИШ.К.1o)
<b>ПИШ.К.2m</b>	В рамках ПИШ предоставляются услуги по информированию, обучению и просвещению (ИОП) ЛУИН, в том числе по профилактике передозировок (см. ПИШ.К.1p)
<b>ПИШ.К.2n</b>	Установлены связи и перенаправление между ПИШ и другими провайдерами соответствующих услуг, клиенты ПИШ перенаправляются к другим услугам (см. ПИШ.К.1q)
<b>ПИШ.К.2o</b>	Установлена система контроля для предотвращения израсходования запасов (см. ПИШ.К.1r)

## 2 ОПИОИДНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ДРУГИЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

<b>НАЛИЧИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ОЗТ</b>			
<b>ОЗТ.Н.1</b>			
<b>Предложения по разбивке</b>			
Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.Н.1а</b>	Наличие ОЗТ, в том числе использование агонистов опиоидов для поддерживающего лечения опиоидной зависимости	Есть/нет	Этот индикатор включает в себя использование агонистов опиоидов для поддерживающей заместительной терапии и <i>не</i> включает в себя кратковременную заместительную терапию с целью детоксикации.
<b>ОЗТ.Н.1б</b>	Наличие метадона для поддерживающего лечения опиоидной зависимости	Есть/нет	Этот индикатор включает в себя использование метадона для поддерживающей заместительной терапии и <i>не</i> включает в себя кратковременную заместительную терапию с целью детоксикации.
<b>ОЗТ.Н.1с</b>	Наличие бупренорфина для поддерживающего лечения опиоидной зависимости	Есть/нет	Этот индикатор включает в себя использование бупренорфина для поддерживающей заместительной терапии и <i>не</i> включает в себя кратковременную заместительную терапию с целью детоксикации.
<b>ОЗТ.Н.1д</b>	Наличие других агонистов опиоидов для поддерживающего лечения опиоидной зависимости	Есть/нет	Другие агонисты опиоидов, которые можно использовать для поддерживающего лечения, включают: <ul style="list-style-type: none"> <li>• диаморфин (фармацевтический героин);</li> <li>• медленно высвобождающийся морфин;</li> <li>• раствор опия;</li> <li>• другие вещества (необходимо указать во время отчетности).</li> </ul>

\*\*

<b>ОЗТ.Н.2</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО И РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕСТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ОЗТ</b>		
	Эти индикаторы позволяют оценить количество мест, где предоставляется ОЗТ. Учитывая, что назначение ОЗТ и ее предоставление могут происходить в разных местах, они оцениваются отдельно.		
<b>Предложения по разбивке</b>			
Провайдеры государственной/частной формы собственности			
Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.Н.2а</b>	Количество мест, где назначается ОЗТ	Данные о выполнении программ	Места, где назначается ОЗТ, могут включать в себя специальные службы, медицинские учреждения, ведущие общую практику, и другие места предоставления первичной медицинской помощи.
<b>ОЗТ.Н.2б</b>	Количество мест, где предоставляется ОЗТ	Данные о выполнении программ	Места, где предоставляется ОЗТ, могут включать в себя аптеки, специальные службы, мобильные пункты распространения.
<b>ОЗТ.Н.2с</b>	Количество городов/штатов/провинций/областей, где доступна ОЗТ	Данные о выполнении программ	Для более детальной информации об измерении и интерпретации этих индикаторов см. раздел 3.4.
<b>ОЗТ.Н.2д</b>	Количество городов/штатов/провинций/областей, где, по информации, есть ЛУИН	Анализ ситуации, картирование	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.
<b>ОЗТ.Н.2е</b>	Процентное отношение городов/штатов/провинций/областей, где доступна ОЗТ, к тем, где, по информации, есть ЛУИН	$\frac{\text{ОЗТ.Д.2с}}{\text{ОЗТ.Д.2д}} \times 100$	

<b>ОЗТ.Н.3</b>	<b>ПОТЕНЦИАЛ ПРОГРАММЫ ОЗТ</b>		
	Этот индикатор позволяет измерить меру, до которой потенциал программы удовлетворяет потребность в ОЗТ		
<b>Предложения по разбивке</b>			
Провайдеры государственной/частной формы собственности			
Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.Н.3а</b>	Количество людей, находящихся в списке ожидания ОЗТ (по состоянию на определенную дату)	Данные о выполнении программ	

<b>НАЛИЧИЕ ДРУГИХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ (КРОМЕ ОЗТ)</b>			
<b>ДЛН.Н.1</b>			
<b>Предложения по разбивке</b>			
Провайдеры государственной/частной формы собственности			
Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ДЛН.Н.1а</b>	Наличие программ детоксикации в условиях <b>стационара</b>	Есть/нет	Программы выведения из организма остатков наркотиков в условиях стационара (как правило, 10-дневные или короче).
<b>ДЛН.Н.1б</b>	Наличие программ <b>амбулаторного</b> лечения наркозависимости	Есть/нет	Предоставление других амбулаторных форм лечения наркозависимости (кроме ОЗТ). Может включать в себя такие формы, как групповое или индивидуальное консультирование.
<b>ДЛН.Н.1с</b>	Наличие программ <b>краткосрочного</b> лечения наркозависимости в условиях стационара	Есть/нет	Краткосрочное лечение наркозависимости в условиях стационара – это лечение, которое длится до четырех месяцев.
<b>ДЛН.Н.1д</b>	Наличие программ <b>длительного</b> лечения наркозависимости в условиях стационара	Есть/нет	Период длительного лечения наркозависимости в условиях стационара составляет четыре месяца или больше.
<b>ДЛН.Н.1е</b>	Наличие программ взаимопомощи	Есть/нет	Группы взаимопомощи (действующие по принципу «равный – равному») – это группы, в которых участники поддерживают друг друга в выздоровлении от наркозависимости и связанных с ней проблем без профессиональной терапии или вмешательства (например, сообщество анонимных наркоманов).
<b>ДЛН.Н.1ф</b>	Наличие мест распространения игл и шприцев или других услуг для ЛУИН, которые предоставляют краткосрочное лечение наркозависимости	Есть/нет	В неспециализированных учреждениях (например, местах выполнения ПИШ) может предлагаться краткосрочное лечение расстройств, вызванных употреблением наркотиков, на основе мотивационных принципов. Это лечение предлагается на последнем этапе с целью перенаправления к специализированным учреждениям.



<b>ДЛН.Н.2 КОЛИЧЕСТВО И РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕСТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДРУГИХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ (КРОМЕ ОЗТ)</b> Предложения по разбивке Провайдеры государственной/частной формы собственности Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ДЛН.Н.2a</b>	Количество мест выполнения программ детоксикации в условиях стационара	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2b</b>	Количество мест выполнения программ амбулаторного лечения наркозависимости	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2c</b>	Количество мест выполнения программ <b>краткосрочного</b> лечения наркозависимости в условиях стационара	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2d</b>	Количество мест выполнения программ <b>длительного</b> лечения наркозависимости в условиях стационара	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2e</b>	Количество мест выполнения программ взаимопомощи	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2f</b>	Количество мест распространения игл и шприцев или других услуг для ЛУИН, которые предоставляют краткосрочное лечение наркозависимости	Данные о выполнении программ	
<b>ДЛН.Н.2g</b>	Процентное отношение мест выполнения ПИШ, которые предоставляют краткосрочное лечение наркозависимости	$\frac{\text{ДЛН.Н.2f}}{\text{ПИШ.Н.1a}} \times 100$	



**ОЗТ.О.1**

**КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ОЗТ**

Поскольку в разных условиях доступность данных будет отличаться, указаны несколько индикаторов для оценки масштабов распространения ОЗТ в соответствии с численностью населения. Впрочем, по возможности необходимо прилагать усилия для сбора данных, которые позволяют точнее оценить предоставление лечения и потребность в нем. В идеале это можно сделать при помощи индикаторов ОЗТ.О.1с и ОЗТ.О.1d.

**Уровень применения**

Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

**Предложения по разбивке**

Пол: мужской, женский, трансгендер

Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет

Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.О.1а</b>	Количество <b>всех клиентов</b> ОЗТ (по состоянию на определенную дату <b>или</b> за определенный период времени – последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	В это количество входят все клиенты, независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем. Если данные о количестве клиентов по состоянию на определенную дату недоступны, можно оценить количество клиентов, получавших ОЗТ в течение определенного отчетного периода. Важно обеспечить отсутствие двойного учета людей, которые могли перестать получать ОЗТ, а затем вернуться к ней в течение определенного отчетного периода.
<b>ОЗТ.О.1б</b>	Количество <b>ЛУИН-клиентов</b> ОЗТ (по состоянию на определенную дату <b>или</b> за определенный период времени – последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	В это количество входят только те клиенты, которые употребляли инъекционные наркотики в прошлом или употребляют в настоящем. Если данные о количестве клиентов по состоянию на определенную дату недоступны, можно оценить количество клиентов, получавших ОЗТ в течение определенного отчетного периода. Важно обеспечить отсутствие двойного учета людей, которые могли перестать получать ОЗТ, а затем вернуться к ней в течение определенного отчетного периода.
<b>ОЗТ.О.1с</b>	Процентное отношение людей с опиоидной зависимостью, получающих ОЗТ	$\frac{\text{ОЗТ.О.1а}}{\text{Нас.2}} \times 100$	В качестве знаменателя используется количество людей с опиоидной зависимостью (Нас.2). <b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 20% – Сред. – 40% – Выс. <i>Высокий</i> уровень задачи основан на уровне охвата в странах с развитой системой ОЗТ.

	Индикатор	Источник данных	Примечания
<b>ОЗТ.О.1d</b>	Процентное отношение ЛУИН с опиоидной зависимостью, получающих ОЗТ	$\frac{\text{ОЗТ.О.1b}}{\text{Нас.3}} \times 100$	<p>В качестве знаменателя используется количество ЛУИН с опиоидной зависимостью (Нас.3).</p> <p><b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 20% – Сред. – 40% – Выс.</p> <p><i>Высокий</i> уровень задачи основан на уровне охвата в странах с развитой системой ОЗТ.</p>
<b>ОЗТ.О.1e</b>	Количество ЛУИН-клиентов ОЗТ на 100 ЛУИН	$\frac{\text{ОЗТ.О.1b}}{\text{Нас.1}} \times 100$	<p>В качестве знаменателя используется количество ЛУИН (Нас.1).</p> <p>Если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков или о количестве ЛУИН с опиоидной зависимостью будут недоступны, этот индикатор позволит измерить только отношение уровня предоставления ОЗТ к известному количеству ЛУИН.</p> <p>Необходимо обратить внимание на сложности сбора данных по этому индикатору, впрочем, он прямо не позволяет оценить потребность в лечении.</p> <p>Этот индикатор лучше всего использовать в местах, где большинство ЛУИН имеют опиоидную зависимость, а большинство получателей ОЗТ – люди, употребляющие инъекционные наркотики.</p>

<b>ДЛН.О.1</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДРУГИЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ (КРОМЕ ОЗТ)</b>		
	Учреждения лечения наркозависимости могут предлагать свои услуги ЛУИН, а также другим клиентам, например людям с алкогольной или каннабисной зависимостью.		
	Для анализа лечения наркозависимости (как составляющего элемента противодействия ВИЧ-инфекции среди ЛУИН) особенно необходимо оценить охват ЛУИН услугами лечения наркозависимости. Однако для этого необходимо собирать на уровне предоставления услуг данные об употреблении клиентами инъекционных наркотиков и надлежащим образом распределять их. Многие системы сбора данных не имеют возможности распределения. Индикаторы, указанные здесь, можно применять, если системы сбора данных позволяют отчитываться по распределенным данным.		
	<b>Уровень применения</b>		
	Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).		
<b>Предложения по разбивке</b>			
Пол: мужской, женский, трансгендер			
Возраст: ≤ 18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥ 25 лет			
Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие			
Гражданские учреждения/тюрьмы и другие места ограничения свободы			

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ДЛН.О.1a</b>	Количество <i>всех клиентов</i> , которым была проведена наркологическая детоксикация в условиях стационара за определенный отчетный период (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Это количество всех клиентов независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем.
<b>ДЛН.О.1b</b>	Количество <i>ЛУИН</i> , которым была проведена наркологическая детоксикация в условиях стационара за определенный отчетный период	Данные о выполнении программ	Отчитываться по этому индикатору можно только в том случае, если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков учитываются в системе сбора данных.
<b>ДЛН.О.1c</b>	Процентное отношение ЛУИН, которым была проведена наркологическая детоксикация в условиях стационара за определенный отчетный период	$\frac{\text{ДЛН.О.1b}}{\text{Нас.1}} \times 100$	
<b>ДЛН.О.1d</b>	Количество <i>всех клиентов</i> , которые получили лечение наркозависимости в амбулаторных условиях за определенный отчетный период (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Это количество всех клиентов независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем.
<b>ДЛН.О.1e</b>	Количество <i>ЛУИН</i> , которые получили лечение наркозависимости в амбулаторных условиях за определенный отчетный период	Данные о выполнении программ	Отчитываться по этому индикатору можно только в том случае, если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков учитываются в системе сбора данных.
<b>ДЛН.О.1f</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые получили лечение наркозависимости в амбулаторных условиях за определенный отчетный период	$\frac{\text{ДЛН.О.1e}}{\text{Нас.1}} \times 100$	

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ДЛН.О.1g</b>	Количество всех клиентов, которые получили <b>краткосрочное</b> лечение наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Это количество всех клиентов независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем.
<b>ДЛН.О.1h</b>	Количество ЛУИН, которые получили <b>краткосрочное</b> лечение наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период	Данные о выполнении программ	Отчитываться по этому индикатору можно только в том случае, если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков учитываются в системе сбора данных
<b>ДЛН.О.1i</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые получили <b>краткосрочное</b> лечение наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период	$\frac{\text{ДЛН.О.1h}}{\text{Нас.1}} \times 100$	
<b>ДЛН.О.1j</b>	Количество всех клиентов, которые получили <b>длительное</b> лечение наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Это количество всех клиентов независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем.
<b>ДЛН.О.1k</b>	Количество ЛУИН, которые получили <b>длительное лечение</b> наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период	Данные о выполнении программ	Отчитываться по этому индикатору можно только в том случае, если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков учитываются в системе сбора данных.
<b>ДЛН.О.1l</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые получили <b>длительное</b> лечение наркозависимости в условиях стационара за определенный отчетный период	$\frac{\text{ДЛН.О.1k}}{\text{Нас.1}} \times 100$	
<b>ДЛН.О.1m</b>	Количество всех клиентов, принявших участие в группах взаимопомощи за определенный отчетный период (например, последние 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Это количество всех клиентов независимо от факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или в настоящем.
<b>ДЛН.О.1n</b>	Количество ЛУИН, принявших участие в группах взаимопомощи за определенный отчетный период	Данные о выполнении программ	Отчитываться по этому индикатору можно только в том случае, если данные о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков учитываются в системе сбора данных.
<b>ДЛН.О.1o</b>	Процентное отношение ЛУИН, принявших участие в группах взаимопомощи за определенный отчетный период	$\frac{\text{ДЛН.О.1n}}{\text{Нас.1}} \times 100$	



<b>ОЗТ.К.1</b>	<b>ОТОБРАЖЕНИЕ ОЗТ В НАЦИОНАЛЬНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ И КЛЮЧЕВЫХ ПОЛИТИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТАХ</b> Включены ли в национальное законодательство и ключевые политические документы следующие стандарты и программные мероприятия?
<b>ОЗТ.К.1а</b>	<b>Законодательство содержит нормы, способствующие предоставлению ОЗТ</b> Предоставление ОЗТ разрешено законом. Законодательство четко определяет правовой статус программ ОЗТ.
<b>ОЗТ.К.1б</b>	<b>Национальные стандарты деятельности правоохранительных органов и политика в этой сфере непосредственно способствуют предоставлению ОЗТ</b> Стандарты деятельности правоохранительных органов предусматривают, что они не вмешиваются в проведение ОЗТ, не препятствуют ЛУИН в получении доступа к программам ОЗТ. Сотрудники правоохранительных органов регулярно проходят тренинги по вопросам ВИЧ, УИН, принципам и услугам снижения вреда.
<b>ОЗТ.К.1с</b>	<b>На национальном или более низком уровне разработаны стандарты предоставления ОЗТ</b> Эти стандарты детализированы, охватывают все аспекты и основаны на проверенных фактах. Они учитывают нормы национального законодательства, политические приоритеты и местный контекст, а также соответствуют международным стандартам (например, стандартам ВОЗ).
<b>ОЗТ.К.1d</b>	<b>Разработана стратегия обеспечения долгосрочного финансирования в достаточном объеме ОЗТ и деятельности по достижению других стандартов качества, упомянутых в этом документе</b> Правительство должно взять на себя обязательства по долгосрочному финансированию ОЗТ. Если программа финансируется из внешних источников, необходимо оценить устойчивость такого финансирования, определить, какого объема финансирования будет не хватать при непредвиденных обстоятельствах. Уровень финансирования должен быть достаточным, чтобы обеспечить высокое качество ОЗТ и высокий уровень охвата и доступности.
<b>ОЗТ.К.1е</b>	<b>Национальная стратегия предполагает активное вовлечение ЛУИН в планирование ОЗТ</b> Это предусматривает проведение консультаций и действенное вовлечение ЛУИН в процессы разработки услуг ОЗТ с тем, чтобы обеспечить их соответствие потребностям целевых групп.
<b>ОЗТ.К.1f</b>	<b>Национальные стандарты предполагают регулярный сбор анонимных отзывов клиентов</b> Есть механизмы, при помощи которых клиенты могут давать анонимные/ конфиденциальные отзывы об услугах. Учреждения, предоставляющие услуги, должны принимать во внимание такие отзывы.
<b>ОЗТ.К.1g</b>	<b>Национальная стратегия устанавливает четкую ответственность учреждений в рамках предоставления ОЗТ и в рамках системы здравоохранения в целом для обеспечения соблюдения стандартов предоставления ОЗТ</b>
<b>ОЗТ.К.1h</b>	<b>Национальная стратегия определяет, что персонал, назначающий ОЗТ, проходит сертификационное обучение и является зарегистрированным</b> Персонал, назначающий ОЗТ, проходит последипломное обучение по вопросам ОЗТ, подтверждаемое сертификатом, постоянно повышает свою квалификацию, принимает участие в мониторинге и оценивании и является зарегистрированным. Персонал пользуется доверием со стороны целевых групп и непредвзято относится к потребителям наркотиков.
<b>ОЗТ.К.1i</b>	<b>Национальные стандарты устанавливают требования к обучению и проверке качества работы персонала, предоставляющего ОЗТ</b> Выделяется финансирование для обучения и проверки качества работы. В обучение включены вопросы реагирования на побочные эффекты и оценки состояния клиента перед введением дозы.
<b>ОЗТ.К.1j</b>	<b>Национальная стратегия устанавливает, что услуги ОЗТ доступны всем и никакие ограничения не применяются</b> Решение о предоставлении ОЗТ принимается только на основе клинических показаний. Нельзя ограничивать доступ на основе неклинических критериев: возраста, статуса УИН (доступ должны иметь и УИН, и другие ПИН с опиоидной зависимостью), пола, ВИЧ-статуса, гражданства, наличия постоянного места жительства, информации о лишении свободы или привлечении к уголовной ответственности.
<b>ОЗТ.К.1k</b>	<b>Национальные стандарты предполагают применение разных моделей предоставления ОЗТ для обеспечения доступа к ней всех людей с опиоидной зависимостью</b> ОЗТ может предоставляться следующими структурами: организациями общего профиля, которые назначают ОЗТ, специализированными службами и специалистами, мобильными и аутрич-пунктами, службами, которые передают ОЗТ для использования в домашних условиях.
<b>ОЗТ.К.1l</b>	<b>Национальные стандарты устанавливают, что структуры, назначающие и предоставляющие ОЗТ, находятся в местах, доступных для ЛУИН</b> Может возникнуть необходимость в определении мест пребывания целевого населения для того, чтобы установить, насколько доступны будут для них места выполнения ПИШ. Например, до таких мест должно быть легко добраться на общественном транспорте.

ОЗТ.К.1m	<p><b>Национальные стандарты предполагают, что ОЗТ доступна в любое время суток и в нерабочее время (при потребности)</b></p> <p>Доступность ОЗТ обеспечивается в любое время суток, в том числе в нерабочее время конкретных учреждений и в течение выходных дней, чтобы работающие клиенты имели возможность воспользоваться ОЗТ. Клиенты, работающие ночью (например, работницы коммерческого секса), могут иметь потребность доступа к ОЗТ в нерабочее время.</p>
ОЗТ.К.1n	<p><b>Национальная стратегия предусматривает, что стоимость ОЗТ не препятствует клиентам получить ее, таким образом способствуя доступу</b></p> <p>Стоимость ОЗТ может быть важным фактором, ограничивающим многих людей с опиоидной зависимостью от получения лечения. Для повышения доступности необходимо предоставлять ОЗТ бесплатно (это будет лучшим вариантом, но его не всегда можно обеспечить в связи с ограниченностью ресурсов). Стоимость ОЗТ может покрываться медицинским страхованием, клиенты могут получать субсидии на частичное возмещение затрат (особенно клиенты с низким доходом).</p>
ОЗТ.К.1o	<p><b>Национальные стандарты устанавливают, что для получения ОЗТ клиент должен удостоверить свою личность и подтвердить факт употребления инъекционных наркотиков</b></p>
ОЗТ.К.1p	<p><b>Национальные стандарты указывают на необходимость постоянного применения протоколов комплексной оценки состояния клиентов</b></p> <p>Оценка состояния клиентов состоит из следующего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• определения истории употребления наркотиков;</li> <li>• определения состояния психического здоровья в настоящем и прошлом;</li> <li>• диагностики сопутствующих заболеваний;</li> <li>• психосоциальной оценки (в том числе оценки места жительства, занятости, семейного положения, уровня образования, правового статуса, в частности пребывания в местах лишения свободы);</li> <li>• клинического обследования, в том числе выявления клинических признаков осложнений в связи с употреблением инъекционных наркотиков;</li> <li>• ряда обследований (диагностики ИППП, лечения и ухода в связи с ВИЧ, диагностики гепатита, теста на беременность, анализа мочи на содержание остатков наркотиков – по возможности).</li> </ul>
ОЗТ.К.1q	<p><b>Национальная стратегия предусматривает, что все клиенты дают информированное согласие на ОЗТ</b></p>
ОЗТ.К.1r	<p><b>Национальные стандарты предусматривают, что все клиенты зарегистрированы в национальной системе учета</b></p> <p>Национальная система учета обеспечивает конфиденциальность клиента и ведется безопасно. Информация, полученная от клиента, не передается правоохранительным органам без согласия клиента (кроме случаев, если того требует законодательство).</p>
ОЗТ.К.1s	<p><b>Национальные стандарты устанавливают ведение полного учета по каждому из клиентов</b></p>
ОЗТ.К.1t	<p><b>Национальная стратегия предусматривает, что программы ОЗТ обеспечивают конфиденциальность клиентов</b></p> <p>Система учета клиентов ведется безопасно и обеспечивает их конфиденциальность. Информация, полученная от клиента, не передается правоохранительным органам без согласия клиента (кроме случаев, если того требует законодательство). Система сбора данных о выполнении программ не содержит информации, позволяющей идентифицировать клиентов.</p>
ОЗТ.К.1u	<p><b>Национальные стандарты предусматривают, что клиентам сообщается информация о возможных рисках и побочных эффектах ОЗТ</b></p> <p>Клиенты получают информацию о возможных рисках и побочных эффектах: передозировке, употреблении других наркотиков и медицинских препаратов, а также информацию о том, как избегать побочных эффектов и действовать в случае, если они наступают.</p>
ОЗТ.К.1v	<p><b>Национальные стандарты предполагают, что в течение ОЗТ клиентов регулярно осматривают врачи согласно протоколу</b></p> <p>В качестве примера предлагается следующий график:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• день 1-й;</li> <li>• день 3-й или 4-й;</li> <li>• конец первой недели;</li> <li>• раз в неделю в течение первого месяца или пока не определен необходимый объем дозы;</li> <li>• раз в две недели в течение второго и третьего месяца;</li> <li>• впоследствии – раз в месяц.</li> </ul>

ОЗТ.К.1w	<b>Национальные стандарты устанавливают граничный объем начальной дозы поддерживающего лечения метадонотом (ПЛМ) и поддерживающего лечения бупренорфином (ПЛБ) в соответствии с международными рекомендациями</b> Начальная доза: <30 мг для ПЛМ, <8 мг для ПЛБ
ОЗТ.К.1x	<b>Национальные стандарты устанавливают минимальный объем поддерживающей дозы для ПЛМ и ПЛБ</b> Поддерживающая доза: >60 мг для ПЛМ, >8 мг для ПЛБ
ОЗТ.К.1y	<b>Национальные стандарты содержат рекомендацию по длительности ОЗТ (не меньше шести месяцев) и не устанавливают границ максимальной длительности лечения</b>
ОЗТ.К.1z	<b>Национальные стандарты содержат рекомендацию по проведению психосоциальной оценки всех клиентов и предоставлению им поддержки</b> Психосоциальная поддержка может состоять из следующего минимального набора: <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценки психосоциальных потребностей;</li> <li>• поддерживающего консультирования;</li> <li>• установления связи с услугами для семей и услугами на уровне общин.</li> </ul> Если ресурсы и потенциал позволяют, можно предлагать ряд мероприятий по психосоциальной поддержке исходя из потребностей клиента, например: <ul style="list-style-type: none"> <li>• консультирование и психотерапия;</li> <li>• помощь в удовлетворении социальных потребностей, в том числе проживания, занятости, образования, благополучия и правовых вопросов;</li> <li>• поддерживающее консультирование;</li> <li>• предоставление психосоциальной поддержки и психиатрического лечения на месте.</li> </ul>
ОЗТ.К.1aa	<b>Национальные стандарты устанавливают обстоятельства, при которых осуществляется вынужденное прекращение ОЗТ</b> Вынужденное прекращение ОЗТ осуществляется, если это необходимо для обеспечения безопасности персонала или других клиентов. Употребление наркотиков не может быть причиной прекращения ОЗТ.
ОЗТ.К.1ab	<b>Национальные стандарты требуют соблюдения протоколов предоставления ОЗТ</b> Процесс предоставления ОЗТ четко и детально описан в национальных протоколах и состоит из следующего: <ul style="list-style-type: none"> <li>• процедуры установления личности клиента;</li> <li>• проверки объема дозы;</li> <li>• оценки состояния клиента для того, чтобы убедиться в безопасности предоставления дозы;</li> <li>• контроля над определением объема дозы;</li> <li>• составления отчета об определении объема дозы;</li> <li>• безопасного хранения медикаментов.</li> </ul>
ОЗТ.К.1ac	<b>Национальные стандарты предусматривают систему контроля, предотвращающую израсходование запасов препаратов для ОЗТ</b> Для проведения ОЗТ необходимо хранить значительное количество препаратов для ОЗТ, также нужно создать надежные каналы поставки и прозрачные процессы закупки для обеспечения непрерывности их распространения.
ОЗТ.К.1ad	<b>Национальные стандарты предполагают налаживание установленных связей и перенаправления между ОЗТ и другими провайдерами соответствующих услуг, клиенты ОЗТ должны перенаправляться к другим услугам.</b> Соответствующие услуги включают: лечение наркозависимости, тестирование, сопровождение, лечение и уход в связи с ВИЧ, вирусным гепатитом и туберкулезом, вакцинация от вирусного гепатита, услуги по вопросам сексуального здоровья (в том числе диагностика и лечение ИППП), услуги в сфере репродуктивного и психического здоровья, общие медицинские услуги, услуги по обеспечению места жительства, юридические и образовательные услуги и услуги первичной медицинской помощи. Эти услуги могут предоставляться теми же учреждениями, что и ОЗТ (если услуги интегрированы), или другими. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Службы, осуществляющие перенаправление, должны иметь список услуг и провайдеров, к которым должны направляться клиенты, а также контакты со всеми провайдерами.</li> <li>• Услуги и службы, к которым направляются клиенты, должны быть ориентированными и отвечать потребностям ЛУИН, соответствующие провайдеры должны находиться недалеко от служб, осуществляющих перенаправление, и быть легкодоступными для клиентов.</li> <li>• Сопровождение и непрерывность ухода обеспечиваются за счет того, что сопровождение клиентов осуществляется службой, делающей перенаправление.</li> </ul>



<b>ОЗТ.К.1ae</b>	<b>Национальные стандарты требуют, чтобы клиенты, находящиеся в местах заключения, продолжали получать ОЗТ по время заключения</b>
<b>ОЗТ.К.1af</b>	<b>Национальные стандарты требуют, чтобы клиенты, получающие ОЗТ в местах заключения, после освобождения направлялись в программы ОЗТ на уровне общин</b>
<b>* ОЗТ.К.2</b>	<b>КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОЗТ</b> Эти индикаторы позволяют оценить, насколько на уровне предоставления услуг соблюдаются стандарты качества. Можно их использовать для оценки предоставления услуг на уровне конкретной службы и места предоставления ОЗТ. Для определения процентного отношения услуг/служб, отвечающих стандартам качества, можно собирать данные по результатам оценки на уровне нескольких служб.
<b>ОЗТ.К.2a</b>	Обеспечено долгосрочное финансирование для устойчивости ОЗТ (см. ОЗТ.К.1d)
<b>ОЗТ.К.2b</b>	В планировании ОЗТ активно участвуют ЛУИН (см. ОЗТ.К.1e)
<b>ОЗТ.К.2c</b>	Регулярно собираются анонимные отзывы клиентов об услугах (см. ОЗТ.К.1f)
<b>ОЗТ.К.2d</b>	Установлена четкая ответственность учреждений для обеспечения соблюдения минимальных стандартов предоставления ОЗТ (см. ОЗТ.К.1g)
<b>ОЗТ.К.2e</b>	Весь персонал, предоставляющий ОЗТ, прошел сертификационное обучение и надлежащим образом зарегистрирован (см. ОЗТ.К.1h)
<b>ОЗТ.К.2f</b>	Персонал, выполняющий ОЗТ, проходит обучение согласно национальным стандартам (см. ОЗТ.К.1i)
<b>ОЗТ.К.2g</b>	ОЗТ доступна всем, не применяется никаких ограничений (см. ОЗТ.К.1j)
<b>ОЗТ.К.2h</b>	Применяются разные модели предоставления ОЗТ для обеспечения доступа к ней всех людей с опиоидной зависимостью (см. ОЗТ.К.1k)
<b>ОЗТ.К.2i</b>	ОЗТ предоставляется в местах, доступных для ЛУИН (см. ОЗТ.К.1l)
<b>ОЗТ.К.2j</b>	ОЗТ предоставляется в любое время суток (см. ОЗТ.К.1m)
<b>ОЗТ.К.2k</b>	Стоимость ОЗТ является приемлемой для клиентов (см. ОЗТ.К.1n)
<b>ОЗТ.К.2l</b>	Перед началом ОЗТ клиент должен удостоверить свою личность и подтвердить факт употребления инъекционных наркотиков (см. ОЗТ.К.1o)
<b>ОЗТ.К.2m</b>	Протоколы комплексной оценки состояния клиентов применяются постоянно (см. ОЗТ.К.1p)
<b>ОЗТ.К.2n</b>	Все клиенты дают информированное согласие на ОЗТ (см. ОЗТ.К.1q)
<b>ОЗТ.К.2o</b>	Все клиенты, получающие ОЗТ, зарегистрированы в национальной системе учета (см. ОЗТ.К.1r)
<b>ОЗТ.К.2p</b>	По каждому из клиентов ведется полный медицинский учет (см. ОЗТ.К.1s)
<b>ОЗТ.К.2q</b>	В рамках выполнения ОЗТ обеспечивается конфиденциальность клиентов (см. ОЗТ.К.1t)
<b>ОЗТ.К.2r</b>	Все клиенты получают информацию о рисках и возможных побочных эффектах в связи с ОЗТ (см. ОЗТ.К.1u)
<b>ОЗТ.К.2s</b>	В течение ОЗТ клиентов регулярно осматривают врачи согласно протоколу (см. ОЗТ.К.1v)
<b>ОЗТ.К.2t</b>	Объем начальной дозы клиентов не превышает рекомендованного граничного объема (см. ОЗТ.К.1w)
<b>ОЗТ.К.2u</b>	Не устанавливаются ограничения максимальной длительности лечения (см. ОЗТ.К.1y)
<b>ОЗТ.К.2v</b>	Проводится психосоциальная оценка состояния всех клиентов, им предоставляется поддержка (см. ОЗТ.К.1z)
<b>ОЗТ.К.2w</b>	Вынужденное прекращение ОЗТ осуществляется только в случаях нарушения положений национальных стандартов (см. ОЗТ.К.1aa)
<b>ОЗТ.К.2x</b>	ОЗТ предоставляется согласно соответствующему протоколу (см. ОЗТ.К.1ab)
<b>ОЗТ.К.2y</b>	Установлена система контроля для предотвращения израсходования запасов препаратов для ОЗТ (см. ПИШ.К.1ac)
<b>ОЗТ.К.2z</b>	Налажены связи и перенаправление между ОЗТ и другими провайдерами соответствующих услуг, клиенты ОЗТ должны перенаправляться к другим услугам (см. ОЗТ.К.1ad)

\*

**ОЗТ.К.3 КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОЗТ НЕПРЕРЫВНО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ**  
 Эти индикаторы позволяют оценить соблюдение клиентами режима лечения в течение как минимум шести месяцев. Установлено, что максимальную пользу приносит лечение длительностью не менее шести месяцев (39). Таким образом, эти индикаторы помогают измерить и то, как назначается ОЗТ, и уровень соблюдения режима лечения.  
 Для работы с индикаторами необходимы данные системы учета ОЗТ и методы, которые используются при проведении групповых исследований. Этот подход соответствует тому, который используется для мониторинга соблюдения режима АРТ и ее результатов, он был апробирован во время мониторинга программ Глобального фонда.

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.К.3а</b>	Количество людей, которые начали получать ОЗТ в течение определенного периода времени (периода формирования начальной группы)	Данные о выполнении программ	Для определения количества людей, которые начали получать ОЗТ в течение определенного периода времени (начальной группы), можно использовать данные системы учета ОЗТ.
<b>ОЗТ.К.3б</b>	Количество людей из начальной группы, продолжающих получать лечение через шесть месяцев после начала ОЗТ	Данные о выполнении программ	Для определения количества людей из начальной группы (см. выше), которые получают ОЗТ в течение шести месяцев после начала лечения, можно использовать данные системы учета ОЗТ.
<b>ОЗТ.К.3с</b>	Процентное отношение количества людей, получающих ОЗТ в течение как минимум шести месяцев	$\frac{\text{ОЗТ.К.3а}}{\text{ОЗТ.К.3б}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.

\*

**ОЗТ.К.4 КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ДОЗЫ ОЗТ В РАЗМЕРЕ НЕ МЕНЬШЕ РЕКОМЕНДУЕМОГО МИНИМУМА ДОЗЫ**

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.К.4а</b>	Количество людей, которые по состоянию на определенную дату в рамках ПЛМ получали дозу $\geq 60$ мг или в рамках ПЛБ получали дозу $\geq 12$ мг	Данные о выполнении программ	Можно использовать данные системы учета ОЗТ, если в них фиксируются объемы доз клиентов. Кроме того, могут использоваться данные, собранные на уровне предоставления ОЗТ. Если в них нет информации о дозах клиентов, можно проанализировать медицинские записи – это можно сделать на основе случайной выборки или на основе анализа записей обо всех клиентах (если позволяют ресурсы).
<b>ОЗТ.К.4б</b>	Количество людей, которые по состоянию на определенную дату получали поддерживающую дозу ОЗТ	Данные о выполнении программ	В это количество не входят клиенты, которые только начинают курс ОЗТ и еще не получают поддерживающей дозы, также в него не входят клиенты, получающие уменьшенные дозы ОЗТ.
<b>ОЗТ.К.4с</b>	Процентное отношение количества людей, получающих поддерживающую дозу ОЗТ объемом не меньше рекомендуемого минимума	$\frac{\text{ОЗТ.К.4а}}{\text{ОЗТ.К.4б}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 90% – Выс.

<b>ОЗТ.К.5 КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОЗТ И ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ОЗТ.К.5а</b>	Количество клиентов ОЗТ, получавших психосоциальную поддержку в течение последнего года	Данные о выполнении программ	Психосоциальная поддержка может состоять из следующего минимального набора: <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценки психосоциальных потребностей;</li> <li>• поддерживающего консультирования;</li> <li>• установления связи с услугами для семей и услугами на уровне общин.</li> </ul>
<b>ОЗТ.К.5б</b>	Количество клиентов (людей, получавших ОЗТ) в течение последнего года	Данные о выполнении программ	
<b>ОЗТ.К.5с</b>	Процентное отношение клиентов ОЗТ, получавших психосоциальную поддержку	$\frac{\text{ОЗТ.К.5а}}{\text{ОЗТ.К.5б}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Выс. – 80% – Сред. – 50% – Низ.

### 3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

<b>КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН, В КОТОРЫХ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ КТВ</b>			
<b>КТВ.Н.1</b>	Для программ, не направленных непосредственно на ЛУИН (например, КТВ), рекомендуемые индикаторы касаются в первую очередь предоставления КТВ службами для ЛУИН (например, ПИШ или учреждениями лечения наркозависимости), а также интегрированного предоставления услуг и перенаправления к другим услугам.		
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>КТВ.Н.1а</b>	Количество мест выполнения ПИШ, в которых предоставляется КТВ	Данные о выполнении программ	В это количество входят только те места, где тестирование проходит после получения информированного согласия, является конфиденциальным и сопровождается консультированием.
<b>КТВ.Н.1б</b>	Процентное отношение мест выполнения ПИШ, в которых предоставляется КТВ	$\frac{\text{КТВ.Н.1а}}{\text{ПИШ.Н.1а}} \times 100$	
<b>КТВ.Н.1с</b>	Количество мест лечения наркозависимости, в которых предоставляется КТВ	Данные о выполнении программ	В это количество входят места предоставления ОЗТ и других форм лечения наркозависимости. Учитываются только те места, где тестирование проходит после получения информированного согласия, является конфиденциальным и сопровождается консультированием.
<b>КТВ.Н.1д</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости	$\text{ОЗТ.Н.2а} + \text{ОЗТ.Н.2б} + \text{ДЛН.Н.2а} + \text{ДЛН.Н.2б} + \text{ДЛН.Н.2с} + \text{ДЛН.Н.2д}$	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз.
<b>КТВ.Н.1е</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости, в которых предоставляется КТВ	$\frac{\text{КТВ.Н.1с}}{\text{ПИШ.Н.1д}} \times 100$	
<b>КТВ.Н.1ф</b>	Наличие мобильных и аутрич-пунктов для ЛУИН, предоставляющих КТВ на уровне общины	Есть/нет Если есть, необходимо описать услугу	Тестирование на уровне общины может повысить охват КТВ. В этой связи особенно полезно применять технологии быстрого тестирования, это позволяет пройти тест и получить результат в течение одного контакта



**КТВ.О.1**

**КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПРОШЕДШИХ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА**  
**Уровень применения**

Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

**Предложения по разбивке**

Пол: мужской, женский, трансгендер

Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет

Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>КТВ.О.1а</b>	Количество ЛУИН, прошедших тест на ВИЧ в течение отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости или других службах для ЛУИН (в том числе мобильных и аутрич-пунктах)	Данные о выполнении программ	В местах, данные из которых собираются для этого индикатора, должна действовать единая система уникального кода идентификации (УКИ). Это поможет избежать двойного учета. Клиентов, которые в течение последнего года прошли тестирование более одного раза, необходимо учитывать только один раз. Следует учитывать только тех клиентов, которые получили результаты своих тестов.
<b>КТВ.О.1б</b>	Процентное отношение ЛУИН, прошедших тест на ВИЧ в течение отчетного периода в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости или других службах для ЛУИН (в том числе мобильных и аутрич-пунктах)	$\frac{\text{КТВ.О.1а}}{\text{Нас.1}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 40% – Сред. – 75% – Выс.
<b>КТВ.О.1с</b>	Процентное отношение ЛУИН, прошедших тест на ВИЧ в течение последнего года и знающих его результат	Поведенческие исследования	Этот индикатор включен в отчетность о достигнутом прогрессе (12) и дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В1114: «Проходили ли Вы когда-либо тестирование на ВИЧ (результат сообщать не нужно)?»</li> <li>• В1116: «Получили ли Вы результат Вашего теста (результат сообщать не нужно)?»</li> <li>• В1117: «Когда Вы проходили тестирование в последний раз?»</li> </ul> Следует обратить внимание, что ВИЧ-инфицированные ЛУИН, узнавшие о своем ВИЧ-статусе ранее чем год назад, не проходят тестирование в течение последнего года, но положительно отвечают на вопрос В1114. Если связать эти данные с результатами эпидемиологического надзора (в том числе анонимного), можно узнать процентное отношение ВИЧ-инфицированных, не знающих о своем ВИЧ-статусе. При интерпретации результатов этого индикатора может понадобиться корректировка выборки. <b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 40% – Сред. – 75% – Выс.

#### 4 АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ



<b>АРТ.Н.1 ДОСТУПНОСТЬ АРТ ДЛЯ ЛУИН</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.Н.1а</b>	Наличие обстоятельств, ограничивающих доступ к АРТ на основании факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящим	Есть/нет	Такие ограничения могут применяться на разных уровнях: <ul style="list-style-type: none"> <li>• на уровне национальных стратегий и стандартов;</li> <li>• на уровне мест предоставления услуг;</li> <li>• на уровне тех, кто назначает АРТ/нежелание предоставлять АРТ людям, употребляющим инъекционные наркотики.</li> </ul> Если такие ограничения существуют, в отчете необходимо указать их причины и масштаб.

<b>АРТ.Н.2 КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН, В КОТОРЫХ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ АРТ</b>			
Для программ, не направленных непосредственно на ЛУИН (например, АРТ); рекомендуемые индикаторы касаются в первую очередь предоставления АРТ службами для ЛУИН (например, ПИШ или учреждениями лечения наркозависимости), а также интегрированного предоставления услуг и перенаправления к другим услугам.			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.Н.2а</b>	Количество учреждений (мест), занимающихся лечением наркозависимости и предоставляющих АРТ	Данные о выполнении программ	Учитываются учреждения, выполняющие диагностику, мониторинг, назначение и предоставление АРТ.
<b>АРТ.Н.2b</b>	Общее количество мест, занимающихся лечением наркозависимости	<b>ОЗТ.Н.2а + ОЗТ.Н.2b + ДЛН.Н.2b + ДЛН.Н.2е + ДЛН.Н.2h + ДЛН.Н.2k</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз. Места, предлагающие только сопровождение групп взаимопомощи, в расчет не берутся.
<b>АРТ.Н.2с</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости, предоставляющих АРТ	$\frac{\text{АРТ.Н.2а}}{\text{АРТ.Н.2b}} \times 100$	
<b>АРТ.Н.2d</b>	Наличие мобильных и информационных пунктов для ЛУИН, предоставляющих АРТ	Есть/нет	
<b>АРТ.Н.2е</b>	Количество других служб для ЛУИН, предоставляющих АРТ	Данные о выполнении программ	Другие службы для ЛУИН могут включать в себя ПИШ, места предоставления других услуг снижения вреда и приюты для потребителей наркотиков. Учитываются службы, выполняющие диагностику, мониторинг, назначение и предоставление АРТ.



**АРТ.О.1**

**КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ**

Отчетность по этим индикаторам может быть проблематичной ввиду сложностей с определением получателей АРТ, которые употребляли инъекционные наркотики в прошлом

**Уровень применения**

Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

**Предложения по разбивке**

Пол: мужской, женский, трансгендер

Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет

Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.О.1a</b>	Количество ЛУИН, получающих АРТ (по состоянию на определенную дату)	Данные о выполнении программ	<p>В это количество входят все получатели АРТ, которые когда-либо употребляли инъекционные наркотики, в том числе те, которые употребляют их в настоящем. Может быть трудно определить, кто из получателей АРТ когда-либо употреблял инъекционные наркотики. Как правило, в системах учета АРТ такая информация не указывается. Если же она указывается, очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи такой информации правоохранительным органам. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению АРТ.</p> <p>Системы учета АРТ могут фиксировать только принадлежность к группе риска. У некоторых ЛУИН может быть указан другой фактор риска (не УИН), что приводит к недооценке количества ЛУИН, получающих АРТ.</p>
<b>АРТ.О.1</b>	Процентное отношение ВИЧ-инфицированных ЛУИН, получающих АРТ (по состоянию на определенную дату)	$\frac{\text{АРТ.О.1a}}{\text{Нас.4}} \times 100$	<p>Как правило, невозможно добиться 100%-ного охвата АРТ всех ВИЧ-инфицированных ЛУИН, кроме того, это не обязательно. АРТ не может назначаться всем ЛЖВ. Таким образом, поскольку в знаменателе не указаны все ЛУИН, имеющие потребность в АРТ, этот индикатор не позволяет прямо оценить, насколько потребности не были удовлетворены</p> <p><b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 25% – Сред. – 75% – Выс.</p>

<b>ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ ДОСТУП К АРТ</b>			
<b>АРТ.О.2</b>	Эти индикаторы позволяют измерить равенство ВИЧ-инфицированных ЛУИН и всех ЛЖВ в целом в доступе к АРТ. Как правило, ЛУИН имеют худший уровень доступа к АРТ, чем остальные ЛЖВ, несмотря на свидетельства, что предоставление АРТ людям, употребляющим инъекционные наркотики, имеет положительные эффекты для всего населения и что ЛУИН могут успешно пройти лечение и получить пользу от АРТ (55–57).		
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.О.2а</b>	Количество всех людей, получающих АРТ (по состоянию на определенную дату)	Данные о выполнении программ	В это количество входят все получатели (и ЛУИН, и другие)
<b>АРТ.О.2б</b>	Соотношение ЛУИН, получающих АРТ, к охвату АРТ населения в целом	<b>АРТ.О.1а / АРТ.О.1а</b> <b>Нас.4 / Нас.5</b>	<b>Целевой показатель:</b> Желательно >1

<b>* АРТ.К.1</b>	
<b>ОТОБРАЖЕНИЕ АРТ ДЛЯ ЛУИН В НАЦИОНАЛЬНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ И КЛЮЧЕВЫХ ПОЛИТИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТАХ</b>	
Включены ли в национальное законодательство и ключевые политические документы следующие стандарты и программные мероприятия?	
<b>АРТ.К.1а</b>	<b>Законодательство содержит нормы, способствующие предоставлению АРТ</b>
<b>АРТ.К.1б</b>	<b>На национальном или более низком уровне разработаны стандарты предоставления АРТ людям, употребляющим инъекционные наркотики</b> Эти стандарты детализированы, охватывают все аспекты и основаны на проверенных фактах. Они учитывают нормы национального законодательства, политические приоритеты и местный контекст, а также соответствуют международным стандартам (например, стандартам ВОЗ). Они предполагают предоставление АРТ людям, употреблявшим инъекционные наркотики в прошлом, и тем, кто употребляет их в настоящем.
<b>АРТ.К.1с</b>	<b>Разработана стратегия обеспечения долгосрочного финансирования АРТ для ЛУИН</b> Правительство должно взять на себя обязательства по долгосрочному финансированию АРТ для ЛУИН. Если программа финансируется из внешних источников, необходимо оценить устойчивость такого финансирования, определить, какого объема финансирования будет не хватать при непредвиденных обстоятельствах.
<b>АРТ.К.1д</b>	<b>Национальная стратегия предполагает активное вовлечение ЛУИН в планирование АРТ для ЛУИН</b> Это предусматривает проведение консультаций и действенное вовлечение ЛУИН в процессы разработки услуг с тем, чтобы обеспечить их соответствие потребностям целевых групп.
<b>АРТ.К.1е</b>	<b>Национальные стандарты предполагают регулярный сбор анонимных отзывов клиентов</b> Есть механизмы, при помощи которых клиенты могут давать анонимные/конфиденциальные отзывы об услугах. Учреждения, предоставляющие услуги, должны принимать во внимание такие отзывы.
<b>АРТ.К.1ф</b>	<b>Национальная стратегия устанавливает четкую ответственность учреждений в рамках предоставления АРТ и в рамках системы здравоохранения в целом для обеспечения соблюдения стандартов АРТ</b>
<b>АРТ.К.1г</b>	<b>Национальная стратегия определяет, что персонал, назначающий АРТ, проходит сертификационное обучение</b> Персонал, назначающий АРТ, проходит последипломное обучение по вопросам АРТ, подтверждаемое сертификатом, постоянно повышает свою квалификацию, принимает участие в мониторинге и оценивании и является зарегистрированным. Персонал пользуется доверием со стороны целевых групп и непредвзято относится к потребителям наркотиков.

АРТ.К.1h	<p><b>Национальная стратегия устанавливает, что АРТ доступна всем, и никакие ограничения не применяются</b> Решение о предоставлении АРТ принимается только на основе клинических показаний. Нельзя ограничивать доступ на основе неклинических критериев: возраста, факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, пола, гражданства, наличия постоянного места жительства, информации о лишении свободы или привлечении к уголовной ответственности.</p>
АРТ.К.1i	<p><b>Национальные стандарты предполагают применение разных моделей предоставления АРТ</b> АРТ может предоставляться организациями общего профиля, специализированными службами и специалистами</p>
АРТ.К.1j	<p><b>Национальные стандарты устанавливают, что структуры, назначающие и предоставляющие АРТ, находятся в местах, доступных для ЛУИН</b> Может возникнуть необходимость в определении мест пребывания целевого населения для того, чтобы установить, насколько доступны будут для них места выполнения ПИШ.</p>
АРТ.К.1k	<p><b>Национальная стратегия предусматривает, что стоимость АРТ не препятствует клиентам получить ее, таким образом способствуя доступу</b> Стоимость АРТ может быть существенным препятствием к лечению, если за нее должны платить сами клиенты – особенно это касается ЛУИН. Для повышения доступности необходимо предоставлять АРТ бесплатно (это будет лучшим вариантом, но его не всегда можно обеспечить в связи с ограниченностью ресурсов). Стоимость АРТ может покрываться медицинским страхованием, клиенты могут получать субсидии на частичное возмещение затрат (особенно клиенты с низким доходом).</p>
АРТ.К.1l	<p><b>Национальные стандарты предусматривают, что провайдеры АРТ привлекают мультидисциплинарные команды к лечению и уходу в связи с ВИЧ</b> В состав мультидисциплинарных команд могут входить врачи, медсестры, консультанты/психологи, социальные работники, активисты групп взаимопомощи.</p>
АРТ.К.1m	<p><b>Национальные стандарты определяют протоколы комплексной оценки состояния клиентов, которая включает вопросы, связанные с ЛУИН</b> Во время проведения оценки необходимо обратить внимание на следующие вопросы, связанные с ЛУИН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• определение факта употребления наркотиков в прошлом и настоящем, признаки употребления наркотиков, связанные с этим осложнения (если клиент не отрицает факта употребления наркотиков, тест на содержание остатков наркотиков в моче можно не назначать, это вряд ли повлияет на выбор методов лечения);</li> <li>• опыт лечения наркозависимости в прошлом и настоящем;</li> <li>• определение состояния психического здоровья в настоящем и прошлом с использованием стандартных методов диагностики, в частности депрессии и психических расстройств;</li> <li>• признаки и симптомы оппортунистических инфекций (учитывая, что ЛУИН могут обратиться за помощью на поздних этапах заболевания);</li> <li>• детальная оценка социальных аспектов: социальная устойчивость и поддержка (семья, сообщество), наличие места жительства, важные жизненные события/кризисы, занятость и финансовое состояние, уровень образования, правовой статус, в частности факт пребывания в местах лишения свободы;</li> <li>• оценка готовности к лечению;</li> <li>• риск инфицирования ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ, эпиднадзор, проба функции печени;</li> <li>• риск заражения туберкулезом, профилактика, симптомы и признаки.</li> </ul>
АРТ.К.1n	<p><b>Национальные стандарты устанавливают, что АРТ предоставляется всем ЛЖВ, если выполняются соответствующие критерии ВОЗ</b> Текущие критерии ВОЗ (2010) предлагают начинать АРТ при любом из следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• количество CD4-лимфоцитов <math>\leq 350</math> клеток/мл;</li> <li>• третья или четвертая симптоматическая и клиническая (по определению ВОЗ) стадия ВИЧ-инфекции;</li> <li>• беременность и третья или четвертая клиническая (по определению ВОЗ) стадия;</li> <li>• туберкулез в активной форме;</li> <li>• потребность в лечении ВГВ.</li> </ul>



<b>АРТ.К.1o</b>	<b>Национальная стратегия предусматривает, что все клиенты дают информированное согласие на АРТ</b>
<b>АРТ.К.1p</b>	<b>Национальные стандарты устанавливают ведение полного учета по каждому из клиентов</b>
<b>АРТ.К.1q</b>	<b>Национальная стратегия предусматривает, что программы АРТ обеспечивают конфиденциальность клиентов</b> Система учета клиентов ведется безопасно и обеспечивает их конфиденциальность. Информация, полученная от клиента, не передается правоохранительным органам без согласия клиента (кроме случаев, если того требует законодательство). Система сбора данных о выполнении программ не содержит информации, позволяющей идентифицировать клиентов.
<b>АРТ.К.1r</b>	<b>Национальные стандарты предусматривают, чтобы до начала лечения проводилось консультирование всех клиентов, в том числе ЛУИН</b> Во время консультирования ВИЧ-инфицированных ЛУИН необходимо обратить внимание на следующее: <ul style="list-style-type: none"> <li>• вопросы инфекционного статуса;</li> <li>• вопросы раскрытия статуса;</li> <li>• партнеры и круг контактов;</li> <li>• риск повторного заражения в условиях незавершившегося заболевания (суперинфекции);</li> <li>• стратегии снижения риска инфицирования;</li> <li>• вопросы использования медикаментов для АРТ, в том числе вопросы лекарственного взаимодействия;</li> <li>• способы лечения наркозависимости, в том числе вопросы лекарственного взаимодействия;</li> <li>• потребность в текущем мониторинге;</li> <li>• оппортунистические инфекции;</li> <li>• профилактика и влияние ВГС, ВГВ и туберкулеза;</li> <li>• социальная поддержка: уровень семьи, уровень интимных отношений и уровень социальной жизни;</li> <li>• готовность к лечению.</li> </ul>
<b>АРТ.К.1s</b>	<b>Национальные стандарты предусматривают, что клиентам сообщается информация о возможных рисках, лекарственном взаимодействии и побочных эффектах АРТ</b> Клиенты получают информацию о возможных рисках и лекарственном взаимодействии, а также информацию о том, как избегать побочных эффектов, на какие признаки следует обратить внимание, как действовать в случае наступления побочных эффектов и где получить медицинскую помощь.
<b>АРТ.К.1t</b>	<b>Национальные стандарты устанавливают, что все ЛЖВ, в том числе ЛУИН, которые не отвечают критериям для получения АРТ, регулярно проходят мониторинг (тестирование) на вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов согласно стандартам ВОЗ</b> ВОЗ рекомендует каждые шесть месяцев измерять у ЛЖВ вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов для принятия решения о начале АРТ.
<b>АРТ.К.1u</b>	<b>Национальные стандарты предусматривают, что все получатели АРТ, в том числе ЛУИН, регулярно проходят мониторинг (тестирование) согласно стандартам ВОЗ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Частота и интервалы мониторинга получателей АРТ отличаются в зависимости от схем лечения.</li> <li>• Тесты на вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов помогают определить успешность лечения.</li> <li>• Дополнительные тесты включают в себя пробу функции печени, обмен липидов и пробу почечной функции.</li> </ul> Необходимо также провести исследование токсичности и побочных эффектов. Если они будут обнаружены, нужно реагировать на них.
<b>АРТ.К.1v</b>	<b>Национальные стандарты содержат рекомендацию, что всем получателям АРТ, в том числе ЛУИН, предлагается индивидуальное ведение</b>

АРТ.К.1w	<p><b>Национальные стандарты содержат рекомендацию насчет протоколов соблюдения режима лечения и предоставления клиентам соответствующей помощи, в том числе применения этих подходов в работе с ЛУИН</b></p> <p>Механизмы поддержки ЛУИН в соблюдении режима лечения включают в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лечение наркозависимости;</li> <li>• информирование о потребности в АРТ;</li> <li>• четкое и точное информирование о возможных заблуждениях и предрассудках по поводу АРТ;</li> <li>• регулярную оценку состояния клиента;</li> <li>• группы взаимопомощи;</li> <li>• усиление/способствование социальной и семейной поддержке;</li> <li>• работу с социальными вопросами (проживание, финансовые трудности, социальная защита, правовые и другие вопросы);</li> <li>• четкое и точное информирование о побочных эффектах, тревожных симптомах и времени обращения к врачу;</li> <li>• информацию о взаимодействии АРТ с другими медикаментами (которые отпускаются по рецепту и без рецепта);</li> <li>• лечение сопутствующих психических расстройств;</li> <li>• непосредственное наблюдение за АРТ, особенно если она связана с лечением наркозависимости (например, ОЗТ) или других инфекционных заболеваний (например, туберкулеза), даже если за вторым лечением уже осуществляется наблюдение;</li> <li>• предоставление медикаментов в малых дозах через небольшие промежутки времени для того, чтобы легче было обнаруживать нарушения режима лечения.</li> </ul>
АРТ.К.1x	<p><b>Национальные стандарты содержат рекомендацию насчет предоставления наркозависимым получателям АРТ доступа к услугам лечения наркозависимости</b></p> <p>Соблюдение режима лечения наркозависимости не является обязательным условием доступа к АРТ. ОЗТ должна быть приоритетным способом лечения наркозависимости ЛЖВ. В плане ведения наркозависимых получателей АРТ необходимо предусматривать возможность лечения наркозависимости.</p>
АРТ.К.1y	<p><b>Национальные стандарты содержат рекомендации по предоставлению психосоциальной поддержки всем получателям АРТ, в том числе по применению специальных подходов в работе с ЛУИН</b></p> <p>Психосоциальная поддержка может состоять из следующего минимального набора:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценки психосоциальных потребностей;</li> <li>• поддерживающего консультирования;</li> <li>• установления связи с услугами для семей и услугами на уровне общин.</li> </ul> <p>Если ресурсы и потенциал позволяют, в качестве наилучшего способа можно предлагать ряд мероприятий по психосоциальной поддержке исходя из потребностей клиента, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• разные формы консультирования и психотерапии;</li> <li>• помощь в удовлетворении социальных потребностей, в том числе проживания, занятости, образования, благополучия и правовых вопросов;</li> <li>• поддерживающее консультирование;</li> <li>• предоставление психосоциальной поддержки и психиатрического лечения на месте.</li> </ul>
АРТ.К.1z	<p><b>Национальные стандарты содержат рекомендации, что получатели АРТ, в том числе ЛУИН, проходят обследование состояния психического здоровья и при необходимости получают консультирование, лечение и поддержку</b></p>
АРТ.К.1aa	<p><b>Национальные стандарты содержат протоколы проведения среди ЛЖВ, в том числе ЛУИН, предупреждения оппортунистических инфекций (до АРТ и во время АРТ)</b></p>
АРТ.К.1ab	<p><b>Национальные стандарты требуют от программ АРТ обеспечения, чтобы клиенты с ко-инфекцией ТБ, ВГС или ВГВ получали надлежащее лечение этой инфекции</b></p> <p>См. также индикаторы, касающиеся услуг профилактики, диагностики и лечения вирусного гепатита (Геп.Д.1 – Геп.Д.4, Геп.О.1 – Геп.О.1) и туберкулеза (ТБ.Д.1 – ТБ.Д.3, ТБ.О.1, ТБ.О.2).</p>
АРТ.К.1ac	<p><b>Национальные стандарты требуют, чтобы клиенты, получающие АРТ в местах заключения, после освобождения направлялись в программы АРТ на уровне общин с целью профилактики прерывания лечения</b></p>

* АРТ.К.2	<b>КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ АРТ ДЛЯ ЛУИН</b> Эти индикаторы позволяют оценить, насколько на уровне предоставления услуг соблюдаются стандарты качества. Можно их использовать для оценки предоставления услуг на уровне конкретной службы и места предоставления АРТ. Для определения процентного отношения услуг/служб, отвечающих стандартам качества, можно собирать данные об оценке на уровне нескольких служб.
АРТ.К.2a	Обеспечено долгосрочное финансирование для устойчивости АРТ (см. АРТ.К.1c)
АРТ.К.2b	В планировании ОЗТ активно участвуют ЛУИН (см. АРТ.К.1d)
АРТ.К.2c	Регулярно собираются анонимные отзывы клиентов об услугах (см. АРТ.К.1e)
АРТ.К.2d	Установлена четкая ответственность учреждений для обеспечения соблюдения минимальных стандартов предоставления АРТ (см. ОЗТ.К.1f)
АРТ.К.2e	Весь персонал, назначающий АРТ, прошел сертификационное обучение (см. АРТ.К.1g)
АРТ.К.2f	АРТ доступна всем, не применяется никаких ограничений (см. ОЗТ.К.1h)
АРТ.К.2g	АРТ предоставляется в местах, доступных для ЛУИН (см. ОЗТ.К.1j)
АРТ.К.2h	Стоимость АРТ является приемлемой для клиентов (см. ОЗТ.К.1k)
АРТ.К.2i	Мультидисциплинарная команда предоставляет лечение и уход в связи с ВИЧ (см. ОЗТ.К.1l)
АРТ.К.2j	Постоянно применяются протоколы комплексной оценки состояния клиентов, в том числе по вопросам, связанным с ЛУИН (см. ОЗТ.К.1m)
АРТ.К.2k	АРТ предоставляется всем ЛЖВ, если выполняются соответствующие критерии ВОЗ (см. ОЗТ.К.1n)
АРТ.К.2l	Все клиенты дают информированное согласие на АРТ (см. ОЗТ.К.1o)
АРТ.К.2m	По каждому из клиентов ведется полный медицинский учет (см. ОЗТ.К.1p)
АРТ.К.2n	В рамках выполнения ОЗТ обеспечивается конфиденциальность клиентов (см. ОЗТ.К.1q)
АРТ.К.2o	До начала лечения проводится консультирование всех клиентов, в том числе ЛУИН (см. ОЗТ.К.1r)
АРТ.К.2p	Клиентам сообщается информация о возможных рисках, лекарственном взаимодействии и побочных эффектах АРТ (см. ОЗТ.К.1s)
АРТ.К.2q	Все ЛЖВ, в том числе ЛУИН, которые не отвечают критериям для получения АРТ, регулярно проходят мониторинг (тестирование) на вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов согласно стандартам ВОЗ (см. ОЗТ.К.1t)
АРТ.К.2r	Все получатели АРТ, в том числе ЛУИН, регулярно проходят мониторинг (тестирование) согласно стандартам ВОЗ (см. ОЗТ.К.1u)
АРТ.К.2s	Всем получателям АРТ, в том числе ЛУИН, предлагается индивидуальное ведение (см. ОЗТ.К.1v)
АРТ.К.2t	Всем клиентам предлагается помощь с соблюдением режима лечения, в работе с ЛУИН применяются специальные подходы (см. ОЗТ.К.1w)
АРТ.К.2u	Наркозависимым получателям АРТ предоставляется доступ к услугам лечения наркозависимости (см. ОЗТ.К.1x)
АРТ.К.2v	Всем получателям АРТ предоставляется психосоциальная поддержка, в работе с ЛУИН применяются специальные подходы (см. ОЗТ.К.1y)
АРТ.К.2w	Все получатели АРТ, в том числе ЛУИН, проходят обследование состояния психического здоровья и при необходимости получают консультирование, лечение и поддержку (см. ОЗТ.К.1z)
АРТ.К.2x	Соблюдаются протоколы проведения среди ЛЖВ, в том числе ЛУИН, предупреждения оппортунистических инфекций (до АРТ и во время АРТ) (см. ОЗТ.К.1aa)
АРТ.К.2y	Клиенты с ко-инфекцией ТБ, ВГС или ВГВ получают надлежащее лечение этой инфекции (см. ОЗТ.К.1ab)

<b>АРТ.К.3 КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ И ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СОБЛЮДЕНИЕМ РЕЖИМА ЛЕЧЕНИЯ</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.К.3а</b>	Количество ЛУИН, получающих АРТ и помощь в связи с соблюдением режима лечения	Данные о выполнении программ	Примеры помощи в связи с соблюдением режима лечения см. в АРТ.К.1w.
<b>АРТ.К.3б</b>	Количество ЛУИН, получающих АРТ	Данные о выполнении программ	
<b>АРТ.К.3с</b>	Процентное отношение ЛУИН, получающих АРТ и помощь в связи с соблюдением режима лечения	$\frac{\text{АРТ.К.3а}}{\text{АРТ.К.3б}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.

<b>АРТ.К.4 КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ И УСЛУГИ ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНИ</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>АРТ.К.4а</b>	Количество ЛУИН, получающих АРТ и услуги ведения болезни	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы учета АРТ содержали информацию о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков и о том, получают ли клиенты услуги ведения болезни.
<b>АРТ.К.4б</b>	Количество ЛУИН, получающих АРТ	Данные о выполнении программ	
<b>АРТ.К.4с</b>	Процентное отношение ЛУИН, получающих АРТ и услуги ведения болезни	$\frac{\text{АРТ.К.4а}}{\text{АРТ.К.4б}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 60% – Сред. – 80% – Выс.

## 5 ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

<b>ИППП.О.1</b>	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, КОТОРЫЕ ПРОШЛИ ДИАГНОСТИКУ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ ИППП В СЛУЖБАХ ДЛЯ ЛУИН</b>
	<p><b>Уровень применения</b> Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).</p> <p><b>Предложения по разбивке</b> Пол: мужской, женский, трансгендер Возраст: ≤18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие</p>

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ИППП.О.1а</b>	Количество ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) прошли диагностику или лечение ИППП в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ) и других службах для ЛУИН	Данные о выполнении программ	
<b>ИППП.О.1б</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода прошли диагностику или лечение ИППП в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ) и других службах для ЛУИН	$\frac{\text{ИППП.О.1а}}{\text{Нас.1}} \times 100$	

## 6 ПРОГРАММА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ ДЛЯ ЛУИН И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ



* ПРП.О.1	<b>КОЛИЧЕСТВО ПРЕЗЕРВАТИВОВ, РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЧЕРЕЗ СЛУЖБЫ ДЛЯ ЛУИН</b>		
	<b>Уровень применения</b> Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).		
<b>Предложения по разбивке</b> Пол: мужской, женский, трансгендер Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие			

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
ПРП.О.1a	Общее количество презервативов, распространенных в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) через места выполнения ПИШ, места лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ) и другие службы для ЛУИН	Данные о выполнении программ	В это количество входят и мужские, и женские презервативы. При желании можно собрать данные с разбивкой по виду презерватива (мужской/женский).
ПРП.О.1b	Количество презервативов, распространенных в течение определенного отчетного периода через службы для ЛУИН на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики	<b>ПРП.О.1a</b> <b>Нас.1</b>	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 50 – Сред. – 100 – Выс.

ПРП.О.2	<b>КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПОЛУЧАВШИХ ПРЕЗЕРВАТИВЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА</b>		
	<b>Предложения по разбивке</b> Пол: мужской, женский, трансгендер Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие		

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
ПРП.О.2a	Процентное отношение ЛУИН, которые сообщают, что в течение последнего года получали презервативы в информационных пунктах, приютах и клиниках сексуального здоровья	Поведенческие исследования	Этот индикатор включен в отчетность о достигнутом прогрессе (12). Данные для него можно собирать в процессе дозорных поведенческих исследований. Необходимо обратить внимание на репрезентативность и корректировку выборки.  <b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 40% – Сред. – 75% – Выс.

## 7 ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ИНФОРМИРОВАНИЮ, ОБУЧЕНИЮ И ПРОСВЕЩЕНИЮ ЛУИН И ИХ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

*	<p><b>ИОП.О.1</b></p> <p><b>ЧАСТОТА СЛУЧАЕВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИГЛ И ШПРИЦЕВ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, ПРОВОДЯЩИМИ ИОП</b>  <b>Уровень применения</b>  Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).  <b>Предложения по разбивке</b>  Пол: мужской, женский, трансгендер  Возраст: ≤18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет  Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие</p>
---	--

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ИППП.О.1а</b>	Количество случаев распространения игл и шприцев учреждениями, проводящими целевые программы ИОП для ЛУИН, в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы учреждения учитывали случаи предоставления ИОП клиентам.
<b>ИППП.О.1б</b>	Процентное отношение случаев распространения игл и шприцев учреждениями, проводящими целевые программы ИОП для ЛУИН, в течение определенного отчетного периода	$\frac{\text{ИОП.О.1а}}{\text{ПИШ.О.4а}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 25% – Сред. – 50% – Выс.

<b>КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПОЛУЧАЮЩИХ ИОП</b> <b>Уровень применения</b> Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя). <b>Предложения по разбивке</b> Пол: мужской, женский, трансгендер Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ИОП.О.2а</b>	Количество ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) получали ИОП в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ) и других службах для ЛУИН	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы службы собирали данные, используя уникальный код идентификации (УКИ, для более детальной информации см. раздел 3.4). Это позволит определить общее количество клиентов, получавших доступ к услугам в течение отчетного периода и избежать двойного учета клиентов, получавших более одной услуги. Также необходимо учитывать случаи предоставления ИОП клиентам. Данные о предоставлении ИОП могут поступать из разных служб, поэтому для этого индикатора требуется использовать единую систему УКИ и связи между системами сбора данных.
<b>ИОП.О.2б</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые в течение определенного отчетного периода получали ИОП в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ) и других службах для ЛУИН	$\frac{\text{ИОП.О.2а}}{\text{Нас.1}} \times 100$	<b>Возможные целевые показатели:</b> Низ. – 50% – Сред. – 90% – Выс.



## 8 ПРОФИЛАКТИКА, ВАКЦИНАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

<b>КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН, В КОТОРЫХ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В</b>			
<b>Геп.Н.1</b>	<p>Для программ, не направленных непосредственно на ЛУИН (например, вакцинация от ВГВ), рекомендуемые индикаторы касаются в первую очередь проведения вакцинации от ВГВ службами для ЛУИН (например, ПИШ или учреждениями лечения наркозависимости), а также интегрированного предоставления услуг и перенаправления к другим услугам. Проведение вакцинации от ВГВ целесообразно, если отсутствуют программы всеобщей вакцинации детей или где программами вакцинации еще не охвачено достаточное количество взрослого населения.</p>		
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.Н.1а</b>	Количество мест выполнения ПИШ, которые проводят вакцинацию от ВГВ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.1b</b>	Процентное отношение мест выполнения ПИШ, которые проводят вакцинацию от ВГВ	$\frac{\text{Геп.Н.1а}}{\text{ПИШ.Н.1а}} \times 100$	
<b>Геп.Н.1c</b>	Количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят вакцинацию от ВГВ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.1d</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят вакцинацию от ВГВ	<b>ОЗТ.Н.2а + ОЗТ.Н.2b + ДЛН.Н.2а + ДЛН.Н.2b + ДЛН.Н.2c + ДЛН.Н.2d</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз. Места, предлагающие только сопровождение групп взаимопомощи, в расчет не берутся.
<b>Геп.Н.1е</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят вакцинацию от ВГВ	$\frac{\text{Геп.Н.1а}}{\text{Геп.Н.1d}} \times 100$	

<b>КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН И УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ АРТ, В КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА В</b>			
<b>Геп.Н.2</b>	<p>Наличие у ВИЧ-инфицированных хронической активной ко-инфекции гепатита В, требующей лечения, является показанием для начала АРТ. Таким образом, учреждения, предоставляющие АРТ, должны лечить гепатит у клиентов с ко-инфекцией.</p>		
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.Н.2а</b>	Количество мест предоставления АРТ, которые проводят лечение ВГВ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.2b</b>	Количество мест предоставления АРТ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.2c</b>	Процентное отношение мест предоставления АРТ, которые проводят лечение ВГВ	$\frac{\text{Геп.Н.2а}}{\text{Геп.Н.2b}} \times 100$	

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.Н.2d</b>	Количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят лечение ВГВ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.2е</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости	<b>ОЗТ.Н.2а + ОЗТ.Н.2б + ДЛН.Н.2а + ДЛН.Н.2б + ДЛН.Н.2с + ДЛН.Н.2д</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз. Места, предлагающие только сопровождение групп взаимопомощи, в расчет не берутся.
<b>Геп.Н.2f</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят лечение ВГВ	$\frac{\text{Геп.Н.2d}}{\text{Геп.Н.2е}} \times 100$	
<b>Геп.Н.2g</b>	Количество других служб для ЛУИН, которые проводят лечение ВГВ	Данные о выполнении программ	В это количество могут входить места предоставления первичной медицинской помощи непосредственно для ЛУИН.



### **Геп.Н.3 ДОСТУПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА С ДЛЯ ЛУИН**

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.Н.3а</b>	Наличие обстоятельств, ограничивающих доступ к лечению ВГС на основании факта употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем	Есть/нет	Такие ограничения могут применяться на разных уровнях: на уровне национальных стратегий и стандартов, на уровне мест предоставления услуг, на уровне тех, кто назначает лечение. Если такие ограничения существуют, в отчете необходимо указать их причины и масштаб.

<b>Геп.Н.4 КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН И УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ АРТ, В КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ ВЕДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА С</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.Н.4a</b>	Количество мест предоставления АРТ, которые проводят лечение ВГС	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.4b</b>	Количество мест предоставления АРТ	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.4c</b>	Процентное отношение мест предоставления АРТ, которые проводят лечение ВГС	$\frac{\text{Геп.Н.4a}}{\text{Геп.Н.4b}} \times 100$	
<b>Геп.Н.4d</b>	Количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят лечение ВГС	Данные о выполнении программ	
<b>Геп.Н.4e</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости	<b>ОЗТ.Н.2a + ОЗТ.Н.2b + ДЛН.Н.2b + ДЛН.Н.2e + ДЛН.Н.2h + ДЛН.Н.2k</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз.
<b>Геп.Н.4f</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят лечение ВГС	$\frac{\text{Геп.Н.4d}}{\text{Геп.Н.4e}} \times 100$	
<b>Геп.Н.4g</b>	Количество других служб для ЛУИН, которые проводят лечение ВГС	Данные о выполнении программ	В это количество могут входить места предоставления первичной медицинской помощи непосредственно для ЛУИН.

<b>Геп.О.1 КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПРОХОДЯЩИХ ВАКЦИНАЦИЮ ОТ ГЕПАТИТА В В СЛУЖБАХ ДЛЯ ЛУИН</b>			
<b>Уровень применения</b>			
Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).			
<b>Предложения по разбивке</b>			
Пол: мужской, женский, трансгендер			
Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет			
Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.О.1a</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших вакцинацию от ВГВ в местах выполнения ПИШ, местах лечения наркозависимости и других службах для ЛУИН (в том числе мобильных и аутрич-пунктах) в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год)	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы сбора данных всех служб для ЛУИН, проводящих вакцинацию от ВГВ, вели учет количества ЛУИН, прошедших такую вакцинацию.

\*

<b>Геп.О.2</b>	<p><b>КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА В В СЛУЖБАХ ДЛЯ ЛУИН И УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ АРТ</b></p> <p><b>Уровень применения</b>  Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).</p> <p><b>Предложения по разбивке</b>  Пол: мужской, женский, трансгендер  Возраст: ≤18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет  Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие</p>
----------------	---

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.О.2а</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших лечение ВГВ в местах лечения наркозависимости и других службах для ЛУИН (в том числе мобильных и аутрич-пунктах) в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) или по состоянию на определенную дату	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы сбора данных всех служб для ЛУИН, проводящих лечение ВГВ, вели учет количества ЛУИН, прошедших такое лечение. Если отчетный период составляет один год, в это количество входят ЛУИН, которые проходили лечение ВГВ в начале этого года, и те, кто начал лечение в течение года.
<b>Геп.О.2б</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших лечение ВГВ в местах предоставления АРТ в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) или по состоянию на определенную дату	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы сбора данных на уровне предоставления АРТ вели учет количества всех клиентов, прошедших такое лечение ВГВ. Если в этой системе данных учитывается информация о факте употребления инъекционных наркотиков, можно также вести учет ЛУИН, проходящих лечение в местах предоставления АРТ. Если такая информация не собирается, можно отчитываться обо всех клиентах, проходящих лечение ВГВ в местах предоставления АРТ. Если отчетный период составляет один год, в это количество входят ЛУИН, которые проходили лечение ВГВ в начале этого года, и те, кто начал лечение в течение года. Очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.



Геп.О.3

### КОЛИЧЕСТВО ЛУИН, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА С В СЛУЖБАХ ДЛЯ ЛУИН И УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ АРТ

#### Уровень применения

Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).

#### Предложения по разбивке

Пол: мужской, женский, трансгендер

Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет

Вид употребляемых наркотиков: опиаты, стимуляторы, другие

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.О.3а</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших лечение ВГС в местах лечения наркозависимости и других службах для ЛУИН (в том числе мобильных и аутрич-пунктах) в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) или по состоянию на определенную дату	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы сбора данных всех служб для ЛУИН, проводящих лечение ВГС, вели учет количества ЛУИН, прошедших такое лечение. Если отчетный период составляет один год, в это количество входят ЛУИН, которые проходили лечение ВГС в начале этого года, и те, кто начал лечение в течение года
<b>Геп.О.3б</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших лечение ВГС в местах предоставления АРТ в течение определенного отчетного периода (например, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) или по состоянию на определенную дату	Данные о выполнении программ	Для сбора данных по этому индикатору необходимо, чтобы системы сбора данных на уровне предоставления АРТ вели учет количества всех клиентов, прошедших такое лечение ВГС. Если в этой системе данных учитывается информация о факте употребления инъекционных наркотиков, можно также вести учет ЛУИН, проходящих лечение в местах предоставления АРТ. Если такая информация не собирается, можно отчитываться обо всех клиентах, проходящих лечение ВГС в местах предоставления АРТ. Если отчетный период составляет один год, в это количество входят ЛУИН, которые проходили лечение ВГС в начале этого года, и те, кто начал лечение в течение года. Очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>Геп.О.3с</b>	Общее количество ЛУИН, прошедших лечение ВГС исходя из системы учета лечения клиентов	Данные о выполнении программ	Некоторые страны могут создать систему учета лечения ВГС, аналогичную системам учета АРТ. Если такая система создана и учитывает факт употребления инъекционных наркотиков, можно отчитываться об общем количестве ЛУИН, проходящих лечение ВГС. Если такая система не учитывает факта употребления инъекционных наркотиков, очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.
<b>Геп.О.3d</b>	Процентное отношение ВГС-инфицированных ЛУИН, прошедших лечение ВГС в течение определенного отчетного периода или по состоянию на определенную дату	$\frac{\text{Геп.О.3a} + \text{Геп.О.3b}}{\text{Нас.6}} \times 100$ <p><b>ИЛИ:</b></p> $\frac{\text{Геп.О.3a}}{\text{Нас.6}} \times 100$	<p>Если создана система учета лечения, включающая информацию о факте употребления инъекционных наркотиков, можно оценить охват ВГС-инфицированных ЛУИН услугами лечения ВГС.</p> <p>Если учет этой информации не ведется, можно собрать данные о лечении ВГС на основе данных провайдеров услуг (если в них включена информация о ЛУИН, проходящих лечение). Впрочем, этот способ не гарантирует учет всех ЛУИН, проходящих лечение, поскольку часть из них может проходить лечение в других местах.</p> <p>Важно обратить внимание, что в любом случае этот индикатор позволяет соотнести количество ЛУИН, проходящих лечение, с общим количеством ВГС-инфицированных ЛУИН. ВГС-инфицированные, употреблявшие инъекционные наркотики в прошлом, но не употреблявшие их в течение последнего года (согласно определению, которое используется в этом Руководстве и других источниках), не будут учтены в общем количестве ВГС-инфицированных ЛУИН (которое используется в качестве знаменателя).</p>

## 9 ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

<b>ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СЛУЖБАХ ДЛЯ ЛУИН</b> Рекомендуется, чтобы все учреждения системы здравоохранения с большим количеством клиентов, в том числе службы по лечению наркозависимости, проводили мероприятия по простому инфекционному контролю над туберкулезом. Этот контроль должен состоять из мероприятий по индивидуальной и санитарной профилактике с целью снижения риска передачи туберкулеза, в том числе профилактики среди персонала и ограничения контактов с людьми с подтвержденным диагнозом или подозрением на него. Мероприятия по санитарной профилактике включают в себя проветривание, очистку воздуха и обеззараживание ультрафиолетовым облучением (96, 97).			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ТБ.Н.1</b>			
<b>ТБ.Н.1а</b>	Количество мест, проводящих лечение наркозависимости, в которых процедуры инфекционного контроля предусматривают инфекционный контроль над туберкулезом	Данные о выполнении программ	Учреждение/служба, которое соответствует международным стандартам выполнения инфекционного контроля над туберкулезом, должно отвечать следующим критериям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• существует план инфекционного контроля, есть печатная версия этого плана;</li> <li>• в учреждении/службе назначено лицо, ответственное за выполнение плана инфекционного контроля;</li> <li>• все места, где собирается много клиентов (например, коридоры), хорошо проветриваются (т.е. открываются окна и двери);</li> <li>• клиенты, у которых есть подозрение на туберкулез, определяются при входе в учреждение и направляются в отдельные помещения;</li> <li>• происходит мониторинг и предоставляется отчетность обо всех случаях инфицирования туберкулезом медицинского персонала.</li> </ul>

<b>ТБ.Н.2 КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТ ПРОФИЛАКТИКУ ТУБЕРКУЛЕЗА</b>			
<b>ЛУИН, живущим с ВИЧ, рекомендуется проводить изониазидную профилактическую терапию, если туберкулез в активной форме исключен по достоверным причинам (96, 97)</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ТБ.Н.2а</b>	Количество мест выполнения ПИШ, которые проводят профилактическую терапию туберкулеза	Данные о выполнении программ	
<b>ТБ.Н.2b</b>	Процентное отношение мест выполнения ПИШ, которые проводят профилактическую терапию туберкулеза	$\frac{\text{ТБ.Н.2а}}{\text{ПИШ.Н.1а}} \times 100$	
<b>ТБ.Н.2с</b>	Количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят профилактическую терапию туберкулеза	Данные о выполнении программ	
<b>ТБ.Н.2d</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости	<b>ОЗТ.Н.2а + ОЗТ.Н.2b + ДЛН.Н.2b + ДЛН.Н.2е + ДЛН.Н.2h + ДЛН.Н.2k</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз.
<b>ТБ.Н.2е</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят профилактическую терапию туберкулеза	$\frac{\text{ТБ.Н.2а}}{\text{ТБ.Н.2d}} \times 100$	
<b>ТБ.Н.2f</b>	Количество других служб для ЛУИН, которые проводят профилактическую терапию туберкулеза	Данные о выполнении программ	



<b>* ТБ.Н.3 КОЛИЧЕСТВО СЛУЖБ ДЛЯ ЛУИН, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА</b>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ТБ.Н.3а</b>	Количество мест выполнения ПИШ, которые проводят диагностику и лечение туберкулеза	Данные о выполнении программ	
<b>ТБ.Н.3б</b>	Процентное отношение мест выполнения ПИШ, которые проводят диагностику и лечение туберкулеза	$\frac{\text{ТБ.Н.3а}}{\text{ПИШ.Н.1а}} \times 100$	
<b>ТБ.Н.3с</b>	Количество мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят диагностику и лечение туберкулеза	Данные о выполнении программ	
<b>ТБ.Н.3д</b>	Общее количество мест лечения наркозависимости	<b>ОЗТ.Н.2а + ОЗТ.Н.2б + ДЛН.Н.2а + ДЛН.Н.2б + ДЛН.Н.2с + ДЛН.Н.2д</b>	Некоторые места лечения наркозависимости предлагают более одной формы лечения. Каждое из этих мест необходимо считать только один раз. Места, предлагающие только сопровождение групп взаимопомощи, в расчет не берутся.
<b>ТБ.Н.3е</b>	Процентное отношение мест лечения наркозависимости (в том числе ОЗТ), которые проводят диагностику и лечение туберкулеза	$\frac{\text{ТБ.Н.3с}}{\text{ТБ.Н.3д}} \times 100$	

<b>ТБ.О.1 ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛУИН СЛУЖБАМИ УХОДА И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ</b>			
<b>Уровень применения</b>			
Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).			
<b>Предложения по разбивке</b>			
Пол: мужской, женский, трансгендер			
Возраст: ≤18 лет, >18 лет и <25 лет, ≥25 лет			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ТБ.О.1а</b>	Количество ВИЧ-инфицированных ЛУИН, которые в течение отчетного периода в последний визит в учреждение по уходу и лечению ВИЧ-инфекции прошли диагностику туберкулеза	Данные о выполнении программ	Учреждениям по уходу и лечению ВИЧ-инфекции рекомендуется учитывать результаты диагностики туберкулеза у клиентов в системе учета АРТ. Если в этой системе содержится информация о факте употребления клиентом инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, ее можно включать в отчет по этому индикатору. Если такая информация учитывается, очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.

<p><b>КОЛИЧЕСТВО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛУИН, НАЧАВШИХ ПОЛУЧАТЬ ИЗОНИАЗИДНУЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ (ИПТ)</b></p> <p>ИПТ рекомендуется ВИЧ-инфицированным потребителям наркотиков, если туберкулез в активной форме исключен по достоверным причинам</p> <p><b>Уровень применения</b></p> <p>Эти индикаторы могут использоваться на национальном, региональном, городском уровнях или уровне конкретной службы. В каждом случае необходимо использовать соответствующие данные о количестве ЛУИН (в качестве знаменателя).</p> <p><b>Предложения по разбивке</b></p> <p>Пол: мужской, женский, трансгендер</p> <p>Возраст: ≤18 лет, &gt;18 лет и &lt;25 лет, ≥25 лет</p>			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ТБ.0.2а</b>	Общее количество ЛУИН, ВИЧ-позитивный статус которых был подтвержден в течение определенного отчетного периода и которые начали получать профилактическую терапию туберкулеза	Данные о выполнении программ Система учета АРТ	Информация о предоставлении ИПТ людям, живущим с ВИЧ, может быть включена в систему учета АРТ. Если в этой системе также содержится информация о факте употребления клиентом инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, ее можно включать в отчет по этому индикатору. Если такая информация учитывается, очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.
<b>ТБ.0.2b</b>	Общее количество ЛУИН, ВИЧ-позитивный статус которых был подтвержден в течение определенного отчетного периода	Система учета АРТ	
<b>ТБ.0.2с</b>	Процентное отношение ЛУИН, ВИЧ-позитивный статус которых был подтвержден в течение определенного отчетного периода и которые начали получать профилактическую терапию туберкулеза	$\frac{\text{ТБ.0.2а}}{\text{ТБ.0.2b}} \times 100$	<b>Возможные целевые индикаторы:</b> Низ. – 30% – Сред. – 60% – Выс.

#### 4.4. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТА/РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

<b>* ЭР.1</b>	<p><b>УМЕНЬШЕНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ЛУИН</b>  <b>Этот индикатор относится к таким программам:</b>                  Программа игл и шприцев                  Опиоидная заместительная терапия                  Другие формы лечения наркозависимости                  Антиретровирусная терапия                  Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем                  Программа распространения презервативов                  Целевые программы по информированию, обучению и просвещению</p>
---------------	--

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.1</b>	Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	<ul style="list-style-type: none"> <li>Данные системы эпиднадзора</li> <li>Результаты математического моделирования</li> </ul>	Необходимо принимать во внимание недостатки каждого из методов оценки при интерпретации результатов (для более детальной информации см. раздел 3.6)

<b>* ЭР.2</b>	<p><b>УМЕНЬШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ СРЕДИ ЛУИН</b>  <b>Этот индикатор относится к таким программам:</b>                  Программа игл и шприцев                  Опиоидная заместительная терапия                  Другие формы лечения наркозависимости                  Антиретровирусная терапия                  Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем                  Программа распространения презервативов                  Целевые программы по информированию, обучению и просвещению</p>
---------------	---

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.2а</b>	Распространенность ВИЧ среди ЛУИН	Дозорный эпиднадзор	<p>Необходимо использовать данные эпиднадзора, а не данные клиентов об их ВИЧ-статусе.</p> <p>Как указано в разделе 3.4, необходимо обратить внимание на недостатки формирования выборки, вопросы репрезентативности и корректировки.</p> <p>Если будет установлено увеличение распространенности ВИЧ, это по всей вероятности связано с улучшением методов оценки или ростом количества людей, проходящих тестирование, а не с действительным ростом количества новых случаев инфицирования.</p> <p>Если будет установлено уменьшение распространенности ВИЧ, это, по всей вероятности, связано с уменьшением количества людей, прошедших тестирование. Фактическое уменьшение может скорее быть результатом эмиграции или смертности, а не профилактикой новых случаев инфицирования.</p> <p>Рост охвата программ профилактики ВИЧ приводит к снижению смертности ЛЖВ и таким образом повышает уровень распространенности, даже если уровень заболеваемости не увеличивается.</p>



**ЭР.3** **УВЕЛИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУИН СТЕРИЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ**  
 Этот индикатор относится к таким программам:  
 Программа игл и шприцев  
 Опиоидная заместительная терапия  
 Другие формы лечения наркозависимости  
 Целевые программы по информированию, обучению и просвещению

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.3а</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые свидетельствуют, что при последнем употреблении инъекционных наркотиков они использовали стерильные приспособления	Регулярные поведенческие исследования	Этот индикатор включен в отчетность о достигнутом прогрессе (12) и дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде: В301: «Использовали ли Вы при последней инъекции наркотика приспособления, которые до этого уже использовал кто-то другой?»
<b>ЭР.3б</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые свидетельствуют, что в течение последнего месяца они всегда использовали стерильные приспособления	Регулярные поведенческие исследования	Этот индикатор включен в дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде: В302: «Как часто в течение последнего месяца Вы использовали для инъекции наркотических веществ приспособления, которые до этого уже использовал кто-то другой?» Варианты ответа: «всегда, в большинстве случаев, примерно в половине случаев, редко, никогда».

**ЭР.4** **УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ИНЪЕКЦИЙ**  
 Этот индикатор относится к таким программам:  
 Опиоидная заместительная терапия  
 Другие формы лечения наркозависимости

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.4а</b>	Процентное отношение ЛУИН, которые употребляют инъекционные наркотики раз в день или чаще	Дозорные поведенческие исследования	Этот индикатор включен в дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде: В205: «Как часто Вы употребляли инъекционные наркотики в течение последнего месяца?» Варианты ответа: «только один раз, 2–3 раза, примерно раз в неделю, 2–3 раза в неделю, 4–6 раз в неделю, примерно раз в день, 2–3 раза в день, 4 раза в день или чаще».

<b>ЭР.5 УЛУЧШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЛУИН О СВОЕМ ВИЧ-СТАТУСЕ</b>			
<b>Этот индикатор относится к таким программам:</b> Консультирование и тестирование на ВИЧ			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.5а</b>	Процентное отношение ЛУИН, прошедших тест на ВИЧ в течение последнего года и знающих его результат	Регулярные поведенческие исследования	<p>Этот индикатор включен в дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В1114: «Проходили ли Вы когда-либо тестирование на ВИЧ (результат сообщать не нужно)?»</li> <li>• В1116: «Получили ли Вы результат Вашего теста (результат сообщать не нужно)?»</li> <li>• В1117: «Когда Вы проходили тестирование в последний раз?»</li> </ul> <p>Следует обратить внимание, что ВИЧ-инфицированные ЛУИН, узнавшие о своем ВИЧ-статусе ранее чем год назад, не проходят тестирование в течение последнего года, но положительно отвечают на вопрос В1114.</p>

<b>ЭР.6 УМЕНЬШЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПИДОМ СРЕДИ ЛУИН</b>			
<b>Этот индикатор относится к таким программам:</b> Консультирование и тестирование на ВИЧ Антиретровирусная терапия			
	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.6а</b>	Количество случаев заболевания СПИДом среди ЛУИН за последний год	Данные учета инфицирования ВИЧ/СПИДом	<p>Доступные данные могут иметь существенные неточности, ограничивающие их применение. Данные учета инфицирования ВИЧ/СПИДом могут не включать информацию о факте употребления инъекционных наркотиков в настоящем или прошлом. В некоторых случаях эта информация может быть зафиксирована лишь в качестве фактора риска.</p> <p>Если эти данные не содержат такой информации, очень важно обеспечить конфиденциальность клиента, не допустить передачи правоохранительным органам информации о факте употребления клиентами инъекционных наркотиков. Кроме того, факт употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем не должен быть препятствием к получению лечения.</p>

<b>ЭР.7</b> УМЕНЬШЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ СПИДА СРЕДИ ЛУИН Этот индикатор относится к таким программам: Консультирование и тестирование на ВИЧ Антиретровирусная терапия		
<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.7а</b> Количество смертельных случаев в связи со СПИДом среди ЛУИН за последний год	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Данные учета инфицирования ВИЧ/СПИДом</li> <li>• Данные о смертности населения</li> <li>• Долгосрочные исследования группы ЛУИН</li> </ul>	Доступные данные могут иметь существенные неточности, ограничивающие их применение. Маловероятно, что данные о смертности будут содержать информацию о факте употребления инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, если только употребление наркотиков не является причиной смерти. Если данные учета инфицирования ВИЧ/СПИДом и данные о смертности населения связаны между собой, это упрощает отчетность по этому индикатору. Если удастся сохранить группу ЛУИН, за которой ведется наблюдение, данные такого исследования также будут полезны, необходимо обратить внимание на вопросы репрезентативности и возможной корректировки выборки.

<b>ЭР.8</b> УМЕНЬШЕНИЕ СЛУЧАЕВ ПЕРЕДАЧИ ИППП СРЕДИ ЛУИН Этот индикатор относится к таким программам: Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем Программа распространения презервативов Целевые программы по информированию, обучению и просвещению		
<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.8а</b> Процентное отношение ЛУИН, которые свидетельствуют, что в течение последнего года они имели симптомы ИППП	Регулярные поведенческие исследования	Этот индикатор включен в дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) в таком виде: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В1004: «Имели ли Вы генитальные выделения в течение последнего года?»</li> <li>• В1005: «Имели ли Вы генитальные язвы в течение последнего года?»</li> </ul>



ЭР.9

### УВЕЛИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ СРЕДИ ЛУИН

Этот индикатор относится к таким программам:

Программа распространения презервативов

Целевые программы по информированию, обучению и просвещению

	<i>Индикатор</i>	<i>Источник данных</i>	<i>Примечания</i>
<b>ЭР.9а</b>	Процентное отношение ЛУИН, вступавших в половые акты в течение последнего месяца, которые свидетельствуют, что во время последнего полового акта они использовали презерватив	Регулярные поведенческие исследования	<p>Этот индикатор включен в отчетность о достигнутом прогрессе (12).</p> <p>В дозорное поведенческое исследование МОЗС (127) включены вопросы об использовании респондентом презерватива во время последнего полового акта, однако разные группы партнеров опрашиваются отдельно, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В603: «Использовали ли Вы и Ваш регулярный партнер презерватив во время последнего полового акта между собой?»</li> <li>• В704: «Использовали ли Вы и Ваш партнер презерватив во время последнего полового акта за деньги?»</li> <li>• В804: «Использовали ли Вы и Ваш нерегулярный партнер презерватив во время последнего полового акта между собой?»</li> </ul>

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Заседание рабочей группы по измерению и увеличению охвата профилактики у ухода в связи с ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков.* – Вена, 2005.
2. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *На пути к всеобщему доступу: расширение масштабов доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ.* – Нью-Йорк, ООН, 2006, Документ Генассамблеи А/60/37.
3. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Практическое руководство по установлению национальных целей по профилактике СПИДа, лечению и уходу.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2006.
4. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Практическое руководство по установлению национальных целей всеобщего доступа. Глава 4: Определение амбициозных целей.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2006.
5. Организация Объединенных Наций. *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Специальной сессии ООН. Принята на двадцать шестой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (25–27 июня 2001 г.).* – Нью-Йорк, ООН, 2001. Резолюция А/RES/S-26/2.
6. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Участки с высоким уровнем охвата: Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Тематические исследования.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2006.
7. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Мониторинг Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2010 г. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2009.
8. Генеральная Ассамблея ООН. *Резолюция Генеральной Ассамблеи 65/277: Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа.* – Нью-Йорк, ООН, 2011.
9. Экономический и социальный совет ООН. *Резолюция Экономического и социального совета ООН E/2009/L.23: Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, принята 24 июля 2009 г.* – Нью-Йорк, ООН, 2009.
10. Комиссия ООН по наркотическим средствам. *Резолюция 53/9: Достижение всеобщего доступа для лиц, употребляющих наркотики, и лиц, инфицированных или затронутых ВИЧ, к профилактике, лечению, уходу и поддержке.* – Вена, Комиссия ООН по наркотическим веществам, 2010.
11. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Четвертое заседание Координационного совета ЮНЭЙДС. Женева, 22–24 июня 2009 г.: решения, рекомендации и выводы.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2009.
12. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2012 г.: руководящие принципы по разработке ключевых показателей мониторинга выполнения Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 г.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2011.
13. Болл А. и др. Дополнение к аргументам для действий ВОЗ по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. – *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S1-S6.
14. Институт медицины. Комиссия по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска. *Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска.* – Вашингтон, National Academies Press, 2006.
15. Дегенхардт Л. и др. Профилактика ВИЧ среди ЛУИН: почему необходимы индивидуальные, организационные и смешанные подходы. – *The Lancet*, 2010, 376(9737):285–301.
16. Стретди С.А. и др. ВИЧ и факторы риска для потребителей инъекционных наркотиков: прошлое, настоящее, будущее. – *The Lancet*, 2010, 376(9737):268-284.
17. Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Обновленная стратегия выделения ресурсов для ответа на эпидемию ВИЧ на глобальном уровне.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2011.
18. Всемирная организация здравоохранения. *Аргументы в пользу действий. Серия аналитических обзоров ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС.* – Женева, ВОЗ, 2008.
19. Гоунг Л. и др. *Заместительная терапия потребителей инъекционных опиумных наркотиков для профилактики ВИЧ (обзор).* Кокрановская база данных систематических обзоров, 2008; 2:cd004145
20. Алтис Ф.Л. и др. Лечение медицинских, психиатрических заболеваний и заболеваний в связи с зависимостью среди ВИЧ-инфицированных людей, употребляющих наркотики. – *The Lancet*, 2010, 376(9738):367–387.
21. Уодак А., Куни А. Снижают ли программы игл и шприцев уровень инфицированности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: всеобщий обзор международной практики. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41(6-7):777-813.



22. Всемирная организация здравоохранения. *Аргументы в пользу действий. Эффективность программ игл и шприцев для снижения инфицирования ВИЧ/СПИДом среди ПИН.* – Женева, ВОЗ, 2004.
23. Всемирная организация здравоохранения. *Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах.* – Женева, ВОЗ, 2004.
24. Саранг А., Стейкайте Р., Быков Р. Выполнение мероприятий по снижению вреда в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. – *International Journal on Drug Policy*, 2007, 18(2):129-135.
25. Саранг А., Родес Т., Платт Л. Доступ к шприцам в трех городах РФ: рекомендации для программ распространения шприцев. – *International Journal on Drug Policy*, 2008, 19S:S25-S36.
26. Ислам М., Конирав К. Оценка роли автоматов и мобильных пунктов по распространению шприцев в обеспечении охвата труднодоступных групп и групп высокого риска среди потребителей инъекционных наркотиков. – *Harm Reduction Journal*, 2007, 4(14).
27. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев.* – Женева, ВОЗ, Департамент по ВИЧ/СПИДу, 2007.
28. Бобашев Г.В., Зуле У.А. Моделирование влияния шприцев с большим мертвым объемом на эпидемию ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. – *Addiction*, 2010, 105(8):1439-1447.
29. Зуле У.А., Бобашев Г.В. Шприцы с большим мертвым объемом и риск инфицирования ВИЧ и ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков. – *Drug and Alcohol Dependence*, 2009, 100(3):204-213.
30. Всемирная организация здравоохранения. *Краткая информация для выработки политики: сокращение масштабов распространения ВИЧ-инфекции путем реализации программ помощи нуждающимся в привычной для них обстановке (аутрич).* – Женева, ВОЗ, 2004.
31. Всемирная организация здравоохранения. Атлас по наркоманиям и токсикоманиям (2010): Ресурсы для профилактики и лечения расстройств, связанных с зависимостью. – Женева, ВОЗ, 2010.
32. Всемирная организация здравоохранения. *Аргументы в пользу действий. Эффективность лечения наркозависимости.* – Женева, ВОЗ, 2004.
33. Мецгер Д.С. и др. Сероконверсия ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, которые проходят лечение и которые его не проходят: результаты 18-месячного наблюдения. – *JAIDS*, 1993, (6):1049-1059.
34. Моатти Д.П. и др. Соблюдение ВИЧ-инфицированными потребителями наркотиков во Франции режима высокоактивной АРТ: роль поддерживающего лечения бупренорфином. *AIDS*, 2000, 14:151-155.
35. Спаер Б., Лукас Г.М., Карьерри М.П. Соблюдение потребителями наркотиков режима лечения ВИЧ и роль опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). – *International Journal on Drug Policy*, 2007, 18(4):262-270.
36. Уолф Д., Карьерри М.П., Шепард Д. Лечение и уход за ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков: обзор препятствий и дальнейших шагов. – *The Lancet*, 2010, 376(9738):355-366.
37. Всемирная организация здравоохранения. Модельный список основных лекарственных средств (март 2010 г.) – Женева, ВОЗ, 2010.
38. Низэйгус А. и др. Переход от неинъекционного к инъекционному употреблению героина: влияние окружения и личная восприимчивость. – *JAIDS*, 2006, 41(4):493.
39. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по психосоциальной поддержке фармакотерапии для лечения опиоидной зависимости.* – Женева, ВОЗ, 2009.
40. Фаррелл М. и др. Эффективность лечения наркозависимости для профилактики ВИЧ. – *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S67-S75.
41. Бейкер А. и др. Краткосрочные когнитивно-поведенческие программы для людей, регулярно употребляющих амфетамины: шаг в правильном направлении. – *Addiction*, 2005, 100(3):367-378.
42. Роусон Р. и др. Сравнение ведения срывов и когнитивно-поведенческих подходов к лечению людей с зависимостью от стимуляторов. – *Addiction*, 2006, 101(2):267-274.
43. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по лечению психических, неврологических заболеваний и заболеваний в связи с наркозависимостью в непрофильных учреждениях (в рамках Программы mhGAP).* – Женева, ВОЗ, Отдел психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, 2011.
44. Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками. *Принципы лечения наркозависимости: руководство на основе исследований (второе издание).* – Вашингтон, Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками, Национальные институты здравоохранения США, 2009.
45. Всемирная организация здравоохранения. *Анализ обязательного лечения потребителей наркотиков в Камбодже, Китае, Малайзии и Вьетнаме: применение отдельных принципов прав человека.* – Манила, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, 2009.
46. Всемирная организация здравоохранения. *Практическое руководство по лечению опиоидной зависимости в странах Юго-Восточной Азии.* – Нью-Дели, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, 2008.

47. Всемирная организация здравоохранения. *Принципы лечения наркозависимости – материалы для обсуждения.* – Женева, ВОЗ, 2008.
48. Всемирная организация здравоохранения. *Основные принципы лечения и психосоциальной поддержки наркозависимых людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.* – Женева, ВОЗ, 2006.
49. Всемирная организация здравоохранения. *Методические инструкции о наркотических средствах амфетаминового ряда.* – Манила, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, 2011.
50. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по консультированию и тестированию на ВИЧ по инициативе провайдера в медицинских учреждениях.* – Женева, ВОЗ, 2007.
51. Региональное бюро ВОЗ для стран ЮВА, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ. *Руководство по консультированию и тестированию на ВИЧ в местах, которые посещают ЛУИН: улучшение доступа к лечению, уходу и профилактике.* – Манила, Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ, 2009.
52. ЕМЦНН. *Руководство по тестированию на ВИЧ, вирусный гепатит и другие инфекции среди ПИН: пособие для медицинского обследования, тестирования и консультирования по инициативе поставщика.* – Лиссабон, ЕМЦНН, 2010.
53. Всемирная организация здравоохранения. *Сообщение результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию и информация о повторном тестировании и консультировании взрослых.* – Женева, ВОЗ, 2010.
54. Всемирная организация здравоохранения. *Пособие по улучшению услуг консультирования и тестирования на ВИЧ: апробация в полевых условиях.* – Женева, ВОЗ, 2010.
55. Лонг и др. Эффективность и экономическая целесообразность стратегий расширения масштабов АРТ в Санкт-Петербурге, Россия. – *AIDS*, 2006, (20):2207-2214.
56. Боллерап А.Р. и др. Доступ потребителей инъекционных наркотиков в европейских странах к высокоактивной АРТ (2002–2004 гг.). *Восемнадцатая международная конференция по снижению вреда от употребления наркотиков*, 2007.
57. Донохью М.С. и др. Доступ потребителей инъекционных наркотиков в европейских странах к высокоактивной АРТ (2002–2004 гг.). – *International Journal on Drug Policy*, 2007, 18(4):271-280.
58. Агтия С. и др. Передача ВИЧ половым путем согласно вирусной нагрузке и АРТ: систематический обзор и мета-анализ. – *AIDS*, 2009, 23(11):1397.
59. Монтанер Д.С.Г. и др. Расширение масштабов доступа к высокоактивной АРТ для снижения темпов эпидемии ВИЧ. – *The Lancet*, 2006, 368(9534):531-536.
60. Куинн Т. и др. Вирусная нагрузка и передача ВИЧ-1 при гетеросексуальных половых связях. – *The New England journal of medicine*, 2000, 342(13):921.
61. Уилсон Д. и др. Связь между вирусной нагрузкой и зараженностью ВИЧ: модельный анализ. – *The Lancet*, 2008, 372(9635):314-320.
62. Вуд Е. и др. Уровень РНК ВИЧ-1 и частота инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: длительные исследования контрольной группы. – *British Medical Journal*, 2009, 338(apr30 1):b1649.
63. Всемирная организация здравоохранения. *Согласованное заявление: преодоление пробелов в знаниях насчет предоставления антиретровирусной терапии и ухода.* – Женева, ВОЗ, 2008.
64. Всемирная организация здравоохранения. *Антиретровирусная терапия для лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков: рекомендации для подхода здравоохранения.* – Женева, ВОЗ, 2010.
65. Всемирная организация здравоохранения. *Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом для потребителей инъекционных наркотиков. Лечение и уход в связи с ВИЧ/СПИДом: клинические протоколы для Европейского регионального бюро ВОЗ.* – Копенгаген, Европейское бюро ВОЗ, 2006.
66. Всемирная организация здравоохранения. *Антиретровирусная терапия для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ у новорожденных.* – Женева, ВОЗ, 2010.
67. Флеминг Д.Т., Вассерхейт Д.Н. От эпидемиологической синергии к политике и практике в сфере здравоохранения: влияние других инфекций, передаваемых половым путем, на передачу ВИЧ половым путем. – *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75(1):3.
68. Де Жарле Д.С, Семаан С. Программы снижения рискованного сексуального поведения среди потребителей инъекционных наркотиков. – *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S58-S66.
69. Донохью М.С. Секс, ВИЧ и потребители инъекционных наркотиков. – *Addiction*, 1992, 87:405-416.
70. Всемирная организация здравоохранения. *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними: 2006–2015 – прервать путь передачи.* – Женева, ВОЗ, 2007.
71. Всемирная организация здравоохранения. *Справочные пособия по лечению синдромов инфекций, передаваемых половым путем.* – Женева, ВОЗ, 2007.
72. Всемирная организация здравоохранения. *Инфекции, передаваемые половым путем, и другие инфекции репродуктивного тракта.* – Женева, ВОЗ, 2005.

73. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по лечению инфекций, передаваемых половым путем. – Женева, ВОЗ, 2004.
74. Колфакс Г. и др. Стимуляторы амфетаминового ряда и ВИЧ. – *The Lancet*, 2010, 376(9739):458-474.
75. Дегенхардт Л. и др. *Всемирная эпидемиология инъекционного употребления метамfetамина: обзор употребления, влияния на ВИЧ и других форм вреда*. – Сидней, Университет Нового Южного Уэльса (подготовлено от имени Референтной группы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков), 2007.
76. Фонд народонаселения ООН, Всемирная организация здравоохранения, PATH. *Программы распространения презервативов для борьбы с ВИЧ-инфекцией: рабочее пособие для руководителей программ*. – Нью-Йорк, ФН ООН, 2005.
77. Петерс А., Янсен В., Ван Дриль Ф. Женские презервативы: международное отрицание серьезных возможностей. – *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35):119-128.
78. Фонд народонаселения. *Программы распространения презервативов для борьбы с ВИЧ-инфекцией: пособие для провайдеров услуг*. – Нью-Йорк, ФН ООН, 2005.
79. Агглетон П., Дженкинс П., Малькольм А. ВИЧ/СПИД и употребление инъекционных наркотиков: информация, образование и просвещение. – *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S21-S30.
80. Келли Д. и др. Случайная, контролируемая профилактика ВИЧ и профилактика ВИЧ на уровне общин в снижении рискованного поведения гомосексуальных мужчин в городах США. – *The Lancet*, 1997, 350(9090):1500-1505.
81. Сил К. и др. Распространение налоксона и обучение потребителей инъекционных наркотиков восстановлению сердечной деятельности и дыхания для профилактики смертности от передозировки героина: исследование пилотной программы. – *Journal of Urban Health*, 2005, 82(2):303-311.
82. Галеа С. и др. Распространение налоксона среди потребителей инъекционных наркотиков как способ профилактики передозировки: промежуточная информация пилотного исследования в Нью-Йорке. – *Addictive behaviors*, 2006, 31(5):907-912.
83. Пайпер Т.М. и др. Профилактика передозировки у потребителей инъекционных наркотиков: опыт программ обучения и распространения налоксона в Нью-Йорке. – *Harm Reduct J*, 2007, 4(3).
84. Институт «Открытое общество». Противодействие передозировкам: распространение налоксона через группы взаимопомощи. – Нью-Йорк, Институт «Открытое общество», 2011.
85. Салем Р.М. и др. Просвещение для улучшения состояния здоровья. – *Population Reports*, series j, no. 56, 2008.
86. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Азиатско-Тихоокеанская сеть проектов по коммерческому сексу. *Руководство по подготовке материалов для профилактики ВИЧ среди уязвимого населения с вовлечением такого населения*. – Брайтон, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2005.
87. *Учебное пособие по адвокативной работе с вопросами ВИЧ/СПИДа и прав человека*. – Виндхук, Намибия, Альянс по правам в связи со СПИДом в Южной Африке.
88. Кертис М., Гутерман Л. *Профилактика и борьба с передозировкой: руководство для потребителей наркотиков и сотрудников, занимающихся снижением вреда в странах Восточной Европы и Центральной Азии*. – Нью-Йорк, Институт «Открытое общество», 2009.
89. Нельсон П.К. и др. Всемирная эпидемиология гепатита В и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков: результаты систематических обзоров. – *The Lancet*, 2011, 378(9791):571-583.
90. Мезерс Б.М. и др. Всемирная эпидемиология ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: результаты систематических обзоров. – *The Lancet*, 2008, 372:1733-1745.
91. Алтер М.Д. Эпидемиология ко-инфекции вирусного гепатита и ВИЧ. – *Journal of Hepatology*, 2006, 44, Supplement 1(0):S6-S9.
92. ЕМЦНН. *Гепатит С и употребление инъекционных наркотиков: влияние, средства и стратегические возможности*. – Лиссабон, ЕМЦНН, 2004.
93. Уолш Н. и др. Тихая эпидемия: борьба с вирусным гепатитом среди потребителей инъекционных наркотиков. *Состояние дел со снижением вреда в мире*, ред. Кук С. – Лондон, Международная ассоциация снижения вреда, 2011.
94. Палматир Н. и др. Аргументы в пользу эффективности распространения стерильных инъекционных приспособлений для профилактики передачи ВГС и ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: обзор обзоров. – *Addiction*, 2010, 105(5):844- 859.
95. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по профилактике вирусных гепатитов В и С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики*. – Женева, ВОЗ, 2012.

96. Всемирная организация здравоохранения. *Аргументы в пользу действий. Краткий аналитический обзор: руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков.* – Женева, ВОЗ, 2008.
97. Всемирная организация здравоохранения. *Руководящие принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов.* – Женева, ВОЗ, 2011.
98. Всемирная организация здравоохранения. *Руководство по лечению туберкулеза, четвертое издание.* – Женева, ВОЗ, 2010.
99. Всемирная организация здравоохранения. *Тренинговая программа по проведению аутрич-работы по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Руководство к проведению тренинга.* – Женева, ВОЗ, 2004.
100. Всемирная организация здравоохранения. *Практическое руководство по интенсификации усилий по профилактике ВИЧ.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2007.
101. Фишер Б. и др. Употребление наркотиков, риски и городские правила. Исследование мест инъекционного употребления наркотиков под наблюдением. – *International Journal on Drug Policy*, 2004, 15:357-365.
102. Смолл У. и др. Общественные места для инъекционного употребления наркотиков в Ванкувере: окружение, социальный контекст и риски. – *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(1):27-36.
103. *Руководство по лучшим практикам – ВИЧ и употребление наркотиков: действия на уровне общины.* – Брайтон, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, 2010.
104. Решевска И. и др. *Инструменты для адвокационной работы по медикаментозному лечению наркозависимости.* – Вашингтон, The Futures Group, Health Policy Initiative, 2010.
105. Организация Объединенных Наций. *Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу. Принята резолюцией 60/262 Генеральной Ассамблеи от 2 июня 2006 года.* – Нью-Йорк, ООН, Резолюция A/RES/60/262.
106. Блутентал Р.Н. и др. Исследование связи между программой распространения игл и шприцев и уровнем охвата потребителей инъекционных наркотиков инъекционными приспособлениями. – *Addiction*, 2007, 102(4):638-646.
107. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Профилактика, лечение, поддержка и уход в связи с ВИЧ в тюрьмах: стратегия эффективного национального ответа.* – Нью-Йорк, ООН, 2006.
108. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Профилактика, лечение, поддержка и уход в связи с ВИЧ в тюрьмах и других местах заключения.* – Вена, УНП ООН, 2012.
109. Всемирная организация здравоохранения. *Официальный документ по тюрьмам, наркотикам и снижению вреда. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005.*
110. Всемирная организация здравоохранения. *Эффективность программ противодействия ВИЧ в тюрьмах.* – Женева, ВОЗ, 2004.
111. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Профилактика, лечение, поддержка и уход в связи с ВИЧ в тюрьмах: стратегия эффективного национального ответа.* – Нью-Йорк, ООН, 2006.
112. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом. *Снижение вреда среди потребителей наркотиков: информационная справка.* Глобальный фонд, 2011.
113. Неотложный план президента США по оказанию помощи по СПИДу. *Пересмотренное руководство по всеобщей профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.* – Вашингтон, PERPFAR, 2010.
114. Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. *Руководство по оценке численности населения с высоким риском инфицирования ВИЧ.* – Женева, ВОЗ, 2010.
115. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Исследование распространенности: непрямые методы оценки масштабов проблемы наркотиков.* – Вена, УНП ООН, 2003.
116. Хикман М. и др. *Исследование распространенности проблем в связи с употреблением наркотиков: обзор методов и их применения.* – Бюллетень ООН по наркотическим средствам, 2002, 54:15–32.
117. Министерство здравоохранения и социальных служб США, Центр контроля над заболеваемостью (NHS-CDC), Группа оценки Глобальной программы борьбы со СПИДом. *Руководство по стратегиям оценки групп населения с высоким риском.* – Атланта, NHS-CDC, 2009.
118. Шарма М., Барроуз Д., Блутентал Р. Охват потребителей инъекционных наркотиков программами профилактики: определения, заблуждения, планы и дальнейшие шаги. – *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:92–98.
119. Альянс «Открытое общество». *Уникальный код идентификации. Программа сокращения потребности в наркотиках в Узбекистане, Таджикистане и регионе Ферганской долины в Кыргызстане (при финансировании АМР США).* Сборник лучших практик ПСПН. – Алматы, Международный альянс открытого общества, 2007.

120. Отдел технической поддержки региональных программ по ВИЧ/СПИДу в Азии, Бюро по контролю и профилактике ВИЧ/СПИДа провинции Юньнань, Бюро по вопросам здоровья населения провинции Юньнань. *Учсть все: использование онлайн данных для эффективного мониторинга и оценки мероприятий по снижению вреда в провинции Юньнань, Китай.* – Бангкок, АМР Австралии, 2011.
121. Медлин С., Балкус Д, Падин Н. *Отчет о разработке минимальных стандартов качества профилактики ВИЧ для Референтной группы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков.* – Женева, 2008.
122. Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности, Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Согласованная позиция ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС по заместительной поддерживающей терапии в лечении опиоидной зависимости и профилактике ВИЧ/СПИДа.* – Женева, ВОЗ, 2004.
123. Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. *Как и когда использовать пробы на инфекцию для оценки частоты инфицирования ВИЧ среди населения.* – Женева, ВОЗ, 2011.
124. Викерман П. и др. Модельная проекция на необходимый уровень охвата программы игл и шприцев для профилактики эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. – *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: AIDS*, 2006, 42(3):355-361.
125. Браун Т., Пирапатанапокин У. Азиатская модель эпидемии: модель процесса изучения политики в сфере ВИЧ и альтернативных программ в Азии. – *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(i):19.
126. Комиссия по СПИДу в Азии. *Пересмотр политики в отношении СПИДа в Азии: создание эффективного ответа.* – Нью-Дели, Oxford University Press, 2008.
127. *Руководство по проведению повторных поведенческих исследований среди населения с высоким риском инфицирования ВИЧ.* Роли, – Международная организация здоровья семьи, 2000.
128. Сальганик М., Хекаторн Д. Формирование выборки и оценка среди труднодоступного населения на основе выборки, управляемой респондентом. – *Sociological Methodology*, 2004, 34(1):193–240.
129. Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. *Руководство по оценке численности населения с высоким риском инфицирования ВИЧ.* – Женева, ВОЗ, 2011.
130. Робертс А. и др. *Женщины, употребляющие инъекционные наркотики: обзор их рисков, опыта и потребностей.* – Сидней, Национальный институт исследований наркотиков и алкоголя, 2010.
131. Викерман П. и др. *Модельные проекции для действия различных интервенций по распространению ВИЧ и ВГС среди ЛУИН в различных условиях. (неопубликованный доклад) 2008.*
132. Управление ООН по наркотикам и преступности. *Руководство по практическому планированию и выполнению лечения наркозависимости и реабилитации.* – Вена, УНП ООН, 2003.
133. *Стандарты мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп риска.* – Женева, ЮНЭЙДС, 2008.
134. Хеймер Р. Охват населения и профилактика ВИЧ: параметры оценки частоты инфицирования ВИЧ через программу обмена шприцев. – *International Journal on Drug Policy*, 2008, 19 Suppl 1:S65-73.
135. Де Жарле Д.С., Фридман С.Р. Пятнадцать лет исследований профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков: что стало понятным, что не стало понятным, что не было сделано. – *Public Health Reports*, 1998, 113 Suppl 1:182-188.
136. Нга Н.Т. и др. Инновационные инструменты сбора данных: набор для осуществления информационной работы по принципу «равный – равному» для групп риска во Вьетнаме. – *Western pacific surveillance and response journal*, 2012, 3(3).
137. Макартур Г. и др. Опиоидная заместительная терапия и передача ВИЧ-инфекции среди ЛУИН: систематический обзор и мета-анализ. – *BMJ*, 2012, 345.