



# ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС

## Техническое руководство

для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков



**Всемирная организация  
здравоохранения**



**UNODC**

Управление Организации Объединенных Наций  
по наркотикам и преступности



**ЮНЭЙДС**

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН ЮНОДК  
ЮНИСЕФ МОТ  
ВПП ЮНЕСКО  
ПРООН ВОЗ  
ЮНЭЙДС ВСЕМИРНЫЙ БАНК

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.

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. II.World Health Organization. Regional Office for Europe. III.UNAIDS. IV.United Nations. Office on Drugs and Crime.

ISBN 978 92 4 459776 7

(NLM classification: WC 503.6)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены 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 по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

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

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

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

Printed in Moscow, 2009

Опубликовано: Москва, 2009 г.

# ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС Техническое руководство

для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков



Всемирная организация  
здравоохранения



**UNODC**

Управление Организации Объединенных Наций  
по наркотикам и преступности



**ЮНЭЙДС**

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН  
КНИКСЕФ  
БПМ  
ПРООН  
ЮНХПА

ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



# ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторами настоящего документа являются Martin C. Donoghoe, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген; Annette D. Verster, Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, Женева, и Bradley Mathers, Национальный центр по изучению проблем алкоголизма и наркомании при Университете Нового Южного Уэльса (National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales) и Секретариат Референс-группы системы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков.

Авторы выражают глубокую признательность экспертам, внесшим вклад в создание настоящего *Руководства*. Это Carlos Avila-Figueroa, ЮНЭЙДС, Женева; Andrew Ball, Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, Женева; Monica Beg, УНП ООН, Вена; Katya Burns, AIDS Projects Management Group, Сидней и Женева; Dave Burrows, AIDS Projects Management Group, Сидней и Женева; Anindya Chatterjee, ЮНЭЙДС, Женева; Nicolas Clark, ВОЗ, Женева; Matt Curtis, Международная программа снижения вреда (IHRD), Институт «Открытое общество», США; Jimmy Dorabjee, Центр снижения вреда (Centre for Harm Reduction), Мельбурн; Paul Hardacre, Азиатская сеть снижения вреда (Asian Harm Reduction Network), Чиангмай; Robert Heimer, Школа общественного здравоохранения Йельского университета (Yale School of Public Health), Нью-Хейвен; Joumana Hermez, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, Каир; George Loth, Evidence and Information for Policy, ВОЗ, Женева; Rob Lye, ЮНЭЙДС, Женева; Igor Oliynyk (Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, Женева); Alasdair Reid, ЮНЭЙДС, Женева; Keith Sabine, ВОЗ, Женева; Gray Sattler, УНП ООН, Бангкок; Yves Souteyrand, Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, Женева; Igor Toskin (ЮНЭЙДС, Женева), Lucas Wiessing, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA), Португалия; Gundo Weiler, Страновой офис ВОЗ в Украине, Киев; Paul Williams, УНП ООН, Вена; и Daniel Wolfe, Международная программа снижения вреда (IHRD), Институт «Открытое общество», США. Отдельную благодарность авторы адресуют Matthew Hickman из Университета Бристоля, который составил проект и первую редакцию данного *Руководства*, Louisa Degenhardt, Национальный центр по изучению проблем алкоголизма и наркомании при Университете Нового Южного Уэльса / Секретариат Референс-группы системы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков, и Cyril E. Pervilhas, Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу, Женева, которые помогли начать этот проект и приняли участие в апробировании первой

редакции данного *Руководства* в странах Балтии и Центральной Азии. Рецензентом и редактором *Руководства* является Bandana Malhotra, внештатный медицинский редактор, Нью-Дели.

Авторы благодарят местных экспертов, которые, приняв участие в Технических консультативных совещаниях УНП ООН/ВОЗ по вопросам разработки целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Эстонии, Латвии, Литве и Польше (Литва, Вильнюс, 23 марта 2007 г.) и в странах Центральной Азии и Азербайджане (Узбекистан, Ташкент, 28-30 мая 2007 г.), внесли свой вклад в разработку и тестирование настоящего *Руководства*. ЭСТОНИЯ: Merike Rätsep, Министерство социальных дел Эстонии; Kait Oole, Эстонский институт развития здоровья; Inge Ringmets, Департамент общественного здравоохранения; ЛАТВИЯ: Ieva Tusa, Центр профилактики СПИДа и ИППП, Агентство общественного здоровья; Inga Brokere, Центр профилактики СПИДа и ИППП, Агентство общественного здоровья; Anda Lazdina, Центр профилактики СПИДа и ИППП, Агентство общественного здоровья; Marcis Trapecieris, Агентство общественного здоровья; ЛИТВА: Egle Pinceviciute, Вильнюсский центр лечения зависимостей; Mantas Gurevicius, Департамент по контролю за наркотиками при Правительстве Литвы; Saulius Caplinskas, Литовский центр борьбы со СПИДом; Irma Caplinskiene, Литовский центр борьбы со СПИДом; Oksana Strujeva, Литовский центр борьбы со СПИДом; Catalina Elena Pliuta, Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы; Rima Vaitkiene, Секретарь Министерства здравоохранения Литвы; Virginija Ambrazeviciene, Отдел иностранных дел Министерства здравоохранения Литвы; Alvyda Naujokaite, Медицинский отдел Министерства здравоохранения Литвы; ПОЛЬША: Janusz Janiec, Национальный институт гигиены; Signe Rotberga, проект УНП ООН для стран Балтии; Agne Vajoriniene, проект УНП ООН для стран Балтии, Вильнюс, Литва; АЗЕРБАЙДЖАН: Arzu Galiyeva, ЮНЭЙДС; Esmira Alammadova, Центр по борьбе со СПИДом; Afet Mammadova, Республиканский наркологический диспансер; Rasul Efendiyev, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; КАЗАХСТАН: Jadranka Mimica, ЮНЭЙДС; Alexei Pnitski, ЮНЭЙДС; Madina Takenova, УНП ООН; Aigul Katrenova, Министерство здравоохранения; Lolita Ganina, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом; Oleg Yusorov, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании; Alexander Ramm, Республиканский

научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании; КЫРГЫЗСТАН: Anara Salamatova, ЮНЭЙДС; Ainura Bekkoenova, УНП ООН; Mirlan Mamurov, Аппарат Премьер-министра; Erkin Bakiev, Республиканское объединение «СПИД»; ТАДЖИКИСТАН: Gairat Zarifov, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом; Ozoda Salimova, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом; Mutabara Vohidova, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом; ТУРКМЕНИСТАН: Annatach Mamedova, УНП ООН; Hundayberdi Klychuyev, Центр профилактики СПИДа; Rejerbay Nuriyev, Центр по лечению наркомании; УЗБЕКИСТАН: Bakhtiyor Niyazmatov, Министерство здравоохранения; Guzal Giyasova, Республиканский центр по борьбе со СПИДом; Maysara Gazieva, Республиканский центр по борьбе со СПИДом; Shavkat Akhmedov, Республиканский центр по борьбе со СПИДом; Irina Makarova, УНП ООН; James Callahan, УНП ООН; Mirzakhid Sultanov, УНП ООН; Nina Kerimi, УНП ООН; Kamran Niaz, УНП ООН; Katya Burns, УНП ООН; Alisher Makhkamov, УНП ООН; Iskander Ismailov, ВОЗ; Aziz Khudoberdiev, ЮНЭЙДС; Olga Lyan, ЮНЭЙДС; Komiljon Akhmedov, ЮНИСЕФ; Galina Karmanova, ЮСЭЙД; Rustam Alymov, ЮСЭЙД; Rakhima Nazarova, Проект «Потенциал»; Kahramon Yuldashev, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии; Leah Hoffman, Population Services International; Azizbek Boltaev, Центрально-Азиатская Региональная Программа по ВИЧ/СПИДу; Zulfia Tairova, Центрально-Азиатская Региональная Программа по ВИЧ/СПИДу; Askar Akhmedov, Центрально-Азиатская Региональная Программа по ВИЧ/СПИДу; Oysara Anarkulova, Глобальный фонд; Elena Mup, Глобальный фонд; Tatyana Nikitina, «Инициатива»; Tursunoy Usmanova, НПО «Ишонч ва хайот» (Надежда и жизнь); Oleg Mustafin, Ташкентский городской наркологический диспансер; Elena Porova, Ташкентский городской наркологический диспансер; Vladislav Khvan, Фонд «СПИД Восток-Запад»; Akmal Makhmatov, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии.

Авторы также хотели бы выразить свою признательность экспертам, принявшим участие в Техническом консультативном совещании по вопросам, связанным с созданием настоящего Руководства (Испания, Барселона, 11 мая 2008 г.). Это Michael Bartos, Секретариат ЮНЭЙДС, Женева; Monica Veg, УНП ООН, Вена; Dave Burrows, АРМГ, Австралия; Nicolas Clarke, ВОЗ, Женева; Louisa Degenhardt, Национальный центр по изучению проблем алкоголизма и наркомании (NDARC), Австралия; Konstantin Dumchev, страновой офис ВОЗ в Украине;

Dagmar Hedrich, ЕЦМНН (EMCDDA), Португалия; Robert Heimer, Йельский университет, США; Joumana Hermez, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, Каир; Ilham Maerrawi, Бразильская ассоциация снижения вреда (REDUC), Бразилия; Bradley Mathers, Национальный центр по изучению проблем алкоголизма и наркомании, Австралия; Susie McLean, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Соединенное Королевство; Afarin Rahimi Movaghar, Иранский национальный центр по изучению зависимостей (INCAS), Иран; Benjamin Phillips, Национальный центр по изучению проблем алкоголизма и наркомании (NDARC), Австралия; Robert Power, Институт имени Барнета (Burnet Institute), Австралия; Mukta Sharma, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии; Olga Varetska, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине; Peter Vickerman, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Urban Weber, Глобальный фонд, Швейцария; Gundo Weiler, ВОЗ, Украина; Lucas Wiessing, ЕЦМНН (EMCDDA), Португалия.

# СОДЕРЖАНИЕ

Принятые сокращения .....	6
<b>1. Введение.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Мероприятия по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.....</b>	<b>8</b>
2.1. Комплексная программа основных мероприятий .....	8
2.2. Обеспечение универсального доступа .....	11
<b>3. Процесс разработки целей .....</b>	<b>12</b>
3.1. Создание среды, благоприятствующей проведению необходимых мероприятий .....	12
3.2. Знаменатели, используемые при расчете показателей .....	13
3.3. Доступность мероприятий .....	14
3.4. Охват мероприятиями .....	16
3.5. Качество мероприятий .....	16
3.6. Потенциальный эффект мероприятий .....	18
3.7. Источники данных .....	18
3.8. Разработка целей .....	19
3.9. Дальнейшие шаги: когда цели уже поставлены .....	21
<b>4. Система разработки показателей и их ориентировочные целевые значения .....</b>	<b>22</b>
4.1. Программы игл и шприцев (ПИШ) .....	22
4.2. Лечение наркотической зависимости .....	24
4.2 а. Опιοидная заместительная терапия (ОЗТ) .....	24
4.2 б. Другие виды лечения наркотической зависимости .....	28
4.3. Тестирование на ВИЧ и консультирование (Тик) .....	30
4.4. Антиретровирусная терапия (АРТ) .....	31
4.5. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП) .....	33
4.6. Программы по обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров .....	34
4.7. Целевые программы в области информирования, образования и коммуникаций (ИОК), ориентированные на ПИН и их половых партнеров .....	36
4.8. Программы вакцинации, диагностики и лечения вирусных гепатитов .....	38
4.9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза .....	41
<b>5. Библиография .....</b>	<b>44</b>

# ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

SEARO	Региональное бюро Всемирной организации здравоохранения для стран Юго-Восточной Азии
WPRO	Региональное бюро Всемирной организации здравоохранения для стран Западной части Тихого океана
АГМО	Аналитическая группа по мониторингу и оценке
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕК	Европейская комиссия
ЕЦМНН	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
ИОК	Информирование, образование и коммуникации
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
НКИП	Национальный комбинированный индекс политики
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ИПН	Исследования поведенческих навыков
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПИШ	Программы игл и шприцев
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
САР	Стимуляторы амфетаминового ряда
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций
ТыК	Тестирование на ВИЧ и консультирование
FHI	Организация «Фэмили Хелс Интернэшнл» (Family Health International)
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу



# 1. ВВЕДЕНИЕ

Настоящий документ представляет собой техническое руководство для стран по разработке масштабных, но реалистичных общенациональных целей по расширению деятельности, проводимой в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Этот документ является результатом сотрудничества трех организаций системы ООН (Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)) и ряда международных экспертов, специализирующихся в данной области. Он составлен на базе предыдущих руководств УНП ООН<sup>1</sup> и ЮНЭЙДС<sup>2</sup> и тех же принципов, которые лежат в их основе.

В настоящем руководстве описаны более последовательные методы оценки и сравнения достижений разных стран в области реализации национальных целей по расширению комплексных программ по обеспечению к 2010 году универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции<sup>3,4</sup>. Эти цели основываются на положениях *Политической декларации по ВИЧ/СПИДУ 2006 года*, в соответствии с которой страны взяли на себя обязательство о расширении деятельности по обеспечению универсального доступа, а также принятой ранее *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ*<sup>5</sup>. Секретариат ЮНЭЙДС, при поддержке своих коспонсоров, оказывает помощь в реализации этих мероприятий, выпуская соответствующие практические рекомендации для стран<sup>3,4,6,7,76</sup>.

В настоящем *Техническом руководстве* освещены следующие вопросы:

- ▶ Система и процесс разработки национальных целей;
- ▶ Комплексная программа основных мероприятий, ориентированных на ПИН;
- ▶ Совокупность показателей и их ориентировочные целевые («эталонные») значения, которые должны использоваться для разработки целей национальных программ, а также для мониторинга и оценки мероприятий в области борьбы с ВИЧ-инфекцией, ориентированных на ПИН;
- ▶ Примеры источников данных.

Описанная в данном руководстве система разработки целей может использоваться в странах, желающих организовать у себя систематический процесс анализа деятельности по разработке, пересмотру и корректировке целей в области профилактики ВИЧ-инфекции среди

ПИН. Настоящее *Техническое руководство* и описанный выше процесс созданы в помощь организациям и отдельным лицам, занимающимся вопросами планирования программ по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции. Они могут использоваться и для других целей – в частности, для подготовки предложений и составления отчетности о ходе реализации программ для различных донорских организаций, включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДОМ, туберкулезом и малярией, Европейскую комиссию и другие многосторонние и двусторонние финансирующие организации.

Несмотря на то, что данное руководство прежде всего предназначено для разработки целей общенационального уровня, оно может быть полезным и для регионов больших стран (например, для провинций Китая, провинций Вьетнама или областей Российской Федерации), для менее крупных географических единиц – таких как города, – а также для специализированных учреждений (например, для учреждений пенитенциарной системы). В этой связи очень важно определиться с размерами соответствующих географических или административных единиц. В этом *Техническом руководстве* речь идет преимущественно о ПИН, однако оно может оказаться хорошим подспорьем и для разработки целей мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией, ориентированных на тех проблемных наркопотребителей, которые пока не являются ПИН, но могут ими стать.

Данная версия *Руководства* является первой попыткой создания общей системы оценки достижений стран в области реализации комплексной программы основных мероприятий. Представленная здесь система и рекомендуемые целевые показатели основаны на том ограниченном пока что объеме данных, которые имеются по этим вопросам в настоящий момент. Со временем, по мере накопления необходимой информации и опыта, который будет приобретен в результате применения этой системы на практике, данное *Руководство* будет соответствующим образом пересмотрено. В настоящее время Аналитическая группа ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (АГМО) занимается дальнейшей разработкой методов и рекомендаций по измерению охвата и оценке качества услуг в области профилактики и ухода при ВИЧ-инфекции среди населения, относящегося к группам риска, в том числе ПИН. Предполагается, что в результате этих усилий настоящее *Техническое руководство* будет усовершенствовано и дополнено.

Новая, переработанная версия этого *Руководства* должна выйти в 2010 г.

## 2. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И УХОДУ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

### 2.1. Комплексная программа основных мероприятий

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции, связанной с употреблением инъекционных наркотиков, является одной из наиболее трудных проблем, связанных с обеспечением универсального доступа к соответствующим программам в секторе здравоохранения. *Комплексная программа профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции среди ПИН* включает следующие **девять групп мероприятий**:

1. Программы игл и шприцев (ПИШ)
2. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие виды лечения наркозависимости
3. Тестирование на ВИЧ и консультирование (Тик)
4. Антиретровирусная терапия (АРТ)

5. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП)
6. Программы по обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров
7. Целевые программы в области информирования, образования и коммуникаций (ИОК), ориентированные на ПИН и их половых партнеров
8. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.

Указанные девять групп мероприятий были включены в комплексную программу потому, что им принадлежит ведущая роль в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции. Эффективность этих мероприятий с точки зрения предотвращения распространения ВИЧ-инфекции подтверждена многочисленными научными данными<sup>8,77</sup>.

**Более подробную информацию об эффективности этих мероприятий можно найти в следующих источниках:**

- The WHO/UNODC Evidence for Action series and policy briefs (ВОЗ и УНП ООН. Серия аналитических обзоров «Аргументы в пользу действий»)<sup>2</sup>: См. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html>
- Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, Institute of Medicine. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries an assessment of the evidence*. Washington, DC, USA, The National Academies Press, 2006<sup>77</sup>.

За редким исключением, результаты проведенных исследований показывают, что программы игл и шприцев (ПИШ) позволяют очень существенно сократить число случаев передачи ВИЧ-инфекции – в некоторых случаях на 33-42%<sup>10-12</sup>.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) с использованием метадона или бупренорфина является высокоэффективным методом снижения частоты инъекционного потребления наркотиков, которое для наркопотребителей связано с риском ВИЧ-инфицирования<sup>13</sup>. Кроме того, было показано, что ОЗТ способствует улучшению доступа к АРТ и приверженности к лечению, а также снижению смертности<sup>14-16</sup>.

Программы – тестирования на ВИЧ и консультирования (Тик) открывают путь к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, в том числе к получению АРТ. В некоторых обстоятельствах рекомендуется проводить Тик для ПИН по инициативе медицинских работников. В настоящее время ВОЗ и УНП ООН разрабатывают методические рекомендации по тестированию на ВИЧ и консультированию населения, относящегося к группам наиболее высокого риска по ВИЧ-инфекции, включая ПИН и лиц, находящихся в местах лишения свободы.

**Руководства по тестированию на ВИЧ и консультированию см.:**

- WHO & UNAIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007 (ВОЗ, ЮНЭЙДС. Руководство по вопросам тестирования на ВИЧ и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях)<sup>17</sup>.
- WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO) & UNODC. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO WPRO, 2009 (в печати)<sup>18</sup>

Доступ к АРТ для ПИН зачастую хуже, чем для остального населения, хотя имеются доказательства того, что предоставление ПИН возможности получения АРТ оказывает благотворное влияние на состояние здоровья населения в целом, а ПИН могут вполне успешно получать антиретровирусную терапию<sup>19–21</sup>.

Имеющиеся доказательства воздействия других видов лечения наркозависимости на рискованные с точки зрения инфицирования ВИЧ формы поведения

менее убедительны<sup>22</sup>. Тем не менее, эти виды лечения настоятельно рекомендуются к применению в тех странах, где широко распространено потребление опиоидных наркотиков – таких как стимуляторы амфетаминового ряда (САР), кокаин и бензодиазепины. Такие виды лечения должны быть научно обоснованными и могут включать когнитивно-поведенческую терапию (КПТ)<sup>23</sup> и профилактику срывов для лиц с амфетаминовой зависимостью<sup>24</sup>.

**Treatnet** ([www.unodc.org/treatment/index.html](http://www.unodc.org/treatment/index.html)),<sup>25</sup> действующая при поддержке УНП ООН международная сеть ресурсных центров по лечению и реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью, занимается вопросами улучшения качества лечения наркозависимости путем организации сотрудничества и обмена информацией между двадцатью ресурсными центрами, представляющими все регионы, и путем расширения прав и возможностей этих центров. Эти двадцать ресурсных центров, как и все остальные участники сети, занимаются разработкой, демонстрацией и распространением наиболее успешных методов и подходов в области эффективного лечения и реабилитации лиц с наркотической зависимостью.

Меры, направленные на сокращение числа случаев рискованного сексуального поведения среди ПИН, в том числе программы по обеспечению презервативами и улучшению доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, как правило, являются менее эффективными с точки зрения снижения риска передачи ВИЧ-инфекции, чем меры по сокращению рискованных форм поведения, связанных с инъекционным потреблением наркотиков<sup>26, 27</sup>. Это, однако, не умаляет важности таких мер – в частности, если речь идет об обеспечении презервативами и о профилактике и лечении ИППП среди женщин-ПИН, в особенности вовлеченных в секс-работу<sup>78</sup>.

Доказательства эффективности целевых программ в области информирования, образования и коммуни-

каций (ИОК), ориентированных на ПИН и их половых партнеров, гораздо менее убедительны по сравнению с доказательствами эффективности ПИИШ и ОЗТ. Тем не менее, мероприятия по ИОК также были включены в комплексную программу, поскольку в сочетании с другими мероприятиями они могут оказать более позитивное и устойчивое воздействие на рискованные с точки зрения передачи ВИЧ-инфекции виды поведения<sup>8,28</sup>.

ПИН могут иметь более высокий риск заражения туберкулезом, в частности как одной из инфекций, сочетанной с ВИЧ. В этой связи в комплексную программу были также включены меры в области профилактики, диагностики и лечения туберкулеза.

**Руководство по оказанию потребителям инъекционных наркотиков услуг в области профилактики, диагностики и лечения туберкулеза см.:**

WHO, UNODC, UNAIDS. *Evidence for Action Technical Papers. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach*. Geneva, WHO, 2008<sup>29</sup>.

Взятые в отдельности, эти мероприятия способствуют решению проблем, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции среди ПИН, но важно понимать, что все они являются частями единой комплексной программы и наибольший эффект приносят в том случае, если проводятся все вместе.

Есть также ряд мероприятий, которые в эту комплексную программу включены не были, что объясняется либо недостаточностью доказательств их эффективности, либо другими соображениями. К числу таких мероприятий относится, в частности, организация так называемых «инъекционных кабинетов». Целе-

сообразность создания таких кабинетов по-прежнему вызывает споры, но, как показали исследования, в тех нескольких странах, где такие службы были организованы, они показали свою эффективность<sup>30,31</sup>.

Есть и другие виды мероприятий, которые, хотя и не были включены в эту комплексную программу, также очень важны, и пренебрегать ими не следует. Например, как и в случае с лицами, не являющимися ПИН, очень важно предусмотреть меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР), если беременная женщина является ВИЧ-положительной и может употреблять наркотики инъекционным путем.

**Руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку см.:**

- ▶ WHO and partners. *Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV: towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children*. Geneva, WHO, 2007  
Адрес в Интернете: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015_eng.pdf)  
(ВОЗ и партнеры. *Руководство по глобальному расширению масштаба профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. На пути к всеобщему доступу для женщин и детей и искоренению ВИЧ/СПИДа у детей.*) Адрес русскоязычной версии: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789280643114\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789280643114_rus.pdf)<sup>32</sup>.

В настоящем *Руководстве* основное внимание уделяется профилактике ВИЧ-инфекции, но предложенные здесь меры могут быть весьма эффективными и с точки

зрения профилактики других вирусных инфекций, передаваемых через кровь, в частности, гепатита С, риску заражения которым ПИН подвержены особенно<sup>33</sup>.

**Материал для обсуждения: о доступе к лечению вирусного гепатита С в США и странах Евросоюза:**

- ▶ Wiessing L. The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved. *Eurosurveillance*, 2001, 5 (31):pii=1709.<sup>34</sup>

**Материал для включения в перечень руководств по лечению вирусного гепатита С в Западной Европе:**

- ▶ Reimer J et al. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 40 (Suppl. 5): S373–S378.<sup>35</sup>

*Аутрич-работа* (построенная по принципу «равный обучает равного») как отдельная группа мероприятий в эту комплексную программу включена не была, но рекомендуется как чрезвычайно действенный метод работы с ПИН, поскольку они относятся к категории лиц, с которыми зачастую бывает трудно установить контакт<sup>36</sup>. *Аутрич-работа* является очень эффективным средством проведения таких мероприятий в области профилактики ВИЧ/СПИДа, как ПИЩ, программы по

обеспечению презервативами и целевые программы ИОК, ориентированные на ПИН. Кроме того, в ходе *аутрич-работы* потребителям инъекционных наркотиков можно выдавать направления на такие виды лечения, как ОЗТ и АРТ. *Аутрич-работа* настоятельно рекомендуется в качестве метода оказания услуг и важнейшего компонента всех программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

**Более подробную информацию об аутрич-работе можно найти в следующих источниках:**

- ▶ WHO. *Evidence for Action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004<sup>36</sup>.
- ▶ UNAIDS. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 200779.

Указанные мероприятия целесообразно также проводить в пенитенциарных и других учреждениях закрытого типа (например, в центрах принудительного лечения и реабилитации лиц с наркотической зависимостью). Принцип оказания равноценной медико-санитарной помощи в местах заключения<sup>37</sup> подразумевает, что заключенные имеют право, без какой-либо

дискриминации, на получение медико-санитарной помощи уровня, равноценного тому, который доступен населению в целом, включая меры профилактики и АРТ. Система, описанная в настоящем *Руководстве*, может применяться также для оценки и разработки целей программ профилактики и ухода при ВИЧ-инфекции в условиях тюрем.

**Руководства и более подробную информацию о мерах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в условиях тюрем и других учреждений закрытого типа можно найти в следующих источниках:**

- ▶ WHO. Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 200538.
- ▶ WHO, UNODC, UNAIDS. *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy Brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, 2004. (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. *Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. Краткая информация для выработки политики: Сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах.* Женева, ВОЗ, 2004)<sup>32</sup>. Адрес русскоязычной версии: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HIV\\_2004.05\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.05_rus.pdf).
- ▶ WHO, UNODC, UNAIDS. *Evidence for action technical papers. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, WHO, 2007<sup>39</sup>. Адрес в Интернете: [http://www.who.int/hiv/idu/OMS\\_E4Acomprehensive\\_WEB.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf)



## 2.2. Обеспечение универсального доступа

Концепция обеспечения универсального доступа была принята на состоявшейся в 2006 г. встрече на высшем уровне по вопросам ВИЧ/СПИДа, как обязательство о расширении национальных программ в области профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся. Будучи, безусловно, амбициозной и желаемой целью, обеспечение универсального 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 универсального доступа включает принципы равенства, комплексности, доступности и устойчивости, которые лежат в основе разработки всех мероприятий комплексной программы. Эти мероприятия должны обладать следующими характеристиками:

- ▶ Физическая доступность (т.е. распределение, равномерное с географической точки зрения: например, указанные мероприятия должны быть доступными не только в крупных городах, но и в труднодоступных местах – таких как места лишения свободы);
- ▶ Экономическая доступность (стоимость услуг по месту их оказания не должна быть препятствием для их получения – иными словами, пациенты не должны платить за лечение);
- ▶ Справедливость и отсутствие дискриминации (никаких иных критериев исключения из программы, кроме медицинских, быть не должно: например, ОЗТ должны получать не только ВИЧ-инфицированные ПИН или не только те из них, у которых другие виды лечения наркозависимости не дали желаемого результата);
- ▶ Отсутствие нормирования (предоставление услуг “по потребностям”, т.е. без ограничений, связанных со стоимостью или иными соображениями. Например, ПИШ, в которых число шприцев, выдаваемых каждому клиенту, строго ограничено, являются менее эффективными, чем те, в которых такие ограничения отсутствуют)<sup>40</sup>.

Доступ к соответствующим программам и мероприятиям не должен быть ограничен какими бы то ни было социально-демографическими или иными критериями, в частности, такими, как:

- ▶ Возраст: право на участие в программе не должно быть обусловлено никакими возрастными ограничениями, т.е. никаких требований, касающихся минимально допустимого возраста участников программы, быть не должно;
- ▶ Пол/гендер, сексуальная ориентация и тип сексуального поведения;
- ▶ Гражданство, подданство, страна происхождения, расовая или этническая принадлежность, статус лица, ищущего убежища, а также вероисповедание или религиозные убеждения;
- ▶ Статус занятости и профессия, включая работу в секс-индустрии, нелегальную занятость и т.д.;
- ▶ Ограничения, связанные с пребыванием в специализированных учреждениях, в местах лишения свободы, на военной службе, в медико-санитарных учреждениях, детских домах и т.д.;
- ▶ Наличие или отсутствие медицинской страховки;
- ▶ Принимает ли человек наркотики – в частности, тот факт, что в данное время человек употребляет наркотики инъекционным путем, не должен быть препятствием для его доступа к соответствующим программам и мероприятиям.

Кроме того, участие во всех мероприятиях должно быть добровольным, а проводить их следует в благоприятствующей этому обстановке, которая обеспечивается при наличии соответствующего поддерживающего законодательства, политики и стратегий.

## 3. ПРОЦЕСС РАЗРАБОТКИ ЦЕЛЕЙ

Представленная здесь система является основой процесса разработки целей комплексной программы мероприятий по обеспечению универсального доступа, проводимыми в соответствии с выпущенными ранее практическими рекомендациями. Она предусматривает более систематический подход к процессу оценки и разработки целей мероприятий, входящих в комплексную программу.

Для каждой из указанных выше девяти групп мероприятий разработана совокупность соответствующих показателей. Эти показатели предназначены для оценки следующих параметров:

- ▶ Доступность
- ▶ Охват
- ▶ Качество
- ▶ Потенциальный эффект

Кроме того, для всех основных показателей указаны их ориентировочные целевые значения.

Как уже говорилось, максимальной пользы от реализации этих девяти групп мероприятий 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 качестве минимального требования рекомендуется организовать мониторинг проведения, по крайней мере, четырех первых групп мероприятий: ПИШ, ОЗТ, ТИК и АРТ.

Для разработки целей и установления соответствующих целевых показателей необходимо иметь четкое представление о том, в какой обстановке и в каких условиях будут проводиться те или иные мероприятия, и определить те группы населения, которые для этих мероприятий являются целевыми.

Если есть возможность, то по этим показателям следует собирать и представлять в отчетности данные с разбивкой по полу.

### 3.1. Создание среды, благоприятствующей проведению необходимых мероприятий

Очень важно учесть те обстоятельства, в которых происходит инъекционное употребление наркотиков и оказание услуг ПИН. Иными словами, необходимо выявить те организационные, социальные и иные факторы, которые могут стать помехой для успешного проведения соответствующих мероприятий, и сделать так, чтобы среда для этого стала более благоприятной.

Лица, употребляющие наркотики инъекционным путем, зачастую находятся в условиях социальной изоляции и подвергаются стигматизации, дискриминации и (поскольку употребление наркотиков запрещено законом) правовым санкциям. Определенную роль в профилактике передачи ВИЧ-инфекции могут сыграть такие организационные факторы, как изменение характера предложения наркотиков или инъекционной практики. Препятствиями на пути оказания услуг и расширения деятельности в области профилактики ВИЧ-инфекции могут быть обстоятельства правового характера и действующая правоприменительная практика.

Преодолеть эти препятствия можно с помощью таких мер, как введение антидискриминационного законодательства и обеспечение условий, при которых надзор за соблюдением политики и практики не препятствовал бы процессу оказания соответствующих услуг.

На Специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАООН) по ВИЧ/СПИДу, посвященной мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, обсуждался ряд параметров, включенных в Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), которые относятся к ПИН. Эти параметры можно использовать для того, чтобы выявить имеющиеся препятствия и оценить достигнутый прогресс<sup>7</sup>.

## 3.2. Знаменатели, используемые при расчете показателей

Многие показатели, описанные в этом Руководстве, состоят из числителя и знаменателя. В большинстве случаев в знаменателе этой дроби указана численность тех групп населения, которые для оцениваемых мероприятий являются целевыми. Чтобы определить значение знаменателя в показателях по каждому из мероприятий, следует использовать соответствующие оценочные значения. Эти данные, в том числе национальные оценки численности ПИН, необходимо тщательно проверять, чтобы удостовериться, что в знаменателях, которые используются при расчете целевых показателей, описанных в данном Руководстве, указаны именно те группы, о которых идет речь в числителе.

### ► Оценка численности групп ПИН

В материалах, опубликованных по этой тематике, приводится много различных определений понятия «инъекционное потребление наркотиков», которые используются в различных обстоятельствах, в зависимости от контекста и от предмета исследования. Например, при планировании ПИШ важно учитывать такой аспект, как инъекционное потребление наркотиков «в настоящее время». Если нужно определить, сколько людей в группе могли подвергнуться риску инфицирования ВИЧ вследствие инъекционного употребления наркотиков, то правильнее будет говорить о тех, кто «употреблял инъекционные наркотики в течение

жизни» или хотя бы единожды после того, как на данной территории был зарегистрирован случай ВИЧ-инфекции.

*Для целей отчетности по показателям, описанным в настоящем Руководстве, потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) рекомендуется считать тех, кто употреблял наркотики инъекционным путем хотя бы один раз за последние 12 месяцев.*

В некоторых странах люди сами вводят себе лекарства инъекционно по медицинским показаниям. Обычно это называется терапевтическими инъекциями и не имеет отношения к инъекционному потреблению наркотиков, о котором идет речь в настоящем Руководстве. Те, кто вводил себе лекарства путем инъекций исключительно в медицинских целях, в вышеупомянутое определение потребителей инъекционных наркотиков не включаются.

Определить численность ПИН бывает довольно трудно, в особенности потому, что эта группа населения относится к числу «скрытых». В этой связи чрезвычайно полезными могут оказаться методы косвенной оценки – например, методы множительных коэффициентов и расчеты на основе опорных показателей, в которых используются имеющиеся источники данных (сведения о количестве милицейских арестов, случаев лечения наркозависимости, летальных исходов, связанных с употреблением наркотиков), а также метод повторного захвата; по всем этим методам разработаны соответствующие руководства.

#### **Руководства по методам оценки можно найти в следующих источниках:**

- UNODC. *Global Assessment Programme on drug abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienna, UNODC, 2003/41 Адрес в Интернете: [www.unodc.org/pdf/iran/links/UNODC/gap\\_toolkit\\_module2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/iran/links/UNODC/gap_toolkit_module2.pdf). УНП ООН, Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. Оценка распространенности – косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков. Австрия, УНП ООН, 2003. Адрес русскоязычной версии: [http://www.unodc.org/pdf/gap\\_toolkit\\_module2\\_ru.pdf](http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module2_ru.pdf)
- Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *UN Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15-32<sup>42</sup>
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, GAP Surveillance Team. Most at risk populations sampling strategies and design tool. HSS-CDC, 2009 (в печати)<sup>43</sup> См.: <http://www.igh.org/surveillance>

Исследования среди общего населения, например, опросы домохозяйств, – как правило, дают заниженную оценку уровня распространенности инъекционного потребления наркотиков, поскольку, во-первых, потребители инъекционных наркотиков с меньшей вероятностью будут включены в исследуемую выборку, а во-вторых, употребление наркотиков запрещено законом и относится к тем формам поведения, которые подвер-

гаются стигматизации; поэтому респонденты могут не захотеть сообщить такую информацию.

Если в отношении определенной группы ПИН имеется несколько оценочных значений ее численности (возможно, полученных с помощью различных методов оценки), то рекомендуется каждые два года проводить совещания местной экспертно-аналитической группы, в состав которой должны входить исследователи и клю-

чевые источники информации из государственных органов, неправительственных организаций (НПО) и частного сектора. Эта экспертно-аналитическая группа должна заниматься определением и обновлением согласованных значений или диапазонов значений, которые будут использоваться в знаменателях соответ-

ствующих показателей. Впоследствии эти цифры могут использоваться всеми исследователями, государственными органами и другими лицами и организациями, которые занимаются расчетами, касающимися данных групп населения.

**Референс-группа системы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков** занимается анализом имеющихся публикаций по этой тематике в целях составления глобальных и региональных оценок о численности лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, и о распространенности ВИЧ-инфекции в этой группе. Более подробная информация о Референс-группе и об оценках уровней потребления инъекционных наркотиков в отдельных странах и в мире в целом, а также о распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, см. по адресу в Интернете: [www.idurefgroup.com](http://www.idurefgroup.com). Последние исследования, касающиеся распространенности потребления инъекционных наркотиков, см. также Mathers et al. 2008<sup>44</sup>.

#### ► Оценка численности целевых групп для проведения различных мероприятий

Определить численность групп, которые для различных мероприятий являются целевыми, может быть непросто. Поэтому очень важно четко определиться с тем, о каких именно лицах идет речь.

Так, ПИШ могут быть ориентированы на всех потребителей инъекционных наркотиков, а программы ОЗТ – на лиц с опиоидной зависимостью, которые употребляют наркотики как инъекционным, так и неинъекционным путем, и при измерении охвата соответствующими мероприятиями необходимо оценивать численность этих групп. Бывают случаи, когда необходимо оценить и использовать в знаменателе соответствующих показателей численность некоторых подгрупп (например, *проблемных наркопотребителей\**, *проблемных наркопотребителей, не употребляющих наркотики инъекционным путем, потребителей неопиоидных и опиоидных инъекционных наркотиков*). Необходимо также оценить количество ПИН, которые нуждаются в АРТ, а также в лечении и уходе в связи с гепатитом С, гепатитом В и туберкулезом. Во многих странах потребители инъекционных наркотиков имеют несоизмеримо низкий доступ к услугам по уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом. В большинстве стран лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, исключают из программ по ВИЧ/СПИДу, в частности, из программ АРТ<sup>45</sup>. Поэтому очень важно установить, какой процент лиц, являющихся ПИН в настоящее время и нуждающихся в доступе к таким программам, имеет такую возможность на практике. Потребление инъекционных наркотиков «в настоящее время» можно определить многими различными способами, но, опять же,

для целей измерения этих показателей, потребителями инъекционных наркотиков можно считать *тех, кто употреблял наркотики инъекционным путем хотя бы один раз за последние 12 месяцев*.

#### ► Данные с разбивкой по полу

Женщины – потребители инъекционных наркотиков зачастую сталкиваются с дополнительными проблемами, связанными с доступом к услугам в области профилактики и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией. Поэтому для проведения мониторинга и оценки степени такого неравенства целесообразно бывает собирать данные с разбивкой по полу, а знаменатели соответствующих показателей рассчитывать с учетом гендерной принадлежности.

**Более подробная информация о расчете знаменателей содержится в описаниях соответствующих показателей.**

### 3.3. Доступность мероприятий

Комплексный подход предполагает включение в комплексную программу всех основных мероприятий. Однако *состав мероприятий и содержание* каждого из них следует подбирать с учетом конкретной ситуации, а для этого ее нужно очень хорошо понять и оценить. Такая оценка включает анализ следующих параметров:

- Виды имеющихся услуг
- Характер наркопотребления и виды потребляемых наркотиков (например, опиаты, САР, кокаин, бензодиазепины и т.д.)
- Интенсивность и частота инъекционного потребления наркотиков.

\* Согласно определению Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН), проблемным потреблением наркотиков считается инъекционное потребление наркотиков или длительное (систематическое) употребление наркотиков опийной группы, кокаина и/или производных амфетамина.



Соответственно, показатели, используемые для оценки этих мероприятий, должны быть подобраны надлежащим образом.

В некоторых странах ПИИШ включают доступ к стерильному инъекционному инструментарию и его последующее безопасное уничтожение на базе стационарных или мобильных пунктов обмена и/или аптек, где инъекционный инструментарий предоставляется бесплатно. Во многих странах важным, а иногда и самым важным источником поставок стерильного инъекционного инструментария для ПИН является его *продажа* через аптечную сеть<sup>46,47</sup>.

В этой связи рекомендуется проводить различие между *способами поставки* стерильного инъекционного инструментария и, например, предусмотреть отдельный показатель для его продаж через аптечную сеть. В странах, где доступны оба этих способа поставки, целесообразно ввести такой показатель, как процентная доля шприцев, поставляемых в рамках ПИИШ, и продаваемых в аптеках (примечание: продажи инъекционного инструментария через аптечную сеть следует оценивать отдельно и отличать от бесплатного предоставления потребителям инъекционных наркотиков игл и шприцев в рамках ПИИШ, проводимых на базе аптек и включенных в эти показатели для целей оценки). Есть и другие способы поставки – в качестве альтернативы могут использоваться, например, торговые автоматы или передвижные пункты выдачи стерильного инъекционного инструментария<sup>48</sup>. Страны могут предусмотреть соответствующие показатели для этих способов поставки.

ОЗТ является эффективным методом лечения опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей опиоидных инъекционных наркотиков. При этом в странах с высокой численностью проблемных потребителей неопиоидных наркотиков (таких как САР, кокаин и бензодиазепины), в качестве важнейших мероприятий следует предусмотреть организацию *других видов лечения наркозависимости*. Такие виды лечения следует определить и описать; кроме того, они должны быть научно обоснованными (это может быть, например, КПТ<sup>23</sup> и профилактика срывов для лиц с амфетаминовой зависимостью)<sup>24</sup>.

Показатели доступности служат для того, чтобы определить, является ли то или иное мероприятие доступным для ПИН. Для большинства мероприятий используется просто показатель его наличия или отсутствия. В случае АРТ для ПИН учитывается наличие критерия исключения ПИН из программ АРТ.

Этот простой показатель наличия мероприятия можно дополнить, добавив к нему такой параметр, как степень доступности. Для большинства мероприятий, описанных в данном Руководстве, этот параметр определяется как число мест, где проводится соответствующее мероприятие, в расчете на 1000 потребителей инъекционных наркотиков. Например, для ПИИШ данный показатель определяется следующим образом:

*Числитель: Число мест проведения ПИИШ*

*Знаменатель: (Число ПИН)/1000*

Важно понимать, что этим способом можно лишь приблизительно оценить степень доступности мероприятия – насколько этот уровень доступности «охватывает» соответствующую группу ПИН, будет определяться географическим распределением этих услуг и целевой аудитории, и насколько легко доступны эти услуги для данной группы.

Необходимо также четко определить, что можно, а что нельзя считать «местом» проведения мероприятия. Например, в Группе управления проектами по ВИЧ/СПИДу (АРМГ, Австралия) считается, что определенные места – такие как стационарные или передвижные пункты, организованные на базе автобусов или фургонов, – являются единственным местом проведения мероприятия, а места остановок передвижных пунктов проведения ПИИШ или ПИИШ, проводимые аутрич-службами, местами проведения мероприятия не считаются. Команды аутрич-работников тоже *не считаются* местами проведения мероприятий, за исключением случаев, когда аутрич-команда работает в офисе или в клинике, которые действуют не как стационарные службы. Как уже говорилось, аптеки не считаются местами проведения ПИИШ, за исключением случаев, когда инъекционный инструментарий там предоставляется бесплатно. Аптеки могут считаться местом оказания услуг в рамках других мероприятий – например, если там отпускают препараты для проведения ОЗТ или АРТ, организуют ВИЧ-тестирование и консультирование или оказывают другие услуги аналогичного характера.

Этот показатель характеризует общий уровень доступности соответствующего мероприятия применительно к численности определенной целевой аудитории. Однако в нем не учитываются факторы, определяющие доступность – например, географическое положение пункта оказания услуг и то, насколько легко лица из целевой аудитории могут до него добраться.

### 3.4. Охват мероприятиями

Термин *охват* может использоваться для описания различных аспектов, характеризующих радиус действия и результативность проводимых мероприятий<sup>49</sup>. В настоящем *Руководстве* этот термин используется для того, чтобы охарактеризовать степень, в которой то или иное мероприятие удастся «донести» до целевой аудитории – иными словами, ту часть целевой аудитории, которая нуждается в соответствующем мероприятии и действительно получает его.

Попытки определить показатели охвата сопряжены со многими трудностями. Особенно внимательно следует отнестись к выбору знаменателя, который используется для определения показателя охвата. Например, имеющиеся оценочные данные о числе ПИН в стране могут не включать тех лиц, которые в данный момент находятся на лечении, что, в свою очередь, повлияет на измерение процента ПИН, охваченных этим лечением.

Если охват определяется как число лиц, охваченных мероприятием, то здесь могут подразумеваться любые, а не только *результативные* контакты с этими лицами. Важно и то, насколько часто человек получает доступ к соответствующей услуге: есть качественная разница между случаями, когда ПИН охвачен программой игл и шприцев один раз в году, или когда он имеет доступ к этой ПИИШ каждый день в течение года. Для того чтобы обеспечить эффективность некоторых мероприятий – например, таких, как ОЗТ, – они должны проводиться практически ежедневно, в то время как другие, в частности, ВИЧ-тестирование и консультирование, с такой частотой проводить необязательно. Дискуссии по этому поводу не прекращаются, но в настоящее время достигнут консенсус по вопросу о том, что охват ПИИШ можно считать систематическим (регулярным), если доступ к этой программе обеспечивается **не реже одного раза в месяц**.

Кроме того, важно понимать, что *число клиентов, получающих доступ к определенной услуге, и число контактов с клиентами* по поводу ее получения, – это не одно и то же. Одна из распространенных проблем, связанных со сбором данных, заключается в том, что в документации программ фиксируется общее число контактов с клиентами, которое затем ошибочно принимается за число охваченных клиентов. Для измерения систематического охвата (а не числа контактов), необходима анонимная система регистрации ответных визитов. Одним из широко используемых методов является присвоение каждому клиенту *индивидуального идентификационного номера (ИИН)*. Это позволяет соот-

ветствующей службе регистрировать характер посещения и, в частности, определять – регулярно ли данный клиент получает данную услугу<sup>50,51</sup>. Еще большей точности измерений можно добиться, если один и тот же ИИН будет использоваться в различных службах.

Другим методом измерения охвата программами игл и шприцев является расчет *числа шприцев, выдаваемых одному ПИН в течение года*. Сообщалось о трудностях, связанных с подсчетом игл и шприцев. Например, часто используются шприцы объемом 1 мл или 2 мл с иглой, но бывают такие шприцы, к которым нужны дополнительные иглы. В отчетах некоторых стран данные о количествах выданных игл и шприцев очень сильно отличаются. В этих случаях следует регистрировать оба этих параметра.

### 3.5. Качество мероприятий

Понятие качества включает в себя *масштаб, полноту, действенность, эффективность и безопасность* мероприятий. Качество мероприятия имеет принципиальное значение с точки зрения его влияния на развитие эпидемии<sup>80</sup>. Например, программы ОЗТ с применением малых доз метадона будут гораздо менее действенными и эффективными, чем аналогичные программы с более высокими дозировками этого препарата, а ОЗТ в сочетании с программой психологической поддержки будет более действенной и принесет более ощутимый эффект<sup>13,52</sup>. Оценка качества – дело непростое. Тем не менее, в этом *Руководстве* предлагаются относительно простые критерии соблюдения стандартов качества – т.е. средства, позволяющие определить, соответствует ли то или иное мероприятие установленным для него стандартам. Эти стандарты качества могут определяться в соответствии с методическими рекомендациями УНП ООН/ВОЗ/ЮНЭЙДС или других организаций<sup>53</sup>.

Для программ ОЗТ предлагаются дополнительные критерии, касающиеся дозировок препаратов и продолжительности лечения. Помимо ОЗТ, есть множество других, самых разных видов лечения наркозависимости, качество которых также может существенно различаться, но и для них также есть соответствующие рекомендации по качеству. Рекомендуемые нормы для различных мероприятий можно найти на сайте организации *Treatnet* ([www.unodc.org/treatment/index.html](http://www.unodc.org/treatment/index.html))<sup>25</sup>.

Кроме того, разработаны руководства по обеспечению качества АРТ для ПИН, которые включают рекомендуемые схемы лечения с учетом гепатотоксичности и лекарственного взаимодействия<sup>54</sup>. Одной из эффективных стратегий профилактики ВИЧ-инфекции являются программы ИОК, если они проводятся в рамках хорошо организованной аутич-работы<sup>36</sup>. В настоящем *Руководстве* предложены простые показатели качества. Вместе с тем, учитывая необходимость регулярного распространения новых и меняющихся материалов и сообщений, на местах могут разрабатываться более сложные показатели качества.

Вопросы качества программ ТИК в настоящее время активно обсуждаются. Доступ к услугам добровольного консультирования и тестирования является одним из важнейших элементов программ по ВИЧ/СПИДУ на всех стадиях эпидемии. ВОЗ и ЮНЭЙДС выпустили руководства по вопросам тестирования на ВИЧ и консультирования по инициативе медицинских работников<sup>17,79</sup>, в которых рекомендуется, чтобы на любой стадии эпидемии ВИЧ всем взрослым, подросткам и детям, обратившимся в медицинское учреждение с теми или иными жалобами, симптомами или патологическими состояниями, которые могут быть обусловлены ВИЧ-инфекцией, включая туберкулез, медицинские работники предлагали ТИК в качестве стандартного элемента оказания клинической помощи. В условиях генерализованной эпидемии медицинские работники должны предлагать проведение ТИК всем обращающимся в медицинские учреждения. В условиях концентрированной и начальной стадий эпидемии медицинские работники могут предлагать ТИК в медицинских учреждениях для групп высокого риска. В настоящее время ВОЗ и УНП ООН

занимаются разработкой специального руководства для стран, где эпидемия ВИЧ-инфекции концентрируется среди отдельных групп населения, включая ПИН. Несколько основных показателей качества должны гарантировать, что тестирование на ВИЧ проводится добровольно, с согласия клиента и включает консультирование<sup>18</sup>. В ряде стран среди потребителей инъекционных наркотиков, особенно среди тех из них, кто находится в местах лишения свободы, тестирование на ВИЧ зачастую производится в принудительном порядке, без их согласия.

Еще одним важным аспектом качества является *удовлетворенность клиента* мероприятием или его *удобство для клиента*. Информацию об этом можно собрать с помощью опросов клиентов, включающих вопросы об их удовлетворенности работой персонала, доступностью услуг в случае потребности в них и т.п.

Улучшить качество программы может ее персонал, если он хорошо подготовлен и ему оказывают необходимую поддержку. На местах могут быть разработаны специальные показатели, характеризующие, в том числе, и этот аспект работы.

Большое значение для качества мероприятий могут иметь их рабочие характеристики. Например, на действенность ПИШ серьезное влияние могут оказывать ограничения по количеству шприцев, выдаваемых каждому клиенту. Было показано, что менее ограничительная политика проведения ПИШ обеспечивает более широкий охват этими программами и снижение риска ВИЧ-инфицирования, связанного с потреблением инъекционных наркотиков<sup>40</sup>.

#### **Примеры руководств по проведению различных мероприятий см.:**

- WHO. Chapter 5 – HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users; Chapter 6 – Management of hepatitis C and HIV coinfection; Chapter 7 – Management of hepatitis B and HIV coinfection. In: *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.  
 Адрес в Интернете: <http://www.euro.who.int/Document/E90840.pdf>  
 (ВОЗ. *Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ*: Глава 5. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь; Глава 6. Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией; Глава 7. Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Адрес русскоязычной версии: <http://www.euro.who.int/document/e90840R.pdf>)<sup>54</sup>
- WHO, UNAIDS, UNODC. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007. (ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН. Руководство по осуществлению программ игл и шприцев. Москва, 2009)<sup>51</sup>.  
 Адрес в Интернете: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf)
- WHO. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, WHO, 2009.  
 Адрес в Интернете: [http://www.who.int/entity/substance\\_abuse/publications/Opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf) or [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf)<sup>55</sup>
- WHO. *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008.  
 Адрес в Интернете: [http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug\\_dependence/OSTguidelinesSEA.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/OSTguidelinesSEA.pdf)<sup>56</sup>
- WHO, UNAIDS. *Guidance on provider-initiated testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007. Адрес в Интернете: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf) (ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*)<sup>17</sup>

- ▶ WHO SEARO, WHO WPRO, UNODC. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (в печати).<sup>18</sup>
- ▶ UNAIDS. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007.<sup>79</sup>  
 Адрес в Интернете: [http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1581\\_big\\_card\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1581_big_card_en.pdf). ЮНЭЙДС. *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ*. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2008.  
 Адрес русскоязычной версии: [http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1581\\_big\\_card\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1581_big_card_ru.pdf)

## 3.6. Потенциальный эффект мероприятий

В настоящем *Техническом руководстве* вопросы оценки потенциального эффекта мероприятий не являются предметом первостепенной важности. Тем не менее, основные сведения о воздействии каждого из важнейших мероприятий бывают чрезвычайно полезны.

Наилучшим *показателем* воздействия мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции является *уровень заболеваемости* ВИЧ-инфекцией, но эти данные собрать, как правило, трудно. Для оценки уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией можно использовать методы математического моделирования<sup>57</sup>.

Для того чтобы на основании данных о *распространенности* ВИЧ-инфекции можно было сделать вывод о наличии изменений в уровне риска инфицирования, должно пройти какое-то время, но в долгосрочной перспективе этот показатель может быть весьма полезным. Для правильного толкования этих данных необходимо четко представлять себе уровень и качество эпидемиологического надзора на соответствующей территории. Например, данные о росте распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН могут свидетельствовать об улучшении работы системы дозорного эпиднадзора в данной группе, а данные о снижении распространенности – о росте стигматизации и о нежелании ПИН проходить тестирование. Кроме того, когда у ПИН есть доступ к лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией, можно наблюдать рост ее распространенности, что обусловлено увеличением продолжительности жизни ВИЧ-положительных ПИН, даже если уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией остается неизменным или снижается.

Данные модельных прогнозов говорят о том, что снизить уровень передачи ВИЧ-инфекции можно с помощью мероприятий, благодаря которым снижается частота инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария. Анализ конкретных примеров позволяет утверждать, что обеспечение высокого уровня охвата мероприятиями по профилактике ВИЧ-инфекции, ори-

ентированными на ПИН, может предотвратить или задержать возможную эпидемию ВИЧ среди ПИН и ее распространение среди населения в целом<sup>58,81</sup>.

В настоящем *Техническом руководстве* предложены дополнительные показатели для оценки потенциального эффекта мероприятий, которые касаются поведенческих изменений среди ПИН – например, в том, что касается использования нестерильного инъекционного инструментария и частоты инъекций. Эти показатели перечислены в разделах *Руководства*, посвященных различным мероприятиям. При этом нельзя не отметить, что наблюдаемые поведенческие изменения, безусловно, будут являться результатом целого ряда факторов и сочетания различных мероприятий. В большинстве случаев наблюдаемые изменения невозможно однозначно объяснить результатами только какого-то одного мероприятия.

## 3.7. Источники данных

Данные, необходимые для расчета показателей, описанных в данном *Руководстве*, могут быть получены из нескольких различных источников. В большинстве стран сбором этих данных занимается не одна организация и чаще всего эта деятельность ведется не централизованно. В этом смысле большим преимуществом является наличие единого органа общенационального уровня, который бы на регулярной основе занимался систематизацией собираемых данных и составлением отчетности о ситуации в стране.

Данные, собираемые отдельными службами – *данные программ* – могут использоваться для определения числа случаев оказания соответствующих услуг и числа лиц, с которыми у данной службы были контакты. Если речь идет о ПИШ или о программах по обеспечению презервативами, то это может означать количество выданных изделий. Для определения числа лиц, получающих ОЗТ или другие виды лечения в каждый момент времени, рекомендуется выбрать конкретную дату сбора сведений. С помощью мониторинга и оценки услуг можно получить данные для расчета показателей



качества проводимых мероприятий; например, для того, чтобы определить, проводятся ли мероприятия с соблюдением соответствующих рекомендаций и руководств.

Благодаря *Обследованиям поведенческих навыков* (ОПН) – например, тем, которые проводятся организацией «Фэмили Хелс Интернэшнл» («Family Health International», далее – ФХИ), – можно получить информацию о рискованных с точки зрения передачи ВИЧ-инфекции видах поведения (использование презервативов, безопасная инъекционная практика); кроме того, такие об-

следования полезны для оценки воздействия соответствующих программ и мероприятий. В качестве источника данных рекомендуются обследования поведенческих навыков «Фэмили Хелс Интернэшнл» (далее – ОПНФХИ)<sup>59</sup>. Для целей мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в этой группе может проводиться дозорный эпиднадзор.

Сведения о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции, СПИДа и вирусного гепатита могут быть получены через системы регистрации и учета инфекционных заболеваний.

**Руководство по сбору и интерпретации данных дозорного эпиднадзора см.:**

- ▶ UNAIDS, WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for second generation HIV surveillance: the next decade*. Geneva, WHO, UNAIDS, 2000. Адрес в Интернете: [www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/) (по состоянию на 31 декабря 2008 г.) или [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc370-2ndgeneration\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc370-2ndgeneration_en.pdf) ЮНЭЙДС, ВОЗ. Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. *Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ*. Женева, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2000. Адрес русскоязычной версии: [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc370-2ndgeneration\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc370-2ndgeneration_ru.pdf)

## 3.8. Разработка целей

Универсальной формулы для разработки целей не существует. Есть лишь ограниченный набор данных, с помощью которых можно определить минимальные уровни охвата и пороговые значения, необходимые для того, чтобы проводимые программы и инициативы приносили желаемый результат.

На степень рискованного с точки зрения передачи ВИЧ-инфекции поведения и на уровни передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН может оказывать влияние множество самых разных факторов, на основании которых выбирается минимальный уровень охвата, необходимый в каждой конкретной ситуации. Так, например, в случаях, когда уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН высок, скорее всего, потребуются более высокий уровень охвата мероприятиями по профилактике ВИЧ-инфекции – в частности, ПИШ<sup>61</sup>.

С помощью методов математического моделирования было показано, что, чем раньше в ходе эпидемии начать проведение соответствующего мероприятия, тем более эффективным оно может быть с точки зрения предотвращения распространения ВИЧ-инфекции.

Для того чтобы установить четкие целевые показатели уровней охвата, необходимо учитывать влияние этих параметров. Собрать все эти сведения может быть нелегко, но их отсутствие не должно становиться препятствием для организации соответствующих ответ-

ных мер. Устанавливая цели, следует руководствоваться простым правилом: более высокий уровень охвата заведомо лучше, чем более низкий.

Учитывая все эти трудности и недостатки, ориентировочные целевые показатели, представленные в настоящем *Руководстве*, разработаны на базе достигнутого экспертного консенсуса, а также на основании уровней охвата, достигнутых в тех странах, где удалось добиться наилучших результатов в области снижения или предотвращения высоких уровней распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН. Для каждого вида мероприятий указан диапазон ориентировочных целевых показателей.

Опираясь на предложенные в настоящем *Руководстве* ориентировочные целевые показатели, страны, с учетом конкретной ситуации, должны будут установить собственные цели по каждому из проводимых мероприятий.

Каждой стране нужно будет согласовать достоверную оценку численности целевой аудитории и определиться с разработкой масштабных, но реалистичных целей тех мероприятий, которые включены в комплексную программу. На основании выбранных целей у руководителей соответствующих программ и инициатив должна быть возможность определить, удастся ли им повлиять на развитие эпидемии (т.е. более низкие показатели сопряжены с меньшим эффектом, чем более высокие).

## Разработка целевых показателей охвата программами игл и шприцев (ПИШ)

Проблемы, связанные с определением необходимых целевых показателей охвата ПИШ, свидетельствуют о том, что, опираясь на имеющиеся сейчас данные по этим вопросам, задача по разработке целей является достаточно сложной. Пока что эксперты не пришли к единому мнению по вопросу о том, какой уровень охвата ПИШ можно считать достаточным для любой ситуации. Кто-то считает достаточным уровень в 20-33%<sup>49</sup>; кто-то утверждает, что «высокий уровень охвата» достигается там, где одной или несколькими программами профилактики ВИЧ-инфекции охвачены 50% ПИН<sup>6</sup>.

Некоторые организации рекомендуют, чтобы ПИН использовали новые стерильные иглы и шприцы при каждой инъекции<sup>43</sup>. Но чтобы обеспечить такую возможность, необходимо знать частоту инъекций, а эта величина у всех ПИН, скорее всего, разная и зависит, в частности, от того, какие именно наркотики они употребляют. Так, например, результаты некоторых исследований показали, что ПИН, употребляющие героин, делают инъекции чаще, чем те, кто употребляет САР, в то время как в ряде других исследований было выявлено, что в определенных случаях – особенно «во время марафона» (т.е. *процесса непрерывного употребления наркотиков в течение длительного времени, часто без сна и с потерей ориентации во времени и пространстве*; – прим. переводчика) – потребители САР делают инъекции наркотиков чаще, чем потребители героина<sup>62-64</sup>.

Некоторые исследователи определяют охват, как число шприцев, полученных клиентом в месяц, деленное на число инъекций в этом месяце (которое определяется согласно сведениям, предоставленным самим клиентом)<sup>40,65</sup>. По наблюдениям этих исследователей, наилучшие результаты достигаются в тех случаях, когда число шприцев, выдаваемых клиенту, больше числа инъекций<sup>65</sup>.

При этом методы математического моделирования<sup>57,61</sup> и проведенные в развитых странах исследования по данным наблюдений<sup>66</sup>, в которых изучались вопросы влияния ПИШ на передачу ВИЧ-инфекции, дали иные результаты: а именно, что выдача шприцев в количествах, *меньших*, чем «один шприц на одну инъекцию», все равно позволяет сократить уровень передачи ВИЧ-инфекции. Эти более низкие уровни охвата были признаны эффективными потому, что, наряду с ПИШ, обеспечивалось соблюдение и других условий: в частности, достаточно большой масштаб программ, доступных для ПИН, достаточно высокий уровень качества проводимых программ и достаточно хороший уровень регулярно проводимых мероприятий в области санитарного просвещения. В таких странах, как Австралия и Соединенное Королевство, программы профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе ПИШ, начали активно проводить среди ПИН уже на ранних стадиях эпидемии ВИЧ; в результате исходный уровень распространенности ВИЧ-инфекции так и остался относительно низким.

Важно понимать, что на передачу ВИЧ-инфекции оказывают влияние и другие ситуационные факторы и особенности поведения, которые, соответственно, надо учитывать, определяя необходимый уровень охвата ПИШ. Например, повторное использование шприца, которым уже пользовался кто-то другой, сопряжено с заведомо большим риском, чем повторное использование шприца, которым пользовался только ты сам. В каждом из этих случаев санитарное просвещение по вопросам повторного использования инъекционного инструментария может оказывать различное влияние на профилактику ВИЧ-инфекции. Если есть возможность получить стерильный инъекционный инструментарий из других источников, помимо ПИШ – например, в аптеках, у других ПИН, или купить его у уличных продавцов, – то для обеспечения действенных мер профилактики ВИЧ-инфекции достаточно бывает обеспечить и более низкие уровни охвата ПИШ. Кроме того, степень риска ВИЧ-инфицирования может зависеть и от вида потребляемых инъекционных наркотиков, что также следует учитывать при выборе соответствующих уровней охвата. Так, например, сравнение уровней риска в связи с инъекционным потреблением наркотиков группы САР и наркотиков других видов показало, что лица, употребляющие САР, чаще используют нестерильный инъекционный инструментарий, чем те, кто употребляет героин<sup>67,68</sup>. В отношении других видов наркотиков таких отличий замечено не было<sup>62</sup>.

### Примеры разработки целей на практике<sup>69</sup>

Большой вклад в создание и апробирование настоящего *Руководства* внесли два технических консультативных совещания УНП ООН и ВОЗ по вопросам обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков в Эстонии, Латвии, Литве и Польше (Литва, Вильнюс, 23 марта 2007 г.) и в странах Центральной Азии и Азербайджане (Узбекистан, Ташкент, 28-30 мая 2007 г.).

В большинстве стран, где проводилось апробирование, значения знаменателей, используемых для расчета показателей (численность ПИН), были известны; правда, качество этих данных было разным. Существенно различались уровни доступности услуг – например, на тот момент в некоторых странах Центральной Азии программы ОЗТ введены еще не были. Во многих странах доступ к программам был ограничен – в частности, географическими факторами (например, важнейшие мероприятия проводились только в крупных городах, а в труднодоступных местах – таких как места лишения свободы – могли быть недоступны), экономическими факторами (в ряде стран пациенты должны были платить за лечение по программе ОЗТ или за другие сопутствующие услуги), с точки зрения обеспечения справедливости и недискриминационного подхода (в большинстве стран действовали немедицинские критерии исключения из программы – например, право на получение ОЗТ предоставлялось только лицам, достигшим определенного возраста, или только ВИЧ-положительным ПИН, или только тем ПИН, у которых другие виды лечения наркозависимости не принесли ожидаемого результата), а также нормированием услуг (оказание услуг производилось не «по потребностям», а с учетом ограничений по стоимости или других соображений). Качество программ также было различным, а методология и подходы, лежащие в основе многих из них, предполагали полный отказ от наркотиков.

Апробирование настоящего *Руководства* показало, насколько ценным является обсуждение и достижение общенационального консенсуса по вопросам постановки целей широкого спектра мероприятий, входящих в данную комплексную программу. В целом наблюдается тенденция к выбору реалистичных и выполнимых целевых показателей, которые не достигают уровней, необходимых для того, чтобы оказать ощутимое влияние на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции. Так, например, текущий уровень охвата ОЗТ в трех странах колебался в пределах от 2% до 5%, что считается «низким уровнем охвата», но при этом выбранные целевые уровни охвата, которых планировалось достичь к 2010 году, были в диапазоне от 7% до 20%, что в лучшем случае можно считать лишь «средним уровнем охвата». Цели в отношении ПИШ были гораздо более масштабными: если в 2007 г. уровень охвата составлял от 5% до 40%, то к 2010 году этот показатель решено было довести до 25% в одной стране и до 60% в остальных четырех странах. Последний из указанных показателей считается уже «высоким уровнем охвата». Тот факт, что в этих странах уровни выбранных целевых показателей по данным двум видам мероприятий оказались настолько различными, может объясняться различиями в степени их политической поддержки: в отношении реализации и наращивания масштабов ПИШ она была гораздо большей, чем в отношении программ ОЗТ.

### 3.9. Дальнейшие шаги: когда цели уже поставлены

Когда цели поставлены, необходимо приступать к их реализации и мониторингу. Для этого нужно разработать соответствующие *план действий и систему мониторинга и оценки*.

**Рекомендации, касающиеся реализации, мониторинга и оценки мероприятий, выходят за рамки настоящего Руководства, но с ними можно ознакомиться в следующих источниках:**

- ▶ WHO, UNAIDS, UNODC.. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007. Адрес в Интернете: [http://www.who.int/hiv/idu/Guide\\_to\\_Starting\\_and\\_Managing\\_NSP.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf) 51 (ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН. *Руководство по осуществлению программ игл и шприцев*. Москва, 2009)<sup>51</sup>.
- ▶ WHO. *Guidelines for psychosocially-assisted pharmacotherapy for the management of opioid dependence*. Geneva, WHO, 2009.<sup>55</sup>
- ▶ UNODC. *Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide*. Vienna, UNODC, 2003.<sup>70</sup> Адрес в Интернете: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf) (УНП ООН. *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению*. Австрия, УНП ООН, 2003. См.: [http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC\\_documents.html](http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html)

# 4. СИСТЕМА РАЗРАБОТКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ИХ ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ

Несмотря на то, что настоящее Руководство прежде всего посвящено вопросам разработки **целей общенационального уровня**, оно может быть весьма полезным и для регионов больших стран.

В этой связи следует четко определиться с географическими размерами соответствующих административно-территориальных единиц.

## 4.1. Программы игл и шприцев (ПИШ)

### Доступность

**4.1.1 Проводятся ли [на данной территории] программы игл и шприцев (включая аптеки, где иглы и шприцы выдаются бесплатно)?**

Ответ: Да/ Нет

**4.1.2 Есть ли [на данной территории] аптеки, где продаются иглы и шприцы?**

Ответ: Да/ Нет

**4.1.3 Количество пунктов ПИШ (включая аптеки, где иглы и шприцы выдаются бесплатно) в расчете на 1000 ПИН**

Источник данных: Данные программы  
Числитель: Количество пунктов ПИШ (включая аптеки, где иглы и шприцы выдаются бесплатно)  
Знаменатель: (Число ПИН)/1000  
Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

**4.1.4 Число аптек, где продаются иглы и шприцы, в расчете на 1000 ПИН**

Источник данных: Данные программы  
Числитель: Число аптек, где продаются иглы и шприцы  
Знаменатель: (Число ПИН)/1000  
Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

### Охват

Ниже представлены три показателя охвата. Вопрос о том, какие из них можно измерить, может зависеть от наличия необходимых данных.

**4.1.5 Процент ПИН, охваченных ПИШ на регулярной основе**

Источник данных: Данные программы  
Числитель: Количество пунктов ПИШ (включая аптеки, где иглы и шприцы выдаются бесплатно)  
Знаменатель: Число ПИН  
Целевые показатели: Низкий:  $\leq 20\%$   
Средний:  $>20 - \leq 60\%$   
Высокий:  $>60\%$   
Комментарий: В числителе должно быть указано число *клиентов*, а не число контактов или случаев оказания услуги, зарегистрированное службами ПИШ. Высокий целевой показатель выбран на основании ретроспективного анализа охвата, который потребовался для того, чтобы обратить вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа среди ПИН в Нью-Йорке<sup>71</sup>.



**4.1.6 Процент ПИН, охваченных ПИШ в прошлом месяце**

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, имевших доступ к какой-либо ПИШ в прошлом месяце
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$
Комментарий:	В числителе должно быть указано число клиентов, а не число контактов или случаев оказания услуги, зарегистрированное службами ПИШ.

**4.1.7 Число шприцев, выдаваемых в год одному ПИН**

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число шприцев, выданных за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 100$ в год в расчете на одного ПИН Средний: $>100 - <200$ Высокий: $>200$
Комментарий:	Эти уровни выбраны на основании результатов исследований, проведенных в развитых странах, в ходе которых изучалось, как количество выдаваемых шприцев влияет на уровень передачи ВИЧ-инфекции <sup>57,66</sup> . Обратите внимание, что аналогичные целевые показатели, необходимые для предотвращения передачи вируса гепатита С, скорее всего, будут гораздо выше этих. В большинстве случаев в вашем распоряжении будут данные только о количестве шприцев, выданных в рамках ПИШ, а не о тех, которые были проданы через аптечную сеть.

**Качество****4.1.8 Процент пунктов, где ПИШ проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ об организации ПИШ<sup>51</sup>**

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число пунктов, где ПИШ проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ об организации ПИШ <sup>51</sup>
Знаменатель:	Число пунктов проведения ПИШ
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

**4.1.9 Процент пунктов, где ПИШ проводятся в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС о наилучшей практике по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН<sup>6</sup>**

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число пунктов, где ПИШ проводятся в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС о наилучшей практике <sup>6</sup>
Знаменатель:	Число пунктов проведения ПИШ
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

#### 4.1.10 Процент случаев, когда клиенты, имеющие доступ к ПИШ, получают услуги в области ИОК

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число случаев, когда клиенты, имеющие доступ к ПИШ, получают услуги в области ИОК (т.е. число контактов клиентов с ПИШ, при которых клиент получает услуги в области ИОК)
Знаменатель:	Общее число случаев оказания услуг в рамках ПИШ
Целевые показатели:	Низкий: <20% Средний: ≥20 – <40% Высокий: ≥40%

#### 4.1.11 Процент случаев, когда клиенты, имеющие доступ к ПИШ, получают презервативы

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число случаев, когда клиенты, имеющие доступ к ПИШ, получают презервативы (т.е. число контактов клиентов с ПИШ, при которых клиент получает презервативы)
Знаменатель:	Общее число случаев оказания услуг в рамках ПИШ
Целевые показатели:	Низкий: <20% Средний: ≥20 – <40% Высокий: ≥40%

## Показатели потенциального эффекта

#### 4.1.12 Увеличение процента ПИН, сообщающих об использовании стерильного инъекционного инструментария во время последней инъекции наркотика

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН ГНП среди ПИН). Этот показатель является также одним из ключевых для предоставления ССГАООН отчетности о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом <sup>7</sup>
Числитель:	Число респондентов, использовавших стерильный инъекционный инструментарий во время последней инъекции наркотика
Знаменатель:	Число респондентов, сообщивших об употреблении наркотиков инъекционных путем в прошлом месяце

#### 4.1.13 Снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН

Источник данных:	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди ПИН
Числитель:	Число ВИЧ-инфицированных ПИН в выборке
Знаменатель:	Число ПИН в выборке

## 4.2. Лечение наркотической зависимости

### 4.2а Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

ОЗТ может проводиться в нескольких различных формах. Чаще всего используется терапия метадонотом и/или бупренорфином. В странах, где используется несколько различных заместительных препаратов, при измерении данных показателей следует учитывать их все. ОЗТ для лиц с опиоидной зависимостью, которые не употребляют наркотики инъекционным путем, в настоящем Руководстве также рассматривается, поскольку в этой группе переход к инъекционному потреблению наркотиков не является редкостью<sup>72</sup>, а лечение опиоидной зависимости снижает вероятность такого перехода и поэтому может рассматриваться как стратегия профилактики ВИЧ-инфекции.

## Доступность

- 4.2а.1 Существует ли [на данной территории] доступ к ОЗТ?**  
 Ответ: Да/ Нет
- 4.2а.2 Число мест проведения программ ОЗТ в расчете на 1000 лиц, употребляющих опиоидные инъекционные наркотики**  
 Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число мест проведения программ ОЗТ  
 Знаменатель: (Число лиц, употребляющих опиоидные наркотики инъекционным путем)/1000  
 Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)
- 4.2а.3 Число мест проведения ОЗТ в расчете на 1000 лиц с опиоидной зависимостью**  
 Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число мест проведения программ ОЗТ  
 Знаменатель: (Число лиц с опиоидной зависимостью, включая ПИН и лиц, употребляющих наркотики не инъекционным путем)/1000  
 Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

## Охват

- 4.2а.4 Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих ОЗТ на дату сбора сведений**  
 Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число лиц, получающих ОЗТ на дату сбора сведений  
 Знаменатель: Число лиц с опиоидной зависимостью (включая ПИН и лиц, употребляющих наркотики не инъекционным путем)  
 Целевой показатель: Низкий:  $\leq 20\%$   
 Средний:  $< 20 - \leq 40\%$   
 Высокий:  $> 40\%$   
 Комментарий: Высокий целевой показатель соответствует уровню охвата, достигаемому в странах, где программы ОЗТ организованы хорошо.
- 4.2а.5 Соотношение числа лиц, получающих ОЗТ, к числу лиц, употребляющих опиоидные наркотики инъекционным путем**  
 Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число лиц, получающих ОЗТ на дату сбора сведений  
 Знаменатель: Число лиц, употребляющих опиоидные наркотики инъекционным путем  
 Целевые показатели: Низкий:  $\leq 0,2$   
 Средний:  $< 0,2 - \leq 0,4$   
 Высокий:  $> 0,4$   
 Комментарий: Высокий целевой показатель соответствует уровню охвата, достигаемому в странах, где программы ОЗТ организованы хорошо.

#### 4.2a.6 Процент лиц, употребляющих опиоидные наркотики инъекционным путем, которые получают ОЗТ

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, получающих ОЗТ на дату сбора сведений
Знаменатель:	Число лиц, употребляющих опиоидные наркотики инъекционным путем
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $< 20 - \leq 40\%$ Высокий: $> 40\%$
Комментарий:	Высокий целевой показатель соответствует уровню охвата, достигаемому в странах, где программы ОЗТ организованы хорошо.

### Качество

#### 4.2a.7 Процент мест проведения ОЗТ, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, касающимися ОЗТ<sup>55,56</sup>

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест проведения ОЗТ, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ <sup>55,56</sup>
Знаменатель:	Число мест проведения ОЗТ
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $> 50 - \leq 80\%$ Высокий: $> 80\%$

#### 4.2a.8 Процент программ ОЗТ, в рамках которых пациентам оказывают психологическую поддержку

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест проведения программ ОЗТ, где всем пациентам, получающим ОЗТ, оказывают психологическую поддержку
Знаменатель:	Число мест проведения программ ОЗТ
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $> 50 - \leq 80\%$ Высокий: $> 80\%$

#### 4.2a.9 Процент пациентов, получающих ОЗТ в рекомендуемых поддерживающих дозах

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число пациентов, получающих поддерживающую дозу метадона в количестве $> 60$ мг или бупренорфина в количестве $> 12$ мг
Знаменатель:	Число пациентов, получающих ОЗТ на дату сбора сведений
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $> 50 - \leq 80\%$ Высокий: $> 80\%$
Комментарий:	Имеющиеся данные позволяют предположить, что оптимальными поддерживающими дозами являются 60-120 мг метадона или 12-24 бупренорфина в сутки <sup>55</sup> .

#### 4.2a.10 Процент лиц, получающих ОЗТ в настоящее время и находящихся на ОЗТ непрерывно в течение последних 12 месяцев

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число лиц, которые за последние 12 месяцев получали ОЗТ непрерывно в течение не менее 6 месяцев
Знаменатель:	Число периодов проведения ОЗТ на дату сбора сведений
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $> 50 - \leq 80\%$ Высокий: $> 80\%$
Комментарий:	Имеющиеся данные позволяют предположить, что оптимальной продолжительностью ОЗТ является срок более 6 месяцев <sup>55</sup> .

**4.2а.11 Средняя продолжительность лечения по программе ОЗТ**

Источник данных:	Данные программы
Целевой показатель:	6 месяцев или более

**4.2а.12 Средняя поддерживающая доза заместительного препарата при ОЗТ**

Источник данных:	Данные программы
Целевой показатель:	60 мг метадона или 12 мг бупренорфина в сутки

**Показатели потенциального эффекта****4.2а.13 Процент ПИН, получающих ОЗТ, которые во время последней инъекции наркотика использовали стерильный инъекционный инструментарий**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI)
Числитель:	Число респондентов, сообщивших об использовании стерильного инъекционного инструментария во время последней инъекции наркотика
Знаменатель:	Число респондентов, получающих ОЗТ в настоящее время и сообщивших об употреблении наркотиков инъекционным путем в прошлом месяце
Комментарий:	Этот показатель позволяет судить о воздействии данного мероприятия на тех, кто им охвачен. Он относится к категории «показателей потенциального эффекта», но может также считаться показателем оценки качества мероприятия.

**4.2а.14 Снижение частоты инъекций**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН)
Числитель:	Число ПИН, употребляющих наркотики инъекционным путем один раз в сутки или чаще
Знаменатель:	Число ПИН в выборке, получающих ОЗТ

*Альтернативный вариант:*

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН)
Числитель:	Среднее число инъекций в неделю в расчете на одного ПИН
Выборка:	ПИН, получающие ОЗТ
Комментарий:	Этот показатель позволяет судить о воздействии данного мероприятия на тех, кто им охвачен. Он относится к категории «показателей потенциального эффекта», но может также считаться показателем оценки качества мероприятия.

**4.2а.15 Снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН**

Источник данных:	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди ПИН
Числитель:	Число ПИН в выборке, которые по данным тестирования оказались ВИЧ-положительными
Знаменатель:	Число ПИН в выборке

## 4.26. Другие виды лечения наркотической зависимости

### Доступность

---

#### 4.26.1 Какие из этих программ и мероприятий в области лечения наркозависимости доступны?

- а) Службы детоксикации (включая стационарные и амбулаторные, но не включая программы обязательной или принудительной детоксикации)
- б) Программы реабилитации (включая стационарные и амбулаторные, но не включая программы обязательной или принудительной реабилитации)
- в) КПТ
- г) Профилактика срывов
- д) Психологическая поддержка и консультирование
- е) Группы взаимопомощи, организованные по принципу «равный-равному» (например, Общество анонимных наркоманов)
- ж) Другие мероприятия (указать, какие именно)

#### 4.26.2 Число мест лечения наркозависимости в расчете на 1000 ПИН

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число мест проведения каждого из мероприятий
Знаменатель:	(Число ПИН)/1000
Целевой показатель:	В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

### Охват

---

#### 4.26.3 Процент ПИН, получающих лечение

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, получающих соответствующий вид лечения на дату сбора сведений
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 0,1$ Средний: $>0,1 - \leq 0,3$ Высокий: $>0,3$

### Качество

---

#### 4.26.4 Процент мест, где лечение проводится в соответствии с общепринятыми рекомендациями<sup>70</sup>

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест, где лечение проводится в соответствии с общепринятыми рекомендациями <sup>70</sup>
Знаменатель:	Число мест проведения лечения
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

**4.26.5 Процент лиц, проходящих курс лечения в добровольном порядке**

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число лиц, проходящих курс лечения в добровольном порядке
Знаменатель:	Число лиц, находящихся на лечении
Целевые показатели:	Желательно, чтобы 100% лиц проходили лечение в добровольном порядке
Комментарий:	В числитель следует включить всех, кто проходит лечение добровольно. Кроме того, в числитель следует включить тех, кому лечение назначено в принудительном порядке (например, лиц, направленных на принудительное лечение в качестве альтернативы тюремному заключению), а также заключенных, получающих лечение в тюрьме. Лиц, заключенных под стражу в целях проведения курса лечения, – например, в учреждениях закрытого типа для принудительного лечения наркомании, – в числитель включать не следует.

**Показатели потенциального эффекта****4.26.6 Процент ПИН, получающих лечение, отличное от ОЗТ, которые во время последнего употребления наркотика использовали стерильный инъекционный инструментарий**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН ГНІ среди ПИН)
Числитель:	Число респондентов, сообщивших об использовании стерильного инъекционного инструментария во время последней инъекции наркотика
Знаменатель:	Число респондентов, охваченных мероприятием и сообщивших об употреблении наркотиков инъекционным путем в прошлом месяце
Комментарий:	Этот показатель позволяет судить о воздействии данного мероприятия на тех, кто им охвачен. Он относится к категории «показателей потенциального эффекта», но может также считаться показателем оценки качества мероприятия.

**4.26.7 Снижение частоты случаев инъекционного употребления наркотиков**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН ГНІ среди ПИН)
Числитель:	Число ПИН, употребляющих наркотики инъекционным путем один раз в день или чаще
Знаменатель:	Число ПИН в выборке, охваченных данным мероприятием

*Альтернативный вариант:*

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН ГНІ среди ПИН)
Числитель:	Среднее число инъекций в неделю в расчете на одного ПИН
Выборка:	ПИН, охваченные данным мероприятием
Комментарий:	Этот показатель позволяет судить о воздействии данного мероприятия на тех, кто им охвачен. Он относится к категории «показателей потенциального эффекта», но может также считаться показателем оценки качества мероприятия.

**4.26.8 Снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН**

Источник данных:	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди ПИН
Числитель:	Число ПИН в выборке, которые по данным тестирования оказались ВИЧ-положительными
Знаменатель:	Число ПИН в выборке

## 4.3. Тестирование на ВИЧ и консультирование (ТиК)

### Доступность

---

#### 4.3.1 Доступны ли для ПИН программы тестирования на ВИЧ и консультирования?

Ответ: Да/ Нет

#### 4.3.2 Число мест проведения программ ТиК в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число мест проведения ТиК для ПИН

Знаменатель: (Число ПИН)/1000

Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

### Охват

---

#### 4.3.3 Процент ПИН, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты теста

Источник данных: Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН) Этот показатель является также одним из ключевых для предоставления ССГАООН отчетности о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом<sup>7</sup>

Числитель: Число ПИН в выборке, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты теста

Знаменатель: Число ПИН в выборке

*Альтернативный вариант:*

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число ПИН, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и получивших результаты теста

Знаменатель: Число ПИН в выборке

Целевые показатели:  
Низкий:  $\leq 40\%$   
Средний:  $>40 - \leq 75\%$   
Высокий:  $>75\%$

### Качество

---

#### 4.3.4 Процент мест проведения ТиК, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ по ТиК<sup>17,18</sup>

Источник данных: Мониторинг и оценка программы

Числитель: Число мест проведения ТиК, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ<sup>17,18</sup>

Знаменатель: Число мест проведения ТиК

Целевые показатели:  
Низкий:  $\leq 50\%$   
Средний:  $>50 - \leq 80\%$   
Высокий:  $>80\%$

Комментарий: Вопросы, касающиеся оказания услуг в области тестирования на ВИЧ и консультирования, в настоящее время являются предметом дискуссий. ВОЗ и ЮНЭЙДС опубликовали руководство по тестированию на ВИЧ и консультированию, проводимых по инициативе медицинских работников, в котором рекомендуется, чтобы в условиях генерализованной эпидемии медицинские работники предлагали проведение ВИЧ-тестирования и консультирования



всем обращающимся в медицинские учреждения (ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Руководство по вопросам тестирования на ВИЧ и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*)<sup>17</sup>. В настоящее время ВОЗ и УНП ООН занимаются разработкой специального руководства для стран, где эпидемия ВИЧ-инфекции концентрируется среди отдельных групп населения, в том числе среди ПИН. Несколько основных показателей качества должны гарантировать, что тестирование на ВИЧ проводится добровольно, с согласия клиента и включает консультирование<sup>18</sup>. В ряде стран среди потребителей инъекционных наркотиков, особенно среди тех из них, кто находится в местах лишения свободы, тестирование на ВИЧ зачастую производится в принудительном порядке, без их согласия.

## Показатели потенциального эффекта

### 4.3.5 Увеличение процента ПИН, знающих свой ВИЧ-статус

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН), включающие тестирование участников на ВИЧ
Числитель:	Число участников, знавших свой ВИЧ-статус, который подтвержден результатами тестирования
Знаменатель:	Число участников

### 4.3.6 Увеличение процента ВИЧ-положительных ПИН, которые были обследованы и направлены на АРТ

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ВИЧ-положительных ПИН, которые были обследованы и направлены на АРТ
Знаменатель:	Число ВИЧ-положительных ПИН

## 4.4. Антиретровирусная терапия (АРТ)

### Доступность

#### 4.4.1 Доступны ли программы АРТ для лиц, являющихся активными ПИН (т.е. тот факт, что человек является активным потребителем инъекционных наркотиков, не становится препятствием для получения им антиретровирусного лечения)?

Ответ: Да/ Нет

### Охват

#### 4.4.2 Процент ВИЧ-положительных ПИН, получающих АРТ

Источник данных:	Данные программы; данные о распространенности ВИЧ-инфекции
Числитель:	Число ПИН, получающих АРТ
Знаменатель:	Число ВИЧ-положительных ПИН, которым показана АРТ
Целевые показатели:	Низкий: ≤25% Средний: >25–≤75% Высокий: >75%

**Комментарий:** В некоторых документах программы или в системах учета и регистрации лиц, получающих АРТ, может быть не указано, является ли пациент, получающий АРТ, потребителем инъекционных наркотиков. Поэтому для определения числителя могут понадобиться другие источники данных. Желательно определить число ВИЧ-положительных ПИН, которые нуждаются в АРТ. Но если такие сведения отсутствуют, то можно указать число всех ВИЧ-положительных ПИН. Следует отметить также, что среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции число ВИЧ-положительных ПИН часто бывает ниже истинного, так как у многих ПИН ВИЧ-инфекция может быть не распознана. Оценить число ВИЧ-положительных ПИН с помощью показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН и оценить общее число ПИН тоже может быть проблематично ввиду неопределенности обеих этих величин (и показателя распространенности ВИЧ-инфекции, и числа ПИН). Принимая решение о том, какой метод выбрать для определения знаменателя этого показателя, следует иметь в виду относительные недостатки обоих методов и те данные, которые имеются по данной конкретной стране. Целевые уровни охвата АРТ являются предметом активных дискуссий. Обеспечить 100% охват АРТ, как правило, физически невозможно. Наибольший уровень охвата, достигнутый в странах с высоким уровнем дохода, составляет 75-80%; поэтому охват на уровне 75% считается высоким.

#### 4.4.3 Процент ПИН среди лиц, получающих АРТ

**Источник данных:** Системы регистрации и учета случаев ВИЧ-инфекции, данные программ АРТ и данные надзора за лечением

**Числитель:** Число ПИН, получающих АРТ/общее число лиц, получающих АРТ

**Знаменатель:** Число ВИЧ-положительных ПИН, у которых ВИЧ-инфицирование связано с инъекционным потреблением наркотиков/ общее число случаев ВИЧ-инфекции

**Целевые показатели:** желательно  $\geq 1$

**Комментарий:** Этот показатель является мерой оценки степени равенства в доступе к АРТ для ВИЧ-положительных ПИН по отношению ко всем ВИЧ-положительным лицам. У ПИН доступ к АРТ зачастую хуже, чем у остального населения, хотя было доказано, что предоставление ПИН возможности получения АРТ оказывает благотворное влияние на состояние здоровья населения в целом, а ПИН могут вполне успешно проходить курс антиретровирусной терапии<sup>19-21</sup>.

## Качество

#### 4.4.4 Процент мест, где АРТ проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ, касающимися АРТ<sup>54</sup>

**Источник данных:** Мониторинг и оценка программы

**Числитель:** Число мест проведения АРТ, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, касающимися АРТ<sup>54</sup>

**Знаменатель:** Число мест проведения АРТ

**Целевые показатели:** Низкий:  $\leq 50\%$   
Средний:  $>50 - \leq 80\%$   
Высокий:  $>80\%$

## Показатели потенциального эффекта

#### 4.4.5 Сокращение числа случаев СПИДа и смертности от СПИДа среди ПИН

**Источник данных:** Системы регистрации и учета случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа

**Показатель:** а) Число случаев СПИДа среди ВИЧ-положительных ПИН  
б) Число случаев смерти от СПИДа среди ПИН

## 4.5. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП)

Услуги в области охраны сексуального здоровья потребителям инъекционных наркотиков могут оказывать как различные организации и службы, занимающиеся оказанием ПИН и ряда других услуг, так и обычные службы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, куда ПИН также могут обратиться. Собрать данные об обращениях ПИН в обычные службы по охране сексуального и репродуктивного здоровья может быть непросто, так как в этих службах могут не регистрировать сведений о том, являются ли их клиенты потребителями инъекционных наркотиков.

### Доступность

#### 4.5.1 Есть ли места, где ПИН оказывают услуги в области скрининга и лечения ИППП?

Ответ: Да/ Нет

#### 4.5.2 Число мест, где оказывают услуги в области скрининга и лечения, в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число мест, где ПИН оказывают услуги в области скрининга и лечения ИППП  
 Знаменатель: (Число ПИН)/1000  
 Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

### Охват

#### 4.5.3 Процент ПИН, обследованных на ИППП за последние 12 месяцев

Источник данных: Данные программы  
 Числитель: Число ПИН, обследованных на ИППП за последние 12 месяцев  
 Знаменатель: Число ПИН

*Альтернативный вариант:*

Источник данных: Поведенческие исследования, в которое включены соответствующие вопросы  
 Числитель: Число ПИН, обследованных на ИППП за последние 12 месяцев  
 Знаменатель: Число ПИН в выборке  
 Целевые показатели: Низкий:  $\leq 20\%$   
 Средний:  $>20 - \leq 50\%$   
 Высокий:  $>50\%$

### Качество

#### 4.5.4 Процент мест, где скрининг и лечение ИППП проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, касающимися ИППП<sup>73</sup>

Источник данных: Мониторинг и оценка программы  
 Числитель: Число мест, где скрининг и лечение ИППП проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ<sup>73</sup>  
 Знаменатель: Число мест, где проводится скрининг и лечение ИППП  
 Целевые показатели: Низкий:  $\leq 50\%$   
 Средний:  $>50 - \leq 80\%$   
 Высокий:  $>80\%$

#### 4.5.5 Процент ПИН с ИППП, получивших лечение

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, получивших за последние 12 месяцев лечение ИППП
Знаменатель:	Число ПИН, у которых за последние 12 месяцев были выявлены ИППП
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

### Показатели потенциального эффекта

---

#### 4.5.6 Сокращение числа случаев ИППП

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, у которых за последние 12 месяцев были выявлены ИППП
Знаменатель:	Число ПИН, обследованных на ИППП за последние 12 месяцев

##### *Альтернативный вариант:*

Источник данных:	Поведенческие исследования
Числитель:	Число ПИН, сообщивших о наличии у них симптомов ИППП, за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число участников, сообщивших о наличии у них сексуальных контактов в течение последних 12 месяцев

## 4.6. Программы по обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров

### Доступность

---

#### 4.6.1 Проводятся ли [на данной территории] программы по обеспечению презервативами, ориентированные на ПИН и их половых партнеров?

Ответ: Да/ Нет

#### 4.6.2 Число мест выдачи презервативов в расчете на 1000 ПИН

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число мест проведения программ по обеспечению презервативами
Знаменатель:	(Число ПИН)/1000
Целевой показатель:	В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)
Комментарий:	Местами проведения программ по обеспечению презервативами считаются пункты, где презервативы выдаются бесплатно.

### Охват

---

#### 4.6.3 Количество бесплатных презервативов, выдаваемых одному ПИН в течение года

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Количество бесплатных презервативов, выданных за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 100\%$ Высокий: $>100\%$

## Качество

### 4.6.4 Процент мест проведения программ по обеспечению презервативами, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ЮНФПА<sup>74,75</sup>

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест проведения программ по обеспечению презервативами, где эти программы проводятся в соответствии с рекомендациями ЮНФПА <sup>74,75</sup>
Знаменатель:	Число мест проведения программ профилактики, скрининга и лечения ИППП
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

## Показатели потенциального эффекта

### 4.6.5 Увеличение процента ПИН, сообщающих об использовании презерватива во время последнего сексуального контакта

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН). Этот показатель является также одним из ключевых для предоставления ССГАООН отчетности о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом <sup>7</sup>
Числитель:	Число респондентов, сообщивших об использовании презерватива во время своего последнего сексуального контакта
Знаменатель:	Число респондентов, сообщивших о наличии у них сексуальных контактов в течение прошлого месяца

### 4.6.6 Уменьшение числа случаев ИППП

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, у которых за последние 12 месяцев были выявлены ИППП
Знаменатель:	Число ПИН, обследованных на ИППП за последние 12 месяцев

#### Альтернативный вариант:

Источник данных:	Поведенческие исследования
Числитель:	Число ПИН, сообщивших о наличии у них симптомов ИППП, за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число участников, сообщивших о наличии у них сексуальных контактов в течение последних 12 месяцев

## 4.7. Целевые программы в области информирования, образования и коммуникаций (ИОК), ориентированные на ПИН и их половых партнеров

### Доступность

---

- 4.7.1 Проводятся ли [на данной территории] целевые программы ИОК, ориентированные на ПИН?**  
Ответ: Да/ Нет
- 4.7.2 Число мест проведения целевых программ ИОК для ПИН в расчете на 1000 ПИН**  
Источник данных: Данные программы  
Числитель: Число мест проведения целевых программ ИОК для ПИН  
Знаменатель: (Число ПИН)/1000  
Целевой показатель: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)
- 4.7.3 Процент мест проведения различных программ и мероприятий для ПИН, где проводятся целевые программы ИОК для ПИН**  
Источник данных: Данные программы  
Числитель: Число мест проведения ПИШ, программ лечения наркозависимости и оказания услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья для ПИН, где проводятся целевые программы ИОК для ПИН  
Знаменатель: Число мест проведения ПИШ, программ лечения наркозависимости и оказания услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья для ПИН  
Целевые показатели: Низкий:  $\leq 50\%$   
Средний:  $>50 - \leq 90\%$   
Высокий:  $>90\%$
- 4.7.4 Количество специальных материалов об инъекционном употреблении наркотиков, выдаваемых одному ПИН в течение года**  
Источник данных: Данные программы  
Числитель: Число специальных материалов об инъекционном употреблении наркотиков, выданных за последние 12 месяцев  
Знаменатель: Число ПИН

### Охват

---

- 4.7.5 Процент ПИН, охваченных программами ИОК**  
Источник данных: Данные программы  
Числитель: Число ПИН, получивших услуги в области ИОК за последние 12 месяцев  
Знаменатель: Число ПИН  
Целевые показатели: Низкий:  $\leq 50\%$   
Средний:  $>50 - \leq 90\%$   
Высокий:  $>90\%$



**4.7.6 Процент случаев, когда клиенты, получив доступ к ПИШ, получают также услуги ИОК**

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число случаев, когда клиенты, получив доступ к ПИШ, получают также услуги ИОК (т.е. число контактов клиентов с ПИШ, когда клиент получал также и услуги ИОК)
Знаменатель:	Общее число случаев оказания услуг в рамках ПИШ
Целевые показатели:	Низкий: <20% Средний: ≥20 – <40% Высокий: ≥40%

**Качество****4.7.7 Процент мест, где целевые программы ИОК для ПИН проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ, касающимися ИОК<sup>51</sup>**

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест, где целевые программы ИОК для ПИН проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ <sup>51</sup>
Знаменатель:	Число мест проведения целевых программ ИОК для ПИН
Целевые показатели:	Низкий: ≤50% Средний: >50 – ≤80% Высокий: >80%

**Показатели потенциального эффекта****4.7.8 Увеличение процента ПИН, использовавших стерильный инъекционный инструментарий во время последней инъекции наркотика**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН). Этот показатель является также одним из ключевых для предоставления ССТАООН отчетности о ходе выполнения <i>Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом</i> <sup>7</sup>
Числитель:	Число респондентов, сообщивших, что во время последней инъекции наркотика они использовали стерильный инъекционный инструментарий
Знаменатель:	Число респондентов, сообщивших о случаях инъекционного употребления наркотиков в течение последнего месяца

**4.7.9 Увеличение процента ПИН, которые правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ-инфекции половым путем и знают, какими способами ВИЧ не передается**

Источник данных:	Поведенческие исследования (например, ИПН FHI среди ПИН). Этот показатель является также одним из ключевых для предоставления ССТАООН отчетности о ходе выполнения <i>Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом</i> <sup>7</sup>
Числитель:	Число ВИЧ-положительных ПИН в выборке
Знаменатель:	Число ПИН в выборке

## 4.8. Программы вакцинации, диагностики и лечения вирусных гепатитов

### Доступность

---

#### 4.8.1 Доступны ли для ПИН программы вакцинации против гепатита А?

Ответ: Да/ Нет

Комментарий: Эти программы могут быть различными в зависимости от распространенности гепатитов В и А

#### 4.8.2 Доступны ли для ПИН программы вакцинации против гепатита В?

Ответ: Да/ Нет

Комментарий: Эти программы могут быть различными в зависимости от распространенности гепатитов В и А.

#### 4.8.3 Доступны ли для ПИН программы лечения гепатита С?

Ответ: Да/ Нет

Комментарий: Лечение гепатита С является весьма дорогостоящим и во многих странах в настоящее время недоступно.

#### 4.8.4 Доступно ли для ПИН лечение гепатита В?

Ответ: Да/ Нет

#### 4.8.5 Число мест, предлагающих ПИН услуги по вакцинации против гепатита В, в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число мест, предлагающих ПИН услуги по вакцинации против гепатита В

Знаменатель: (Число ПИН)/1000

Целевые показатели: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

#### 4.8.6 Число мест, предлагающих ПИН услуги по вакцинации против гепатита А, в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число мест, предлагающих ПИН услуги по вакцинации против гепатита А

Знаменатель: (Число ПИН)/1000

Целевые показатели: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

#### 4.8.7 Число мест, предлагающих ПИН лечение гепатита С, в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число мест, предлагающих ПИН лечение гепатита С

Знаменатель: (Число ПИН)/1000

Целевые показатели: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

#### 4.8.8 Число мест, предлагающих ПИН лечение гепатита В, в расчете на 1000 ПИН

Источник данных: Данные программы

Числитель: Число мест, предлагающих ПИН лечение гепатита В

Знаменатель: (Число ПИН)/1000

Целевые показатели: В зависимости от конкретной ситуации (с учетом географического распределения целевой группы и других местных факторов, влияющих на доступность)

**Охват**

<b>4.8.9</b>	<b>Процент ПИН, направленных на вакцинацию против гепатита В</b>
Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, направленных на вакцинацию против гепатита В за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 40\%$ Высокий: $>40\%$
<b>4.8.10</b>	<b>Процент ПИН, прошедших полный курс вакцинации против гепатита В</b>
Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, прошедших за последние 12 месяцев полный курс вакцинации против гепатита В
Знаменатель:	Число ПИН, которые должны были пройти полный курс вакцинации против гепатита В за последние 12 месяцев
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 30\%$ Средний: $>30 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$
<b>4.8.11</b>	<b>Процент ПИН, у которых был обнаружен гепатит В, и которые получают лечение в связи с ним</b>
Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, у которых в течение последних 12 месяцев был выявлен гепатит В и которые получают лечение в связи с ним
Знаменатель:	Число ПИН, у которых в течение последних 12 месяцев был выявлен гепатит В и которые нуждаются в лечении в связи с ним
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$
<b>4.8.12</b>	<b>Процент ПИН, прошедших полный курс лечения гепатита В</b>
Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев прошли полный курс лечения гепатита В
Знаменатель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев должны были пройти полный курс лечения гепатита В
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 30\%$ Средний: $>30 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$
<b>4.8.13</b>	<b>Процент ПИН, у которых обнаружен гепатит С и которые получают лечение в связи с ним</b>
Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, получающих лечение гепатита С в течение последних 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН, у которых обнаружен гепатит С
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 5\%$ Средний: $>10 - \leq 15\%$ Высокий: $>15\%$

#### 4.8.14 Процент ПИН, прошедших полный курс лечения гепатита С

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев прошли полный курс лечения гепатита С
Знаменатель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев должны были пройти полный курс лечения гепатита С
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 30\%$ Средний: $>30 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$

### Качество

#### 4.8.15 Процент мест, где вакцинация против гепатитов А и В проводится с соблюдением соответствующих рекомендаций

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест проведения вакцинаций против гепатита А / В, где эти программы проводятся с соблюдением соответствующих национальных и международных рекомендаций (например, в соответствии с руководством по профилактике гепатитов А, В и С и воздействия других гепатотоксичных факторов у людей, живущих с ВИЧ – см. ВОЗ. <i>Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ, Глава 8<sup>24</sup></i> ).
Знаменатель:	Число мест, где проводится вакцинация против гепатита А / В
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

#### 4.8.16 Процент мест, где лечение гепатита В проводится с соблюдением соответствующих рекомендаций

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест, где лечение гепатита В проводится с соблюдением соответствующих национальных и международных рекомендаций (например, в соответствии с руководством по ведению больных с сочетанной инфекцией гепатита В и ВИЧ-инфекции – см. ВОЗ. <i>Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ, Глава 7<sup>54</sup></i> ).
Знаменатель:	Число мест, где проводится лечение гепатита В
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

#### 4.8.17 Процент мест, где лечение гепатита С проводится с соблюдением соответствующих рекомендаций

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест, где лечение гепатита С проводится с соблюдением соответствующих национальных и международных рекомендаций (например, в соответствии с руководством по ведению больных с сочетанной инфекцией гепатита С и ВИЧ-инфекции – см. ВОЗ. <i>Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ, Глава 6<sup>54</sup></i> ).
Знаменатель:	Число мест, где проводится лечение гепатита С
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$

## Показатели потенциального эффекта

### 4.8.18 Снижение заболеваемости и смертности от вирусных гепатитов среди ПИН

Источник данных:	Система регистрации и учета случаев вирусных гепатитов А, В и С; данные программ
Показатель:	а) Число смертей от гепатита С среди ПИН б) Число случаев заболеваемости вирусными гепатитами А, В и С среди ПИН

## 4.9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

### Доступность

#### 4.9.1 Процент мест оказания услуг для ПИН, где проводятся мероприятия по борьбе с туберкулезом

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число мест оказания услуг для ПИН, в которых проводится мероприятия по борьбе с туберкулезом
Знаменатель:	Число мест оказания услуг для ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 40\%$ Высокий: $>40\%$

#### 4.9.2 Процент мест оказания услуг для ПИН, где есть службы диагностики и лечения туберкулеза

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число мест оказания услуг для ПИН, где есть службы диагностики и лечения туберкулеза
Знаменатель:	Число мест оказания услуг для ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 40\%$ Высокий: $>40\%$

#### 4.9.3 Доступно ли для ПИН профилактическое лечение туберкулеза?

Ответ:	Да/ Нет
--------	---------

#### 4.9.4 Процент мест оказания услуг для ПИН, где проводится профилактическое лечение туберкулеза

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число мест оказания услуг для ПИН, где проводится профилактическое лечение туберкулеза
Знаменатель:	Число мест оказания услуг для ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 40\%$ Высокий: $>40\%$

### Охват

#### 4.9.5 Процент ПИН, обследованных на туберкулез

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, обследованных на туберкулез за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 20\%$ Средний: $>20 - \leq 40\%$ Высокий: $>40\%$

#### 4.9.6 Процент ПИН, которые в течение последних 12 месяцев начали курс профилактического лечения туберкулеза

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев начали курс профилактического лечения туберкулеза
Знаменатель:	Число ПИН
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 30\%$ Средний: $>30 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$

#### 4.9.7 Процент ПИН, прошедших полный курс профилактического лечения туберкулеза

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев прошли полный курс профилактического лечения туберкулеза
Знаменатель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев начали курс профилактического лечения туберкулеза и должны были его закончить
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 30\%$ Средний: $>30 - \leq 60\%$ Высокий: $>60\%$

#### 4.9.8 Процент ПИН, у которых в течение последних 12 месяцев был выявлен туберкулез, и начавших лечение

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, начавших лечение туберкулеза в течение последних 12 месяцев
Знаменатель:	Число ПИН, у которых в течение последних 12 месяцев был выявлен туберкулез
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 60\%$ Средний: $>60 - \leq 90\%$ Высокий: $>90\%$

#### 4.9.9 Процент ПИН, прошедших полный курс лечения туберкулеза

Источник данных:	Данные программы
Числитель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев прошли полный курс лечения туберкулеза
Знаменатель:	Число ПИН, которые в течение последних 12 месяцев начали курс лечения туберкулеза и должны были его закончить
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 85\%$ Высокий: $>85\%$

## Качество

#### 4.9.10 Процент мест, где мероприятия по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ<sup>29</sup>

Источник данных:	Мониторинг и оценка программы
Числитель:	Число мест, где мероприятия по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза проводятся в соответствии с рекомендациями ВОЗ <sup>29</sup>
Знаменатель:	Число мест, где проводятся мероприятия по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза
Целевые показатели:	Низкий: $\leq 50\%$ Средний: $>50 - \leq 80\%$ Высокий: $>80\%$
Комментарий:	Вышло в свет последнее руководство ВОЗ по профилактике, лечению и уходу в связи с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией среди ПИН <sup>29</sup> .



## Показатели потенциального эффекта

---

### 4.9.11 Снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза среди ПИН

Источник данных: Система регистрации и учета случаев заболеваний туберкулезом; данные программ

Показатель: а) Число смертей от туберкулеза среди ПИН  
б) Число случаев заболеваемости туберкулезом среди ПИН

### 4.9.12 Распространенность туберкулеза среди ПИН по отношению ко всему взрослому населению в целом

Источник данных: Система регистрации и учета случаев заболеваний туберкулезом

Числитель: Распространенность туберкулеза среди ПИН

Знаменатель: Распространенность туберкулеза среди взрослого населения в целом

Целевые показатели: желательно  $\leq 1$

## 5. БИБЛИОГРАФИЯ

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Expert Group Meeting on measuring and increasing coverage of HIV/AIDS prevention and care services for IDUs. Vienna, UNODC, October 2005.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Towards universal access: assessment by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS on scaling up HIV prevention, treatment, care and support. New York City, United Nations, 2006.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Considerations for countries to set their own national targets for AIDS prevention, treatment, and care. Geneva, UNAIDS, 2006.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Section 4: Setting ambitious targets. In: *Operational guidance on setting national targets for moving towards universal access*. Geneva, UNAIDS, 2006:13-18.
5. United Nations. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS – United Nations Special Session on HIV/AIDS. Adopted by the UN General Assembly Twenty-sixth special session, 25–27 June, 2001*. New York, United Nations, 2001. Available at: <http://www.un.org/ga/aids/coverage/index.html> (accessed on 7 January 2009).
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. High coverage sites: HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries: case studies. Geneva, UNAIDS, 2006.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines for construction of core indicators, 2008 reporting. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, 2007.
8. Ball A, Weiler G, Beg M, Doupe A. WHO Evidence for action for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16 (Suppl. 1):S1-S6.
9. World Health Organization. *Evidence for action series (E4A). Policy briefs and technical papers on HIV/AIDS and injecting drug users*. Geneva, WHO, 2008.  
Адрес в Интернете:  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html> (по состоянию на 31 декабря 2008 г.).
10. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use and Misuse*, 2006, 41:777-813.
11. World Health Organization. *Evidence for action on effectiveness of needle syringe programmes in HIV prevention*. Geneva, WHO, 2004.
12. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, 2004.
13. World Health Organization. *Evidence for action: effectiveness of drug dependence treatment*. Geneva, WHO, 2004.
14. Metzger DS et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:1049-1059.
15. Moatti JP et al. Adherence to HA ART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*, 2000, 14:151-155.
16. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:262-270.
17. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007 (ВОЗ, ЮНЭЙДС. *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*. Адрес в Интернете:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/978924459565\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/978924459565_rus.pdf)).
18. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, United Nations Office on Drugs and Crime Regional Centre for East Asia and the Pacific. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (в печати).
19. Long EF et al. Effectiveness and cost-effectiveness of strategies to expand antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia. *AIDS*, 2006, 20:2207-2214.
20. Bollerup AR et al. Access to HA ART for injecting drug users in the WHO European Region, 2002-2005. Eighteenth International Conference on the reduction of drug related harm. Warsaw, Poland, 2007.
21. Donoghoe MC et al. Access to highly active antiretroviral therapy (HA ART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:271-280.
22. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S67-S75.

23. Baker A et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 2005, 100:367-378.
24. Rawson RA et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioural approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 2006, 101:267-274.
25. United Nations Office on Drugs and Crime. *Treatnet: International network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres*. Vienna, UNODC, 2008. Адрес в Интернете: [www.unodc.org/treatment/index.html](http://www.unodc.org/treatment/index.html) (по состоянию на 31 декабря 2008).
26. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S58--S66.
27. Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *Addiction*, 1992, 87:405-416.
28. Aggleton P, Jenkins P, Malcolm A. HIV/AIDS and injecting drug use: information, education and communication. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S21-S30.
29. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Evidence for action technical papers. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach*. Geneva, WHO, 2008.
30. Fischer B et al. Drug use, risk and urban order: examining supervised injection sites (SISs) as governmentality. *International Journal of Drug Policy*, 2004, 15:357-365.
31. Small W et al. Public injecting settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:27-36.
32. World Health Organization. *Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV: towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children*. Geneva, WHO, 2007. (ВОЗ и партнеры. Руководство по глобальному расширению масштаба профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. На пути к всеобщему доступу для женщин и детей и искоренению ВИЧ/СПИДа у детей. Адрес русскоязычной версии: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789280643114\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789280643114_rus.pdf))
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Scientific Monograph no 7*. Lisbon, EMCDDA, 2004.
34. Wiessing L. The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved. *Eurosurveillance*, 2001, 5:pii=1709.
35. Reimer J et al. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 40 (Suppl. 5):S373-S378.
36. World Health Organization. *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004.
37. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, UNODC, 2006.
38. World Health Organization. *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
39. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Evidence for action: comprehensive review of effectiveness of interventions addressing HIV in prisons*. Geneva, WHO, 2007.
40. Bluthenthal RN et al. Examination of the association between syringe exchange program (SEP) dispensation policy and SEP client-level syringe coverage among injection drug users. *Addiction*, 2007, 102:638-646.
41. United Nations Office on Drugs and Crime. *Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienna, UNODC, 2003.
42. Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *UN Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15-32.
43. United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (HHS-CDC), Global AIDS Program (GAP) Surveillance Team. *Most at risk populations sampling strategies and design tool*, 2000.
44. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008, 372:1733-1745.
45. Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:255-261.
46. Sarang A, Stuijckte R, Bykov R. Implementation of harm reduction in central and eastern Europe and central Asia. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:129-135.
47. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19 (Suppl.):S25-S36.

48. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal*, 2007, 4:14.  
Адрес в Интернете:  
<http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/14>  
(по состоянию на 31 декабря 2008).
49. Sharma M, Burrows D, Bluthenthal R. Coverage of HIV prevention programmes for injection drug users: confusions, aspirations, definitions and ways forward. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:92-98.
50. Alliance for Open Society International. Unique Identifier Code, DDRP Best Practice Collection, 2007.  
Адрес в Интернете:  
[http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC\\_Eng\(1\).pdf](http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC_Eng(1).pdf)
51. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007.
52. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, WHO, 2004.
53. Verster AD, Buning E. *Methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork, 2000.
54. World Health Organization. HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users. In: *HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.  
(ВОЗ. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ.  
Адрес русскоязычной версии:  
<http://www.euro.who.int/document/e90840R.pdf>)
55. World Health Organization. *Guidelines for psychosocially-assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, WHO (в печати).
56. World Health Organization Regional Office for South East Asia. *Operational guidelines for the treatment of opioid dependence in the South-East Asia region*. New Delhi, WHO Regional Office for South East Asia, 2008.
57. Vickerman P et al. Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 42:355-361.
58. Brown T, Peerapatnapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:19.
59. Family Health International. *Behavioural surveillance surveys (BSS): guidelines for repeated behavioural surveys in populations at risk for HIV*. Family Health International, 2000. Адрес в Интернете:  
<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ezscxathgcvhxzmwxjlf/gkl4mezcmep6ogzqty3lf5ighmb6k2swbgar32хур6yh5syk/j6ii2kwp/bssguidelinesfullenhv.pdf>  
(по состоянию на 31 декабря 2008).
60. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization Working Group on HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva, WHO, 2000. Адрес в Интернете:  
[http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds\\_edc\\_2000\\_5.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf) (по состоянию на 31 декабря 2008).
61. Vickerman P et al. Model projections for the impact of different interventions on the transmission of HIV and HCV amongst injecting drug users in different settings. 2008 (unpublished report).
62. Zule WA et al. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, 25:1-23.
63. Kaye S, Darke S. A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 58:189-195.
64. Degenhardt L et al., on behalf of the Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use. *The global epidemiology of methamphetamine injection: a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm*. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2007.
65. Bluthenthal RN et al. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 89:214-222.
66. Heimer R. Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19 (Suppl. 1):S65-S73.
67. Braine N et al. HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 2005, 17:515-524.
68. Lorvick J et al. Sexual and injection risk among women who inject methamphetamine in San Francisco. *Journal of Urban Health*, 2006, 83:497-505.
69. AIDS Projects Management Group, UNODC. Measuring coverage of HIV prevention and care services for injecting drug users. Vienna, UNODC, 2009 (in press).

70. United Nations Office on Drugs and Crime. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, UNODC, 2003.
71. Des Jarlais DC, Friedman SR. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 1998, 113 (Suppl 1):182-188.
72. Neaigus A et al. Transitions to injecting drug use among noninjecting heroin users: social network influence and individual susceptibility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41:493.
73. World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva, WHO, 2003.
74. United Nations Population Fund. *Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers*. New York, UNFPA, 2005.
75. United Nations Population Fund. *Condom programming for HIV prevention. An operations manual for programme managers*. New York, UNFPA, 2005.
76. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Operational guidance on considerations for countries to set their own national targets for HIV prevention, treatment, and care. Geneva, UNAIDS, 2006.
77. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, Institute of Medicine. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries an assessment of the evidence*. Washington, DC, USA, The National Academies Press, 2006.
78. United Nations Population Fund, World Health Organization, PATH. *Condom programming for HIV prevention: an operations manual for programme managers*. New York, UNFPA, 2005.
79. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva, Switzerland, UNAIDS, 2007.
80. Medlin C, Balkus J, Padian N. *Report to the UNAIDS HIV Prevention Reference Group on developing minimum quality standards for HIV prevention interventions*. Geneva, UNAIDS, 2008.
81. Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, India, Oxford University Press, 2008.





ISBN 978 92 4 459776 7



9 789244 597767