

АРВ для ПИН



Июль 2007

Опубликовано HIV i-Base

Подшивка 1, Номер 1, Русская версия

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКТОРА: 2

ОТЧЕТ О КОНФЕРЕНЦИИ: 3

Восемнадцатая международная конференция по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, 16 мая 2001, Варшава, Польша

- Расширение предоставления АРВ для ПИН: опыт Бразилии

ОТЧЕТ О КОНФЕРЕНЦИИ: 6

Четырнадцатая конференция по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям, 25-28 февраля, Лос-Анджелес

- Исследования, связанные с внутривенным употреблением наркотиков, представленные на конференции
- Низкий уровень прохождения лечения гепатита С среди ПИН отвечающих критериям лечения
- Влияние гепатита С и ВИЧ-инфекции на смертность среди ПИН
- Увеличение смертности от гепатита среди ПИН с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС в эпоху ВААРТ, по сравнению с ПИН, живущими с моноинфекцией
- Долгосрочная эффективность профилактики ТБ изониазидом в когорте ПИН
- Динамика передачи ВГС (Вируса Гепатита С) среди потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге
- "Founder эффект" среди ВИЧ-положительных ПИН Карачи, Пакистан

ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОПОТРЕБИТЕЛЯМИ В АЗИИ: 9

- Проблемы в расширении предоставления АРВТ потребителям инъекционных наркотиков в Азии

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ В АФРИКЕ: КРАТКИЙ ОТЧЕТ: 11

ДРУГИЕ НОВОСТИ: 12

- Генеральный секретарь ООН призывает к политическому руководству, с целью улучшения лечения ПИН
- Активизм привлек внимание к проблеме наркотиков в Индонезии
- Употребление наркотиков и ВИЧ в Непале: Национальная Ассоциация ЛЖВС Непала (NAP+) собрала средства на оплату обмена шприцев

В ИНТЕРНЕТЕ: 14

ПУБЛИКАЦИИ И НОВОСТИ ОТ i-BASE: 15

ARVs4IDUs

Ежеквартальный бюллетень

"АРВ для ПИН" бюллетень публикуемый HIV i-Base в электронном формате. Как и другие материалы i-Base, выходит раз в квартал, подписка бесплатная и подписаться можно напрямую на сайте: <http://www.i-base.info> или прислав электронное письмо на адрес: subscriptions@i-base.org.uk

Редактор: Симон Колинз

Выпускающий редактор: Поли Клайден

Редактор русской версии: Свилен Конов

Консультанты редакции:

Санджай Бхагани, Royal Free Hospital

Даг Брюс, Программа по СПИДу Йельского университета

Алан Клиа, Коалиция Снижения Вреда

Джей Франклин Добкин, Колумбийский Университетский Медицинский Центр
Рамон Еспасио, Formación e Información sobre Tratamientos en el VIH/SIDA
Лун Гангте, Дели Сеть ЛЖВС
Грег Гонзалвес, Правовой Альянс по СПИДу Южная Африка
Мауро Гуарньери, Институт Открытое Общество
Раджив Кафле, Сеть ЛЖВС Непала
Акинетрбеа Камарулзаман, Совет по СПИДу Малайзии и Малайзийский Медицинский Университет
Сайе Ху, Университетская больница Ливерпуля
Константин Леженцев, Институт Открытое Общество
Луиш Мендао, Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Ананд Пун
Трейси Сван, Группа активистов в области лечения Нью-Йорк
Кармен Таррадес, Международное Сообщество Женщин, живущих с ВИЧ

“АРВ для ПИН” некоммерческая публикация, целью которой является предоставить обзор наиболее важных медицинских рекомендаций, связанных с лечением ВИЧ и особенностями, связанными с инъекционным употреблением наркотиков, а также освещение доступа к лечению для ПИН. Комментарии к статьям составлены из откликов авторов, консультантов и редакции.

Некоторые статьи являются перепечаткой из других надежных источников с сохранением авторских прав, автор и ресурс указаны в конце каждой статьи.

Мы благодарны этим организациям за признание важности предоставления широкого доступа к информации как для ЛЖВС, так и для профессионалов здравоохранения, вовлеченных в оказание помощи ЛЖВС. Авторские права на написанные авторами из I-Base статьи и статьи с упоминанием авторства остаются собственностью i-Base, но могут переиздаваться и тиражироваться сообществом и некоммерческими организациями без письменного разрешения и подобная деятельность приветствуется. Упоминание и ссылка на авторов, бюллетень и веб-сайт I-Base приветствуется.

HIV i-Base является получателем образовательных грантов от благотворительных организаций, индивидуальных доноров и фармацевтических компаний без каких-либо специальных условий. Редакционная политика независима от источников средств.

HIV i-Base
Third Floor East, Thrale House
44-46 Southwark Street, London SE1 1UN
T: +44 (0) 20 7407 8488 F: +44 (0) 20 7407 8489

ОТ РЕДАКТОРА

Мы рады приветствовать Вас на страницах первого выпуска нового ежеквартального электронного издания от i-Base, посвященного вопросам лечения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Исследования в этой области редко бывают приоритетными на конференциях и других встречах, посвященных ВИЧ-инфекции, и зачастую в том, что представляется содержится не так много новой информации (мы отметили это в нашем докладе о прошедшей в этом году Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям).

Основной темой является необходимость улучшения доступа к лечению и улучшения качества помощи предоставляемой ПИН и людям с ко-инфекцией.

Несмотря на растущее количество исследований подтверждающих, что ПИН могут быть достаточно привержены к АРВ лечению и могут успешно проходить его, также как и ВИЧ-позитивные люди не имеющие опыта внутривенного употребления наркотиков, на практике же обнаруживается что значительно меньшее количество ПИН имеют доступ к лечению, по сравнению с любой другой группой ВИЧ-положительных пациентов.

Мы надеемся, что данная публикации сможет повысить уровень осведомленности и улучшить доступ к информации по этим вопросам.

Мы хотели бы поблагодарить всех, кто внес свой вклад в создание этого номера, членов консультативного совета, благодаря помощи которых стало возможным создание этого выпуска. И в особенности Трейси Сван, Адиба Камарулзаман и Мауро Гуарньери.

Мы также хотели бы пригласить к сотрудничеству новых авторов для участия в создании последующих выпусков. Это могут быть как исследовательские доклады, так и обзорные статьи. Если Вы хотите поучаствовать в создании следующих выпусков или у Вас есть новости, которые можно включить пишите, пожалуйста, на адрес: ARV4IDUs@i-Base.org.uk

Для того чтобы подписаться, зарегистрируйтесь, пожалуйста, на сайте: <http://www.i-base.info/forms/esub.php> “АРВ для ПИН” выходит на английском и русском языках, распространяется по электронной почте и публикуется на сайте I-Base.

Таким образом, этот проект изначально будет состоять из четырех частей, включая набор слайдов, который можно будет использовать при проведении тренингов.

АРВ для ПИН выходит как дополнение к бюллетеню по лечению ВИЧ выпускаемого I-Base и финансируется Международной Сетью Развития Снижения Вреда Института “Открытое Общество” (www.soros.org). Впервые выражение «АРВ для ПИН» как устойчивый термин обозначила Программа Международного Развития Снижения Вреда Восточно-Европейская Сеть Снижения Вреда на сателлитной встрече, организованной на Всемирной Конференции по СПИДу в Бангкоке 2004 год.

Материалы относящиеся к этой встрече Вы можете найти на сайте Восточно-Европейская Сеть Снижения Вреда (www.ceehrn.org/ARV4IDUs).

ОТЧЕТЫ О КОНФЕРЕНЦИЯХ

Восемнадцатая международная конференция по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков

16 Мая, Варшава, Польша

В мае 2007 года в Варшаве, Польша прошла Восемнадцатая международная конференция по снижению вреда, подготовленная Международной Ассоциацией Снижения Вреда.

В работе пятидневной конференции приняли участие 1200 человек из более чем 80 стран (рекордно высокое количество стран). Прошло около 90 сессий (около 300 устных докладов и 300 постерных презентаций), посвященных большому количеству вопросов таких как незаконные наркотические средства, алкоголь, табак, секс-работа, ВИЧ/СПИД, молодежь, заключенные. На конференции выступили представители большей части международных организаций и доноров, таких как ЮНЭЙДС и Мировой Банк), ведущий ученые, правозащитники, практикующие врачи со всего мира.

Более подробную информацию о конференции, включая ссылки на приветственные и заключительные речи, а также отчеты о выступлениях Вы можете найти на сайте: <http://www.ihra.net/June2007>

Расширение предоставления АРВ для ПИН: Опыт Бразилии

Треиси Сван, Группа Действий по Лечению, Нью-Йорк

На 18 Международной конференции по снижению вреда от употребления наркотиков доктор Моника Малта обсуждала ответ Бразилии на эпидемию ВИЧ, и последние тенденции в употреблении наркотиков среди ВИЧ-позитивных жителей Бразилии.

Эпидемиология ВИЧ и лечение в Бразилии

Согласно оценкам ЮНЭЙДС в Бразилии 620 000 взрослых и детей живут с ВИЧ/СПИД. Бразилия была первой развивающейся страной предоставившей универсальный доступ к лечению, начав с профилактики в 1988, и продолжив предоставлением АЗТ в 1991. АРВТ предоставляется бесплатно с 1996 года. Таким образом, к 2007 году получают АРВТ в Бразилии 180 000 ВИЧ-положительных. По крайней мере, 20% ПИН в Бразилии, общее число которых по оценкам достигает 800 000 являются ВИЧ-положительными. [1, 2]

Среди развивающихся стран, Бразилия является лидером в предоставлении лечения для потребителей инъекционных наркотиков: 30 000 получают АРВ лечение.

ВИЧ и кокаин: проблема и решение

Более 90% производимого в мире кокаина приходится на Латинскую Америку, и этот наркотик широко распространен и легко доступен в Бразилии. Инъекционное употребление наркотиков снизилось, манера употребления изменилась, потребители курят крек и нюхают кокаин. Несколько исследований показали, что употребление крэка и кокаина ассоциируется в Бразилии с рискованным сексом и серопозитивным результатом на ВИЧ. [4, 5, 6, 7]

С тех пор как инъекционное употребление в Бразилии стало менее распространено, ключевой проблемой вышедшей на первый план стало оказание помощи и предоставление лечения ВИЧ-позитивных потребителей кокаина. Панамериканская Организация Здравоохранения и Бразильское Министерство Здравоохранения откликнулись созданием специальной группы по разработке стандартов оказания помощи ВИЧ-положительным потребителям кокаина совместно с клиницистам, исследователями, представителями общественных организаций и представителей сообщества.

Выработанные стандарты широко распространялись и всесторонне обсуждались во время серии встреч на местном уровне с властями, специалистами непосредственно предоставляющими помощь, представителями сообщества и сотрудниками НГО. Были разработаны и проведены специальные семинары по подготовке к их внедрению.

Употребление наркотиков и приверженность к АРВТ

Неоднократно на встречах посвященных разработке этих стандартов выражалось беспокойство относительно возможной низкой приверженности к АРВТ среди потребителей наркотиков. Для того чтобы развеять эти сомнения, доктор Малта подготовила исчерпывающий обзор исследований в области приверженности среди потребителей.

Согласно ее докладу уровень приверженности колеблется от 44-85%. По контрасту, согласно анализу уровня приверженности в развитых и развивающихся странах, подготовленного Милзом и коллегами средний уровень приверженности в развитых странах 54.7%, против 77.1% в развивающихся. [8]

А сколько же достаточно?

Если говорить об АРВ лечении, то, в большинстве случаев, считается, что уровень приверженности необходимый для подавления вируса, снижения вирусной нагрузки и для того чтобы избежать развития резистентности - это 95 %. Тем не менее, возможны изменения в соотношении между приверженностью и возникновением резистентности, в зависимости от класса АРВТ препаратов. Примером может служить исследование Бангсберга REACH когорты (исследование по доступу к лечению и поддержке), направленное на изучение приверженности и ответа на АРВТ, в группе бездомных взрослых, 65% которых имели историю употребления наркотиков. Большинство пациентов получавших схему основанную на нуклеозидных препаратах, достигли неопределяемой вирусной нагрузки (менее 400 копий/мл) вопреки низкому уровню приверженности 53% (колебания 53-100%). В то время как для достижения подобного результата при приеме Режимы включающего ингибиторы протеазы приверженность должна была достигать 95%.[9]

Выводы:

Доктор Малта подвела итоги полученного опыта:

- Потребители наркотиков могут быть привержены к АРВТ
- Если выбранный режим лечения является достаточно сильнодействующим, то подавление вирусной нагрузки может быть достигнуто при уровне приверженности менее 95%
- Уровень приверженности среди потребителей кокаина возрастает при условии доступа к получению психосоциальной и наркологической помощи совместно с медицинской
- Наличие истории употребления наркотиков или сопутствующих диагнозов, таких как психиатрические заболевания или ко-инфекция с гепатитом С не могут быть основанием для отказа в предоставлении АРВТ

Бразильские ВИЧ-позитивные потребители все еще сталкиваются с несколькими барьерами на пути получения эффективной помощи и лечению: не существует заместительной терапии для кокаина, медицинские работники нуждаются в дополнительных тренингах по особенностям работы с потребителями наркотиков, ограниченность ресурсов для организации всесторонней помощи и социальные проблемы, такие как расизм, бедность и стигма - продолжают ограничивать доступ к лечению.

Несмотря на это, для ВИЧ-позитивных потребителей ситуация в Бразилии явно меняется к лучшему.

По словам доктора Малты : «Возможно добиться расширения предоставления АРВТ и сохранить необходимый уровень приверженности и в условиях развивающихся стран и среди наркопотребителей.

Доступ к АРВТ важнейший шаг на пути обуздания эпидемии. Приоритетом в предоставлении лечения должны стать права человека. Никто не должен оставаться за бортом...»

Таблица 1. Приверженность среди людей употребляющих алкоголь и наркотики

Адаптировано из абстракта 949 доктора Моника Малта «Десять лет универсального доступа к лечению: Бразильский опыт. 18-ая Международная Конференция по Снижению Врда Связанного с употреблением наркотиков, Варшава, Польша 13-17 Мая 2007

Список источников	Дата	Число участников в исследовании	Популяция	Уровень приверженности	Метод измерения
Altice и др.	2001	205	Заклученных, большинство ПИН	82% (DOT) 85% (самостоятельный прием)	Интервью, самоотчет, обзорные графики и таблицы (сокращенная версия одобрена фармацевтическим обзором)
Pradier и др.	2001	119	ПИН	71.4%	CD4, вирусная нагрузка, вопросники и интервью
Bouhnik и др.	2002	210	Действующие/недействующие ПИН	Недействующие ПИН: 75% Действующие ПИН: 64%	Вопросник
Carrieri и др.	2003	96	ПИН	77.1%	Собственное описание
Palepu и др.	2003	578	Действующие ПИН: 78 Недействующие ПИН: 96 Непотребители: 404	Действующие ПИН: 76.9% Недействующие ПИН: 81.5% Непотребители: 91.6%	Данные по частоте пополнения
Wagner и др.	2003	83	Действующие и недействующие наркопотребители	74% общий; подмножество из 33 уровень приверженности >90%	Электронный мониторинг (MEMs cap)

Wood и др.	2003	1422	ПИН: 359 Не ПИН:1063	Приверженность>95% ПИН: 44.6% Не ПИН: 61.7%	Количество медикаментов выданных пациентам за заданный период времени
Altice и др.	2004	62	Действующие и недействующие ПИН, некоторый зависимы от алкоголя. Рандомизация участников: прием препаратов при непосредственном наблюдении(DOT) и без медицинского показания.	76.2% DOT 49.9% самостоятельный прием	Электронный мониторинг (MEMs cap)
Palepu и др.	2004	349	Потребители наркотиков и алкоголя/ с проблемой потребления алкоголя в прошлом	75.2%	Собственное описание и вирусная нагрузка
Bouhnik и др.	2005	243	Действующие и недействующие ПИН	69%	Заполненный респондентами опросник и очное интервью

Использованные при составлении таблицы 1 источники:

Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001 Sep 1;28(1):47-58.

Pradier C, Carrieri P, Bentz L, et al. Impact of short-term adherence on virological and immunological success of HAART: a case study among French HIV-infected IDUs. Int J STD AIDS. 2001 May;12(5):324-8.

Bouhnik AD, Chesney M, Carrieri P, et al; MANIF 2000 Study Group. Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Dec 15;31 Suppl 3:S149-53.

Carrieri MP, Chesney MA, Spire B, et al. MANIF Study Group. Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-positive injecting drug users. Int J Behav Med. 2003;10(1):1-14.

Palepu A, Tyndall M, Yip B, O'Shaughnessy MV, Hogg RS, Montaner JS. Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use. J Acquir Immune Defic Syndr. 2003 Apr 15;32(5):522-6.

Wagner G. Placebo practice trials: the best predictor of adherence readiness for HAART among drug users? HIV Clin Trials. 2003 Jul-Aug;4(4):269-81.

Wood E, Montaner JS, Yip B, et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. CMAJ. 2003 Sep 30;169(7):656-61.

Altice FL, Mezger JA, Hodges J, et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. Clin Infect Dis. 2004 Jun 1;38 Suppl 5:S376-87.

Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. Addiction. 2004 Mar;99(3):361-8.

Bouhnik AD, Préau M, Vincent E, et al; MANIF 2000 Study Group. Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy. Antivir Ther. 2005;10(1):53-61.

Ссылки:

1. Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T; United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS. 2004 Nov 19;18(17):2295-303.
2. Aceijas C, Friedman SR, Cooper HL, Wiessing L, Stimson GV, Hickman M. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. Sex Transm Infect. 2006 Jun;82 Suppl 3: iii10-17.
3. Aceijas C, Oppenheimer E, Stimson GV, Ashcroft RE, Matic S, Hickman M. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the "Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy" ("3 by 5"). Addiction. 2006 Sep;101(9):1246-53.
4. de Azevedo RC, Botega NJ, Guimarães LA. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Mar;29(1):26-30.
5. Dunn J, Laranjeira RR. HIV-risk behaviour among non-heroin using cocaine injectors and non-injectors in São Paulo, Brazil. AIDS Care. 2000 Aug;12(4):471-81.
6. Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, et al. Tailoring an HIV prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. AIDS Care. 2005 Jun;17 Suppl 1:S77-87.
7. Pechansky F, Woody G, Inciardi J, et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. Drug Alcohol Depend. 2006 Apr;82 Supplement 1:S109-13.
8. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. JAMA. 2006 Aug 9;296(6):679-90.
9. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clin Infect Dis. 2006 Oct 1;43(7):939-41.

ОТЧЕТЫ О КОНФЕРЕНЦИИ**14-ая Конференция по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям**

Июль 2007

www.i-Base.info

25-28 февраля, 2007, Лос-Анджелес

Введение

Эта ежегодная конференция является одной из наиболее важных конференций. Материалы, которые мы включили в это издание-это выборка докладов связанных с темой наркопотребления. Если Вам необходима дополнительная, не изложенная здесь информация, то ссылки на программу и абстракты конференции доступны он-лайн на сайте www.retroconference.org.

На сайте конференции собраны все лекции и устные презентации, включая абстракты встреч бесплатно и с удобной поисковой системой, также возросло количество вывешенных постерных презентаций в PDF формате (хотя все также это лишь малая часть постеров).

Такой широкий доступ дает возможность без труда ознакомиться с важными результатами исследований и просмотреть лекции, а также вопросы и дискуссии в конце каждой сессии, что особенно важно для журналистов, как медиков, так и представителей сообщества.

Нам кажется что для наших читателей было бы важно потратить несколько часов на изучение этих важных материалов из первых рук.

Доклады, связанные с наркопотреблением, несмотря на то что немного, прибавили к уже широко распространенной информации на эту тему, включали следующие аспекты:

- Низкий процент предоставления лечения гепатита С среди подходящих подпадающих под лечение ПИН
- Влияние гепатита С и ВИЧ-инфекции на смертность среди ПИН
- Увеличение риска смерти связанной с развитием гепатита среди ПИН имеющих ВИЧ-положительный статус, по сравнению с ПИН имеющих моноинфекцию гепатита С
- Уровень достижения долгосрочного и эффективного результата при проведении профилактики ТБ изониазидом в когорте ПИН.
- Динамика передачи вируса гепатита С среди ПИН в Санкт-Петербурге
- "Founder" эффект среди ВИЧ-позитивных ПИН в Карачи, Пакистан

На этой важной встрече в сфере ВИЧ-инфекции была особенно подчеркнута необходимость проведения новых исследований, особенно в контексте необходимости обеспечения доступа к лечению и улучшения качества оказываемой помощи для ПИН и людей с ко-инфекцией.

Исследования связанные с наркопотреблением на Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям

Поли Клайден, HIV i-Base

Низкий уровень прохождения лечения гепатита С среди ПИН отвечающих критериям лечения

Большинство ПИН имеющих гепатит С не получают лечение. М. Сулковски с коллегами из Университета Джона Хопкинса, США, представили исследования проведенное среди ПИН (действующих и нет), подходивших под критерии лечения и начавших лечение гепатита С пегелированным интерфероном (pegINF) + рибавирином (RBV) при условии отсутствия финансовых и географических барьеров (лечение предоставлялось бесплатно и в удобном месте), целью данного исследования было выяснить соотношение среди этих пациентов ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных.

Всего в исследовании приняли участие 332 человека (172 с коинфекцией ВИЧ/гепатит С и 158 с моноинфекцией гепатита С). ВИЧ-положительные пациенты были моложе (41 к >44 лет), в большинстве своем были афроамериканцами (90% к >74%), имели ежемесячный доход >500\$ (52% до >23%) по сравнению с пациентами с ко-инфекцией гепатита С. Исследователи не отметили разницы в преобладании таких факторов как ментальное здоровье (64%), употребление алкоголя (20%), или заинтересованности в получении лечения (93%), в группе ВИЧ-положительных пациентов по сравнению с пациентами с моноинфекцией.

Таблица 1: Характеристики пациентов с инфекциями ВИЧ/гепатит С

	Ко-инфекция ВИЧ ПИН	Моноинфекция гепатита С	p
Определяемая вирусная нагрузка гепатита С	20/172 (11%)	29/143 (20%)	p < 0.001
Пациенты которые подходили для лечения гепатита С	75/152 (49%)	78 /11(68%)	p = 0.002
Причины по которым пациенты не подходили для лечения:			

Глубокая депрессия	12%	30%	
Вероятная продолжительность жизни < 2 лет	40%	30%	
Гематологические проблемы	49%	22%	
Почечная недостаточность	10%	8%	

Из ПИН подходивших для начала лечения, около 40% начали терапию гепатита С, как минимум препаратами пегелированного интерферона, т.е. 31/75 ВИЧ/гепатит С 41%; 27/80 гепатит С, 36%)
 Выводы к которым пришли исследователи: «Если в группе с моноинфекцией гепатита С примерно 80% пациентов подпадали под критерии начала лечения, то в группе пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/гепатит отвечали этим требованиям приблизительно только 50 % пациентов. Даже в условиях преодоления и географических барьеров только 40% ПИН, отвечающих требованиям прохождения лечения готовы начать лечение гепатита С. Необходима разработка новых стратегий с целью увеличения количества ПИН проходящих лечение гепатита С.»

Комментарий

Научный доклад Мехты и коллег вышедший в прошлом году (также из университета Хопкинса), посвященный оказанию помощи и предоставлению лечения гепатита С людям с ко-инфекцией есть смысл читать именно в этом ключе.

Сс: Sulkowski M, Mehta S, Moore R et al. Low rates of HCV therapy among treatment-eligible injection drug users with and without HIV Coinfection. 14th CROI, 2007, Los Angeles. Poster abstract 947.

Влияние гепатита С и ВИЧ-инфекции на смертность среди ПИН

Джейсон Гребели и коллеги из CHASE (когортное исследование, проводившееся в Ванкувере среди жителей старой части города с января 2003 по июль 2004) представили информацию о смертности в этой когорте. Исследователи обнаружили что из общего числа участников исследования 2069, 721 человек имели отрицательный статус что ВИЧ, что гепатита С, 962 были положительны по гепатиту С и ВИЧ-отрицательны, 33 человека имели только ВИЧ-положительный статус, и 353 имели коинфекцию гепатита и ВИЧ. Среди 82 смертей, наиболее распространенными причинами явились ВИЧ (25.6%) и 19.5% от неестественных причин. Смертность от естественных причин составила 15.5/1000 человек в год всего (n=66)

Таблица 2: Общая смертность в связи со статусом ВИЧ и гепатит С.

ВИЧ/гепатит С статус	Процент (кол-во смертей/1000 человек в год)	n
Всего	15.5 смертей/1000 чел/год	n=66
Гепатит С-/ВИЧ-	9.6 смертей/1000чел/год	n=15
Гепатит С+/ВИЧ-	11.0 смертей /100чел/год	n=28
Гепатит С-/ВИЧ+	30.4 смертей/1000чел/год	n=2
Гепатит С+/ВИЧ+	37.8 смертей/1000чел/год	n=37

Для ВГС-/ВИЧ+ и ВГС+/ВИЧ-, смертность связанная с ВГС и ВИЧ была 15.2 и 2.0 смертей/1000человек в год. Для тех у кого присутствовали ВГС+/ВИЧ+ смертность связанная с ВИЧ и ВГС составила 25.6 и 1.3 смертей/1000 человек в год. В целом, естественная смертность была связана с ВИЧ-инфекцией (HR 5.3, 3.0 до 9.7, p<0.001), с возрастом (HR 1.8/10-лет, 1.3 до 2.4, p <0.001), и местными этническими особенностями (HR 1.7, 0.96 до 3.0, p= 0.07), и не связана с ВГС (HR 1.0, 0.50 to 2.0, p = 0.99). Исследователи делают вывод о том, что смертность среди ПИН высока, и что наличие ВИЧ-инфекции увеличивает этот риск в пять раз. Также они отмечают что в этой популяции к настоящему моменту доля смертности от ВГС мала, но следует учесть время эпидемии ВГС. Они пишут: «Без программ по лечению гепатита С в этой группе, мы ожидаем сильнейшего роста смертности от гепатита С.»

Сс: Grebely J, Raffa J, Conway B et al. Effect of hepatitis C virus and HIV infections on mortality among illicit drug users. 14th CROI, 2007, Los Angeles. Poster Abstract 922.

Увеличение смертности от гепатита среди ПИН с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС в период ВААРТ, по сравнению с ПИН живущими с моноинфекцией

Мария Принс и ее коллеги из Когортного Исследования Амстердам, сравнили смертность по конкретным причинам среди коинфицированных ВИЧ/ВГС ПИН, ПИН с моноинфекцией ВГС и ПИН не имеющих ни одного ни другого вируса, до и после широкого распространения применения ВААРТ,

Исследуемая популяция составила 1276 ПИН из когортного исследования, которое началось в 1985 года. Образцы крови, забираемой для тестирования на ВИЧ каждые 4-6 месяцев, в дальнейшем были протестированы на наличие маркеров ВГС.

В начале исследования были выявлены следующие серологические группы: 19% ВГС+/ВИЧ+, 43% ВГС+/ВИЧ-; 1% ВГС-/ВИЧ+, 36% ВГС-/ВИЧ-. За время проведения 272 ПИН умерли.

В целом же в эпоху предоставления ВААРТ риск смертности от большинства факторов снизился.

Долгосрочная эффективность профилактики ТБ изониазидом в когорте ПИН

Джонатан Голуб с коллегами из ALIVE (AIDS Linked to Intravenous Experience) СПИД, связанный с опытом употребления инъекционных наркотиков, когортного исследования, Балтимор США, оценил долгосрочную эффективность программы по проведению тестирования на ТБ (манту) и предоставления профилактики (изониазид) проводившейся в течении восьми лет в когорте ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных ПИН. В эту когорту входили >2000 ПИН из Балтимора, 35% которых в начале исследования имели ВИЧ-положительный статус. Тестирование и профилактика ТБ предлагались всем участникам исследования с 1990 по 1998 год. Уровень ТБ замерялся 3 раза, в разные периоды: Эра до получения очищенных белковых производных (пре-PPD) 1988-1990; PPD эра (1990-1998), и пост-PPD эра (1998-2004). Частота заболеваемости была сравнена в разных эрах.

Исследователи установили, что в группе ВИЧ+ участников 651(86%) прошли тестирование, у 103 (16%) реакция манту была положительной (>5 мм), 65 (60%) начали профилактику изониазидом, и 40 (62%) закончили все шесть месяцев лечения. Из 1264 ВИЧ-отрицательных участников, 1105 (87%) прошли тестирование, у 435 (39%) реакция манту была положительной (>10мм), 246 (56%) начали профилактику изониазидом, и 133 (54%) закончили все шесть месяцев лечения. Всего, из тех участников у кого реакция манту была положительной 32% прошли все 6 месяцев лечения.

В этом исследовании были выявлены 30 случаев ТБ у группы из 28,750 человек/лет: IR=1.04/1000 человек-год у ВИЧ-негативных; IR=2.66/1000 человек-год у ВИЧ-положительных. Исследователи установили, что частота ТБ в эру пост-PPD была в половину меньше чем в эру PPD во всей когорте (IRR=0.44, 95% CL 0.19 к 1.04), но они обнаружили отсутствие существенной разницы между эрами для ВИЧ-позитивной популяции (2.04 против 3.14/1000 человек в год; IR=0.64, 95%CI 0.27 к 1.58).

Исследователи обнаружили, что при индексе массы тела < 21(RH=3.1, p<0.01) и CD4 <200 намного вероятнее развитие ТБ.

И в целом и среди ВИЧ-позитивных участников уровень ТБ был существенно выше среди тех кто не принимал профилактику, по сравнению с теми кто начал ее прохождение, среди тех кто прошел все 6 месяцев лечению случаи ТБ зафиксированы не были. Исследователи обратили внимание на то что в когорте ПИН с большим преобладанием ВИЧ+ удалось добиться потрясающе долгосрочного снижения доли ТБ в результате реализовывавшейся в течении 8-ми лет стратегии TST(тест манту)/IPT(профилактика изониазидом), но эти изменения не относились к подгруппе ВИЧ-положительных.

Они отметили, что профилактическое лечение изониазидом (IPT) для тех кто прошел его полностью было крайне эффективным, но только 32% пациентов показавших положительную реакцию манту (TST) смогли его завершить. Они пишут: «Широкое применение профилактики изониазидом может существенно снизить процент ТБ среди ВИЧ+ ПИН.»

Сс: Jonathan Golub, J Astemborski, M Ahmed et al. Long-term effectiveness of isoniazid preventive therapy on TB Incidence in a cohort of injection drug users. 14th CROI, 2007. Los Angeles. Abstract 851.

Динамика передачи ВГС (Вируса Гепатита С) среди потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге

Илайджа Панстил и его коллеги по проекту SATHCAP (Sexual Transmission and Acquisition of HIV Cooperative Agreement Program –Программа Взаимодействия по Исследованию Полового Пути Передачи ВИЧ-инфекции), проводившемуся в г. Санкт-Петербурге, представили результаты исследования, в котором сравнивались данные о путях передачи по социальным сетям и генотипам вируса среди ВГС-инфицированных.

Данные были получены методом социального сэмплирования. По результатам исследования среди 77 человек выявили 3 основных генотипа (3a, 1a и 1b), с преобладанием 3a генотипа (62%). Частота генотипов 1a и 1b составила 21% и 17% соответственно. 67 из 77 образцов принадлежали к 11 «цепочкам инфицирования» с известным первичным носителем («зерно») или «цепочкам инфицирования», состоящим более чем из 2-х человек. В 4-х цепочках состоявших из 6, 4, 2 и 3 человек (исключая «зерна») был обнаружен единый генотип (3a); В 4-х цепочках состоявших из 7, 11, 5 и 4 человек (исключая «зерна») было обнаружено сочетание нескольких генотипов, при этом более 50% из них относились к 3a генотипу. В 3-х цепочках, состоявших из 13, 4 и 2 человек (исключая «зерна») было также обнаружено несоответствие выявленного генотипа социальной сети передачи возбудителя.

Они пришли к выводу, что эти данные позволяют молекулярные эпидемиологические инструменты (методы) могут быть использованы для подтверждения или опровержения передачи инфекций в социальных сетях при использовании опросных методов (методов анкетирования).

По мнению авторов, возможности опросных методов социального сэмплирования для получения данных о передаче имеющихся инфекций ограничены. Однако параллельное использование двух методов сбора данных может дать полноценное понимание случаев передачи таких инфекций, как ВГС и ВИЧ.

Ref: Paintsil E, Abdala N, Niccolai L et al. The dynamics of HCV transmission among injection drug users in St. Petersburg, Russia: Sexual Transmission and Acquisition of HIV Cooperative Agreement Program. 14th CROI, 2007, Los Angeles. Abstract 131.

“Founder эффект” среди ВИЧ-положительных ПИН Карачи, Пакистан

В Пакистане насчитывается больше 74 000 ВИЧ-положительных, при общем количестве населения 162 миллиона, и в последнее время приобретение ВИЧ связано с наркопотреблением. Мохаммед Раи и коллеги представили данные, полученные в результате исследования, проводившегося среди 15 ПИН с целью определить действительно ли причиной вспышки ВИЧ-инфекции в этом сообществе явился единый источник инфекции.

Анализ ДНК вируса был взят из выборки крови собранной с января по декабрь 2004.

Последовательность и расположение nef-гена вируса показал, что штаммы вируса ВИЧ-1 ВИЧ-положительных пациентов из Пакистана отличается от штаммов вируса распространенных в соседней Индии, и генетически ближе к ВИЧ-1 подтип А, родом из Сенегала, Уганды и Кении.

В дополнении, филогенетический анализ полной последовательности nef-гена выявил высокую конгруэнтную топологию, используя соседно-сочетающий способ.

Штаммы ВИЧ-1 из Пакистана сформировали унитарную группу.

Исследователи пишут: «Полученная нами информация говорит о том, что структура ВИЧ-1 распространенная среди ПИН Карачи, Пакистан относится только к ВИЧ-1 подтип А. Более того, идентичность внутри-структурного анализа в 98% говорит о наличии «эффекта Founder»

Надо отметить что эта информация противоречит предыдущим исследованиям, которые утверждали, что среди работающих по контракту иностранцев распространены различные подтипы ВИЧ-1.

Подводя итоги они пишут: « Эпидемия ВИЧ-1 в Пакистане является импортируемой извне, и перемещается из среды иностранных контрактников в местную популяцию поведения высокого риска. Для того, чтобы гарантировать сокращение распространения ВИЧ в Пакистане крайне необходимы дополнительные исследования в области профилактики и контроля.

Cc: Rai M, Nerurkar V, Yanagihara R et al. Founder effect among HIV-1-infected Injection drug users in Karachi, Pakistan. 14th CROI, 2007, Los Angeles. Poster Abstract 241.

ВОПРОСЫ СВЯЗАННЫЕ С НАРКОПОТРЕБИТЕЛЯМИ В АЗИИ

Проблемы в расширении предоставления АРВТ потребителям инъекционных наркотиков в Азии

Адиба Камарулзаман

“Лечение для нас отличается, это совсем не тоже самое что для нормальных людей. Например в том как они дотрагиваются до тебя...они делают это вынужденно. Когда доктор говорит им взять кровь...о..да они подумают дважды. И еще тебя спросят можешь ли ты этот сделать сам или нет. Та же история если до них дотрагиваешься, они тут же бегут мыть руки. И так каждый день. Пойдите на отделение и посмотрите” (Мужчина 40 лет ПИН) [11]

“В больнице, что я могу увидеть...да людей... медсестер, младший медперсонал или остальных. У них есть знания о ВИЧ, о СПИДе. Они все знаю, но они не уверены. Нет убежденности в том, что они узнали” (Мужчина 32 года, ПИН)

Это цитаты из обсуждения стигмы и дискриминации в здравоохранении. в фокус-группе ВИЧ-положительных ПИН в Малайзии.

В настоящее время Азия сталкивается с растущей эпидемии ВИЧ/СПИДа, так на конец 2005 года в регионе насчитывалось более 8.3 миллионов ЛЖВС. [1]

Во многих частях Азии эпидемия ВИЧ широко распространена в среде ПИН, а также среди Коммерческих Секс Работников (КСР) и их клиентов. Во многих странах таких как Индонезия, Мьянма, Тайланд, Вьетнам процент ВИЧ-положительных среди ПИН выше 20%. [2]

В ответ на растущую эпидемию, некоторые страны этого региона начали применять стратегии снижения вреда от инъекционного употребления наркотиков, такие как программы заместительной терапии, обмен шприцев и игл. Во многих случаях этих усилий было или недостаточно, или они запоздали. Установив, что именно инъекционный путь передачи надежно закрепился во многих частях Азии, можно не удивляться высоким показателям инфицированности ВИЧ в среде ПИН.

К примеру, в Индонезии 51% новых выявленных случаев, были зафиксированы среди ПИН, в Китае установлено что более половины всех вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, а это 1.14 миллиона человек, приходятся на ПИН. [3, 4]

В Малайзии 65% случаев ВИЧ зарегистрированных к Декабрю 2006 приходились на ПИН, что составило в целом 76389 человек. [5]

Несмотря на последние глобальные инициативы, которым удалось повысить количество людей получающих АРВТ в регионе втрое, ПИН остаются наименее вероятной группой имеющей доступ к этому лечению.

Например в Малайзии, где большинство ВИЧ-положительных являются ПИН, доля ПИН к концу 2006 года среди получающих АРВТ составила всего 25% (увеличившись с 7% в 2003 году).

Основными препятствиями в получении АРВТ для ПИН являются: правовая политика в отношении наркотиков, неадекватная структура здравоохранения, глубокая стигма и дискриминация, которые препятствуют ПИН в получении лечения.

Во многих частях Азии продолжается криминализация наркопотребления, то есть вопрос «лечения и реабилитации» находится в юрисдикции правоохранительных органов, а не здравоохранения. Многие ВИЧ-положительные пациенты не могут получить АРВТ, находясь на принудительном лечении в реабилитационных и детокс центрах, так как доступ к базовой медицинской помощи в этих центрах ограничен. В некоторых странах, где увеличился доступ к АРВТ для ПИН, продолжающаяся криминализация наркопотребления привела к перерывам в лечении у получавших АРВТ ПИН, которые попали в места заключения, так как обеспечение тюрем и принудительных реабилитационных центров АРВТ не налажено. Что увеличило риск развития резистентности.

Также в Азии основными препятствиями в получении АРВТ являются неадекватная структура здравоохранения, не отвечающая специфическим потребностям наркопотребителей и недостаток обучения персонала особенностям предоставления АРВ-лечения этой группе пациентов.

Нехватка обученного медперсонала способного отвечать потребностям растущей азиатской эпидемии была особо отмечена в специальном докладе о ситуации с лечением в Азии (TREAT) в 2004 году. В докладе отмечается, что : «острая нехватка работников здравоохранения обученных предоставлению этого жизненно важного лечения привела к возникновению серьезного кризиса предоставлении безопасного и эффективного лечения. Для большинства азиатских наций остается актуальным вопрос слишком маленького количества врачей обученных в применении сложных режимов лечения АРВ.

Расхождение в уровне подготовки таково, что на одного врача в Японии приходится 24 ВИЧ-положительных пациента, в то время как во Вьетнаме примерно 11 250 человек [6]

Необходимость комплексного подхода в лечении ПИН, у которых зачастую присутствуют множественные медицинские проблемы, делает критически важным адекватное обучение работников здравоохранения. Высокий уровень ко-инфекции гепатита С и ТБ повышает риск токсичности при применении АРВТ и возникновения лекарственного взаимодействия. Что ставит чрезвычайно сложные задачи в лечении ВИЧ-положительных ПИН.

Уровень ко-инфекции гепатита С среди ВИЧ-положительных ПИН колеблется в диапазоне 60-90%. [7]

Вероятность появления гепатотоксичности при приеме АРВТ у пациентов с ко-инфекцией ВГС значительно выше, по сравнению с пациентами с моноинфекцией ВИЧ.

Один из наиболее широкодоступных АРВ-препаратов в регионе это Невирапин (он включен в большинство распространенных комбинаций), вызывает большую вероятность таких побочных эффектов как сыпь и жизнеопасная гепатотоксичность. В многих азиатских странах второго режима АРВТ(в который входят ингибиторы протеазы и новейшие препараты) просто нет.

Для пациентов которые не могут принимать схемы на основе нуклеозидов очень жестко ограничен выбор. Согласно последнему анализу азиатских пациентов включенных в информационную базу (TANOD), приблизительно один из четырех пациентов начинал прием АРВТ со схемы d4T/3TC/NVP.

Процент смены схемы лечения среди пациентов начинавших лечение с этой схемы составил 22.3 на 100 человек в год.

Согласно этому исследованию 12% и 15 % пациентов прекратили прием первоначальной схемы в связи с появлением сыпи и гепатотоксичности, соответственно.

Наиболее тревожным является тот факт что примерно 40% пациентов после прекращения приема d4T/3TC/NVP полностью прекратили прием (не вполне понятно был ли им предоставлен выбор другой схемы лечения) [8]

Кроме ко-инфекции ВГС, для ПИН характерным является высокий риск развития ТБ. В последних докладах отмечалось преобладание ВИЧ среди ТБ пациентов: 12% в Камбоджи и Таиланде, 11% Мьянме, и 4% во Вьетнаме. Совместное лечение ТБ и ВИЧ связано с определенными трудностями. Количество медикаментов необходимых для прохождения лечения повышает риск лекарственного взаимодействия, токсичности и низкой приверженности. По сути уровень неблагоприятного развития событий составил 54%. [9] Лекарственное взаимодействие между АРВТ, противотуберкулезной терапией, а также заместительной терапией опиатов создает дополнительные сложности в ведении подобных пациентов.

Эти факторы потенциально могут привести к молекулярно биологическому и/или вирусологическому провалу лечения. При начале лечения ВААРТ совместно с ТБ лечением высок риск развития синдрома иммунной реконституции. Эта проблема заслуживает особого внимания в среде наркопотребителей, так как среди них очень часты случаи латентного и не диагностированного туберкулеза и случаю позднего обращения за медицинской помощью.

Приверженностью является критически важным фактором для успешного прохождения АРВТ. Согласно распространенному представлению ПИН не привержены к лечению, разрушительный эффект таких факторов как: хаотичный образ жизни, бедность, бездомность, безработица, психиатрические заболевания, тюремное заключение, увеличивает риск низкой приверженности. Некоторые исследования, проведенные в большинстве своем в развитых странах показали, что при соответствующей поддержке, включая предоставление опийной ЗТ, возможно достижение хорошей приверженности и хороших результатов лечения сопоставимых с результатами в других популяциях, не являющихся ПИН.

Несмотря на это внедрение заместительной терапии во многих азиатских странах только начинается и охват предоставления во многих случаях является неадекватно низким.

Следующим препятствием, требующим преодоления, является разделение предоставления АРВТ и лечения наркозависимости, которое обеспечивается психиатрической службой. Необходимо предоставить обучение в области возможного взаимодействия между АРВТ, заместительной терапией опиатами, и другими

наркотическими веществами наиболее часто используемыми ПИН. Так к примеру два наиболее широко используемых в регионе АРВ-препарата Невирапин и Эфавиренц, вызывают существенное снижение уровня метадона, что может вызвать синдром отмены у большого количества пациентов. Что в свою очередь может вызвать у пациента прекратить прием АРВТ или метадона или и того и другого. Следовательно, клиницистам следует или избегать этого взаимодействия или устанавливать соответствующие дозы.

Необходимо изучение и развитие новых моделей оказания комплексной помощи, совместное проведение лечения наркозависимости, предоставление общей медицинской помощи, работа ВИЧ и фтизиатрических служб, оказание психосоциальной поддержки на базе больниц и клиник, что не является традиционным для региона. ВИЧ-положительные ПИН зачастую сталкивались со стигмой и дискриминацией при посещении медицинских учреждений, поэтому теперь они с большой неохотой обращаются за медицинской помощью. Необходимо проведение дополнительной оценки таких моделей оказания помощи, как предоставление АРВТ под непосредственным наблюдением осуществляемые на уровне сообщества, непосредственно на дому или через мобильные программы аутирич (DAART). Или же в качестве альтернативной модели может выступать комплексное оказание помощи по ВИЧ, ТБ гепатитам и другим инфекционным заболеваниям, психическому здоровью, снижения вреда, лечения зависимости на базе уже существующих служб оказания первой помощи, в одном месте (принцип универсама) что позволило бы достичь улучшений в области профилактики и лечения ВИЧ. [10]

В заключении, расширение предоставления АРВТ и ЗТ должно сопровождать развитием служб социальной поддержки, с целью возвращения ПИН в общество, налаживания отношений с семьями, прохождения обучения и трудоустройство. Недостаточным будет наращивание потенциала и развитие медицинского сообщества. Необходимо развивать службы равные-равному, консультирование и обучение, адвокацию, социальное сопровождение, социальные службы и другие виды сервиса, являющиеся критически важными для оказания всесторонней и успешной помощи потребителям инъекционных наркотиков.

Ссылки:

1. UNAIDS: AIDS Epidemic Update: Special report on HIV/AIDS. December 2006.
2. UNAIDS (2005). Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users Geneva.
3. Ministry of Health of Indonesia, Report on HIV/AIDS cases to March of 2006, Jakarta.
4. Tang YL, Zhao D, Zhao C et al. Opiate addiction in China: current situation and treatments. *Addiction*, 2006, 101(5): 657-665.
5. Ministry of Health Malaysia. Annual HIV/AIDS Surveillance Report 2006
6. TREAT Asia Special Report: Expanded availability of HIV/AIDS drugs in Asia creates urgent need for trained doctors. July 2004. amfAR.
7. Matthews GV, Dore GJ. The natural history of HIV and HCV coinfection in delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice. International Harm Reduction Program. Open Society Institute. 2006.
8. Zhou J, Paton NI, Ditangco R et al on behalf of the TREAT Asia HIV Observational Database. Experience with the use of a first-line regimen of stavudine, lamivudine and nevirapine in patients in the TREAT Asia HIV Observational Database. *HIV Medicine* (2007), 8, 8–16.
9. du Cros P, Kamarulzaman A. HIV and tuberculosis coinfection. In *Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs: Lessons from Research and Practice*. International Harm Reduction Program. Open Society Institute. 2006.
10. Altice FL, Bruce RD. Directly administered antiretroviral therapy for injecting drug users. *Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs: Lessons from Research and Practice*. International Harm Reduction Program. Open Society Institute. 2006.
11. SN Zulkifli, MH Soo Lee, WY Low, YL Wong, Study on the impact of HIV on people living with HIV, their families and community in Malaysia. Project Report.

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ В АФРИКЕ: КРАТКИЙ ОТЧЕТ

Грег Гонзалвес Правовой Альянс по СПИДу Южная Африка

Принято считать что эпидемия СПИДа в Африке является эпидемией передающейся гетеросексуальным путем. Несмотря на то что это утверждение верно, другие пути передачи связанные с рискованным поведением, такие как внутривенное и не внутривенное употребление наркотиков или гомосексуальный путь передачи, до недавнего времени были совершенно не изучены. В этой небольшой статье мы постараемся представить краткое изложение последних данных касающихся наркопотребления и ВИЧ/СПИДа в Африке, южнее Сахары. [1]

Только в последний годы оживился интерес к вопросам наркопотребления и ВИЧ/СПИДа в южнее Сахары и первый отчет по этому вопросу был проведен Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) в 1999, почти двадцать лет спустя начала эпидемии в 1981 году. И что становится ясно из этого и последующих отчетов, так это то что наркопотребление в Африке существует.

Если разобраться, то Африка является промежуточным перевалочным пунктом наркотрафика многих видов наркотиков, поставляемых в США и Европу, таких как марихуана местного африканского производства, кокаин из Южной Америки и героин из Центральной и Южной Азии. Таким образом транспортируемые через Африку к своим конечным пунктам, большим наркорынкам развитых стран, кокаин и героин, появились в Африке и прочно укоренились на местном рынке.

Употребление героина описано в Кении, Маврикий, Танзания и Южная Африка, где распространены различные виды героина (от плохо очищенного «Коричневого сахара» до «белого» героина хорошей очистки), также существуют большой разброс в практике употребления от не внутривенного до внутривенного употребления, форм употребления могут отличаться в одной стране от другой и даже в одной провинции от другой, внутри одной страны.

Употребление марихуаны широко распространено в Южной Африке, а также зафиксировано в Нигерии, Маритусе, и Кении. В сущности, в Южной Африке доступен большой ассортимент наркотиков начиная с

героина и марихуаны, как было описано выше, и заканчивая многими другими такими как крэк, метамфетамины другие стимуляторы, а также Мандракс, комбинация метаквалона и антигистамина, также изветного как , брендовое название метаквалона, запрещенного сейчас в США.

Употребление метамфетаминов достигло в Южной Африке высоких процентов, так более 50% новых обращений за наркологической помощью среди молодых людей (особенно это характерно для Кейптауна) связано с употреблением именно этих наркотиков.

Точных данных о реальных объемах наркопотребления в других странах Суб-Сафары Африка не существует, и для выявления реальных форм употребления в регионе вероятно проведение дальнейших исследований. Точных сведений о внутривенном наркопотреблении в регионе также нет, но существуют данные относительно в/в употребления героина в Кении, Нигерии, Маврикий, Танзании и Южной Африке примерно 39% ПИН практикуют совместное использование игл. Также существуют отчеты о совместном использовании игл, контейнеров для приготовления наркотиков (ложка, жестянка и т.д.), фильтров, воды для промывки и или раствора для инъекций в Нигерии, Танзании, Маврикий, и Южной Африке.

Данные о ВИЧ-инфекции среди ПИН меняются в зависимости от страны. В Республике Маврикий эпидемии ВИЧ в целом сдвинулась в сторону наркопотребления, так более 90% новых случаев ВИЧ-инфекции зарегистрированы среди ПИН. В Кении 31.2% ПИН из небольшой когорты в Момбаса, протестированных на ВИЧ, оказались положительными. В когортах на Занзибаре, в Танзании и Южной Африке зафиксированный уровень ВИЧ составил 26.2%, 27% среди мужчин и 58% среди женщин, и ретроспективно 28%.

Что касается связи между ВИЧ-инфекцией и не внутривенным употреблением не ясно насколько связаны употребление метамфетаминов и кокаина и небезопасное сексуальное поведение. Употребление алкоголя в Африке, особенно в Восточной и Южной, демонстрирует самые высокие показатели потребления на одного больного алкоголизмом в мире и самые рискованные практики употребления алкоголя в регионе. Такие характеристики употребления как, смешивание и сильное алкогольной опьянение, стоят на втором месте после Восточной Европы.

Несмотря на отчеты в/в и не в/в употреблении наркотиков в регионе профилактика ВИЧ и лечение наркомании основанные на научных данных, такие как обмен шприце, заместительная терапия опиатами и целевые программы профилактики ВИЧ среди ПИН, недоступны в регионе, исключение составляет Маврикий, где недавно началась пилотная программа обмена шприцев и метадоновой заместительной терапии.

Несмотря на то, что необходимо проведение исследований широты и глубины проблемы употребления наркотиков в суб-сафаре, существующей на данный момент информации вполне достаточно для того чтобы мотивировать национальные правительства к развитию современных научно-обоснованных программ лечения наркомании и профилактики ВИЧ среди ПИН региона.

Ссылки:

1. This article is exclusively derived from data in: Richard H. Needle, Karen Kroeger, Hrishikesh Belani & Jennifer Hogle, Substance Abuse and HIV in Sub-Saharan Africa: Introduction To The Special Issue, African Journal of Drug & Alcohol Studies, 5(2), 2006, pp. 83-94; reports from the Alcohol and Drug Abuse Research Unit of the Medical Research Council in South Africa and; personal communications with Prévention, Information et Lutte contre le SIDA (PILS), ARASA's partner organization in Mauritius.

ДРУГИЕ НОВОСТИ

Генеральный секретарь ООН призывает к политическому руководству, с целью улучшения лечения ПИН.

Ниже изложено послание Генерального Секретаря ООН Бан Ки-муна от 26 Июня, Международного дня Борьбы с Наркоманией и незаконным оборотом наркотиков:

Употребление наркотиков это проблема которую можно профилактировать, лечить и контролировать. Не смотря на необходимость предпринимать шаги с целью сокращения производства, путем оказания помощи производителям, занимающимся выращиванием незаконных наркотиков найти жизнеспособные альтернативы, и необходимость обеспечения работы правоохранительных органов в деле конфискации наркотических средств, основной задачей глобального контроля наркотических средств является снижение спроса. Снижение спроса приведет к снижению и предложения что в свою очередь минимизирует доходы преступных сообществ от трафика наркотиков.

Борьба с наркотической зависимостью - это результат совместных усилий. Она требует политического руководства и достаточных ресурсов в, особенно в области развития и улучшения лечения наркотической зависимости. Требуется привлечение родителей и учителей, работников здравоохранения и социальных работников. Представители СМИ и уголовно-правовой системы, также должны играть свою роль. Представители всех профессий должны объединить свои усилия и уделить особое внимание уязвимым группам: тем кто может быть подвержен приему наркотиков в связи с личной или семейной ситуацией, тем кто уже принимает наркотики. Наша задача состоит в том чтобы помочь им вернуть контроль над своей жизнью, вместо того, чтобы позволять наркотикам контролировать их жизни. Что означает дать молодым людям четкое руководство, возможности трудоустройства, и шанс участвовать в том что может помочь организовать их жизнь, придать ей значение и ценность. Это значит поддерживать усилия родителей в обеспечении любви и руководства. Это значит достижение маргинализированных групп и обеспечение получения ими необходимой помощи для решения медицинских, психологических и поведенческих проблем. Это значит дать основания для надежды. Для тех кто уже захвачен зависимостью первой необходимостью является эффективное лечение. Наркотическая зависимость является заболеванием и как заболевание, должно лечиться не на идеологической основе, а на основе научного опыта и подтвержденных фактов.

Я призываю Страны члены ООН уделить особое внимание раннему выявлению, повышению усилий по профилактике распространения через употребление наркотиков заболеваний, в особенности ВИЧ и гепатита; лечению всех форм зависимости, и внедрению наркологической помощи в систему основной медицинской помощи и социальных служб. Зависимость от наркотиков причиняет большие страдания самим зависимыми тем кто их любит. Зависимость разъедает людей, семьи, общество. Эта та тема которую все мы должны воспринимать как личную. И давайте в этот день, Международный День Борьбы с наркоманией и нелегальным оборотом наркотиков подтвердим что в нашей жизни и в нашем обществе нет места наркотикам.

Сс: UN press release (12 June 2007): Drug abuse can be prevented, treated, controlled with political leadership, sufficient resources, says Secretary General in international day message

Активизм привлек внимание к проблеме наркотиков в Индонезии

Общенациональная активистская сеть бывших и действующих наркопотребителей и НГО отметили 26 июня-Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. В Джакарте, примерно двести активистов со всего города и из двух других провинций на четырех автобусах подъехали к зданию парламента. Автобусы были увешаны баннерами и транслировали требования активистов, также к воротам были привезены три клетки, и группа активистов разыграла символический побег ПИН. Активисты протестовали против положения вне закона ПИН, снижения вреда, метадона и требовали лечения вместо тюремного заключения. Представители СТИГМА (STIGMA), негосударственной организации работающей в области обеспечения лечения для ПИН, были приглашены на встречу с официальными представителями правительства, также была запланирована встреча с законодателями. Организаторы акции стали гвоздем часовой радиопередачи транслировавшейся по 50 станциям. Акция в Джакарте была частью национальной адвокационной компании из серии акций проведенных активистами снижения и самоорганизаций ПИН в Бантенге, Бали, Джакарте, Бандунге, и некоторых других городах Восточной и Западной Явы и которые получили внимание местных и национальных СМИ. Активисты требовали расширения метадоновых клиник, предоставления других альтернатив реабилитации кроме тюремного заключения и конца криминализации темы наркотиков, тем самым они привлекли внимание местных законодателей, чиновников здравоохранения и СМИ.

Для получения дополнительной информации Вы можете обратиться к Нику Бартлетту или Бани Риссет nicholas.bartlett@ucsf.edu или our_stigma@yahoo.com

Употребление наркотиков и ВИЧ в Непале: Национальная Ассоциация ЛЖВС Непала (NAP+) собрала средства на оплату обмена шприцев

По информации Национального Центра по борьбе со СПИДом и количество ВИЧ-положительных среди ПИН Непала достигло 67.40%.

И до недавнего времени обмен игл и шприцев (Снижение Вреда) не было разрешено и только очень небольшое количество НГО предоставляли эти услуги очень ограниченному количеству ПИН. APBT не доступно для ПИН в Непале, необходимо бросить употреблять наркотики для того чтобы получить доступ к лечению.

Национальная Ассоциация ЛЖВС Непал, организовала акцию по сбору средств на поддержку программ для ПИН: надев футболки с надписью «**Чистые иглы, метадон и APBT - сейчас!**» и с баннером, призывающим поддержать правительство, так как у правительства нет ресурсов на поддержку программ для ПИН. 40 организаций ЛЖВС, студенты и большинство ПИН живущих с ВИЧ собрали средства в 30 населенных пунктах. Собранные средства должны были быть переданы лично президентом Ассоциации ЛЖВС Непала Райив Кафле Правительству через Министерство Внутренних дел, но министерство отказалось принять эту помощь. Ассоциация ЛЖВС Непала планирует передать эти средства министерству через банк. Ассоциация ЛЖВС Непала обратилась через прессу с просьбой к министерству израсходовать эти средства на предоставление чистых шприцев, метадона и APBT для ПИН и распределить на работу программ комплексной помощи ПИН достаточное количество ресурсов. Также в пресс-релиз была включена статистика по наркопотреблению и видам употребляемых наркотиков, что позволило ознакомить общественность с этой информацией.

Международный День Борьбы с Наркотической Зависимостью и Незаконным Оборотом Наркотиков прошел под слоганом «**Контролируют ли наркотики твою жизнь? Твою жизнь. Твое сообщество. Нет места наркотикам.**» и отмечался по всей стране.

Требованием компании к правительству было обнародовать статистику по наркопотреблению в Непале в Международный день Борьбу с Наркотической Зависимостью и Незаконным оборотом Наркотических Средств, проведенный которого до этого было отложено.

Сс: NAP+N press release International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking:
http://www.unodc.org/unodc/event_2007_06_26_1.html

В ИНТЕРНЕТЕ

Химическая зависимость и ВИЧ/СПИД в регионе: специальный бесплатный выпуск.

Африканский Журнал Исследований в области употребления Алкоголя и Наркотиков (200 страниц, 10 статей) Подшивка 5, Номер 2 вывесил в Интернете он-лайн публикацию, представляющую собой компиляцию литературы (отрецензированной специалистами того же круга что и авторы) документально подтверждающей факт существование внутривенного(в/в) и не в/в употребления наркотиков, употребления алкоголя и алкогольной зависимости и их связи с передачей ВИЧ в регионе.

Публикация содержит отчет и обзор данных полученных в результате исследований в семи странах: Кения, Маврикий, Нигерия, Руанда, Южная Африка, Танзания и Замбия и за документированные протоколы двух встреч на которых обсуждались вопросы алкогольной зависимости рискованного поведения и ВИЧ недавно проведенных в регионе.

Целью этих статей собранных вместе является привлечение внимания к проблемам зависимости в Суб-Сахарной Африке, и тому потенциальному вкладу который эти проблемы приносят в распространений ВИЧ/СПИДа.

Этот сборник, служащий информированию людей вырабатывающих политику и программы в области употребления алкоголя, наркотиков и рискованного поведения связанного с ВИЧ, доступен:

<http://www.sahealthinfo.org/admodule/journal52006.htm>

Содержание:

- Зависимость и ВИЧ в Суб-Сахарной Африка : предисловие к специальному выпуску
- Употребление героина в Кении и данные полученные в результате работы аутрич программы на уровне сообщества по снижению вреда
- В\в употребление наркотиков и ВИ/СПИД в Республике Маврикия
- Употребление наркотиков и ВИЧ-инфекция в Нигерии: обзор последних данных
- ВИЧ и химическая зависимость: двойная эпидемия бросает вызов Занзибару.
- Рискованное поведение и употребление наркотиков Южной Африке. Химическая зависимость, ВИЧ и ВИЧ/СПИД в Танзании
- Оценка политики в области ВИЧ и алкогольной зависимости трех стран и стратегия ответ в Африке
- Отчет о Первой Пан Африканской консультации по политике в области алкоголя и ее важность для региона Резюме протоколов встречи «Алкоголь, ВИЧ, рискованное поведение в Африке: разработка программ для PEPFAR

Бюллетень новостей по гепатиту С

Еженедельный email бюллетень по гепатиту С выпускается Mainliners. Включает:
<http://hepccentre.org.uk/literaturetemplate.htm>

Новостные статьи в Интернете:
<http://hepccentre.org.uk/webtemplate.htm>

Новости со всего мира –газеты, публикации, сводки новостей:
<http://www.hepccentre.org.uk/majornewsptemplate.htm>

Для подписки: info@hepccentre.org.uk

Список конференций 2007 года

Нижеизложенные встречи пройдут в течении 2007 года.

Детали регистрации, в том числе для представителей сообщества и журналистов от сообщества можно найти на вебсайтах.

10-12 Сентябрь ЕААТ Конференция 2007, Вена
Ежегодная встреча Европейской Ассоциации по терапии зависимости.
<http://www.eaat.org>

17-20 Сентябрь – 47ая ICAAC, Чикаго
<http://www.icaac.org/>

11-12 Октябрь - BHIVA Осенняя Конференция, Лондон
<http://www.bhiva.org>

20-24 Октябрь- AATOD Национальная конференция, Сан-Диего, Калифорния
Июль 2007

Американская Ассоциация Лечения Зависимости от Опиатов
<http://www.aatod.org/aatodnational.html>

24-27 Октябрь – 11ая Европейская Конференция по СПИДу (EACS)
<http://www.eacs.eu>

31 Октябрь - 1 Ноябрь – 2ой Международный Симпозиум по гепатиту С, резистентности. Бостон
<http://www.virology-education.com>

2-3 Ноябрь – 3ий Международный Симпозиум по клинической фармакологии терапии гепатита, Бостон
<http://www.virology-education.com>

Детальный список международных встреч составленный Европейской Ассоциацией Лечения Зависимости от Опиатов доступен на сайте:
<http://www.europad.org/events.asp>

ПУБЛИКАЦИИ И НОВОСТИ ОТ i-BASE

i-Base сайт

Сайт был реконструирован с целью улучшения скорости работы, легкости в использовании и простоты ориентирования.
<http://www.i-Base.info>

Появилась новая страничка посвящена адаптации и переводу материалов:
<http://www.i-base.info/education/adapting.html>

Сайт также включает страничку на которой можно задать вопросы относительно своего лечения:
<http://www.i-base.info/questions/index.html>

Страница по адвокации, обучению и тренингам включает наш тренинговый справочник, состоящий из восьми двух часовых модулей включая вопросы и ключи к ним. Тренинговый модуль начинается с основ CD4, вирусная нагрузка и другие тесты, комбинации терапии и побочные эффекты, а также обзор основных оппортунистических инфекций. Есть модуль по беременности и модуль по в/в ПИН и лечению. Все публикации i-Base доступны он-лайн, включая выпуск руководств по лечению.

Также на сайте Вы можете найти дополнительную информацию об i-Base, о Консультативном Совете Сообщества Великобритании (UK-CAB), нашей телефонной службе и встречах, а также наш архив и исчерпывающий список ссылок. Можно бесплатно заказать публикации и регулярные издания и их Вам перешлют по почте или по e-mail в PDF формате.

НОВИНКА: Руководство по гепатиту С для ЛЖВС: анализы, ко-инфекция, лечение и поддержка. Издание Май 2007

Это новое руководство от i-Base. Это технически несложный справочник для пациентов по гепатиту С и ко-инфекции с ВИЧ.

Это буклет в основном посвящен аспектам лечения ко-инфекции, таким как трансмиссия, история, анализы и мониторинг, лечение ВГС и побочные эффекты, исследования новых препаратов и особенностей жизни с ко-инфекцией. Версия он-лайн, включает дополнительный текст. Руководство доступно на русском языке.

НОВИНКА: Руководство по смене схемы лечения: Что делать, когда твой режим не работает? Апрель 2007

Технически несложный справочник для пациентов по смене схемы лечения, резистентности, и тому что надлежит делать в случае провала лечения. Это обновленная версия, в которую включены последние рекомендации по новым препаратам и стратегиям проведения лечения, особенно в отношении новых и доступных схем лечения.

Этот буклет будет полезен при обсуждении с врачом, и раскрывает такие вопросы как: что делать если вирусная нагрузка растет, важность выяснения причин по которым не сработала предыдущая схема, стратегии лечения и новые схемы лечения.

Введение в комбинированную терапию Июнь 2006

Этот технически несложный справочник по лечению доступен на 12 языках. Этот справочник разъясняет, что такое комбинированная терапия, насколько эффективно она работает, некоторые отличия в лечении мужчин и женщин, побочные эффекты, оптимальные комбинации, смены режимов лечения, участие в клинических исследованиях, построений отношений с врачом, важность приверженности и как избежать резистентности. Ранние версии этого в печатном виде и/или в PDF формате есть и на других языках.

Руководство по ВИЧ, беременности и вопросам женского здоровья**Весна 2005**

Это руководство для женщин поможет извлечь наибольшую пользу из лечения до, во время и после беременности. Он полезен вне зависимости от того принимает женщина терапию или нет, а также включает информацию по здоровью матери и ребенка.

Руководство предоставляет информацию о медикаментах, кесаревом сечении, кормлении грудью, равно как и детали других видов помощи. Предназначено руководство широкого круга случаев, в том числе для ВИЧ-положительных женщин задумавшихся о рождении ребенка, для беременных женщин у которых только обнаружена ВИЧ-инфекция.

Руководство по тому как избежать побочных эффектов и как с ними справляться.**Февраль 2005**

Это исчерпывающее руководство на 44 страницах, целью которого помочь людям принимающим терапию получить максимум от своего лечения, максимум в отношениях со своим лечащим врачом и другими мед.специалистами для получения лучшей медицинской помощи и улучшения состояния здоровья и что наиболее важно для того чтобы радоваться улучшению качества своей жизни.

Также включена и новая информация по сердечным заболеваниям, липодистрофии, и информация, связанная с новейшими лекарствами такими как; Т-20, атазанавир, тенофовир, FTC, фозампренавир.

Перевод руководств i-Base

Оригинальные материалы i-Base могут быть переведены и перепечатаны, и уже публиковались на более 30 языках.

Дополнительную информацию об этом можно получить на сайте i-Base.

На сайте также есть PDF файлы некоторых из переведенных публикаций.

Россия

Введение в комбинированную терапию - Май 2006

ВИЧ, беременность и женское здоровье - Апрель 05

Тренинг по лечению, мануал – 2005

Справочник по ко-инфекции ВИЧ и гепатита С - 2007